

Le domaine privé de la santé publique: Pouvoir, politique et sida au Congo

Author(s): Didier Fassin

Reviewed work(s):

Source: *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 49e Année, No. 4 (Jul. - Aug., 1994), pp. 745-775

Published by: [EHESS](#)

Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/27584736>

Accessed: 08/06/2012 10:39

---

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at

<http://www.jstor.org/page/info/about/policies/terms.jsp>

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact support@jstor.org.



EHESS is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to *Annales. Histoire, Sciences Sociales*.

# POLITIQUE ET SIDA AU CONGO

## LE DOMAINE PRIVÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE

### Pouvoir, politique et sida au Congo

Didier FASSIN

L'histoire du gouvernement des conduites humaines en matière d'hygiène et de reproduction, et plus généralement l'étude des relations entre santé, sexualité et politique sont au centre des derniers travaux de Michel Foucault<sup>1</sup>. Analysant parallèlement la mise en pratique des biopolitiques et la mise en discours du sexe dans les sociétés occidentales, il montre d'une part, comment l'autorité publique déploie une activité croissante dans la gestion des affaires privées des personnes alors même que se développe l'idéologie libérale, et d'autre part, comment la médecine, se réclamant de la vérité scientifique, entreprend de rationaliser et de normaliser les comportements, tant dans le domaine de la santé que dans celui de la sexualité. Peut-être, tout à son travail de décryptage des mécanismes du pouvoir, sous-estime-t-il néanmoins la capacité de réaction de la société face à ce double contrôle de l'État et des médecins et ne prend-il pas suffisamment en considération l'émergence corrélative d'un espace public où les questions sexuelles et sanitaires peuvent faire l'objet de débats et même devenir des enjeux politiques<sup>2</sup>. C'est cette tension entre les deux séries de phénomènes

\* Recherche menée dans le cadre du programme *Enjeux sociaux et politiques de la prise en charge du sida au Congo* financé par l'ORSTOM (Action incitative « Sciences sociales et sida »). Je remercie Marc-Eric Gruénais, coordinateur de ce programme, Gaspard Bounou, chargé de recherche à la DGRST, Jean-Pierre Poaty, chef de projet au ministère du Plan, Joseph Tonda, responsable du département de Sociologie de l'Université Marien Ngouabi, Martial Moundele, technicien, ainsi que les membres du Programme national de lutte contre le sida du Congo, en particulier Pierre M'Pelé, pour leur collaboration et leurs conseils.

1. Voir en particulier les notes de son enseignement au Collège de France à partir de 1977, publiées sous la forme de *Résumés des cours 1970-1982*, Paris, Julliard, 1989, et son histoire de la sexualité, notamment *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976.

2. Se reconnaissant lui-même débiteur à l'égard de la pensée de Michel Foucault, Jürgen Habermas s'adresse, à plus d'un quart de siècle de distance, une critique assez similaire dans la « Préface à l'édition de 1990 » de *L'espace public*, Paris, Payot, 1993, (1<sup>re</sup> édition allemande 1962), p. XVIII : « J'ai évalué de façon trop pessimiste le potentiel critique d'un public de masse pluraliste et largement différencié ».

## POLITIQUE ET SIDA AU CONGO

dont doit rendre compte toute tentative de saisir les relations entre la santé, le sexe et le politique.

L'épidémie de sida, qui survient au début des années quatre-vingt, en apporte une illustration. En effet, elle s'impose rapidement comme un problème de santé majeur appelant une intervention des pouvoirs publics d'autant plus nécessaire que la médecine s'avère relativement impuissante et que seule une prévention semble possible<sup>3</sup>. Dans le même temps, sa transmission principalement sexuelle implique des mesures et des messages visant à modifier des pratiques qui appartiennent à la sphère privée et même à l'intimité la plus secrète. On a beaucoup dit que cette nouvelle pathologie avait largement contribué à transformer — à « libérer » — le discours sur le sexe, en permettant que, dans des assemblées scientifiques aussi bien que dans le monde des médias, on aborde des sujets et on prononce des mots qui n'y avaient jusque-là pas leur place<sup>4</sup>. Sans doute en revanche n'a-t-on pas suffisamment pris la mesure de ce qui se jouait au plan politique, dans la relation entre l'État, les médecins et la société, et notamment dans la façon dont ont été mises en place les actions de lutte contre la maladie, dont ont été prises certaines décisions concernant le dépistage des séropositifs, le traitement des malades, le financement des dépenses, dont certaines questions ont été discutées et d'autres au contraire ne l'ont pas été, en somme dont l'espace public a été investi<sup>5</sup>. Le sida opère ainsi à la fois comme un révélateur et un catalyseur des transformations à l'œuvre dans le champ politique et dans les rapports entre le public et le privé.

Tel semble être particulièrement le cas en Afrique, où l'infection connaît un développement préoccupant et où l'on prévoit qu'elle risque, dans les années à venir, de bouleverser les structures démographiques<sup>6</sup>. Comment les

3. S'appuyant précisément sur l'exemple du sida, Pierre ROSANVALLON, *L'État en France de 1789 à nos jours*, Paris, Seuil, 1990, p. 279, affirme que « les problèmes de la vie et ceux de la politique sanitaire [...] constituent un terrain d'observation privilégié des transformations qui travaillent en profondeur le rapport de l'État et de la société ».

4. Il ne faut toutefois pas exagérer la nouveauté du phénomène et la discussion sur l'homosexualité entre Michael Pollack et Philippe Ariès dans le numéro 35 de la revue *Communications* consacré aux « Sexualités occidentales », réédition Paris, Seuil, « Points », 1982, pp. 55-96, est à cet égard révélatrice de changements antérieurs à l'épidémie de sida.

5. Différemment selon les pays, comme le rappelle Aquilino Morelle, qui s'étonne de ce qu'en France le sida ait fait l'objet d'une telle politisation, mais que l'enjeu ait porté essentiellement sur la contamination des hémophiles. Voir « L'institution médicale en question. Retour sur l'affaire du sang contaminé », *Esprit*, octobre 1993, pp. 5-51.

6. La prospective dans ce domaine est particulièrement délicate, comme l'indique Roy M. ANDERSON dans « Some Aspects of Sexual Behaviour and the Potential Demographic Impact of AIDS in Developing Countries », *Social Science and Medicine*, 1992, 34, 3, pp. 271-280. On passe ainsi de prévisions catastrophistes, évoquant une dépopulation de l'Afrique à très court terme, à des calculs relativisant l'importance du problème, notamment par rapport à d'autres pathologies presque invisibles comme les diarrhées ou la rougeole. Sans avoir les moyens de trancher dans ce débat, on peut toutefois rappeler que les estimations actuelles font état d'environ 10 millions de séropositifs en Afrique subsaharienne, ce qui correspond à des taux d'infection supérieurs à 10 % de la population de certaines villes, et que le sida arrive déjà au premier rang des causes de décès parmi les adultes jeunes dans plusieurs pays, provoquant notamment une augmentation importante du nombre d'orphelins. Si la plupart des projections pour la prochaine décennie indiquent un excès de mortalité dû à cette maladie pouvant atteindre plusieurs millions en Afrique, elles ne prévoient pas une inversion, mais seulement un net ralentissement de la croissance démographique de ce continent.

États africains font-ils face à l'épidémie, qui survient dans des pays aux économies chancelantes et aux systèmes de santé fragilisés, à un moment où le vieil ordre politique de régimes autoritaires se disloque ? En quoi la maladie constitue-t-elle un enjeu public pour des sociétés où l'urbanisation produit des changements rapides et intenses dans les modes de vie et les formes de sociabilité ? La tentation a été grande dans les milieux de la santé, mais parfois aussi dans ceux des sciences sociales, de développer un discours culturaliste sur le sida en Afrique, tant pour mettre en avant des pratiques sexuelles et rituelles particulières que pour prédire une incapacité des populations et de leurs gouvernements à lutter contre le fléau<sup>7</sup>. Cependant, s'il faut, ainsi que le demande Jean-François Bayart<sup>8</sup>, « considérer que les sociétés africaines sont "comme les autres", penser leur banalité et, singulièrement, leur banalité politique », il importe de se donner les mêmes méthodes d'analyse que lorsqu'il s'agit d'étudier le sida en Europe. C'est ainsi que l'on sera conduit à examiner les conditions de mise en place des programmes de prévention de l'infection et à les resituer à la fois par rapport au référentiel global des politiques nationales de santé et par rapport aux représentations sociales de la maladie.

Le Congo, où la présente recherche a été réalisée, se singularise sur ce plan, puisque, s'il est le pays d'Afrique où le taux d'incidence cumulée des cas de sida est le plus élevé, c'est moins à cause de caractéristiques épidémiologiques particulières qu'en raison d'une plus grande rigueur et d'une plus grande honnêteté dans la déclaration<sup>9</sup>. C'est de plus l'un des premiers systèmes de santé du continent à s'être doté de structures spécifiques pour combattre la maladie, et notamment d'un comité scientifique de diagnostic et de prévention, à vocation essentiellement consultative, dès 1985, puis d'un Programme national de lutte contre le sida, à caractère opérationnel, en 1987<sup>10</sup>. Il est donc possible de soumettre les actions mises en œuvre dans ce cadre à une étude portant non seulement sur le contenu des mesures prises et sur les conditions de leur application, mais aussi sur le contexte social et politique dans lequel elles trouvent leur place. En effet, l'État congolais vit une période de transition entre un système de parti unique et un régime démocratique semi-présidentiel, période marquée à la fois par une effervescence des milieux politiques (on parle d'environ quatre-vingts partis nouveaux) et par une multitude d'initiatives de la société civile (avec en particulier une prolifération des organisations non gouvernementales). Dans la mesure où le sida constitue un problème grave engageant des questions

7. C'est ce discours aux apparences de scientificité que nous avons critiqué, avec Jean-Pierre DOZON, dans « Raison épidémiologique et raison d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique », *Sciences sociales et Santé*, 1989, VII, 1, pp. 21-36.

8. Ce postulat, qu'il énonce au début de *L'État en Afrique. La politique du ventre*, Paris, Fayard, 1989, p. 19, ne l'empêche pas de faire apparaître d'éventuelles spécificités du fonctionnement du pouvoir dans les pays africains, ce qu'exprime le sous-titre du livre.

9. Le nombre de malades reportés depuis le début de l'épidémie jusqu'en décembre 1992 est de 5267 pour une population de 2,3 millions d'habitants. Compte tenu cependant des cas qui ne sont pas identifiés par les services médicaux ou pas notifiés au niveau national, on peut en estimer le nombre réel entre 15 000 et 20 000 (*MST/VIH/Sida Surveillance. Bulletin épidémiologique*, décembre 1992, n° 5, p. 10, Brazzaville).

10. On peut ici se référer à l'historique établi par le responsable de ce Programme, Pierre M'PELÉ, *Le sida au Congo*, document dactylographié, sans date, 7 p.

## POLITIQUE ET SIDA AU CONGO

morales et appelant des choix importants, on aurait pu penser qu'il aurait sa place sur la scène du pouvoir.

Or, il n'en est rien. Affaire collective, l'épidémie donne lieu à des programmes et à des mesures de santé publique, sans pourtant apparaître comme un véritable enjeu politique. C'est cette situation qu'il va donc s'agir d'expliquer dans un premier temps. Le silence dont on entoure le sida dans l'espace public trouve d'ailleurs une sorte d'écho dans le non-dit qui caractérise la relation entre les professionnels de santé, en particulier les médecins, et les séropositifs ou les malades. Quelles justifications les acteurs donnent-ils à leur attitude, telle est la seconde interrogation à laquelle il sera nécessaire de répondre. Mais en négligeant les dimensions sociale et éthique du sida, les institutions politiques et médicales laissent le champ libre à d'autres instances de contrôle et de médiation, notamment religieuses, et à tous les discours sur le sens, qu'ils soient d'inspiration nationaliste ou messianique. L'étude des réponses, pratiques et symboliques, que la société apporte aux questions que lui pose cette épidémie meurtrière, sera le troisième aspect envisagé. L'État et l'institution médicale ne sont cependant pas muets ou inactifs dans ce processus : ils interviennent, délèguent, régulent, y compris dans des domaines qui ne leur sont pas coutumiers, comme la médecine traditionnelle ou le commerce sexuel. On achèvera par conséquent ce texte en se demandant comment cette gestion pratique de la maladie peut trouver sa place dans le fonctionnement de l'appareil sanitaire national.

L'espace public désigne ici le lieu ouvert où peuvent être débattues les questions de société : il est donc le domaine privilégié d'expression du politique ; il ne s'y superpose pas nécessairement. Dans le cas de nombreux pays africains, dont le Congo, son émergence est toutefois liée au processus récent de démocratisation, ce qui rend souvent difficile la délimitation des deux sphères<sup>11</sup>. De nombreux problèmes qui se posent à la société congolaise ont ainsi surgi simultanément dans l'espace public et dans la vie politique. Le sida, dont la gravité est pourtant reconnue par tous, semble faire exception. Alors que les pouvoirs publics investissent des moyens humains et financiers importants dans la lutte contre l'épidémie, le discours sur la maladie demeure entièrement « privatisé ». On a ainsi affaire à *un problème qui fait l'objet d'une politique publique, sans devenir une question politique ni être débattu dans l'espace public*. C'est cette réalité paradoxale que je propose de nommer le domaine privé de la santé publique.

La démarche proposée se situe dans la ligne de l'anthropologie politique tracée par Georges Balandier<sup>12</sup>, en s'attachant à « saisir le politique non seu-

11. Il serait intéressant de comparer la situation actuelle de l'Afrique avec ce que les historiens ont décrit pour l'Europe à partir du XVII<sup>e</sup> siècle, et notamment ce que Richard SENNETT décrit dans *Les tyrannies de l'intimité*, Paris, Seuil, 1979 (1<sup>re</sup> édition américaine 1974), comme le passage d'un domaine limité au bien commun et à l'État à un lieu collectif d'intervention et de débat. La configuration historique africaine est en effet inédite dans la mesure où l'apparition d'un espace public de liberté s'y fait alors qu'existe déjà une culture publique de masse : c'est l'ordre chronologique inverse que l'on a connu dans le monde occidental.

