

« Le VIH/Sida en Afrique du Sud et en Haïti: de l'échec de la gouvernance de l'épidémie aux difficultés d'atteindre les OMD »

THELOT Fils-Lien Ely
Fils.Thelot@graduateinstitute.ch
SUISSE

Introduction.

Au premier plan des stratégies mises en place par les pays du Sud pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), on retrouve les questions de santé qui constituent un enjeu majeur et représentent un défi de taille. C'est notamment le cas pour l'Afrique du Sud qui a connu un recul considérable de l'espérance de vie et la République d'Haïti où le nombre de décès par année imputables au sida rend tristement compte de l'exclusion des populations les plus touchées par l'épidémie. Ces deux pays, avec les crises sanitaires générées par l'avènement de l'épidémie de VIH, illustrent assez clairement le caractère purement hypothétique de la réalisation des OMD d'ici 2015.

En effet, L'Afrique du Sud et la République d'Haïti ont en commun d'être deux pays fortement touchés par la propagation du VIH/Sida durant ces vingt dernières années. En Afrique du Sud, le taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes est passé de 0,7% en 1990 à 26,5% en 2002, alors que le dernier rapport de l'ONUSIDA laisse entendre que plus de la moitié des décès dus au sida survenus dans toute la région des Caraïbes sont enregistrés en Haïti. Dès l'avènement de l'épidémie et l'explosion de la séroprévalence dans ces deux pays, il s'est donné à observer une construction sociale de la maladie essentiellement sous-tendue par des logiques d'imputation réciproque, de déni collectif et d'accusation de la victime. Dans cette herméneutique de la maladie – ou cette production de référentiels discursifs autour de l'infection, qui s'est mise en place de-ci de-là les frontières, les sciences humaines ont fait un apport considérable à une meilleure compréhension de la complexité de l'épidémie de VIH/Sida qui nous semble jusque-là avoir fait l'objet de quatre grandes approches théoriques : 1) L'approche du VIH/Sida en termes de processus; 2) L'approche du VIH/Sida en termes d'inégalités; 3) L'approche du VIH/Sida en termes de lutte; 4) L'approche du VIH/Sida en termes de gouvernance.

Notre propos dans le cadre de ce présent travail consiste en l'élaboration d'une analyse critique de la gouvernance de l'épidémie de VIH/Sida dans les pays particulièrement marqués par le fait de l'exclusion, des inégalités et de la pauvreté, en prenant l'Afrique du Sud et la République d'Haïti comme deux exemples types de l'échec de cette gouvernance. Par gouvernance de l'épidémie, nous entendons l'ensemble des phénomènes socioéconomiques et politiques complexes renvoyant : 1) aux processus de production des normes autour du risque et de la maladie ; 2) aux dynamiques de conflits entre les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/Sida, conflits dont les enjeux portent sur la répartition des ressources matérielles, symboliques et de pouvoir générées par la mobilisation collective autour de l'épidémie ; 3) aux points nodaux à l'intérieur et au cours desquels les acteurs issus de la société civile, de l'appareil étatique, du secteur économique, se retrouvent, aux niveaux local, national et international, pour discuter sur l'évolution de la séroprévalence, sur la structuration de l'action collective y relative, et débattre tant sur les stratégies et décisions sur lesquelles ils sont en désaccord que sur les valeurs et principes d'action qui assurent une certaine cohérence à leurs politiques.

Nous nous proposons de soutenir le point de vue selon lequel l'échec de la gouvernance de l'épidémie de VIH/Sida s'explique :1) par un excès de conflictualité entre les parties prenantes en

Afrique du Sud, comme le révèlent, entre autres, la conférence de Durban,

l'affaire Sarafina II et le procès de Pretoria ; 2) par l'éclatement des réseaux d'acteurs (impliqués dans la lutte) en Haïti, qui ont privilégié une politique (incohérente) de prévention au détriment du traitement des malades et qui se sont très peu intéressés par la suite aux effets pervers de leur assistance aux personnes séropositives – comme les déceptions exprimées par beaucoup à la suite d'un test séronégatif et les persistantes rumeurs selon lesquelles certaines personnes vivant en situation d'extrême pauvreté se seraient inoculées le virus pour être éligibles à des programmes de prise en charge complète.

Il s'agit pour nous de produire une sociologie compréhensive du VIH/Sida en tant qu'il constitue à la fois un fait social total (Mauss, 2008) et une forme élémentaire de l'évènement (Augé, 1983). La compréhension s'entend ici au sens weberien du terme et désigne une saisie de sens, une prise en considération des significations que les acteurs associent à leur réalité vécue et une critique de la biopolitique du laisser mourir exercée à l'encontre des personnes infectées et appartenant en même temps, pour une frange importante, aux populations vivant avec moins de deux dollars par jour.

En partant d'un cadre conceptuel et analytique de la gouvernance, cela nous permettra de mieux cerner les enjeux pour les acteurs affectés par l'épidémie et d'apporter un regard neuf sur les effets de la violence sacrificielle (Girard, 1972) qui a éclaté tant dans la société haïtienne que dans celle d'Afrique du Sud.

Les données et informations utilisées pour étayer notre argumentaire proviennent d'enquêtes de terrains (questionnaires, entretiens, focus groups, observation participante) et de recherches documentaires (en bibliothèque et sur internet) menées durant ces cinq dernières années avec les universités de Perpignan en France et de Genève en Suisse ainsi que l'appui de l'ONUSIDA et de Panos Caraïbes.

I.- De la sociologie compréhensive du sida aux approches théoriques de l'épidémie.

Approché par la sociologie compréhensive (Dilthey, 1992; Simmel, 2004; Tellier, 2003; Weber, 1995), le VIH/Sida, comme fait social total, est analysé en ce qu'il comporte de sens pour les populations affectées, à travers les nouveaux espaces d'intersubjectivités qu'il investit, au regard des actions sociales qu'il génère et en tant qu'expérience vécue tant par le corps individuel que dans le corps social. L'une des premières significations attribuées au sida de-ci de-là les frontières et qui constitue un véritable facteur de perturbation de l'ordre politique renvoie à sa caractéristique infectieuse. Maladie contagieuse, le sida induit dans nos sociétés une nouvelle figure de la culpabilité péniblement vécue par des millions de personnes contaminées lors d'une relation sexuelle non protégée. Ce sentiment de culpabilité individuelle s'accompagne, se nourrit et s'amplifie du fait de la suspicion collective tournée vers les malades souvent blâmés comme ayant été négligents ou carrément fautifs. Dès lors, l'avènement de l'épidémie vient bouleverser les relations sociales en attisant un sentiment d'injustice chez les malades, en suscitant des attitudes témoignant de la peur et du rejet de la part de la collectivité et en mettant aux prises les impératifs de la santé publique et ceux de la liberté individuelle.