12. Dans *Anthropologie politique*, Paris, PUF, 1967, bien sûr, mais aussi plus récemment avec « Le politique des anthropologues », dans *Traité de science politique*, sous la direction de Madeleine GRAWITZ et Jacques LECA, t. 1, 2<sup>e</sup> partie : *L'ordre politique*, Paris, PUF, 1985, pp. 309-334, d'où est tirée la citation faite ici.

lement par la considération des institutions et actions qui en sont spécifiques, mais de toutes ses composantes — et notamment les plus mésestimées : symboliques et rituelles, verbales et imaginaires ». Certes, on considérera — avec raison — que le sida, par les investissements de sens et de peur dont il fait l'objet, par les images de la sexualité et de la mort qu'il met en jeu, se prête particulièrement bien à cette approche, mais il ne s'agira pas ici de se limiter à une lecture culturelle, mais bien d'étudier les phénomènes politiques tels qu'ils se construisent aujourd'hui dans les sociétés et les États africains.

Avant d'engager cette analyse, il est utile de rappeler certains éléments sur le développement du sida au Congo, en se fondant sur les récits qu'en donnent les acteurs, en particulier les médecins qui ont été étroitement associés à la découverte des premiers cas et à la mise en œuvre des premières actions, et sur les documents qui ont pu être réunis, notamment les articles parus dans la presse locale<sup>13</sup>.

### ***Une brève histoire de l'épidémie***

A la fin des années soixante-dix, plusieurs médecins de l'Hôpital général de Brazzaville constatent une recrudescence de syndromes diarrhéiques intenses et rapidement mortels, qu'ils interprètent d'abord en se référant au tableau connu de malabsorption intestinale, notamment celui de sprue tropicale. N'ayant guère d'examen complémentaires à leur disposition, ils doivent se contenter d'un diagnostic clinique, mais la gravité extrême et la fréquence inexplicable de cette pathologie les intriguent. En 1983, profitant de contacts établis de longue date avec des services de gastro-entérologie parisiens, ils décident de transférer cinq de ces patients en France pour exploration digestive. C'est là que les symptômes sont rattachés à l'immuno-déficience acquise et que le sida est pour la première fois évoqué<sup>14</sup>. Apprenant la découverte qui vient d'être faite, les cliniciens congolais tentent d'organiser une réunion d'information pour leurs collègues, mais le ministre de la Santé, inquiet des conséquences, les en dissuade : des consignes sont données pour que la nouvelle ne soit pas ébruitée.

Les années 1984 et 1985 sont celles de la clandestinité. L'un des chefs de service de l'Hôpital général de Brazzaville part à Kinshasa, à l'insu des autorités congolaises, pour y faire pratiquer le typage lymphocytaire de l'un de ses patients dans le laboratoire du Dr. Jonathan Mann, à l'hôpital Mama

13. Le travail empirique qui sous-tend cette recherche repose sur une trentaine d'entretiens menés avec des médecins spécialistes du sida, des responsables de santé publique, des représentants d'organismes de coopération, des dirigeants de partis politiques, des membres de plusieurs Églises, des thérapeutes opérant en dehors du système de soins officiel. Les documents écrits et audiovisuels disponibles dans les locaux du Programme national de lutte contre le sida ont été consultés, de même que les programmes politiques de cinq des principaux partis. Une recherche systématique de tous les articles parus depuis 1983 dans le seul périodique de parution régulière tout au long de la période, *La Semaine africaine*, a été entreprise.

14. Comme le rappelle Mirko GRMEK dans son *Histoire du sida. Début et origine d'une pandémie actuelle*, Paris, Payot, 1989, pp. 53-56, les premiers cas africains de la maladie sont diagnostiqués en France, en Belgique et en Allemagne dès 1982 chez des Zaïrois.

## POLITIQUE ET SIDA AU CONGO

Yemo. Deux thèses de médecine sont préparées en grand secret sur les formes gastro-entérologiques et neurologiques de la maladie et, le jour de leur soutenance, c'est sur l'intervention d'un professeur de médecine français, venu de Paris pour présider le jury, que le ministre de la Santé accepte de laisser les deux étudiants présenter leurs travaux. Aucune information sur la maladie n'est livrée dans la presse congolaise tout au long de cette période et le premier article<sup>15</sup> qui, à la fin du mois d'octobre 1985, mentionne le sida, le présente comme « la peste des pays occidentaux », sans évoquer l'existence de cas africains.

En décembre 1985, cependant, cédant aux pressions des milieux médicaux, le ministre de la Santé crée un comité scientifique de diagnostic et de lutte contre le sida qui est placé sous la direction du doyen de la Faculté de médecine. Ce groupe de travail composé de cliniciens et de biologistes a pour tâche d'analyser la situation épidémiologique et de proposer les premières mesures de prévention. Pourvu par l'État congolais de moyens financiers relativement importants et soutenu par une organisation humanitaire française, il se dote en avril 1986 des premiers appareils Elisa permettant la reconnaissance des anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine et il instaure dès octobre 1986 le dépistage dans la banque du sang du centre hospitalo-universitaire de Brazzaville. Les premiers cas de sida sont officiellement notifiés : 250 en 1986. Une enquête de séroprévalence réalisée cette même année sur un échantillon représentatif de la population adulte montre déjà un taux de 4,6 %<sup>16</sup>. La presse commence timidement, et souvent ironiquement, à aborder le sujet. Trois articles mentionnent le nom de la maladie en 1986<sup>17</sup>. Le premier traite en fait de l'apartheid, sous le titre provocateur : « L'Afrique a un autre sida plus mortel », qui se veut une réponse aux « chercheurs prétentieux qui ont déclaré tout haut que le virus du sida se serait propagé à partir de l'Afrique ». Dans le troisième paru, qui analyse la situation sanitaire africaine, derrière l'intitulé « un fléau des temps modernes », c'est en fait d'accidents de la voie publique qu'il s'agit, alors que « l'étrange sida » apparaît un problème grossi par « la croisade médico-sociale » de l'Organisation mondiale de la santé. Seul le second texte, qui fait le point sur l'épidémie à la suite de la deuxième Conférence internationale qui vient de se tenir à Paris, pose pour la première fois la question : « Pourquoi l'Afrique ? Pourquoi tant d'Africains ? » et tente d'y répondre avec prudence. En effet, même si l'infection semble s'être développée plus

15. Dans *La Semaine africaine* du 24 octobre 1985, sous le titre « Sida : la course contre la montre des chercheurs », la « nouvelle maladie redoutablement contagieuse » fait l'objet d'une description épidémiologique qui ne fait référence qu'aux États-Unis et à la France où « le terrible fléau sème la panique dans les milieux à hauts risques : homosexuels, drogués, hémophiles ».

16. Il s'agit d'une étude épidémiologique menée auprès de sujets de 15-44 ans par l'Organisation des États d'Afrique centrale avec une méthode très spécifique, donc réduisant le risque de faux positifs, le Western blot, et mentionnée par le *Rapport de la revue du Plan à moyen terme de lutte contre le sida (1989-1991) en République du Congo*, PNLS/OMS/UNICEF/Coopération française, avril 1992, non paginé.

17. Dans les numéros 1657, 1670 et 1673 de *La Semaine africaine* correspondant aux 27 mars, 14 août et 4 septembre 1986. La place dévolue au thème ne dépasse toutefois pas 0,1 % du total des pages de l'hebdomadaire, cette année-là.

tôt et plus intensément sur ce continent, « cela ne veut pas dire que le virus soit né en Afrique. Il a très bien pu être importé, comme l'avaient été avant lui les agents de la syphilis et de la blennorragie ». Mais si l'on évoque l'extension africaine de la maladie, on ne parle toujours pas de la situation au Congo.

C'est en fait en 1987 que la prise de conscience de la gravité de la situation congolaise va se faire, tant dans les milieux politiques que dans l'opinion publique. Plusieurs faits en témoignent. En mars, un accord de coopération est signé entre l'État congolais et l'Organisation mondiale de la santé pour la mise en place d'un plan d'urgence. Au mois d'août, en remplacement du comité scientifique dont l'activité s'essouffle, le Programme national de lutte contre le sida est créé, pour devenir le véritable opérateur de la politique du pays dans ce domaine. Enfin en décembre, se tient un Symposium national sur le sida auquel sont conviés plusieurs spécialistes étrangers et dont le retentissement médiatique est important. La situation semble d'ailleurs devenue préoccupante : avec 1250 cas, soit 1000 nouveaux malades pour l'année 1987, le pays se place au premier rang du continent en taux d'incidence cumulée. Le zèle du jeune Programme national de lutte contre le sida dans sa déclaration aux autorités sanitaires internationales n'est toutefois pas du goût de certains membres du gouvernement qui s'irritent de voir le Congo, plus scrupuleux que ses voisins, ainsi désigné comme le pays le plus touché par le fléau<sup>18</sup> : les années suivantes, le nombre de nouveaux cas n'est plus que de 258 en 1988, 432 en 1989 et 465 en 1990. Dans les médias, on commence à parler du sida. Une émission télévisée est réalisée en présence du ministre de la Santé et des Affaires sociales et le premier film publicitaire sur le préservatif est diffusé, non sans susciter quelques protestations. Quant à la presse écrite, elle accorde plus d'espace dans ses colonnes à l'épidémie et surtout, elle accepte enfin d'en révéler la gravité au Congo<sup>19</sup>. C'est en effet au mois juin que les premiers chiffres sont publiés et sobrement commentés : « Le sida n'est pas une histoire, mais c'est une réalité chez nous » ; des recommandations de nature préventive sont de plus apportées, ainsi que des données sur les avancées scientifiques en matière de traitement. Mais sur ce dernier point, la révélation viendra en novembre du Zaïre et fera une pleine première page : « Lutte antisida. Deux Africains découvrent un médicament : le MM1 ! Pourvu qu'il guérisse vraiment... »<sup>20</sup>.

18. D'autant que la question est devenue très sensible : aucun spécialiste africain n'a participé au premier congrès sur le sida en Afrique, à Bruxelles ; à la seconde Conférence internationale à Paris, le Pr Joseph Kapita de Kinshasa, présenté à l'époque, selon *La Semaine africaine*, comme « l'homme qui a vu le plus grand nombre de sidas », sera le seul médecin du continent.

19. Les cinq articles publiés dans les numéros 1710, 1730 et 1733 de *La Semaine africaine*, respectivement les 4 juin, 26 novembre et 17 décembre 1987, représentent en volume 0,4 % de l'hebdomadaire, soit quatre fois plus que l'année précédente.

20. Avec, en pages intérieures de ce numéro de *La Semaine africaine* daté du 26 novembre 1987, ce commentaire du journaliste A. S. Mianzoukouta, révélateur du climat qu'a suscité en Afrique le ralliement immédiat de nombreux scientifiques occidentaux à l'hypothèse africaine : « Tour à tour présenté comme le nouveau fléau du siècle, la sanction de Dieu contre nos petits et grands Sodomes et Gomorrhes, ou comme le signe de la dégénérescence d'une race — la race noire qui en serait la propagatrice — le sida est tout. Il ne serait donc que justice qu'un tel mal dont l'Afrique est suspectée d'être la génitrice, soit vaincu par des Africains. Et pour cela, le



## POLITIQUE ET SIDA AU CONGO

Cette information, évidemment non confirmée, ne fera jamais l'objet d'un véritable démenti, mais l'épisode a révélé la susceptibilité de l'opinion publique sur la question de la relation entre Afrique et sida.

L'année 1988 est celle de la préparation par le Programme national de la stratégie qui doit être mise en œuvre dans le cadre d'un Plan triennal de lutte contre le sida pour la période 1989-1991. Aidés par des experts de l'Organisation mondiale de la santé, les responsables congolais élaborent une politique de surveillance, de prévention et de traitement<sup>21</sup> : information au public, éducation pour la santé, promotion du préservatif, dépistage en banque du sang, prise en charge des malades en sont les maîtres mots. L'engagement des autorités sanitaires se marque par la nomination en novembre d'un Comité national de lutte contre le sida doté d'un rôle consultatif et composé de représentants des organisations sociales et des confessions religieuses, puis par un discours du ministre lors de la Journée mondiale du sida, le 1<sup>er</sup> décembre, dans lequel il en appelle à « la remise en cause du comportement de chacun et de tous ». Proclamée par la Conférence mondiale des ministres de la Santé réunie à Londres quelques mois plus tôt « année de la communication sur le sida », 1988 correspond au Congo à une intensification de l'information sur la maladie, en même temps qu'à un durcissement de la polémique sur l'origine africaine du virus<sup>22</sup>. Si en effet plusieurs articles tentent de présenter l'état des connaissances dans ce domaine, incluant notamment à la fin de l'année un long entretien avec le directeur du Programme sur le sida de l'Organisation mondiale de la santé, l'épidémie révèle aussi des enjeux politiques et sociaux qui trouvent leur expression dans des éditoriaux exaltés et des billets engagés : la dénonciation du racisme se mêle ainsi à une prédication moralisante aux accents volontiers apocalyptiques<sup>23</sup>. En fait, à cette époque il est difficile d'évoquer la question du sida sans toucher du même coup des points d'autant plus sensibles pour les sociétés africaines qu'ils focalisent des frustrations et des craintes anciennes.

---

chercheur zaïrois, le Pr. Lurhuma et ses collègues, doivent être remerciés. Des personnes réputées rebelles à la science vont aujourd'hui soulager l'angoisse du monde, quel beau pied de nez aux zélotes de l'argutie aryenne ! ».

21. *Le Plan triennal de lutte contre le sida 1988-1990*, ministère de la Santé et des Affaires sociales, révision de mars 1988, 24 p., qui constitue le document de référence, est calqué sur le texte établi à Genève pour tous les pays africains par le Global Program on Aids (GPA).

22. Les sept articles publiés dans *La Semaine africaine* représentent 1 % des colonnes de l'hebdomadaire en 1988 : numéros 1738, 1741, 1744, 1776 et 1779 des 28 janvier, 18 février, 10 mars, 7 décembre et 29 décembre 1988, ce qui est la plus importante place accordée à la maladie au cours des dix premières années de l'épidémie.

23. Dans le texte intitulé « Du bon usage du sida » publié dans *La Semaine africaine* du 18 février, D. NGOIE-NGALLA se livre à un réquisitoire virulent contre « la solide tradition de négrophobie » que le sida viendrait réveiller : « Le Noir n'était pas seulement à leurs yeux l'incarnation du mal et du péché pour les chrétiens, mais aussi l'être qui inspirait de l'aversion à tous par son physique disgracieux, probablement malodorant, et ses mœurs dont le physique contrefait annonçait le désordre... Le sida et ses origines décrétées nègres par une science qui n'ose pas dire son nom est arrivé à temps pour délivrer du cauchemar de l'invasion nègre les nations civilisées ». Pour le Dr J. L. N'Ganga, qui fait paraître le 28 janvier un article sur « Le sida et la famille », l'explosion de la maladie n'est que la conséquence logique de « la délinquance actuelle des mœurs » ; c'est pourquoi il accuse : « au lieu de combattre réellement le vice qui est à l'origine du mal dans la société, le préservatif ne fait que favoriser paradoxalement la débauche, nonobstant toute la honte que l'on devrait ressentir au fond de notre conscience humaine ».

Les choses vont cependant évoluer à partir de 1989, le discours technique semblant de plus en plus l'emporter sur le débat idéologique. Ainsi, en mars, le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé à Brazzaville organise une conférence internationale sur le sida et les droits de l'homme, où sont à la fois critiquées « les mesures discriminatoires » et « la désinformation médiatique ». L'heure paraît d'ailleurs être à l'action. Le Plan triennal est mis en œuvre avec des moyens importants, cinq millions de dollars au total, provenant d'aides bilatérales et multilatérales. Les campagnes d'information se multiplient avec un souci évident de banalisation de la maladie et de ses moyens de prévention<sup>24</sup>. L'épidémie poursuit sa progression : le nombre de malades déclarés atteint 1940 et la séroprévalence parmi les donneurs de sang de la capitale passe à 14,1 %, soit le double de celle observée trois ans plus tôt. Les médias commencent à se faire de plus en plus discrets<sup>25</sup>. Ils adoptent un ton neutre, pour présenter des statistiques à l'échelon mondial ou analyser les résultats d'une enquête sur le comportement sexuel congolais, sans pour autant abandonner complètement les tentations du prêche<sup>26</sup>.

Cette tendance va se confirmer les années suivantes. Alors que le nombre de cas augmente rapidement, atteignant 5267 à la fin de 1992, et que la séroprévalence parmi les femmes enceintes se stabilise entre 4,3 et 11,3 % dans les trois principales villes du pays, amorçant même une baisse significative dans la capitale, le sida entre dans la vie des Congolais. Ce ne sont plus seulement des chiffres qu'on annonce ou des affirmations dont on peut encore se permettre de douter, mais des parents, des amis, des voisins, des personnalités connues, qui sont touchés par la maladie<sup>27</sup>. Pourtant, dans la presse, la place accordée au sida diminue notablement et surtout les auteurs se cantonnent dans une information présentée sans commentaire — à partir de 1992, ils se contentent même souvent de reproduire des articles parus dans des journaux étrangers<sup>28</sup>. Les responsables sanitaires commencent à découvrir cette nouvelle réalité et notamment à prendre conscience qu'il ne

24. L'étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des Congolais dans ce domaine, diffusée sous le titre *Enquête CAP/SIDA Congo avril 1989*, PNLS, 51 p., montre que 91 % des personnes interrogées ont déjà entendu parler du sida, que 44 % d'entre elles en connaissent les modes de transmission, que seuls 20 % ont eu au moins un cas dans leur entourage et qu'à peine 28 % ont déjà utilisé des préservatifs.

25. Avec cinq articles parus dans les numéros 1790 du 9 mars, 1822 du 23 novembre et 1825 du 14 décembre 1989 de *La Semaine africaine*, et représentant seulement 0,6 % de l'hebdomadaire en volume, le sida amorce son déclin dans la presse écrite.

26. Ainsi pour Huguette-Ticky MONEKOSSE, dans le numéro 1825 : « La gravité du problème exige l'émergence, en acte et en vérité, d'une communauté modèle... Le sida doit pousser les jeunes à comprendre la signification profonde de la sexualité et la valeur de la fidélité conjugale ou tout au moins amoureuse ».

27. Selon une enquête de prévalence instantanée réalisée au Centre hospitalo-universitaire de Brazzaville, 26,5 % des malades hospitalisés le 11 juin 1991 étaient porteurs du virus de l'immunodéficience humaine ; ce taux atteignait 40 % dans le service de pathologie infectieuse et 55 % dans celui de gastro-entérologie. Par ailleurs, l'étude de la mortalité dans la capitale montre que le sida est à l'origine de 32 % des décès survenant entre 15 et 44 ans, ce qui le met au premier rang des pathologies mortelles pour cette catégorie d'âge ; il arrive également en quatrième position chez les enfants de moins de cinq ans (statistiques du Programme national de lutte contre le sida).

28. De 1990 à 1992, l'espace consacré au sida dans *La Semaine africaine* est respectivement de 0,4, 0,1 et 0,5 %. Sur les douze articles parus sur le sujet au cours de cette période, deux seu-

## POLITIQUE ET SIDA AU CONGO

suffit plus de parler de prévention, mais qu'il faut aussi s'occuper des malades, ce qui pose des problèmes non seulement économiques, mais également éthiques, autrement plus graves. Le paradoxe est toutefois que cette situation préoccupante et inédite ne fasse l'objet d'aucune prise de position des milieux politiques pourtant en pleine effervescence, ni d'aucun débat public dans une société qui vient tout juste de découvrir la liberté d'expression.

### *La conspiration du silence*

Dans plusieurs pays occidentaux, le sida est devenu à la fois un enjeu social (par les fractures qu'il a révélées dans la société, et notamment les phénomènes de discrimination auxquels il a donné lieu) et politique (à travers la mise en cause des décisions prises et des modalités de leur application). Comme l'a montré Michel Setbon en comparant les situations de trois pays européens, la façon dont l'épidémie a été portée dans l'espace public et constituée en problème politique est révélatrice, d'une part de l'organisation de la santé publique, et d'autre part de la structuration de la vie politique, beaucoup plus que de la réalité épidémiologique telle qu'elle peut être objectivée dans les divers indicateurs utilisés pour mesurer l'extension de la maladie dans la population<sup>29</sup>. Ce n'est donc pas dans les courbes d'incidence des cas ou de prévalence de la séropositivité qu'il faut chercher les fondements des réponses collectives au problème du sida, mais plutôt du côté de l'appareil sanitaire et de l'histoire politique du Congo.

Le système de santé repose sur une structure pyramidale qui va du poste de santé villageois jusqu'au Centre hospitalo-universitaire qui a remplacé dans la capitale l'Hôpital général, avec un important déséquilibre entre celle-ci, qui regroupe 62 % du personnel de soins pour environ le quart de la population nationale, et le reste du pays. Jusqu'au plus haut niveau, l'appareil sanitaire est médicalisé : les ministres et directeurs généraux de la santé qui se sont succédés sont presque tous des médecins, et qui plus est des cliniciens, c'est-à-dire non formés à la pratique de la santé publique ; il y a par conséquent superposition des postes politiques et des fonctions techniques. Vis-à-vis des principaux fléaux, comme le paludisme, la trypanosomiase, la lèpre, la tuberculose, le modèle est hérité de l'organisation coloniale des grandes endémies : programmes verticaux sans lien avec le reste du système sanitaire, bénéficiant de personnels et de moyens spécifiques. Enfin, le ministère de la Santé et des Affaires sociales se trouve dans une situation de dépendance croissante à l'égard de l'aide internationale qui, dans certains

---

lement évoquant la situation au Congo. Parmi les sept publiés en 1992, quatre sont d'origine étrangère, dont trois tirés de *Europe Today*.

29. Dans *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*, Paris, Seuil, 1993, p. 408, il écrit même : « Les politiques nationales de dépistage sont des constructions sociales dont le lien avec la lutte contre l'épidémie de sida est d'autant plus ténu qu'elles s'affirment comme la réponse au problème public provoqué par la peur de la contamination. En conséquence, il n'est pas surprenant que la forme et l'importance des politiques de dépistage n'aient aucune relation avec le profil de l'épidémie dans un même pays ».

secteurs, assure la quasi-totalité des budgets de fonctionnement en dehors des salaires des fonctionnaires.

Ces quatre caractéristiques — hiérarchie, médicalisation, verticalité, dépendance — impriment leur marque dans la façon dont a été mise en œuvre la lutte contre le sida au Congo : un appareil fortement centralisé autour du Programme national, développant une conception médicale de la prévention de la maladie et de la prise en charge des malades, jouissant d'une grande autonomie puisqu'il est même le seul à être directement rattaché au cabinet du ministre, et recevant toutes ses ressources de coopérations étrangères et d'organismes internationaux. Il ne faut toutefois pas exagérer la spécificité du programme congolais, dans la mesure où, d'une part, la forme du système sanitaire est largement tributaire de structures historiques qui ne diffèrent pas fondamentalement de celles existant dans les pays francophones voisins<sup>30</sup> et où, d'autre part, la lutte contre le sida a fait l'objet, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé, d'une planification remarquablement stéréotypée sur l'ensemble du continent africain<sup>31</sup>.

Mais la manière dont le problème du sida a été collectivement géré doit aussi être replacée dans le contexte politique de démocratisation du Congo. Après vingt-sept ans de « monolithisme », le Comité central du Parti congolais du travail instaure en effet le 30 septembre 1990 le multipartisme, abandonnant deux mois plus tard le marxisme-léninisme comme idéologie nationale. Durant tout le premier semestre de 1991, la Conférence nationale permet un large débat public où le régime militaire du Président Sassou Nguesso, au pouvoir depuis 1979, est violemment critiqué, mais qui s'achève le 10 juin par une très symbolique séance de « lavement des mains » voulant signifier la réconciliation nationale. Jusqu'au 30 août 1992, date des élections générales, le Conseil supérieur de la République, sous la présidence de Mgr N'Kombo, évêque d'Owendo, assure la permanence de l'exécutif, cependant qu'un gouvernement de transition, dirigé par le Premier ministre André Milongo, s'occupe des affaires courantes de l'État.

La situation politique va cependant se compliquer lorsqu'en novembre 1992, à la suite d'une rupture d'alliance entre les partis au pouvoir, l'Assemblée nationale nouvellement élue vote la défiance à l'égard du Président de la République, Pascal Lissouba, qui choisit alors de dissoudre l'appareil législatif. Après les émeutes de décembre 1992 au cours desquelles plusieurs manifestants sont tués, un calme précaire est rétabli sur la base de la nomination d'un gouvernement d'union associant, pour deux cinquièmes, des ministres de la « Mouvance présidentielle », et pour les trois autres cin-

30. Bien que la littérature sur ce thème soit moins abondante que pour l'Afrique anglophone, où les travaux de Gerald Hartwig et David Patterson ont ouvert un champ de recherche fécond, on peut se référer aux textes d'Elikia M'BOKOLO, « Histoire des maladies, histoire et maladie : l'Afrique » dans *Le sens du mal*, sous la direction de Marc AUGÉ et Claudine HERZLICH, Paris, Éditions des Archives contemporaines, 1984, pp. 155-186, et de Jean-Pierre DOZON, « Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et Santé*, 3 (3-4), 1985, pp. 27-56.

31. On serait donc en droit de s'étonner des critiques, certes courtoises, formulées par la mission d'évaluation de l'Organisation mondiale de la santé à l'encontre de la politique congolaise de lutte contre le sida, dans la *Revue du Plan triennal de Lutte contre le Sida*, 2-21 octobre 1989, document non paginé.

## POLITIQUE ET SIDA AU CONGO

quièmes, des membres de la « Coalition de l'opposition ». Cet équilibre est bientôt rompu avec la promulgation des résultats du premier tour des élections législatives à la fin du mois de mai 1993 : déclarés vainqueurs dans 62 des 125 circonscriptions, les partisans du Président de la République se voient accusés de fraude par les opposants, qui n'obtiennent que 49 sièges ; boycotté par la Coalition, le second tour, qui concerne 11 circonscriptions en situation de ballottage, se déroule dans une confusion extrême. A partir de ce moment, les actes de violence se multiplient entre les deux camps, les règlements de comptes faisant plusieurs centaines de morts à Brazzaville. A la fin de 1993, le pays se trouve ainsi confronté à une crise majeure avec une vacance presque complète du pouvoir exécutif.

L'instabilité politique est d'ailleurs aggravée par une situation économique préoccupante. En sortant du plan d'ajustement structurel qu'il venait de signer avec le Fonds monétaire international et en ajournant le remboursement de sa dette à l'égard de ses créanciers du Club de Paris, le Congo s'est engagé à partir de 1990, alors que tout nouveau prêt lui était refusé, dans une politique de déséquilibre budgétaire, comportant notamment en 1991 un accroissement des effectifs de la Fonction publique de près de 20 % et une augmentation des salaires d'environ 50 % (les deux facteurs produisant presque un doublement de la masse salariale). Au début de 1993, le paiement des fonctionnaires accusait un retard de sept mois et la plupart des dépenses publiques étaient gelées, provoquant dans la population une déception d'autant plus cruelle que la campagne électorale de l'année précédente avait été l'occasion de promesses mirobolantes, comme celle formulée par le futur Président de la République de faire du Congo « la Suisse de l'Afrique ».