Inégalement reparti à travers le monde et contribuant largement à la reconfiguration des biopouvoirs, le VIH/Sida pose de sérieux problèmes en matière de gestion collective de la santé dans la cité et par les citoyens. En cela même, le VIH/Sida constitue un véritable enjeu politique et intéresse la sociologie compréhensive. Son avènement tant dans les sociétés du Nord que celles du Sud révèle avec une gênante acuité la transcription dans les corps des disparités sociales. Avec ses 33

millions de personnes infectées et ses 28 millions de morts, il érode la confiance placée dans les savoirs thérapeutiques modernes et sape le pouvoir des régimes de médicalisation mais ouvre en même temps de nouveaux champs d'intervention à la médecine. En même temps qu'il pose la question de la responsabilité du malade dans son infection (le fait de ne pas s'être protégé lors d'une relation sexuelle, le fait d'avoir réutilisé une seringue non aseptisée pour s'injecter de la drogue), il soulève le problème de la participation de ce dernier dans la prise en charge de sa maladie, de l'influence qu'il peut exercer, à partir de ses actions sociales, sur les décisions politiques relatives à sa santé, du rôle actif du patient par le biais d'associations évoluant dans la société civile. En dernier lieu, il pose le problème de la citoyenneté et de l'exclusion sociale en ce sens que dans de nombreux cas, les populations les plus touchées par la propagation de l'épidémie n'ont pas accès (ou peu) aux services sociaux de base, à la sécurité sociale, aux traitements et aux médicaments.

Le VIH/Sida constitue un enjeu politique d'importance dans les relations de coopération entre les pays du Nord et ceux du Sud depuis près de trente ans. Si la très grande majorité des personnes vivant avec le VIH/Sida se retrouvent dans les pays du Sud (95% suivant les rapports de l'ONUSIDA en 1998 et en 2004), c'est dans les pays du Nord que se définissent les grandes lignes internationales des discours médico-préventifs. Si les laboratoires de recherches des pays du Nord se sont battus pour la paternité de la découverte du virus (Luc Montagnier de l'Institut Pasteur en France contre Robert Gallo du National Institute Health aux Etats-Unis), ainsi que les retombées financières de la commercialisation des tests, ils semblent être tous d'accord pour alimenter l'imaginaire collectif mondial, l'opinion publique internationale, de l'idée selon laquelle l'épidémie serait née en Haïti ou dans quelques pays d'Afrique, que dans tous les cas, le sida c'est la maladie des autres, de ceux venant du Sud.

Max Weber rappelle que l'objet de la connaissance sociologique porte sur la « totalité subjective des significations de l'action » (cité par Berger & Luckmann, 2002 : 29). Dans cette perspective, en posant le VIH/Sida comme construction sociale, nous entendons orienter la réflexion vers la signification que prend l'épidémie dans les sociétés humaines, comment sa propagation est vécue à travers des intersubjectivités, contribue à la refonte des dynamiques sociales et la reconfiguration des relations sociales. Il s'agit pour nous de pénétrer dans *l'univers du sida*, d'en explorer les symboliques et de voir comment cette maladie, en tant que vecteur de sens, intègre la structuration des schèmes socioculturels des communautés humaines.

Suivant certains propos couramment tenus par des individus qui s'interrogent sur l'origine de la maladie et entretenus dans des populations touchées par l'expansion de l'épidémie, le sida serait une maladie née d'un accident de laboratoire. Bien que cette assertion n'ait jamais pu être prouvée, on retrouve des journaux et des magazines à sensation qui s'en font l'écho. Selon ce discours, le VIH représenterait un virus fabriqué par l'homme « dans un laboratoire d'armes bactériologiques » (Sabatier, 1989 : 68). La capacité mobilisatrice du VIH/Sida met en branle également des forces idéologiques et politiques. En ce sens, l'épidémie constitue un véritable instrument politique au niveau des relations de coopération internationale et dans la gestion nationale des conflits sociaux. C'est à ce titre que l'on pourrait considérer les discours relatifs au sida comme un complot politique. Ce serait d'abord un complot politique contre les sentiments et les plaisirs de l'amour. Dans les années 90 et même aujourd'hui encore, on retrouve ce type de discours tenus par des jeunes de moins de vingt-cinq ans. Le sida est aussi dénoncé comme un complot politique par des peuples d'Afrique qui entendent par là dénoncer la structuration de la coopération au développement dans cadre des relations Nord/Sud. Lors d'un défilé le 1^{er} mai 1995 à Dakar, au Sénégal, un groupe de femmes impliquées dans la lutte contre le sida ont brandi une pancarte sur laquelle on a pu lire « *La Banque*

Mondiale + Le FMI = Sida »¹. Elles entendaient dénoncer par là le fait que ce soient les populations frappées de paupérisation à la suite des programmes d'ajustements structurels qui se retrouvent être les plus vulnérables et les plus affectées par l'épidémie. L'un des discours qui prédomine autour du sida et que l'on retrouve dans toutes les sociétés humaines est celui qui associe la propagation de l'épidémie à des pratiques déviantes et à une sexualité dépravée. Le fait que la maladie soit arrivée après mai 68, dans le contexte de la révolution sexuelle, elle est souvent considérée comme un signe réprobateur des mœurs sexuelles corrompues de la postmodernité, envoyé du ciel. Selon ce discours, qui réfère à des registres religieux, le sida constituerait un châtement divin. Avec le VIH/Sida, l'altérité peut être quotidiennement vécue comme un enfer (Sartre, Huis Clos, 2002 [1943]), dans la mesure où chaque action sociale étant considérée comme une prise de risque, la contamination peut nous arriver de n'importe qui, puisque l'autre, l'étranger, peut nous être quelqu'un de très intime (Marzouk, 1997).

Toute cette herméneutique de l'épidémie participe d'une production de sens autour de la maladie. En cela les sciences humaines et sociales y ont apporté leurs contributions par l'élaboration de modèles et approches théoriques du VIH/Sida. Ces approches contribuent largement à une meilleure compréhension et une analyse conceptuelle plus poussée des phénomènes induits par la propagation du virus dans le monde.