Malgré ces difficultés, cette phase de démocratisation avait donné lieu, au moins jusqu'au milieu de 1993, à un large débat public, avec des discussions, parfois sur le mode de la polémique et du règlement de comptes<sup>32</sup>, concernant de nombreux aspects de la vie sociale congolaise. Dans cette ouverture sans précédent de l'espace public, la question du sida, des politiques de lutte contre la maladie et de prise en charge des patients a toutefois semblé complètement absente. C'est ce que révèlent l'analyse des programmes des partis, le dépouillement de la presse nationale et une série d'entretiens réalisés avec divers acteurs politiques de cette période.

Sous le régime militaire, on avait peu parlé de l'épidémie. Comme on l'a vu précédemment, près de deux ans s'écoulaient entre la découverte des premiers cas et la reconnaissance officielle de l'existence de la maladie au Congo, avec la présentation des deux premières thèses sur le sujet — encore les autorités politiques ont-elles tenté, à l'époque, d'interdire leur soutenance. Et, même si quelques informations sont parcimonieusement livrées en 1985 et 1986 à la radio, il faut attendre l'année 1987 pour que les journaux et la télévision traitent du sujet comme d'un problème congolais, et non plus

32. Le chapitre de Joseph TONDA, « Du monolithisme à la Conférence nationale. Logique des clanismes, tribalismes et régionalismes », dans *Le tribalisme en question*, sous la direction de H. NSIKA NKAYA et A. YILA, Brazzaville, Les Éditions du Centre d'études et d'interventions psychologiques, 1992, pp. 48-70, est à cet égard éclairant sur les manipulations idéologiques auxquelles se sont livrés les milieux politiques au cours de cette période.

seulement occidental — le Symposium national joue à cet égard un rôle important en lui donnant une dimension scientifique internationale. Dans son discours à la nation lors du 25<sup>e</sup> anniversaire de la Révolution, le 14 août 1988, le Président de la République, Denis Sassou Nguesso, en appelle à « l'énergie, l'intelligence et la détermination révolutionnaire » du pays « pour trouver les réponses les plus pertinentes aux questions posées par la complexité des problèmes de santé publique ». Malgré cet affichage d'intentions, repris par le ministre de la Santé dans l'allocution prononcée à l'occasion de la Journée mondiale du sida le 1<sup>er</sup> décembre 1988, la maladie demeure une affaire de spécialistes : seuls quelques médecins – en fait, principalement le responsable du Programme national – s'autorisent à en parler publiquement, mais toujours de manière très technique et avec une grande prudence ; bien qu'il n'y ait pas de censure, la mauvaise réputation attachée à la maladie fait courir à celui qui en parle le risque d'être accusé de vouloir porter préjudice à l'image du pays. Et finalement, le seul débat qui ait lieu dans la presse au cours de cette période concerne l'origine prétendument africaine du virus, mais on voit bien que la tournure qui lui est donnée par les différents polémistes se place dans un rapport à l'Autre (le Blanc) qui, loin d'être menaçant pour l'ordre public, fonde au contraire une revendication identitaire et une dénonciation du racisme facilement acceptables par le pouvoir.

Avec l'instauration du multipartisme, la question du sida ne va toutefois guère profiter de la publicité dont vont bénéficier d'autres sujets d'actualité. Au sein de la Commission des Affaires sociales qui a débattu des problèmes de santé à la conférence nationale, les témoins ne se souviennent même pas que le thème ait été abordé. Dans les programmes des principaux partis politiques et les discours des candidats lors de la campagne présidentielle, les allusions sont rares, et lorsqu'elles existent, demeurent discrètes et vagues<sup>33</sup>. Les seules déclarations qui portent sur le sida proviennent des textes publiés par les deux principaux chefs politiques dans l'unique livraison du journal *SOS Santé*<sup>34</sup>. Chacun d'eux s'y exprime conformément à son image : Bernard Kolelas, leader de l'opposition actuelle, dont le parti prône le retour aux « vraies valeurs », propose un « programme de moralisation de la société congolaise » qui sera « un facteur de stabilité des foyers » et impliquera « la restauration du respect à l'endroit de toute personne en souffrance, ainsi que l'affection pour les personnes du troisième âge comme autrefois dans la société traditionnelle », tandis que Pascal Lissouba, futur Président de la République, qui joue la carte de la modernité et du progrès que légitime son

33. On se réfère ici aux documents suivants : Projet de société présenté par le Pr Lissouba, Président de l'Union Panafricaine pour la Démocratie Sociale (UPADS), lors de la campagne présidentielle, juillet 1992, 18 p. Déclaration de Bernard Kolelas, Président du Mouvement Congolais pour la Démocratie et le Développement intégral (MCDDI), lors de l'élection présidentielle, juin 1992. Rapport du Comité central, 4<sup>e</sup> Congrès ordinaire du Parti Congolais du Travail (PCT), t. 4 : Partie socioculturelle, pp. 35-48, et Plate-forme politique du PCT, 1991, 27p. 1<sup>er</sup> congrès ordinaire, Programme du Rassemblement pour la Démocratie et le Développement (RDD), 21 au 24 novembre 1991, 34 p. Appel de l'Union pour le Progrès (UP), sans date, et déclaration de maître J. M. Mbemba à la Conférence nationale souveraine, le 7 juin 1991, 6 p.

34. « Kolelas et Lissouba parlent du sida et de ce qu'ils feront une fois au pouvoir » *SOS Santé, Mensuel indépendant d'informations médico-sanitaires et sociales*, numéro 1, spécial sida, pp. 1 et 4.

## POLITIQUE ET SIDA AU CONGO

titre sans cesse rappelé de « professeur », veut « intensifier les campagnes d'information sur les mesures préventives, vulgariser l'usage des préservatifs, améliorer les prestations du personnel de santé, équiper les services spécialisés en matériel performant et humaniser les rapports entre les personnes atteintes et la société ».

Au cours de ces années, comme on l'a déjà signalé, le désengagement de la presse à l'égard de la question du sida devient manifeste, qu'on l'évalue quantitativement — le volume consacré au sujet dans la *Semaine africaine* est seulement de 0,4 % entre 1990 et 1992 — ou que l'on se base sur des critères qualitatifs — les reproductions de documents extraits de périodiques étrangers se multiplient au détriment des écrits de journalistes nationaux. De plus, les rares articles publiés le sont sur des aspects médicaux, tels que les possibilités de transmission du virus par l'allaitement ou les avancées en matière de traitement, alors que les problèmes éthiques, sociaux et politiques posés par le dépistage des séropositifs, l'annonce des résultats, la prise en charge des patients ou le risque de contamination par transfusion sanguine sont relativement délaissés : un seul texte sur les sept parus en 1992. Enfin, ces articles se réfèrent à des données internationales et n'évoquent qu'exceptionnellement la situation congolaise — une fois en 1992, pour traiter des formes infantiles de la maladie à Brazzaville.

Le silence des milieux politiques et du monde médiatique paraît d'autant plus remarquable que le sida est aujourd'hui dans toutes les bouches. Que l'on prétende s'en moquer — en le personnifiant sous le prénom de « Sidonie » ou en détournant son acronyme en « syndrome inventé pour décourager les amoureux » — ou que l'on dise s'en préoccuper, chacun en parle et s'en inquiète. Déjà en 1989, le cinquième des personnes interrogées lors d'un sondage déclaraient connaître personnellement au moins un malade. Depuis lors, les chiffres officiels du sida ont été multipliés par trois et la maladie est devenue la première cause de mortalité des adultes. Comment donc expliquer ce contraste entre l'absence de débat public et l'omniprésence d'un discours privé ? Pourquoi en discute-t-on entre soi, mais non au dehors de chez soi ? Pourquoi la société civile et la classe dirigeante ne se sont-elles pas emparées de questions qui touchent autant à la morale, à la liberté, à la justice et à la citoyenneté qu'à la médecine et à la science ?

### **Les raisons pour se taire**

La justification officielle de ce déficit de publicité est qu'il s'agit d'une affaire de spécialistes. Déjà, lors de son 4<sup>e</sup> Congrès ordinaire, le Comité central du Parti congolais du travail affirmait que « le Parti et l'État ne doivent épargner aucun effort pour mettre à la disposition du Comité national de lutte contre le sida tous les moyens financiers, logistiques et humains, afin de lui permettre d'accomplir cette tâche en vue de limiter la propagation du virus » (il s'agissait d'ailleurs plutôt du Programme national, organe exécutif, que du Comité national, structure purement consultative et d'ailleurs peu active). Certes, on peut s'étonner de ce qu'un phénomène collectif qui semble menacer la démographie du pays ne suscite pas plus d'engagements des

autorités publiques et soit entièrement abandonné au pouvoir des médecins. Mais, pour les responsables politiques — toutes tendances confondues — le sida est une maladie et relève par conséquent de compétences médicales : c'est aux experts d'apporter des réponses techniques aux questions de soins et de prévention. Ce phénomène se trouve encore renforcé par le fait que les bailleurs de fonds et les agences de coopération ont depuis le début la haute main sur la prise en charge de l'épidémie, puisqu'ils sont à la fois les donateurs exclusifs (la totalité des budgets d'investissement et de fonctionnement du Programme national, hors salaires des fonctionnaires) et les dispensateurs principaux des savoir-faire (à travers leurs missions d'experts, leurs documents de référence, les stages et ateliers qu'ils animent). Du coup, la maîtrise d'œuvre échappe au monde politique congolais, non seulement parce qu'on en fait un problème strictement médical mais aussi parce que les solutions ne peuvent venir que d'ailleurs.

La société civile ne se charge toutefois pas plus de faire entendre sa voix. Certes, le climat répressif sous le régime du monopartisme, avec ses multiples formes de restriction de la liberté d'expression, a certainement contribué à éviter que soient portés sur la place publique les problèmes qui pouvaient s'avérer délicats pour le pouvoir. L'explication ne suffit plus, cependant, alors qu'un processus démocratique est en cours et qu'ont été ouvertement discutées, dans le cadre de la Conférence nationale, des questions particulièrement sensibles comme la corruption et le népotisme au sein de l'État. Elle vaut d'autant moins que les institutions internationales ont manifesté un engouement récent à l'égard de la participation de la société à la vie publique, du dynamisme des organisations non gouvernementales et même de certaines initiatives populaires — tous éléments qui, dans l'esprit des financeurs, peut réhabiliter « la société contre l'État »<sup>35</sup>. C'est donc ailleurs qu'il faut rechercher les éléments de compréhension du silence du monde social, qui fait écho, si l'on peut dire, à celui des milieux politiques.

En fait, ce n'est pas seulement autour du sida que le déficit de publicité est perceptible. D'une manière générale, la santé ne semble pas constituer au Congo un enjeu social ou politique<sup>36</sup>. L'analyse de la presse ne met guère en évidence de réel débat sur les problèmes sanitaires : tout au plus lit-on occasionnellement un article invitant les professionnels de santé à faire preuve de plus de compassion à l'égard des malades. De même, la comparaison des programmes politiques ne fait pas apparaître de différences notables entre les projets des principaux partis : ce sont les mêmes idées, aussi générales que généreuses, que l'on retrouve partout. On pourrait donc penser que le silence sur le sida n'est qu'un exemple particulier d'un phénomène

35. Le discours de la Banque mondiale, qui se réfère à la nécessité de soutenir tout ce qui peut venir de « la base », n'est cependant pas dénué d'arrière-pensées stratégiques, comme le montre Björn BECKMAN, dans « Empowerment or Repression ? The World Bank and the Politics of African Adjustment », *Afrique et Développement/Africa Development*, 15 (1), 1991, pp. 45-72.

36. La situation est tout à fait différente en Amérique latine où des questions comme la qualité du secteur public, le financement de la Sécurité sociale, les disparités devant la maladie font l'objet d'échanges virulents dans les éditoriaux des journaux aussi bien qu'au Parlement, comme j'ai essayé de le montrer dans « Inégalités sociales et politiques de santé en Équateur. Le système de soins en débat », *Santé publique*, 1993, 1, pp. 43-51.



## POLITIQUE ET SIDA AU CONGO

plus général d'absence d'intérêt de la société civile et des milieux politiques pour les questions de santé.

Cette interprétation n'est pourtant pas satisfaisante, dans la mesure où, précisément, le sida, comme c'est souvent le cas pour les épidémies mortifères (on peut penser, à d'autres époques, à la peste ou au choléra), mobilise toutes les peurs, les représentations, les recherches de sens. Il est donc inexact de dire que l'on ne s'intéresse pas au sida. Il faut plutôt relever que cet intérêt ne trouve pas son expression dans l'espace public, qu'il est en quelque sorte « privatisé »<sup>37</sup>. La difficulté est par conséquent de comprendre pourquoi un problème collectif, objet de passions privées, échappe à toute mise en question publique. Si, comme on l'a vu, vingt-sept ans d'autoritarisme marxiste faisant suite à plusieurs décennies de pouvoir colonial n'ont pas favorisé les débats contradictoires au sein de la société civile et du monde politique, les trois dernières années ont vu s'ouvrir des brèches dans le carcan idéologique et se délier publiquement les langues sur toutes sortes de questions. Il s'agit bien par conséquent de rendre compte du fait que le sida ait échappé à ce phénomène. A cet égard, les interprétations généralement avancées pour expliquer les réponses sociales et politiques à l'épidémie, et notamment les échecs des programmes de prévention, correspondent à des lectures volontiers psychologisantes et culturalistes des sociétés africaines<sup>38</sup>. Si ces analyses qui mettent l'accent sur les représentations du corps, de la maladie, de la sexualité peuvent avoir une relative validité pour interpréter certains comportements privés, elles ne sont en revanche guère convaincantes lorsque l'on essaie de comprendre les politiques de santé.

Le sida, on le sait, est porteur de mort, une mort lente qui fauche des gens jeunes, qui les consume plutôt qu'elle ne les terrasse, qui paraît choisir ses victimes, qui donc appelle une interprétation. Contrairement à ce qu'affirment certains médecins pour qui annoncer aux proches parents du patient que celui-ci est atteint de cette maladie, c'est éviter à un vieillard l'accusation de sorcellerie et le châtiment qu'elle implique<sup>39</sup>, les registres de causalité se superposent plutôt qu'ils ne s'excluent. Reconnaître qu'une personne est infectée par le virus de l'immunodéficience humaine n'empêche pas la recherche d'un coupable. Pourquoi est-ce cette personne qui est

37. Comme le montrent Claudine HERZLICH et Janine PIERRET dans « Une maladie dans l'espace public. Le sida dans six quotidiens français », *Annales ESC*, n° 5, 1988, pp. 1109-1134, en France, l'épidémie a au contraire très rapidement fait l'objet d'une construction sociale publique.

38. Cherchant à établir les causes de la faiblesse des réponses de la santé publique à l'épidémie en Afrique, John CALDWELL, I. O. ORUBULOYE et Pat CALDWELL, dans « Underreaction to AIDS in Sub-Saharan Africa », *Social Science and Medicine*, 34 (11), 1992, pp. 1169-1182, invoquent la difficulté à parler de sexualité, la honte attachée aux relations illicites, le sentiment de la prédestination des individus, les conceptions du malheur.

39. « Pour sauver les vieux, il vaut mieux informer, explique un professeur de médecine du Centre hospitalo-universitaire de Brazzaville, favorable à la communication du diagnostic de sida à l'entourage du patient. Le jour de la veillée, le vieux est menacé. On le traite de mangeur. On dit que c'est lui qui a bouffé le jeune. Il y a comme ça des vieux qui ont été battus ou brûlés, un pneu autour du cou ». La facilité avec laquelle on accuse les vieillards de sorcellerie, dans nombre de sociétés africaines, a été discutée par Mary DOUGLAS dans *De la souillure*, Paris, François Maspéro, 1971, 1<sup>re</sup> édition anglaise 1967.

malade ? qui veut ainsi sa mort ? Des devins sont consultés, des réunions familiales sont tenues. Chacun donne son avis, soupçonne, dénonce. Des solutions doivent être trouvées, des arrangements recherchés, des sanctions prononcées. Le traitement du malade pourra bien sûr comporter des médicaments antirétroviraux, mais pour en espérer une efficacité, il faudra que la cause du mal soit d'abord expulsée<sup>40</sup>. Derrière le sida, se profile ainsi presque toujours l'ombre de la sorcellerie. C'est dire combien il est dangereux d'en parler publiquement, puisque ce serait manipuler des forces dont on sait que l'on ne pourra pas ensuite les maîtriser.

Mais il est une autre forme de pouvoir que le sida met en cause : c'est celui de l'État. En premier lieu, parce qu'il en menace électivement les représentants : en raison de leur mode de vie, ils sont souvent considérés comme particulièrement exposés à l'éventualité d'une contamination. La maladie et la mort de plusieurs hauts dignitaires du régime, responsables politiques et chefs militaires, ont été entourées de précautions extrêmes pour que n'en soit pas ébruitée la cause. Ce qui n'a évidemment pas évité certaines fuites : ainsi un grand banquier, dont l'entourage avait eu vent du diagnostic, a-t-il porté plainte contre le médecin qui le suivait et contre le biologiste qui lui avait fait les tests, les accusant d'être à l'origine de l'indiscrétion. En second lieu, c'est le gouvernement de la santé publique qui est en jeu : la désorganisation du système de soins et les inégalités de répartition des ressources sanitaires sont remarquablement dévoilées par l'épidémie. Les faiblesses des structures de prise en charge des malades, l'absence de médicaments dans les hôpitaux et les dispensaires, le prix inaccessible des traitements pour la plupart des patients paraissent d'autant plus inacceptables que de petits groupes de privilégiés se sont enrichis en profitant de la manne publique au cours des années récentes de crise économique<sup>41</sup>. Ce sont ainsi les désordres de l'État que révèle la maladie.

Comme l'a montré Jean Jamin<sup>42</sup>, « toute parole sociale peut et doit être interprétée en termes de pouvoir, qui est précisément avant tout celui de dire ou de ne pas dire ». Le silence ne doit donc pas être interprété comme une absence de savoirs ou un manque de mots, mais comme un refus de dire,

40. C'est dire le manque de pertinence sociale de la question posée à un échantillon de Congolais et formulée de la façon suivante : « Le sida, est-ce une sorcellerie, une punition divine ou une maladie mortelle ? », dans l'*Enquête CAP/SIDA Congo avril 1989*, PNLS, p. 18. Le journaliste qui présente cette étude dans le numéro 1852 de *La Semaine africaine* daté du 21 juin 1990 se félicite du bon résultat obtenu en réponse (80 % des personnes interrogées choisissent le dernier terme...) : « On note une bonne perception du sida comme étant une maladie mortelle, non occasionnée par la sorcellerie, encore moins par une punition divine. Bravo ! Les populations enquêtées ont une approche scientifique du phénomène du sida ». Il ajoute cependant : « Mais il ne faut pas se bercer d'illusions : il y a une véritable dichotomie entre ce qu'ils disent et leur comportement lorsqu'un sidéen meurt. En effet, les gens disent toujours que même si on meurt du sida, il y a toujours par derrière la main du sorcier : l'on ne meurt jamais de sa propre mort et l'on n'est jamais malade par hasard ».

41. Nous avons, avec Jean-Pierre DOZON, développé cette question de la mise à nu des faiblesses du pouvoir par l'épidémie, dans « Les États africains à l'épreuve du sida », *Politique africaine*, 32, 1988, pp. 79-85.

42. Dans la série de textes réunis sous le titre *Les lois du silence. Essai sur la fonction sociale du secret*, Paris, François Maspéro, 1977, notamment p. 13.

## POLITIQUE ET SIDA AU CONGO

c'est-à-dire une façon d'exprimer des rapports de force<sup>43</sup> : c'est ce qu'ont bien mis en évidence les interdictions faites par le ministère de la Santé dans les premiers temps de l'épidémie. Si l'on ne parle pas publiquement du sida, alors que l'on débat ouvertement de la démocratie, des droits de l'homme ou de la question ethnique, c'est qu'il y a un danger plus grand à le faire<sup>44</sup>. Ni le ministre, ni le journaliste, ni le simple citoyen ne s'y aventure.

La raison profonde de l'absence de publicité faite au sida est ainsi la menace qu'il fait peser sur le pouvoir — entendu dans la double acception que lui donne Marc Augé lorsqu'il distingue, selon le nombre grammatical, les « pouvoirs noirs » de la sorcellerie et le « pouvoir blanc » de l'administration<sup>45</sup>. Parce que parler de sida, c'est risquer de nommer le mal et d'attirer le malheur, la société civile se garde bien de porter la question sur la place publique. Parce que débattre des enjeux de l'épidémie, c'est avouer les fautes des classes dirigeantes et montrer les carences de l'État, les milieux politiques évitent toute évocation publique du problème. On imagine que ces raisons de se taire puissent être plus fortes que les charmes de la liberté d'expression retrouvée avec la démocratie. Mais on comprend aussi que le sida puisse être intimement lié à la question du pouvoir sans pour autant devenir ouvertement un enjeu politique.

### *La pratique du non-dire*

Le problème de l'occultation de la vérité du sida ne se pose pas seulement sur la scène publique, il se joue également dans la relation entre professionnels de santé et séropositifs ou malades. Qu'il s'agisse de faire les tests ou d'en annoncer les résultats, la pratique habituelle des médecins congolais est de ne pas informer leurs patients<sup>46</sup>. Les deux points sont d'ailleurs liés : puisque l'on ne prévient pas la personne et qu'on ne lui demande pas son avis, il est logique de ne pas lui communiquer les conclusions d'un examen biologique qui a été réalisé à son insu. Cette attitude n'est évidem-

43. Taire fait d'ailleurs partie de toute stratégie de pouvoir, ainsi que le rappelle Marc AUGÉ dans *La construction du monde. Religion, représentations, idéologies*, Paris, François Maspéro, 1974.

44. Ces menaces sont loin d'être imaginaires. François Delaporte a montré dans *Le savoir sur la maladie. Essai sur le choléra de 1832 à Paris*, Paris, PUF, 1990, comment l'arrivée en France de la première pandémie de choléra a donné lieu à de véritables émeutes contre le pouvoir, la population parisienne soupçonnant les autorités de les empoisonner. La récente affaire du sang contaminé en France, avec la mise en accusation publique de ministres, même si elle n'est pas allée jusqu'à la Haute Cour, a révélé la fragilité du pouvoir politique confronté à ces phénomènes épidémiques.

45. Dans *Théorie des pouvoirs et idéologie*, Paris, Hermann, 1975, Marc AUGÉ établit cette distinction pour rendre compte de l'historicité des idéologies du malheur. Sur les relations entre les différents registres du pouvoir, notamment entre les champs politique, religieux, économique et thérapeutique, on peut également consulter mon livre *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF, 1992.

46. L'appel lancé par les évaluateurs du Programme national dans leur *Communiqué final de l'examen approfondi de la première année d'opération du Plan triennal de lutte contre le sida au Congo*, document dactylographié, 1989, 6 p., dans lequel ils insistent « tout particulièrement sur la nécessité absolue, si cruelle soit-elle, que les médecins révèlent la séropositivité à leurs patients », ne semble pas entendu.

ment pas sans causer des difficultés dans la prise en charge des malades, auxquels il faut administrer des traitements coûteux et parfois pénibles, et plus encore dans la prévention de la dissémination de l'épidémie, puisque les porteurs du virus ne se savent pas infectés et continuent de vivre normalement<sup>47</sup>. Comment expliquer cette pratique du non-dire, compte tenu des contradictions qu'elle engendre, tant sur un plan clinique que pour la santé publique ? Comment les acteurs eux-mêmes peuvent-ils justifier leur façon de procéder, alors qu'elle semble avoir un coût médical injustifiable ? Avant de répondre à ces questions, on peut essayer d'analyser une situation exemplaire : celle de la banque du sang du Centre hospitalo-universitaire de Brazzaville.

Ce service existe depuis 1976 — du temps de l'Hôpital général. Il est en principe le seul à délivrer du sang pour la capitale et sa région. Le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine y a été instauré en mars 1986, soit seulement sept mois après la France et cinq mois après l'Angleterre ou la Suède, grâce à l'aide financière d'une organisation non gouvernementale humanitaire française, dont le relais a été pris par le Fonds d'Aide et de Coopération. L'arrivée du sida a été concomitante avec une baisse brutale des dons de sang, à la fois en raison d'une confusion sur le risque de contamination (on pensait qu'il était dangereux de donner son sang) et peut-être plus encore, comme on l'a compris plus tard, par crainte qu'un test ne soit réalisé (et ne s'avère positif). Pour remédier à cette situation préoccupante, compte tenu des besoins importants des services de chirurgie et d'obstétrique, les responsables de la banque du sang ont essayé simultanément de réduire la demande et d'accroître l'offre.

La réduction de la demande passe par une rationalisation des conduites en matière de transfusion : ne pas donner de sang à titre préventif comme il était d'usage, se fixer un seuil relativement bas au-dessous duquel on administre les produits sanguins, disposer de solutés dits de remplissage permettant dans bien des cas d'éviter de transfuser du plasma. Si les deux premiers points sont relativement bien respectés, pour le dernier, en revanche, les ruptures incessantes de stock de solutés à l'hôpital conduisent à les faire acheter en pharmacie, ce qui, compte tenu de leur prix élevé, est impossible pour les plus pauvres — auxquels on continue donc à donner du plasma qui, lui, est gratuit. Un dernier élément, imprévu, fait baisser la demande : c'est la diminution d'activité de l'hôpital, faute de matériel pour effectuer les interventions chirurgicales.

L'augmentation de l'offre de sang est le fruit d'une opération autoritaire : le « don forcé », qui consiste en un « remboursement du sang sur la

47. Dans « Dire ou ne pas dire. Enjeux de l'annonce de la séropositivité au Congo », communication à l'Atelier sur les sciences sociales face au sida en Afrique, Abidjan, 15-17 mars 1993, 11 p., Marc-Eric Gruénais critique cette attitude dont il montre les effets et suggère les fondements : « A quoi sert de tester, surtout si l'on annonce pas ? Pourquoi ces stratégies de préservation du secret envers et contre tout, y compris au détriment du malade ? Pour permettre aux médecins de prendre des précautions particulières dans la manipulation du « malade et de ses substances corporelles, pour mettre en œuvre un protocole thérapeutique si tant est que la personne puisse avoir les moyens financiers de l'adopter, pour produire des chiffres sur le développement de l'épidémie en Afrique... pour le savoir médical ? On peut se demander si aujourd'hui, alors que le savoir médical doit renoncer à ce qui fonde sa légitimité, la guérison, il ne vaille pas surtout à sa propre reproduction ».

## POLITIQUE ET SIDA AU CONGO

base de quatre pour un ». Lorsqu'il s'agit d'une transfusion planifiée, le receveur doit trouver à l'avance quatre donneurs. Si en revanche elle est réalisée en urgence, sa carte d'identité est conservée « en otage » jusqu'à ce qu'il ait pu amener son quota. Cette méthode met à contribution la famille et les amis, mais compte tenu des réticences déjà mentionnées à l'égard du don de sang, ce sont souvent des gens que les patients paient en échange de leur geste. Dans ces conditions, on estime que seulement un dixième des dons est aujourd'hui volontaire et que les neuf restants correspondent à des remboursements.