Une première approche de l'épidémie permet de produire une réflexion sur le VIH/Sida en termes de processus. En effet, pour un certain nombre de chercheurs, l'épidémie s'envisage comme un processus. Selon ces auteurs, la propagation de l'épidémie du VIH/Sida dans une société donnée s'effectue par étapes. Les populations sont affectées différemment par la maladie et la mort causées par l'immunodéficience suivant le moment que l'on considère dans le déroulement du processus épidémique. Le traitement médical qui en est fait, le mode de gestion politique adopté, la signification et les effets pour la collectivité..., constituent autant de marqueurs importants de ce processus. Dans cette perspective d'approche, la propagation de l'épidémie est considérée comme s'effectuant à la fois dans le temps, l'espace et au sein des différentes catégories sociales. Au fait, ce que propose cette approche théorique c'est de prendre une société donnée et de regarder sur un ensemble consécutif de périodes de temps données comment le VIH/Sida s'enracine dans l'espace, son incubation dans le corps social, les réponses politiques qu'il suscite et les transformations induites dans la société en ce qui concerne la maladie. Plusieurs auteurs ont fait des apports enrichissant cette approche en termes de processus. On peut en ce sens considérer les écrits de Jonathan Mann avec sa théorie des trois phases épidémiques (1987), de Monika Steffen avec son analyse séquentielle (2000), de Michel Setbon avec son paradoxe de la normalisation (1993, 2000) et de Helen Schneider avec sa théorie des trois vagues (2004) comme parmi les plus remarquables.

L'inégale propagation de l'infection à VIH dans les sociétés humaines participe et renforce les inégalités de santé déjà existantes. C'est, en tout cas, ce que veulent nous faire comprendre certains auteurs qui élaborent une analyse du VIH/Sida en termes d'inégalités. Selon cette approche du VIH/Sida en termes d'inégalités, il existerait des groupes sociaux plus vulnérables à l'infection du fait des inégalités sociales, économiques, politiques, et même culturelles, par lesquelles elles sont frappées et qui s'exercent à leur détriment au sein de la société. Ainsi, avec grand renfort des statistiques, les auteurs tenant de cette approche nous montrent que les pratiques d'exclusion, de marginalisation et de stigmatisation de certains groupes sociaux constituent un terrain favorable pour la diffusion du VIH/Sida dans une société donnée. Les inégalités liées au VIH/Sida considérées par les chercheurs concernent en général l'accès aux informations, aux services de prévention, aux

¹ Voir la couverture de la revue *'Autrepart'*, no. 12, publiée à Paris, en 1999.

systèmes de soins et aux médicaments. Parmi les nombreux spécialistes en la matière que l'on pourrait prendre en considération, quatre points de vue sont développés qui nous semblent très pertinents par l'analyse qu'ils ont produite : a) Le Panos (1991), avec sa perspective Genre et Sida; b) Parker et Aggleton (2002), avec leur cercle vicieux de la stigmatisation; c) Didier Fassin (2004), avec sa thèse de l'incorporation des inégalités; d) Gomme et Guerny (2005) avec leur théorie du climat.

L'une des expressions les plus courantes dans les discussions sur le VIH, c'est la 'lutte contre le sida'. En effet, de nombreuses publications traitent des problèmes liés à la lutte contre le VIH/Sida. Dans les milieux politiques également, les programmes élaborés se font en général sous l'angle de la lutte. L'ensemble des écrits se rattachant à cette approche du VIH/Sida en termes de lutte présente la maladie comme un fléau social qu'il faut combattre. Est-ce pourquoi il y va de la responsabilité de l'Etat de mettre en place des politiques publiques adéquates. Ce n'est pas tant la dégradation de l'état de santé des personnes infectées, ni les inégalités existantes qui les frappent, ni les pratiques de stigmatisation qui s'exercent à leur détriment, que les politiques mises en place par les autorités compétentes, la formulation et l'implémentation de programmes de santé qui intéressent l'approche du VIH/Sida en termes de lutte. Cette lutte s'effectue à travers les campagnes d'information, les programmes de prévention et les services de soins. Dans l'ouvrage collectif *'Aids : the politics of survival'*, publié sous la direction de Nancy Krieger et Glen Margo (1994), c'est cette approche qui a été adoptée.

L'approche du VIH/Sida en termes de gouvernance est celle dans laquelle s'inscrit notre travail. Cette approche ne comporte pas autant de publications que les trois précédentes. Ceci s'explique par le fait que son développement est plus récent que les autres. Elle s'apparente aux travaux de recherche portant sur la gouvernance de la santé, en général. Le débat sur la gouvernance en matière de santé oriente le regard sur la participation des utilisateurs des services de soins, des populations et groupes concernés dans l'élaboration et la mise en place des politiques et programmes de santé. La gouvernance en matière de santé recouvre également les stratégies mises en place par les responsables politiques dans la gestion administrative des systèmes de santé, les structures organisationnelles rendant compte des hiérarchies dans la distribution des pouvoirs de décision, les relations de toutes sortes existant entre le corps médical, les industries pharmaceutiques, les patients, les milieux politiques...

Adopter une approche du VIH/Sida en termes de gouvernance suppose la mise en relief des aspects politiques de l'épidémie, l'analyse des conflits et des alliances qui voient le jour lors de la formulation des stratégies de lutte contre le VIH/Sida, la critique des inégalités des ressources matérielles et symboliques dont disposent les acteurs et groupes sociaux concernés par les risques d'infection, un compte rendu des réactions sociales et des enjeux économiques à chaque phase de l'évolution de l'épidémie. Cette approche du VIH/Sida en termes de gouvernance propose une réflexion plus complète, une étude plus poussée du phénomène, en comparaison aux autres modes d'analyses. De plus, la gouvernance constitue l'une des préoccupations majeures des institutions internationales et locales impliquées dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Au regard des effets néfastes de la diffusion du virus du sida dans les sociétés haïtienne et sud-africaine, il nous semble qu'un déficit de gouvernance dans ces pays peut être pris pour cause et posé comme constituant un frein à l'atteinte des OMD d'ici 2015.