Les donneurs forcés n'ont évidemment pas — ni les autres non plus — demandé à ce qu'un test sérologique leur soit pratiqué. Il est par conséquent difficile de leur imposer le résultat d'un examen que, très probablement, s'ils en avaient eu la liberté, ils auraient refusé. D'ailleurs, lorsque dans les premiers mois de mise en œuvre du test on a envoyé aux personnes dont le résultat des examens était positif une convocation sous pli fermé pour contrôle, le contenu de ces courriers a rapidement été deviné dans les quartiers et les destinataires ont refusé de recevoir leurs lettres. L'attitude des responsables de la banque du sang est donc de laisser les choses se faire : si les donneurs veulent connaître leur résultat, on le leur indique ; si en revanche, ils ne se manifestent pas, on ne les convoque pas. Ainsi, en 1991 et 1992, sur environ 18 000 donneurs, seulement 200 ou 300 se sont enquis du résultat ; à trois reprises, il était positif et on a dû le leur annoncer. Ce qui signifie que plus de 98 % des personnes qui donnent leur sang ne cherchent pas à savoir ce qu'a révélé le test — pour autant qu'ils aient compris qu'on le leur a fait, puisqu'on ne les en informe pas. Or, 4 à 8 % de ces donneurs sont porteurs du virus et risquent donc de continuer à contaminer d'autres personnes<sup>48</sup>. Ce refus d'annoncer les résultats conduit à des situations absurdes où un donneur que l'on a découvert séropositif, mais qui l'ignore, se présente pour un nouveau don : on va devoir se contenter de lui refaire un test, toujours sans le lui dire, mais sans bien sûr pouvoir non plus lui prendre son sang.

Le fonctionnement de la banque du sang pose d'ailleurs d'autres problèmes éthiques, puisque, dans la mesure où le système n'est pas informatisé, les résultats sont copiés sur les fiches des donneurs rangées par ordre alphabétique. Il n'est donc pas très difficile à ceux qui y travaillent de connaître le statut sérologique de personnes de leur connaissance ou même de le vérifier à la demande de quelqu'un de l'entourage du donneur. Quelles que soient les précautions envisagées, il n'y a donc aucune garantie de confidentialité. Lorsque l'on sait la rapidité de circulation de ce type de « secret » dans le public, on comprend les réticences à donner son sang.

48. Cette séroprévalence en banque du sang, qui peut même dépasser 10 % à Pointe-Noire, implique un risque de transfusion de sang infecté par le virus qui est estimé, compte tenu de l'imperfection des méthodes de dépistage utilisées, à 1 pour 300 flacons de sang, soit vingt à trente personnes contaminées par transfusion chaque année à Brazzaville. La situation est donc très différente de celle des pays occidentaux où les mêmes tests induisent un risque faible et même inférieur à celui de certaines hépatites, en termes de réduction d'espérance de vie, comme l'ont montré Jeffrey CARSON et coll., dans « The Risks of Blood Transfusion : The Relative Influence of Acquired Immunodeficiency Syndrome and Non-A non-B Hepatitis », *American Journal of Medicine*, 1992, 92, pp. 45-52. La question de la sécurité transfusionnelle n'a cependant jamais été abordée publiquement au Congo.

Parmi les cliniciens c'est la même pratique du non-dire qui prévaut. La plupart des médecins, lorsqu'ils suspectent une infection rétrovirale, réalisent le test à l'insu de leur patient. Ils usent même, pour dissimuler leur prescription, de subterfuges tels que l'emploi d'un nom ou d'un sigle codé sur lequel ils s'entendent avec le biologiste qui leur fait l'examen. Évidemment, si le résultat est positif, ils n'en informent pas la personne mais l'adressent à un spécialiste du Centre hospitalo-universitaire ou du Programme national. Ce qui ne manque pas d'éveiller la suspicion du patient, car chacun connaît les noms de ces services et de leurs médecins.

Ces spécialistes ne sont d'ailleurs eux-mêmes pas tous partisans de dire la vérité au patient. L'un d'eux estime qu'il vaut mieux la taire, de peur de désespérer le malade. « De toute façon, ajoute-t-il, ils savent, ils ne veulent pas qu'on leur dise. Et puis ils pensent que, si le médecin ne leur dit pas, il y a peut-être une chance que ce ne soit pas cette maladie. Dès qu'on leur dit, j'ai l'impression qu'ils perdent totalement espoir ». Un autre clinicien a choisi de révéler à ses patients l'origine de leur mal et de leur parler du virus du sida, estimant que c'est une nécessité pour gagner leur confiance. « Ce sont d'ailleurs plus les médecins que les malades qui ont peur de la vérité. Souvent les patients sont contents de savoir : "Pourquoi ne me l'avait-on pas dit avant ?" demandent-ils ». Un troisième enfin raconte comment il a changé d'attitude : au début, il interdisait à ses assistants d'annoncer aux patients leur maladie ; plus tard, il a adopté une attitude plus libérale, les laissant faire selon leur conscience ; aujourd'hui, il a lui-même décidé de révéler la vérité à ses malades.

La pratique du non-dire a été critiquée au nom du droit des personnes à connaître le mal dont elles sont atteintes et surtout pour des raisons d'efficacité curative (obtenir la coopération du patient nécessite de l'informer) et préventive (éviter qu'il ne continue à propager le virus)<sup>49</sup>. Mais on s'est rarement intéressé à comprendre le pourquoi de cette pratique, et lorsqu'on l'a fait, on a généralement disqualifié les explications avancées par les médecins. Le point de vue adopté ici est au contraire de prendre au sérieux la façon dont les acteurs rendent compte de leurs attitudes et de leurs choix. Accorder de la valeur aux justifications des médecins ne veut pas dire les justifier, mais simplement accepter que les raisons qu'ils invoquent fassent partie de la réalité que les acteurs sociaux constituent et que l'anthropologie

49. Les principes éthiques qui sous-tendent ces critiques paraissent tout à fait légitimes, même si l'on est en droit de s'interroger sur la meilleure manière d'articuler les fondements moraux de sociétés différentes, comme le propose Nicholas CHRISTAKIS, dans « Ethics are Local : Engaging Cross-Cultural Variation in the Ethics for Clinical Research », *Social Science and Medicine*, 35, 1992, pp. 1079-1091. L'efficacité que l'on peut attendre de l'annonce de la séropositivité est en revanche discutable. D'une part, compte tenu du système de santé congolais, seuls quelques privilégiés ont accès aux médicaments, en particulier aux antirétroviraux trop coûteux, et bien peu bénéficient d'une réelle prise en charge par les services sociaux. D'autre part, il n'est pas démontré que la connaissance de la séropositivité induise des changements de comportements ; les résultats d'une cinquantaine d'études réalisées dans divers pays, analysées par des auteurs américains et commentées par William DAB dans « Intérêt du test de dépistage en matière de prévention », *Transcriptase*, 3, 1992, pp. 2-4, font plutôt apparaître que les modifications des conduites sexuelles, lorsqu'elles sont observées, interviennent avant même la réalisation du test, la pratique de celui-ci pouvant être considérée comme relevant déjà d'une nouvelle attitude à l'égard du risque.

## POLITIQUE ET SIDA AU CONGO

doit comprendre<sup>50</sup>. En fait, il ne s'agit de rien d'autre que de créditer les médecins de logiques localement pertinentes — puisqu'elles sont intelligibles par l'ensemble des agents<sup>51</sup>. Cette position n'implique toutefois ni relativisme (toutes les valeurs se valent), ni approbation (les raisons des acteurs sont bonnes parce que ce sont leurs raisons).

Les situations de non-annonce sont en fait diverses. Le test peut être réalisé en dehors de toute symptomatologie : c'est le cas lorsque l'on vient donner du sang (plus ou moins contraint par un proche ou par des besoins d'argent), lorsqu'il s'agit d'une étude (soit à des fins de surveillance comme celles que fait deux fois par an le Programme national sur des échantillons de femmes enceintes, soit avec un objectif de recherche comme celles que conduisent des organismes étrangers). À l'inverse, le test peut être fait à un patient présentant des signes cliniques qui vont faire suspecter à son médecin une infection par le virus de l'immunodéficience humaine : cette circonstance peut se produire en consultation ou lors d'une hospitalisation. Enfin, et c'est la situation la plus rare, le test peut être demandé par une personne inquiète sur son statut sérologique. L'attitude des médecins diffère selon ces circonstances.

Le dernier cas est le plus facile, puisque la personne demande et attend son résultat, qui lui est donné, avec plus ou moins de ménagement. La première situation, à l'inverse, ne donne généralement pas lieu à annonce : les raisons invoquées sont que la personne n'a rien demandé et qu'on ne peut donc pas lui imposer une information aussi dramatique (il est indéniable que la plupart de ceux sur qui l'on effectue le test dans ces conditions ne veulent pas en connaître le résultat, comme en témoignent leur refus de se rendre aux convocations qui leur sont adressées, et plus généralement la difficulté à obtenir des dons de sang). La question est alors : pourquoi leur a-t-on fait le test ? Pour l'intérêt général, est-il répondu — celui des malades (transfusion), celui de la santé publique (surveillance), celui de la recherche scientifique (études). On peut contester le bien-fondé de cette conception de l'intérêt général, mais on ne peut nier que c'est aujourd'hui celle qui prévaut dans la communauté internationale (personne ne remet en cause le fait qu'il faille approvisionner les banques du sang, fournir des statistiques épidémiologiques, faire progresser la science par des travaux sur l'homme). La seule différence, et elle est de taille, entre les positions des médecins travaillant au Congo et ceux exerçant dans les pays occidentaux, réside dans l'appréciation de la nécessité d'annoncer la vérité à celui qui ne la souhaite pas. Quant au deuxième cas de figure, où l'existence de symptômes sous-tend la demande du test, les explications données par les médecins qui ne le disent pas relèvent de plusieurs ordres. Tout d'abord, on craint que le patient désespéré ne se suicide : le risque objectif en est difficile à déterminer ; il existe

50. Ce que Nicolas Dodier appelle une « épistémologie pluraliste et pragmatique », dans l'article intitulé « Agir dans plusieurs mondes », *Critique*, 529-530, 1991, pp. 427-458, où il analyse les théories de la justification de Luc Boltanski et Laurent Thévenot.

51. Tout comme, il y a quelques années, des anthropologues ont montré, contre les jugements négatifs des développeurs, que les pratiques des paysans africains relevaient de rationalités justifiables. Voir notamment l'ouvrage collectif, *Paysans, experts et chercheurs en Afrique noire. Sciences sociales et développement rural*, sous la direction de Pierre BOIRAL, Jean-François LANTERI et Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN, Paris, CIFACE-Karthala, 1985.

bien quelques cas, mais il est difficile de savoir dans quelle mesure l'annonce, plus que la dégradation de l'état général ou d'autres interprétations concurrentes, est responsable du décès. Ensuite, on redoute l'effet néfaste du découpage provoqué par la révélation d'une maladie incurable sur les possibilités d'amélioration de l'état de santé du patient : comme dans la sorcellerie, l'abandon de soi et l'attitude des autres peuvent hâter une évolution défavorable. Enfin, on évoque la menace de déstabiliser les familles en éveillant des suspicions entre maris et femmes, en suscitant des rejets de la part des parents. Dans ces conditions, l'interrogation sur l'utilité du test n'est évidemment pas superflue. C'est cette fois l'intérêt particulier du malade qui est invoquée : le médecin doit savoir pour mieux le traiter. Sans souscrire à ces explications, on peut rappeler que c'était la même réponse qu'apportaient en France, jusqu'à une période très récente, la majorité des médecins confrontés à des patients cancéreux ou leucémiques (seuls les soignants et souvent la famille devaient connaître le diagnostic).

Derrière ces argumentaires de natures très différentes<sup>52</sup>, on retrouve la même notion de danger — pour l'individu, pour sa famille, finalement pour l'ordre privé — que l'on avait précédemment mise en évidence dans le cas de la société civile et du monde politique — pour la collectivité, pour l'État et pour l'ordre public. Et au fond, la même mise en cause des pouvoirs et du pouvoir<sup>53</sup>. Il n'y a bien sûr rien d'étonnant à cela : les médecins font partie de la société et leur raisonnement appartient largement au sens commun<sup>54</sup>. C'est pourquoi leur système de justification est parfaitement acceptable pour la plupart des gens ; on pourrait même avancer sans paradoxe que c'est l'attitude opposée, celle de la vérité, qui pour l'opinion congolaise mérite une argumentation, car pour beaucoup, elle ne va pas de soi. L'ambiguïté, toutefois, de la position des médecins provient de leur double discours et de leur double pratique : d'un côté, ils se revendiquent d'un savoir et d'une éthique qui leur donnent des droits considérables sur les personnes (en l'occurrence, celui de décider à lui révéler la nature du mal dont souffre un individu) ; de l'autre, ils agissent de fait en se conformant aux mêmes schémas de pensée, aux mêmes préjugés que tout un chacun (ainsi est-ce moins sur la base de principes moraux que pour des raisons de commodité qu'ils choisissent de ne pas annoncer la vérité au malade). En ce sens, on peut affirmer qu'il y a abus de pouvoir.

Cette situation n'est toutefois pas immuable : elle a même tendance à évoluer rapidement sous l'influence simultanée des professionnels de santé et des malades. Les médecins qui annoncent l'origine de leur mal à leurs

52. On pourrait dire, pour parler comme Luc BOLTANSKI et Laurent THÉVENOT dans *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991, que les arguments développés appartiennent à plusieurs mondes.

53. Ce danger comporte, comme c'est toujours le cas lorsque le pouvoir est en cause, une grande part d'ambiguïté, puisque, comme le disent les médecins, les malades savent souvent ce dont ils souffrent. On redoute donc moins la connaissance du diagnostic que, pour reprendre la terminologie de John AUSTIN, dans *Quand dire, c'est faire*, Paris, Seuil, 1970 (1<sup>re</sup> édition anglaise 1962), « l'énonciation performative » qui fait exister le danger.