II.- Gouvernance en crise et sociétés malades : l'Afrique du Sud et Haïti à l'épreuve du sida

Le dernier rapport sur les Objectifs du Millénaire publié en 2008² se veut alarmant lorsque la question de l'épidémie de VIH/Sida est adressée. Le nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida a accusé une hausse non négligeable ces dernières années, en passant de 29.5 million en 2001 à 33 millions en 2007. Dans le dernier rapport de l'ONUSIDA, Le Dr. Peter Piot, Directeur Exécutif sur le départ, a reconnu, après vingt-sept ans de combat institutionnel contre l'épidémie, que « le sida continue de défier tous nos efforts »³. Dans les régions les plus touchées – qui constituent en même temps les régions où l'on retrouve la quasi-totalité des populations vivant en-dessous du seuil de la pauvreté, on observe une juvénilité et une féminisation inquiétantes de l'épidémie. Le pourcentage des adultes vivant avec le VIH et qui sont des femmes est en constante augmentation et sur le point de dépasser les 60% dans certains pays d'Afrique subsaharienne. En Afrique du Sud par exemple, où l'on compte plus de 5,7 millions de personnes vivant avec le VIH/Sida, 27.9% des femmes enceintes ont été testées séropositives lors de leurs consultations prénatales, suivant un rapport du Département de la Santé publié en 2004. Entre 2001 et 2007, le nombre d'enfants de moins de quinze ans vivant avec le VIH dans le monde est passé de 1,4 million à 2,3 millions (ONUSIDA, 2008). En Haïti, où le pourcentage de séropositifs chez les adultes dépassait les 6% en 2000, ce sont particulièrement les jeunes de 15-24 ans qui constituent la population la plus vulnérable à l'expansion de l'épidémie de sida. Ces derniers représentent près de 70% des cas d'infection enregistrés (Kaiser Family Foundation, 2004).

Plusieurs facteurs peuvent être pris en compte pour expliquer pourquoi les sociétés sud-africaine et haïtienne représentent en Afrique et dans la Caraïbe les pays les plus affectés par l'épidémie. L'échec de la gouvernance de l'épidémie de VIH/Sida constitue l'un des facteurs majeurs de cette explosion de la séroprévalence dans les deux sociétés. En effet, notre propos ici consiste à dire que les deux sociétés en question sont devenues plus malades du sida durant ces vingt dernières années à cause d'une crise de la gouvernance qui s'y est donnée à voir.

Les débats sur la gouvernance dans le monde ont connu un véritable regain avec la fin de la bipolarité et la survenue de ce que Jean-Pierre Gaudin (2002) et Géraldine Froger (2007) appellent la crise de la gouvernabilité au Nord comme au Sud. Dans ce nouveau contexte de redéploiement de l'Etat (Hibou, 1998) que plus d'uns croient avoir perdu ses capacités d'action (Merrien, 1998) du fait de son affaiblissement et de la prédominance du marché, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) propose la définition suivante pour la gouvernance : « La manière dont le pouvoir est exercé dans la gestion des ressources économiques et sociales d'un pays pour le développement » (citée par Bonnie Campbell, 2001 : 122). Dans les documents de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International (FMI) et après le constat d'échec des programmes d'ajustements structurels, le débat est lancé surtout en termes de bonne gouvernance en vue d'adresser les problèmes liés à la gestion du secteur public, à la responsabilisation des acteurs, au cadre juridique du développement, à l'information et la transparence. Concept polysémique par excellence, la gouvernance renvoie à l'avènement de l'Etat minimal, se pose en termes de nouveau management public, se pense comme un système socio-cybernétique et désigne un ensemble de réseaux auto-organisés, à ce que nous en apprend R.A.W. Rhodes (1997). Après avoir fait le point sur les confusions qui existent autour de la notion de gouvernance, Jon Pierre et B. Guy Peters (2000) ont identifié quatre modes de gouvernance ou types d'arrangements : la gouvernance hiérarchique, la gouvernance par le marché, la gouvernance par les réseaux, la gouvernance communautaire. Partant de l'ensemble de ces réflexions sur la gouvernance, Marc Hufty (2007 : 24) la définit en ces termes :

²<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/The%20Millennium%20Development%20Goals%20Report%202008.pdf>

³http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510_2008_global_report_pp1_10_fr.pdf

« processus formels et informels d'interaction, de prise de décision et d'élaboration de normes, réunissant des acteurs individuels ou collectifs, et relatifs aux enjeux d'une société ». Dans ce processus donc, trois grandes catégories d'acteurs sont prises en compte : les acteurs étatiques, les acteurs de la société civile et les acteurs issus du secteur privé des affaires. Dans le domaine de la santé, particulièrement en ce qui concerne le VIH/Sida, on les retrouve au cœur des conflits relatifs à l'élaboration des normes et surtout comme porteurs d'enjeux (stakeholders). C'est justement en effectuant une analyse sous l'angle des conflits et des enjeux dont les acteurs sont porteurs que l'on pourra mieux comprendre l'échec de la gouvernance de l'épidémie de VIH/Sida en Afrique du Sud et en Haïti.

Au sortir du système d'Apartheid en 1994 et en pleine transition politique, le nouveau gouvernement au pouvoir en Afrique du Sud élabore et publie un document préparé par l'ANC⁴ et intitulé « A national health plan for South Africa ». Si ce plan a eu le mérite d'avoir dénoncé les disparités de santé existantes et de d'avoir proposé un système de santé décentralisé, les menaces représentées par une éventuelle propagation du sida ont été sous-estimées. Sous-estimé certes mais le risque 'sida' n'est pas ignoré par le régime au pouvoir, car 1994 fut créé le 'National Aids Coordinating Committee of South Africa' (NACOSA). Cependant c'est au cours de l'année 2000 que sera lancé le premier Plan National de Lutte contre le Sida (PNLS) en Afrique du Sud⁵. Ce plan stratégique élaboré par les autorités politiques sud-Africaines a axé la priorité sur quatre principaux champs d'intervention : 1) La prévention ; 2) Le traitement, les soins, la prise en charge; 3) Recherche, suivi et évaluation ; 4) Normalisation et droits humains. Comme il est mentionné dans le document officiel, ce plan stratégique est censée servir de canevas à l'ensemble des actions collectives liées à la lutte contre le VIH/Sida en Afrique du Sud : « This document is a broad national strategic plan designed to guide the country's response as a whole to the epidemic » (p. 5). Le mode de gouvernance à prédominance hiérarchique proposé à travers ce plan stratégique semble tenir compte d'un nombre d'acteurs considérables, à la fois étatiques et non-étatiques, impliqués au niveau du SANAC (South African National Aids Council).