54. Ce qu'Aaron Cicourel avait bien montré dans le cas — exemplaire, car habituellement considéré comme relevant du seul savoir scientifique — du diagnostic médical dans « Raisonement et diagnostic : le rôle du discours et de la compréhension clinique en médecine », *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, 60, 1985, pp. 79-88.



## POLITIQUE ET SIDA AU CONGO

patients, souvent avec beaucoup de compassion, en font la preuve, tout comme les associations qui, comme la Ligue Fraternelle de Solidarité Sida, essaient de combattre l'exclusion dont sont trop souvent victimes les sidéens<sup>55</sup>. Mais ces initiatives courageuses et innovantes demeurent l'exception.

### *Les recherches de sens*

Qu'il y ait une sorte de consensus du non-dit autour du sida n'empêche cependant pas, bien au contraire, que s'expriment des discours sur la maladie. Comme c'est le cas dans le monde occidental, l'épidémie a fait l'objet d'un traitement social métaphorique<sup>56</sup>. Elle a révélé des vérités qui n'étaient pas toujours bonnes à dire sur la société congolaise. La recherche de sens est toujours particulièrement inquiète de la question des origines et des causes du mal<sup>57</sup>. Dans le cas du sida, cette interrogation est probablement celle qui a soulevé le plus de passion. Et ce d'autant que la maladie a d'emblée été associée aux notions d'impureté et d'indignité : c'est parce qu'elle menaçait de « salir le pays » qu'il fallait ne pas en parler ; c'est parce qu'elle risquait de « gâter la famille du malade » que son nom ne devait pas être prononcé.

Comme on l'a vu, c'est d'abord l'hypothèse africaine qui a suscité la polémique. L'évidence, pour nombre de scientifiques occidentaux, de l'apparition du virus en Afrique centrale, a semblé à beaucoup de Congolais la preuve d'un racisme tenace inopportunément resurgi : souvenirs de l'époque coloniale et humiliations des immigrés en Europe se sont trouvés actualisés par la façon dont on désignait les Africains comme les coupables de ce nouveau fléau et même dont on les traitait dans certains pays, comme l'Union soviétique où des contrôles sérologiques étaient mis en place et assortis d'expulsion, lorsqu'ils étaient positifs. C'est d'ailleurs une représentation en miroir qui se développait dans la même période au Congo, comme dans toute l'Afrique subsaharienne : celle d'un mal occidental. Là aussi, le virus étrange était venu d'ailleurs<sup>58</sup> : il s'agissait cette fois d'homosexuels et de drogués blancs venus corrompre le monde noir. Dans les milieux populaires, commençait à circuler un autre récit : une femme blanche avait eu des relations sexuelles avec un chien par lequel elle avait été infectée, conta-

55. La LIFSO-Sida est la première association du Congo qui se propose, comme l'indique son *Statut* daté du 15 septembre 1992 de « regrouper, d'une part, tous les séropositifs et les sidéens du Congo, et d'autre part, toutes les personnes physiques et morales qui s'investissent dans la sauvegarde de la santé communautaire », pour notamment « lutter contre la discrimination, pour le respect de la dignité du malade et du respect de l'autre ».

56. Pas seulement dans l'acception qu'en retient Susan SONTAG dans *Le sida et ses métaphores*, Paris, Christian Bourgois, 1989 (1<sup>re</sup> édition américaine 1989), c'est-à-dire dans les façons de se représenter la maladie à partir d'images du monde social, mais également dans la manière de parler de la société à travers la lecture que l'on fait de l'épidémie.

57. C'est ce que montrent Marc AUGÉ et Claudine HERZLICH dans *Le sens du mal...*, *op. cit.*

58. Tel est le titre d'un ouvrage écrit par Jacques LEIBOWITCH, *Un virus étrange venu d'ailleurs*, Paris, Grasset, 1984, dans lequel l'auteur exposait sa théorie de l'épidémie transportée de l'Afrique centrale aux Antilles par les soldats cubains venus combattre en Angola...

minant ensuite à son tour ses partenaires africains<sup>59</sup>. Curieusement, on retrouve ici, associés à l'image de la femme blanche, les thèmes de la bestialité et de la débauche qui nourrissaient en Europe certains préjugés sur les Africains, sans pour autant que l'on puisse en tirer l'idée qu'il s'agit d'un simple renvoi d'accusation ; probablement la vision fantasmatique de l'Autre puise-t-elle toujours dans des registres proches.

C'est bien dans une construction de l'altérité que s'inscrit l'interprétation de ceux par qui l'épidémie arrive : de même que les Juifs ont servi de boucs émissaires de la peste en Europe au Moyen Âge, ce sont partout les étrangers — mais de préférence des étrangers de l'intérieur, c'est-à-dire des Autres proches — qui sont accusés d'avoir introduit le sida. Ainsi, à Brazzaville soupçonne-t-on les Zaïrois d'être à l'origine des premiers cas congolais, réglant une fois de plus avec eux de vieux comptes : pays dont la dimension de Goliath impressionne le David situé sur l'autre rive du fleuve Congo, le Zaïre inonde son voisin de ses ressortissants qui fuient la crise économique et la répression politique ; tout est alors prétexte pour se plaindre de ces encombrants Zaïrois et pour les expulser, parfois dans des conditions dramatiques, comme lorsqu'en mars 1993, cent cinquante au moins ont péri noyés dans la panique de l'embarquement pour le retour. De même que pour la délinquance, ce sont donc eux, et surtout leurs prostituées (car à Brazzaville toutes les prostituées sont censées être zaïroises, comme à Abidjan et à Lomé, on les prétend toutes ghanéennes) qui apportent le sida. Que les taux de séroprévalence baissent à Brazzaville à la fin de 1992, et immédiatement on évoque le départ de quelques centaines de Zaïrois comme étant la cause probable de cette diminution. Ainsi voit-on s'exacerber les réflexes nationalistes et les phénomènes d'exclusion, volontiers favorisés par les commentateurs des hommes politiques qui voient là une bonne occasion de souder des identités nationales mises à mal par des divisions internes.

Mais la quête de sens ne se fait pas dans la seule direction des origines, qui la conduit vers l'ailleurs et vers l'Autre, elle puise aussi dans la recherche des causes, qui la mène à l'inverse dans des espaces intérieurs, ceux de la morale et du Soi. La religion joue évidemment un rôle central dans cette activité interprétative qui trouve dans le sida un cadre idéal pour parler du Bien et du Mal, et les églises du Congo ne manquent pas d'y voir une occasion inespérée de rallier des adeptes. Les nombreux mouvements messianiques se distinguent particulièrement dans cette entreprise où le prosélytisme s'appuie sur un discours moralisateur et apocalyptique. Ainsi

59. Dans la communication intitulée « Participer autrement : de l'ethnologie en temps de pandémie » qu'elle a présentée à *Atelier sur les sciences sociales face au sida en Afrique*, Abidjan, 15-17 mars 1993, 19 p., Michèle CROS cite une histoire très semblable rapportée par un jeune Lobi du Burkina Faso : « Il y a un homme et une femme qui font l'amour. Après avoir fini de le faire, le sida a attrapé cet homme. Dès le commencement, il y a un Blanc qui a payé l'argent à une femme et le chimpanzé va lui faire l'amour. Comme la femme et le chimpanzé ne doivent pas se coucher comme les autres hommes, la femme a préféré être attachée à un arbre et le chimpanzé fait son amour. Quand ils ont fini de faire, le Blanc détache la femme et lui donne son argent. Le chimpanzé avait la maladie sida, ça a attrapé la femme et maintenant l'homme est parti coucher avec cette femme. C'est ce qui a amené la maladie sida aujourd'hui. La femme et l'homme sont décédés ».

## POLITIQUE ET SIDA AU CONGO

dit-on, chez les kimbanguistes du Congo<sup>60</sup> que l'épidémie avait même été annoncée : « Notre chef spirituel, Papa Diangianda Kuntima, nous avait prévenu vers 1978 qu'il viendrait une maladie pour laquelle on trouverait difficilement un traitement. Et il a demandé à ses fidèles de préserver les commandements pour s'en protéger. Lorsque la maladie est arrivée, il nous a seulement dit : voilà, elle est là ». Comme l'explique un pasteur de cette église, qui est également administrateur de santé et membre du Comité national de lutte contre le sida, « cette épidémie est un sort de Dieu pour punir l'homme de l'adultère et de la fornication, c'est une malédiction divine, et l'on ne trouvera de solution que lorsque l'Éternel le voudra ». Dans l'Église catholique, on retrouve des thèmes similaires, même si l'image d'un Christ miséricordieux semble mal s'accommoder de cette idée de châtiment. C'est cette contradiction que tente de lever un prêtre dans un article où il veut se démarquer du discours qu'il attribue aux protestants<sup>61</sup> : « Je ne dis pas que le Seigneur envoie le virus du sida pour nous punir. Je ne dis pas que les malades sont punis. Dans mon ministère, j'ai eu à tenir plusieurs fois la main d'un malade et le message évangélique est que dans la souffrance, le Seigneur n'est pas contre celui qui souffre, mais est avec lui pour le sauver. Mais notre responsabilité face à l'invasion du virus et à l'ampleur de la catastrophe existe. Une responsabilité mal assumée est une faute morale et nous subissons les conséquences de nos fautes ».

Derrière cette dialectique parfois spécieuse de la culpabilité, dans laquelle on peut constater que c'est — de manière apparemment paradoxale pour un esprit weberien — l'Église catholique qui en appelle à la responsabilité morale individuelle contre des Églises protestantes qui se placent sous le signe du châtiment divin, c'est la concurrence dans le champ religieux qui se joue. La multiplication des « sectes »<sup>62</sup>, favorisée par les difficultés économiques, les incertitudes politiques et une remise en cause des référents traditionnels, mais aussi par l'incapacité des structures de santé à prendre en charge les maladies, représente en effet un sérieux risque de désaffection pour les Églises « classiques ». Dans la prise en charge sociale et thérapeutique du sida par les divers mouvements religieux, la compétition pour le pouvoir symbolique est toujours un enjeu central. Chaque Église élabore sa propre réponse à l'épidémie. Ainsi les évangélistes, aidés financièrement par

60. Dans *Sociologie actuelle de l'Afrique noire*, Paris, PUF, 1955, Georges BALANDIER a longuement analysé l'histoire de ce mouvement messianique fondé au début du siècle par Simon Kimbangu. Celui-ci, né en 1889 au Congo belge, élevé dans une mission baptiste, a en 1921 la révélation de son élection divine. Arrêté et emprisonné quelques mois plus tard, il devient à la fois le prophète de Dieu et le symbole de la résistance au colonisateur. Son église est aujourd'hui l'une des plus puissantes au Zaïre et au Congo.

61. Dans ce texte, intitulé « Libre parole » et paru dans le numéro 1822 de *La Semaine africaine* du 23 novembre 1989, le « père Christian » s'en prend notamment à l'un des protagonistes d'une émission télévisée : « On a posé à Monsieur le Pasteur la question piège : Allez-vous nous dire que le sida est une punition de Dieu ? Monsieur le Pasteur est presque tombé dans le panneau en y allant de sa théologie avec ses distinctions qui finalement édulcorent les textes bibliques et les disqualifient sans leur laisser la moindre chance de provoquer la conscience des hommes de ce temps ».

62. Pour utiliser le langage officiel qui est déjà chargé d'une hiérarchie des valeurs, comme le rappelle Joseph TONDA dans « Les Églises comme recours thérapeutique. Une histoire de maladie au Congo », dans *Sociétés, Développement et Santé*, sous la direction de Didier FASSIN et Yannick JAFFRÉ, Paris, Ellipses/AUPELF, 1990, pp. 200-210.

la coopération suédoise<sup>63</sup>, ont développé une œuvre médicale qui intervient de diverses manières. Elle mène des programmes d'information et d'éducation à partir de la quinzaine de dispensaires et de maternités qu'elle possède dans tout le pays ; les messages portent principalement sur l'éloge de la fidélité conjugale et la condamnation du « vagabondage sexuel ». Par ailleurs, des séances de prière sont organisées dans les lieux de culte pour les malades ; ceux-ci reçoivent également la visite de groupes de fidèles qui leur apportent du réconfort et parfois des subsides. Enfin, se sont développées, sur des initiatives privées mais légitimées par l'Église, des consultations dites de « médecine révélée » tenues par des fidèles qui prétendent que Dieu leur a communiqué en rêve le nom de substances actives sur le virus ; presque toutes les paroisses de Brazzaville ont leur centre thérapeutique où les personnes infectées viennent recevoir leur traitement.

Cette activité des Églises reçoit l'aval du Programme national qui a même tenté d'officialiser des collaborations avec plusieurs d'entre elles — les plus reconnues, en particulier catholique, évangélique, kimbanguiste et Armée du salut — sous la forme de séminaires de formation ou de campagnes de prévention. Le principal point de désaccord entre les médecins du Programme national et les membres des Églises porte sur la recommandation du préservatif à laquelle ces derniers refusent de souscrire, car « ça incite les gens à aller ailleurs » selon le mot d'un pasteur ; des arrangements peuvent toutefois intervenir, les responsables de l'un de ces mouvements religieux fermant par exemple les yeux sur le financement grâce à leurs dons d'une partie des préservatifs distribués par le Programme national. En fait les messages des Églises sont avant tout des discours de moralisation de la vie privée des Congolais et le sida sert de prétexte pour dénoncer la perte des valeurs, la décomposition des familles, le « dérèglement sexuel » et la « contagion morale ».