Depuis la création de la NACOSA en 1994, les conflits entre les différents acteurs impliqués dans la gouvernance de l'épidémie n'ont pas cessé d'éclater. Didier Fassin (2003) n'a pas manqué de souligner le fait que dès l'avènement du processus de démocratisation de la société sud-africaine, le sida était devenu l'enjeu central de la vie politique et de l'action publique. Les logiques de conflictualité qui ont structuré l'action collective autour du sida en Afrique du Sud y ont largement influencé la hausse de la séroprévalence ces quinze dernières années.

En Afrique du Sud, les conflits autour du sida sont d'abord alimentés par le mode de gestion publique et l'allocation des ressources consacrées aux politiques de lutte tels que réalisés par le Ministère de la Santé et jugés à la fois inefficaces et mauvais par les acteurs de la société civile. À ce titre, les scandales qui ont éclaté autour de la gestion et l'allocation des ressources et relatifs à trois affaires différentes sont assez emblématiques de la forte teneur conflictuelle des rapports existant entre les acteurs de la lutte. Le premier scandale éclate en 1995 et concerne 'L'affaire Sarifina II', une comédie musicale initiée et financée par le gouvernement dans le but de sensibiliser la population sur le sida. Les reproches adressés au gouvernement dans le cadre de cette affaire par les autres acteurs portaient sur trois ordres de fait : 1) Gabegie financière ; 2) Irrégularités dans les procédures d'appels d'offre ; 3) Amateurisme dans la préparation des messages. Le second scandale éclate en 1997 et renvoie à 'L'affaire du Virodène' qui pose un problème à la fois financier et éthique, car ce produit

⁴ African National Congress.

⁵ Le 'National Integrated Plan' est publié en février 2000 et s'étend sur une période de cinq ans.

qui ne serait qu'un solvant industriel est l'œuvre de pseudo-chercheurs ayant bénéficié de l'appui des autorités politiques pour le tester sur des malades et le commercialiser, malgré la mise en garde des milieux médicaux. En 1998 survient le scandale de l'AZT après que le gouvernement sud-africain ait décidé, de façon unilatérale, de fermer les sites d'essais cliniques portant sur la prévention et la transmission de la mère à l'enfant (PTME).

L'attitude de déni dont a fait montre le président Thabo Mbéki peut être considérée comme l'une des sources principales des conflits entre les acteurs impliqués dans la gouvernance de l'épidémie en Afrique du Sud. Lors de la conférence internationale sur le VIH/Sida qui s'est tenue à Durban en 2000, le président Mbéki a eu à affirmer que ce n'est pas le VIH qui cause le sida mais la pauvreté et les inégalités des systèmes de santé. Cette position hétérodoxe du président sud-africain va générer un énorme conflit entre les communautés scientifiques et les responsables politiques du pays, d'une part et entre les organisations de militance et de plaidoyer autour du VIH/Sida, d'autre part, qui vont prendre le gouvernement à partie allant jusqu'à l'accuser d'être un gouvernement génocidaire en ce sens que de tels discours de la part d'un Chef de l'Etat ne peut que contribuer à faire augmenter le nombre de victimes de l'épidémie. Les écrits de Didier Fassin (2004) sur cette question sont des plus intéressants, notamment sur les nuances que l'auteur apporte concernant ce que l'on appelle couramment le déni du président Mbéki.

En 2001, l'Etat sud-africain va se retrouver au cœur d'une controverse internationale l'opposant aux plus grandes firmes pharmaceutiques de la planète. Ainsi a été institué le fameux procès de Pretoria. Ce procès s'inscrit dans le cadre des accords ADEPIC (Accords sur les Droits de Propriété Intellectuelle) constituant un des piliers de l'organisation du Commerce International. Les multinationales pharmaceutiques qui ont intenté le procès contre l'Etat sud-africain reprochaient à ce dernier d'avoir « introduit dans sa réglementation une clause autorisant l'obtention des licences des médicaments et l'importation de produits génériques en cas de problème de santé publique grave » (Fassin, 2003 : 97). Ce procès a eu un retentissement international des plus formidables. Nelson Mandela, sorti finalement de son silence sur la question du VIH/Sida en Afrique du Sud, a réalisé un énorme travail de sensibilisation de l'opinion publique internationale sur le sort des séropositifs d'Afrique du Sud pour qui les médicaments Antirétroviraux étaient inaccessibles du fait que les prix imposés par ces firmes pharmaceutiques étaient trop élevés. Ces dernières ont finalement retiré leur plainte lorsqu'il leur a été demandé de justifier leurs prix.

Au regard des cas présentés ici et en considération des nombreux autres dont nous sommes informés, il nous apparaît qu'une conflictualité excessive a eu pour effet, en absorbant beaucoup d'énergies chez les acteurs de la gouvernance de l'épidémie, de brouiller les pistes du combat pour les populations sud-africaines, de générer la confusion pour les personnes affectées par le virus et d'affaiblir (en les ralentissant) les efforts de prévention et de prise en charge à l'endroit des groupes les plus vulnérables. Cet excès de la conflictualité a contribué à l'échec de la gouvernance de l'épidémie et a favorisé l'explosion de la séroprévalence en Afrique du Sud.

Dès l'avènement de l'épidémie de VIH/Sida dans le monde, la République d'Haïti s'est trouvée sur le banc des accusés (Farmer, 1996). Bien avant la survenue des troubles politiques dans le pays, avec la chute du régime dictatorial de Duvalier ouvrant la voie à une longue transition vers la démocratie qui n'en finit pas (Hurbon, 1996), la stigmatisation du peuple haïtien présenté comme l'épicentre de l'épidémie par la communauté internationale, notamment les pays d'Amérique du Nord et de l'Europe occidentale (Grmek, 1989) avait déjà eu des effets désastreux sur l'économie nationale. En effet, à partir du moment où la première désignation du 'mal' endémique a été faite sous les

termes du 4H (Homosexuels, Héroïnomanes, Hémophiles, Haïtiens) et consacrée par les CDC⁶ ainsi que la FDA⁷, l'arrêt de mort du tourisme en Haïti a été signé. Les recherches de l'anthropologue Daniel Vangroenweghe à ce sujet sont des plus éclairantes. Le chercheur nous apprend que tout le long des années septante le nombre de séjours touristiques en Haïti dépassait annuellement les 150 000 : « Dans les années quatre-vingt, la peur du sida eut un effet désastreux sur le tourisme en Haïti. Le nombre de touristes, de 75 000 au cours de l'hiver 1981-82, chuta à 10 000 en 1983. Ce chiffre devait encore baisser au cours de la saison 1983-84, en raison de toute une série d'articles de la presse populaire américaine accusant Haïti d'être le berceau du sida » (Vangroenweghe, 2000 : 73). La survenue de l'épidémie de VIH/Sida a donc largement contribué à la détérioration des conditions de vie en Haïti.

Au-delà des logiques d'imputation réciproque, les chiffres sont là qui ne rendront jamais assez compte de la tragédie haïtienne du sida. En 1993, le taux de prévalence du VIH/Sida chez les adultes haïtiens dépassait les 6%. Malgré le nombre impressionnant de personnes infectées et de décès dus au sida, il a fallu attendre les financements du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en 2002 et ceux du PEPFAR⁸ en 2004 pour que de véritables plans nationaux de lutte contre le sida soient élaborés en Haïti et que l'on commence à démocratiser l'accès aux antirétroviraux pour les malades qui en ont besoin. Au courant des années nonante, les acteurs impliqués dans la gouvernance de l'épidémie se concentraient principalement sur l'élaboration de messages de prévention et de sensibilisation de la population. On retrouvait dans nombreux de ces messages une hostilité à peine voilée à l'encontre des malades du sida dont le reste de la population devait apprendre à se méfier car dangereux. Ces discours publicitaires de la lutte contre le sida traduisaient, à notre sens, l'institution, par les réseaux d'acteurs de la gouvernance de l'épidémie, d'une véritable biopolitique du 'laisser mourir' concernant les personnes séropositives en Haïti.

En ce qui concerne l'épidémie du VIH/Sida en Haïti, on peut effectivement parler d'une gouvernance par les réseaux d'acteurs impliqués dans la lutte. Sur le terrain, des réseaux se tissent à travers les institutions onusiennes, entre ces dernières et les appareils gouvernementaux, à travers les organes de l'Etat, entre ces derniers et les acteurs issus de la société civile, dans les milieux des ONGs, entre ces dernières et le secteur privé, entre ce dernier et chacune de ces catégories d'acteurs. Il s'agit en fait d'un ensemble de relations de réseaux censées être dotées d'une forte densité (Lemieux & Ouimet, 2004). Ces réseaux se construisent d'un point nodal à un autre, autour d'intérêts communs, dans le but d'atteindre certains objectifs, suivant les besoins d'une coordination efficace entre les secteurs public, privé et associatif, pour la mise en place des politiques publiques. Comme l'ont souligné Pierre et Peters (2000 : 20) ces réseaux de gouvernance n'ont d'intérêt que dans la mesure où ils sont « sufficiently concerted and cohesive to resist or even challenge state powers ; they are self-regulatory structures within their policy sector ». C'est, à notre avis, à ce niveau-là que la gouvernance par les réseaux pose problème dans le domaine de la lutte contre le sida en Haïti. Ces derniers (les réseaux de gouvernance) n'arrivent pas à atteindre entre eux un niveau de cohésion assez solide pour constituer de réels contre-pouvoirs inscrits dans la durée et porter un projet commun, élaboré, pertinent et viable. Ce problème se pose du fait des pratiques de concurrence, défiant toute norme, qui existent au sein même des acteurs travaillant en réseaux sur la problématique du sida en Haïti. Nous ne sommes pas entrain de nier qu'il existe une réelle coopération entre ces acteurs. Au contraire, nous avons pu observer d'intéressantes pratiques de coopération entre les acteurs concernés ici.

⁶Centers for Disease Control and Prevention, U.S.A.

⁷U.S. Food and Drug Administration.

⁸U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief

A bien y réfléchir, c'est la proportion que prennent les pratiques de concurrence qui nous semble préoccupante, parce qu'elles produisent des effets corrosifs sur les liens tissés et donnent lieu à des éclatements répétés au niveau des réseaux d'acteurs impliqués dans la gouvernance de l'épidémie. En effet, de fortes concurrences existent entre des acteurs à l'intérieur d'un même réseau et entre les réseaux eux-mêmes. Lorsque l'on regarde de près les réseaux de gouvernance autour du VIH/Sida, on observe des acteurs sociaux trop souvent en compétition autour des ressources. Ce sont les ressources financières qui génèrent le plus de compétition entre les acteurs impliqués dans la lutte. La bataille est menée pour la captation de ces ressources auprès des bailleurs de fonds. C'est un combat très rude où il est difficile de vraiment connaître les coups qui ne sont pas permis, d'autant plus que les organes étatiques de coordination et de contrôle accusent une grande faiblesse pour ce qui est de fixer et de faire respecter les règles du jeu. Le combat s'effectue non seulement lorsqu'il s'agit de capter les ressources financières auprès des donateurs, mais aussi sur l'exclusivité de l'accès ainsi que le contrôle d'un secteur (comme les médicaments antirétroviraux, la vente des préservatifs, l'aide nutritionnelle aux personnes infectées... etc.). Les compétitions existant au niveau des réseaux d'acteurs portent également sur des questions relatives à la visibilité institutionnelle. Fort souvent dans le cadre de la lutte contre le sida en Haïti, des acteurs présents dans des réseaux choisissent de faire passer le travail en équipe en arrière-plan pour s'assurer une certaine ou une plus grande visibilité institutionnelle. Dans ces logiques de visibilité, ce n'est pas toujours la viabilité du projet qui importe, ni ses retombées pour les populations cibles, ni son appropriation par ces dernières, mais l'opportunité qu'il offre (le projet) d'être sous les feux de la rampe, de se faire remarquer dans le milieu, de se positionner. Ce sont ces stratégies de visibilité institutionnelle que l'on retrouve très souvent à la base des financements de projets à caractère événementiel et/ou de courte durée. Il faut faire vite pour pouvoir être vu sur plusieurs fronts. Occuper des heures d'antennes dans les médias, prendre part à des congrès ici et là, à des réunions, donner des conférences dans les grands hôtels de la place... tout cela est important pour la lutte. Et tout cela paie bien en termes de visibilité. Ce sont des moments importants pour créer des liens et intégrer de nouveaux réseaux déjà sur le point d'éclater à leur tour. Il s'agit très souvent, au détriment de la consolidation des réseaux de gouvernance, d'une compétition pour la visibilité institutionnelle entre des acteurs qui veulent se positionner, se mettre dans la meilleure situation possible pour profiter de 'la manne du sida' ou la justifier. Une concurrence très rude existe également entre les réseaux d'acteurs qui portent sur l'accumulation du capital politique. En effet, les acteurs collectifs impliqués dans la gouvernance de l'épidémie en Haïti sont nombreux à avoir cette tendance à entrer en compétition pour la sympathie des publics cibles. L'avantage c'est qu'un tel esprit peut les pousser à être plus à l'écoute. Mais le piège dans lequel, ils tombent souvent c'est de laisser la sympathie l'emporter sur la rigueur, c'est-à-dire de financer des projets juste pour conserver des réseaux, aux dépens des principes de fiabilité, de viabilité et sans tenir compte des résultats et expériences passées. La compétition pour l'accumulation du capital politique concerne également la capacité de mobiliser des gens, d'organiser des événements. Il est certes très important que la population soit mobilisée et conscientisée sur la menace et le danger que représente l'épidémie du sida. Mais ce qui est regrettable en matière de gouvernance de l'épidémie, c'est que souvent les acteurs de la lutte choisissent chacun de faire sa campagne, de mobiliser ses gens et de faire passer ses messages, non pas suivant un agenda défini d'un commun accord avec les autres acteurs avec qui ils travaillent en réseaux mais dans le but principalement de se faire ou d'augmenter leur capital politique. Il est important de souligner ici que l'intérêt ou la finalité d'une telle démarche, celle de l'accumulation de capital politique, pour les acteurs travaillant en réseaux consiste en une quête de centralité par rapport au pouvoir (Dégenne & Forsé, 2004 : 163).