De telles idées sont d'autant plus facilement acceptées qu'elles rencontrent le sens commun, c'est-à-dire cette sociologie spontanée qui constitue l'opinion publique. La presse s'est d'ailleurs souvent fait le porte-parole autorisé de cette pensée qui condamne les transformations du monde moderne. « L'importance des facteurs socioculturels semble déterminante dans la lutte contre le sida, écrit une journaliste<sup>64</sup>. Il faut agir sur les valeurs et les comportements dans un domaine aussi personnel et intime que sont les rapports sexuels [...]. C'est la raison pour laquelle le respect des rites et des règles qui président aux rapports entre classes d'âge et entre sexes dans les mœurs africaines s'avère de plus en plus nécessaire pour éviter une sexualité débridée chez les jeunes ». La seule amorce de discussion autour du sida qui

63. N'ayant pas de programme spécifique au Congo, l'agence suédoise de coopération — aujourd'hui appelée ASDI, en remplacement de l'ancienne dénomination, SIDA, Swedish International Development Agency, jugée déplacée — fournit son aide à la lutte contre le sida au Congo à travers la SMF, qui regroupe les missions évangéliques suédoises.

64. Il s'agit de Ticky Monekosso, dans le numéro 1822 de *La Semaine africaine* daté du 23 novembre 1989. Quelques semaines plus tard, le 14 décembre, dans le même hebdomadaire, cette journaliste se lançait dans un réquisitoire contre la « vulgarité inouïe » des campagnes d'information qui semblent « encourager les rencontres sexuelles prétendues libres », concédant toutefois que, si elle était choquée par « les grossièretés officielles » des programmes de prévention, elle ne s'opposait pas à « un préservatif à visage humain ».

## POLITIQUE ET SIDA AU CONGO

ait été perceptible au cours des années récentes dans les colonnes des journaux relève de cette même thématique, puisqu'elle concerne le risque de « dépravation des mœurs » et donc d'exposition au virus que fait courir à la jeunesse la diffusion du cinéma pornographique dans les circuits officiels de distribution, mais plus encore dans des salles clandestines où aucune limite d'âge n'est observée. « Inexorable, le danger du mimétisme s'incruste et s'empare de l'être qui n'hésite pas à passer à la pratique dans la société, s'inquiète un éditorialiste<sup>65</sup>. S'ils sont deux ou plusieurs à avoir ce réflexe, on devine le danger que cela pourrait représenter en ces temps de maladie incurable, le sida ». Dans ces conditions d'invocation permanente de l'ordre moral, les mouvements religieux rencontrent un succès d'autant plus incontesté que les pouvoirs publics ne posent jamais la question du sens, dont on a vu qu'elle leur paraissait trop lourde de menaces.

### *Les incertitudes du savoir*

Les désarrois de l'État et des dépositaires du savoir officiel ne se manifestent nulle part aussi clairement que sur la question des médecines traditionnelles. Le Congo a depuis longtemps engagé une politique de reconnaissance de ceux que l'Organisation mondiale de la santé a désigné d'un néologisme pacificateur : les « tradipraticiens ». Reconnaissance limitée, puisqu'elle concerne avant tout les aspects phytothérapeutiques des pratiques médicales, excluant de fait les dimensions magico-religieuses, ou tout simplement sociales, de nombre de cures. Reconnaissance qui n'est pas sans arrière-pensée, puisqu'en séparant le bon grain des guérisseurs de l'ivraie des charlatans, les autorités entendent contrôler des forces qui peuvent devenir dangereuses pour le pouvoir, comme l'ont montré par le passé certains mouvements messianiques<sup>66</sup>. L'Union Nationale des Tradipraticiens du Congo est aujourd'hui l'organe officiel de la médecine traditionnelle. A ce titre, elle est le partenaire obligé du ministère de la Santé dans la lutte contre le sida.

La collaboration n'est cependant pas simple. Ainsi, un malentendu est né d'une mauvaise interprétation de la main tendue par le responsable du Programme national aux thérapeutes traditionnels, lors d'une émission radio-phonique. Ces derniers déclarent qu'ils ont compris : « Si vous trouvez des médicaments qui traitent le sida, nous mobiliserons de l'argent pour mener des recherches sur ces produits ». De nombreux guérisseurs étant convaincus de connaître des substances efficaces sur les rétrovirus, certains sont allés proposer leurs services, mais ils en ont gardé la douloureuse impression d'avoir été « traités avec mépris ». L'un d'eux se souvient même avoir été

65. Dans ce texte intitulé « Les films porno luttent-ils contre le sida ? » publié le 5 avril 1990 dans le numéro 1841 de *La Semaine africaine*, Serge KIMINA-MAKUMBU n'hésite pas, pour répondre à la question qu'il pose, à faire appel à la mémoire de Rousseau qui « du fond de sa tombe, doit bien se moquer de cette société qu'au XVIII<sup>e</sup> siècle déjà il avertissait : Les sciences et les arts ont corrompu les mœurs ! ».

66. Marc-Eric GRUÉNAIS et Dominique MAYALA ont démonté ces mécanismes dans « Comment se débarrasser de "l'efficacité symbolique" de la médecine traditionnelle », *Politique africaine*, 31, 1988, pp. 51-61.

chassé par l'un des médecins du Programme national d'une maison où il venait prodiguer des soins à un malade atteint de sida.

L'attitude des médecins n'est d'ailleurs pas dénuée d'ambiguïté. La conscience des résultats médiocres de leurs propres traitements, par ailleurs accessibles à un nombre très réduit de patients, jointe chez certains à l'idée qu'un médicament pourrait bien venir un jour des plantes et de l'Afrique, les font pencher vers la nécessité d'un dialogue avec les thérapeutes traditionnels. A l'inverse, la formation qu'ils ont reçue à la Faculté de médecine et les valeurs qui leur ont été transmises par leur milieu professionnel les rendent d'autant plus suspicieux que l'offre de compétences de la part des guérisseurs est immense, difficilement évaluable et souvent intéressée<sup>67</sup>. En résultent des discours contradictoires faisant alterner les ouvertures prudentes et les rejets parfois sans ménagement. Mais il est vrai que la voie n'est pas facile à trouver. D'un côté, on ne peut refuser en bloc toute collaboration, notamment vis-à-vis d'une opinion publique qui s'intéresse à ces guérisseurs – comme en témoigne leur audience dans les médias et le succès de leurs consultations. De l'autre, on ne peut pas non plus mettre en jeu la crédibilité des responsables de la lutte contre le sida en paraissant accorder une reconnaissance à quelques-uns — et, compte tenu de la multiplication des remèdes révélés, il est hors de question de se livrer à une étude pharmacologique et clinique sur tous les produits proposés.

En fait, dans la façon dont ils envisagent ce type d'expérimentation clinique, nombre de médecins traduisent leur croyance que, de cette façon, « peut-être un jour on trouvera le traitement du sida ». Ainsi pourrait-on interpréter le fait que l'un d'eux envisage de pratiquer au début et à la fin du traitement des analyses sérologiques visant à démontrer la disparition du virus, au lieu de s'en tenir à des éléments mettant en évidence des signes indirects d'efficacité, comme une amélioration de l'état clinique ou une normalisation de constantes biologiques simples. « Quand un tradipraticien vient me voir, je me fais déjà une idée de son sérieux lors du premier entretien. Puis, je lui dis : il faut avoir une démarche scientifique. Si vous suspectez l'un de vos patients d'être infecté par le virus, vous devez nous l'amener pour en faire la preuve. Après lui avoir expliqué ce qu'est le test, nous le lui faisons gratuitement. S'il est positif, alors vous faites votre traitement, et lorsque vous jugerez qu'il a pu s'avérer efficace, nous lui referons le test pour voir s'il s'est négativé »<sup>68</sup>. Dans

67. Dans « De la quête de légitimation à la question de la légitimité. Les pratiques traditionnelles au Sénégal », *Cahiers d'Études africaines*, XXVIII, 110, 1988, pp. 207-231, nous avons montré, avec Eric Fassin, comment ceux qui tirent le mieux parti de ces processus de reconnaissance officielle sont le plus souvent ceux qui disposent de la légitimité traditionnelle la plus faible et qui, par conséquent, espèrent le plus de profit d'une légitimation par les pouvoirs publics.

68. Cette façon peu scientifique d'en appeler à la science pour tenter de démontrer l'efficacité des pratiques traditionnelles doit être traitée avec d'autant moins de condescendance que la France en a fait l'expérience récente lors de la tentative de création d'une chaire de médecines douces à Paris : dans deux articles du *Monde* des 10 et 22 octobre 1986, on a pu lire l'appel du ministre des Affaires sociales de l'époque demandant des témoignages sur l'efficacité des « médecines naturelles » et la réponse d'un grand cardiologue parisien indigné demandant que se manifestent des patients ayant au contraire des griefs à l'égard de ces pratiques non officielles. Pour une discussion plus complète, on peut se référer à mon article : « Ici et ailleurs. Médecines parallèles et médecines traditionnelles », *Agora*, janvier-février, 5, 1988, pp. 51-53.

## POLITIQUE ET SIDA AU CONGO

cette représentation presque magique de la recherche, on devine le trouble que provoque le sida dans le monde de certitudes des médecins. Ce que révèle, d'une autre manière encore, le souhait qu'expriment certains d'entre eux d'une forme de prise en charge par les thérapeutes traditionnels qui mêlerait l'espoir d'une dernière chance « au moment où la médecine ne peut plus rien » et la chaleur d'une relation thérapeutique « plus apaisante qu'en milieu hospitalier ».

Le pouvoir politique se montre particulièrement silencieux sur ce thème, se contentant de déléguer la responsabilité des décisions aux techniciens, c'est-à-dire aux spécialistes du sida, et suivant avec opportunisme les mouvements de l'opinion, afin d'éviter tout risque de débat public. Ainsi interprète-t-on, dans les milieux médicaux, le fait que le seul discours officiel sur le sida soit celui du Programme national, alors que, dans le même temps, la télévision et la radio font la part belle aux guérisseurs qui voient là l'occasion prometteuse d'une publicité pour leurs produits miracles. Une telle stratégie permet de se parer à la fois du côté de la communauté internationale, que rassurent les démonstrations de séparation du politique et du technique, et du côté de la population congolaise, qui voit en l'attachement aux savoirs traditionnels africains une preuve d'authenticité de ses représentants dans une période où la question de l'identité est posée avec force.

Ce blanc-seing donné au Programme national pour organiser la lutte contre le sida et délivrer le seul message autorisé en la matière est le corollaire du silence public autour de l'épidémie<sup>69</sup>. Le discours technique des médecins n'exclut pas cependant une pertinence sociale et même une capacité d'innovation. Les thèmes abordés — sexualité, morale, médecine — et les canaux utilisés — autrefois réservés à la seule publicité commerciale — représentent des tentatives, pas toujours appréciées comme le montrent les lettres de protestation reçues par le Programme national ou publiées dans la presse, de s'adapter à des réalités sociales nouvelles en transformant les pratiques habituelles de la santé publique. On peut à cet égard évoquer l'action de « sociomarketing du préservatif » qui a consisté en une distribution à bas prix de ce moyen de prévention à travers les hôtels, les bars, les dancings, mais aussi les stations services et les réseaux de taxis ; une telle mobilisation d'agents peu coutumiers des notions de prévention, quelles qu'aient pu être les maladresses dans sa réalisation, a manifesté une attention au monde social et une liberté vis-à-vis des préceptes moralisateurs qui ne manquaient pas d'un certain courage. Le monopole laissé aux techniciens pour parler du sida n'a donc pas cantonné le problème dans des questions purement techniques. Il a toutefois quelque peu disqualifié par avance les éventuelles prises de parole profanes, puisqu'elles pouvaient difficilement faire le poids face au discours savant des médecins.

69. La prégnance de ce qu'il nomme les discours médical et médico-moral est critiquée par Gill SEIDEL dans un article intitulé « The Competing Discourses of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa : Discourses of Rights and Empowerment vs. Discourses of Control and Exclusion », *Social Science and Medicine*, 36, 1993, pp. 175-194. D'autres discours, qui font des problèmes de développement, de relations de genre ou de droits de l'homme leurs enjeux centraux, semblent toutefois gagner du terrain dans certains pays qui pourraient anticiper des évolutions à venir sur l'ensemble du continent.



L'épidémie de sida a fait l'objet au Congo de décisions rapides et énergiques, mobilisant des moyens humains et financiers importants. Avec l'aide des organismes internationaux et des agences de coopération, des dispositifs publics de lutte contre la maladie ont été mis en œuvre. Malgré les questions que ne manquent pas de poser à la société l'avènement d'un problème aussi grave et la réalisation d'un programme de cette ampleur, elle n'a en revanche donné lieu à aucun débat public. La polémique sur les origines africaines du virus est demeurée somme toute limitée et l'interprétation morale par les institutions religieuses s'est clairement située dans la sphère privée. Maladie collective, le sida est demeuré en dehors de l'espace public, la classe dirigeante ne paraissant pas plus désireuse que la société civile d'en faire un enjeu politique. Ce silence, on l'a vu, trouve son origine dans la mise en cause, par l'épidémie, du pouvoir de l'État, et peut-être plus encore, des pouvoirs liés au mal. Il manifeste ainsi les tensions auxquelles sont soumises les politiques de santé publique.

Les choses ne sont toutefois pas figées. Affaire de pouvoir, le sida peut devenir une affaire politique. La démocratisation de la vie politique congolaise, dont on a indiqué les limites et les difficultés, ouvre des perspectives de débat sur des questions de société et de santé jusqu'à présent délaissées au profit des joutes politiciennes. L'émergence d'associations et d'organisations non gouvernementales, même si elle doit être considérée avec circonspection dans le contexte des stratégies internationales pour affaiblir les États en soutenant les initiatives privées, correspond à un renforcement effectif des capacités d'intervention de la société civile sur la scène politique et détermine des mouvements sociaux qui échappent, au moins pour une partie d'entre eux, aux tentatives de manipulation. Une évolution des discours et des pratiques dans les années à venir, dans le sens notamment d'une apparition du sida dans l'espace public, pourrait donc rappeler fort opportunément à ceux qui seraient tentés d'analyser les réalités actuelles en termes culturalistes et de faire encore une fois de l'Afrique un cas à part, que les relations de pouvoir — telles que l'épidémie les met en lumière — sont toujours des produits de l'histoire.

Didier FASSIN  
*Université de Paris-Nord*