Le problème sur lequel nous avons voulu attirer l'attention ici renvoie au fait que l'ensemble des réseaux d'acteurs sociaux impliqués dans la gouvernance de l'épidémie du sida en Haïti, du fait de la forte compétition autour des ressources, pour la visibilité, dans l'accumulation du capital

politique, sont tous pris au piège d'un lent processus d'implosion qui les place constamment au bord de l'éclatement. De ces éclatements naissent de nouveaux réseaux reproduisant les mêmes dynamiques, les mêmes pratiques. Ce jeu permanent de décomposition et de recombinaison des réseaux d'acteurs sociaux constitue un obstacle à une gouvernance viable de l'épidémie en Haïti, en ce sens que les énergies et les stratégies d'acteurs ont tendance à se focaliser sur l'instant non sur la durée, sur la gestion des conflits et la formation d'alliance plus que sur la pertinence des programmes en cours d'implémentation. Une telle situation de perpétuels éclatements des réseaux affaiblit les acteurs dans leurs capacités de faire face ou de maîtriser des effets pervers (Boudon, 1989) générés par l'exécution des programmes mis en place comme on le voit à travers les rumeurs d'auto-infection des bénéficiaires dans le cadre des politiques de prise en charge complète pour les personnes séropositives ou encore à travers les effets dissuasifs des pratiques de stigmatisation et de discrimination à l'encontre des PVVIH qui seraient courantes au sein des structures d'accueil et d'appui psycho-social.

III.- Atteindre les OMD en Afrique du Sud et en Haïti : les défis posés par le sida.

D'entrée de jeu, le dernier rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement soumet à notre attention un ensemble de préoccupations qui amènent à se questionner sur la possibilité effective d'atteindre les buts fixés d'ici 2015. Le manque d'investissement dans le domaine agricole et dans le milieu rural au niveau des pays du Sud dont les conséquences ont généré les émeutes de la faim en 2008, les effets néfastes – en particulier sur les populations les plus vulnérables de la planète – du changement climatique anthropique en cours, la crise financière mondiale actuelle dont on ne connaît pas encore l'issue mais dont on voit quotidiennement, tant dans les pays riches que dans les pays frappés de paupérisation, les retombées catastrophiques, constituent autant d'éléments qui laissent un doute profond sur la capacité réelle des Etats à atteindre les Objectifs du Millénaire dans les termes. Il est vrai que dans ce même rapport, la lutte contre le VIH/Sida figure parmi les points qui sont présentés comme des exemples de succès invitant à y croire malgré tout, car on observe une tendance à la baisse du nombre de décès dus au sida et des nouveaux cas d'infection. Cependant, en Haïti comme en Afrique du Sud, l'épidémie continue à soulever de sérieux problèmes et poser d'énormes défis pour la réalisation des OMD

Durant ces quinze dernières années, le sida est devenu la principale cause de décès en Haïti. En provoquant 30 000 morts, chaque année, chez les adultes et les enfants haïtiens, le sida occupe, à 20,5%, le premier rang des causes de mortalité dans la société haïtienne⁹. En Afrique du Sud où les décès ont accusé une hausse extraordinaire respectivement de 91% et de 170% dans la population générale et au sein de la population de 25-49 ans, entre 1997 et 2006, le sida aurait causé la mort de 147 525 personnes en 2001 et de 336 000 personnes pour l'année 2005-2006 (Lehohla, 2008)¹⁰. Induisant une véritable crise sanitaire dans les deux pays, les effets dévastateurs de l'épidémie s'y révèlent d'une évidence inquiétante et posent un premier défi à l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement en termes de recul de l'espérance de vie. En effet, en Afrique du Sud par exemple, avec l'avènement de l'épidémie de VIH/Sida, l'espérance de vie est passée de 62 ans au début des années nonante à 51 ans aujourd'hui¹¹. Malgré les efforts déployés dans le cadre des OMD, il semblerait que cette tendance à la baisse ne fait que se renforcer et que l'espérance de vie pour les Sud-Africains/es risque de tomber en-dessous de 50 ans d'ici l'année prochaine (2010) et que ces derniers seront plus de trois millions à être morts du sida. En 2004, l'ONUSIDA fait circuler un

⁹ http://www.unicef.org/french/media/media_19596.html

¹⁰ <http://www.avert.org/safricastats.htm>

¹¹ <http://www.tac.org.za/community/aidsstats>

document de mise à jour sur l'épidémie de VIH/Sida dans les Caraïbes où il est mentionné que l'espérance de vie des Haïtiens aurait été supérieure de dix ans s'il n'y avait pas eu ces centaines de milliers de décès dus au sida durant ces vingt dernières années¹². Après avoir été frappée par un excès de conflictualité entre les acteurs de la lutte en ce qui concerne la société sud-africaine et après avoir été érigé en un véritable espace d'application de la 'biopolitique du laisser-mourir' des malades du fait de l'éclatement récurrent des réseaux de gouvernance en ce qui concerne la société haïtienne, ces deux populations ont dû payer un lourd tribut à l'épidémie de VIH/Sida en termes de vies humaines, qui y a provoqué une réduction indéniable de l'espérance de vie. Il nous paraît insurmontable le défi qui consisterait à rattraper les années de vie perdues par les deux sociétés, dans le cadre des OMD et pour les cinq ans à venir.

Il est vrai que le dernier rapport sur les OMD n'a pas manqué d'attirer l'attention sur les efforts fournis et les succès rencontrés en matière de lutte contre le VIH/Sida. Cependant si dans le dernier rapport sur les OMD l'accent est mis sur le fait que le nombre de décès dus au sida dans le monde a accusé une petite baisse en passant de 2,2 millions à 2 millions entre 2005 et 2007, celui de l'ONUSIDA nous apprend que le nombre de personnes décédées du sida dans le monde connaît une hausse non négligeable en passant de 1,7 millions en 2001 à 2 millions en 2007. Il ne s'agit point ici d'une guerre des chiffres, comme c'est malheureusement trop souvent le cas quand il est question de débattre de l'épidémie de VIH/Sida dans le monde. En prenant les chiffres des deux rapports, il s'agit pour nous de faire remarquer que parler de succès ou d'échec en matière de lutte contre le sida relève également d'une affaire de perspective. Ceci est particulièrement important au regard de ce que plus d'uns appellent le 'success-story' de la lutte contre le sida en Haïti¹³, en se référant au fait que le taux de prévalence soit passé de 6,2% à 2,2% entre 1993 et 2006. En effet, ce success-story comporte de nombreuses faces cachées et de d'inquiétants non-dits, notamment l'élimination physique des personnes séropositives avec la mise en place d'une biopolitique du laisser-mourir par des acteurs impliqués dans la gouvernance de l'épidémie en Haïti. Faut-il rappeler ici qu'entre 1993 et 2003, il n'existait en Haïti quasiment pas de programme de prise en charge des malades du sida et que les médicaments antirétroviraux étaient tout simplement inaccessibles pour ces derniers ? Un médecin qui travaille avec les personnes infectées à l'hôpital de Cange de Zanmi Lasante¹⁴ (département du Centre), dans une interview accordée au journal Libération (tirage du 12 novembre 2007), s'exprime en ces termes : «Jusqu'en 2003, j'étais plus un accompagnateur de la mort»¹⁵. Au regard des Objectifs du Millénaire pour le Développement, peut-on réellement parler de succès dans la lutte contre le sida en Haïti quand tout semble indiquer que la baisse de la prévalence est particulièrement due au fait que les réseaux d'acteurs impliqués dans la lutte contre le sida aient laissé mourir les malades en mettant à leur disposition non pas les médicaments antirétroviraux mais des 'accompagnateurs de la mort' ?

L'accès à la trithérapie pour les personnes séropositives semble constituer un défi majeur également en Haïti et en Afrique du Sud pour la réalisation des OMD d'ici 2015. Le dernier rapport sur les OMD en 2008 reconnaît que de ce côté les difficultés sont de taille car sur les 9,7 millions de personnes séropositives vivant dans les pays du Sud nécessitant des médicaments antirétroviraux seulement 3 millions ont pu y avoir accès. À en croire ce rapport, moins de 10% des personnes séropositives nécessitant un traitement antirétroviral parviennent à y accéder en Afrique du Sud. Dans un autre rapport publié par Panos en 2006, on apprend que dans le cas d'Haïti l'accès aux

¹²http://data.unaids.org/publications/Fact-Sheets04/fs_caribbean_fr.pdf

¹³<http://www.alterpresse.org/spip.php?article5057> & <http://www.haitiwebs.com/showthread.php?t=47569>

¹⁴Fondé par Paul Farmer en 1985 et également connu sous l'appellation anglaise de Partners in Health, propose un modèle de prise en charge complète des personnes séropositives.

¹⁵<http://www.liberation.fr/grand-angle/0101115028-haiti-lueur-d-espoir>

antirétroviraux est rendu possible seulement pour 13% des malades qui en ont besoin. Il est certain que ces chiffres ne sauront jamais rendre compte de l'indicible drame de ces malades qui savent que les médicaments existent et qui se savent privés de leur accès. Il s'agit ici d'une exclusion dont sont particulièrement touchées, dans les deux pays, les populations les plus pauvres. Une telle situation contribue au renforcement de la vulnérabilité de ces dernières et participe des inégalités socioéconomiques de santé qui laminent ces deux sociétés, les empêchant de sortir du cercle vicieux la pauvreté et de la mauvaise santé (Wagstaff, 2002). Il nous semble difficile de parler de succès dans la lutte contre le sida en Afrique du Sud et en Haïti en se référant à la baisse de la séroprévalence ou à la stabilisation de l'épidémie en fermant les yeux sur des millions de personnes qui en meurent parce que ne pouvant pas accéder aux antirétroviraux et victimes de l'exclusion et des inégalités socioéconomiques de santé.

Les orphelins et enfants vulnérables au sida continuent à demeurer un point d'interrogation à la réalisation des OMD en Haïti et en Afrique du Sud, dans la mesure où leur nombre ne fait que se croître alors que les politiques publiques peinent à proposer des solutions viables à leurs situations pour le moins fragiles. Ils seraient au nombre de 1,4 millions en Afrique du Sud en 2007¹⁶ contre 600 000 en 2002¹⁷. En moins de cinq ans, cette catégorie de victimes de l'épidémie a plus que doublé en Afrique du Sud. Estimés à 200 000 en 2001 selon un rapport de l'ONUSIDA en 2002, les orphelins et enfants vulnérables au sida en Haïti seraient aujourd'hui plus de 300 000 d'après ce qu'en dit l'UNICEF¹⁸. Dans les deux pays, ce sont principalement les parents proches, les organisations non gouvernementales et les institutions intergouvernementales qui viennent en aide un tant soit peu à ces orphelins du sida. En Haïti ces derniers comptent parmi les premières victimes de la domesticité juvénile, pratique courante dans le pays et connue sous l'appellation de 'Restavèk'. En Afrique du Sud, ils se retrouvent être particulièrement vulnérables et exposés aux pratiques de viols thérapeutiques pratiqués par des personnes séropositives croyant qu'un acte sexuel avec un/e vierge peut leur guérir de leur infection. Dans les deux pays, ces enfants font face à des problèmes de scolarisation, bénéficient de peu d'accès aux soins de santé, subissent les discriminations et la stigmatisation de la part de la population générale et paient souvent de leur vie les retombées de la violence sacrificielle induite par l'épidémie (Thélot, 2009).

Jusqu'ici les défis posés par le sida à la réalisation des OMD d'ici 2015 que nous avons identifiés en Afrique du Sud et en Haïti ont plutôt été envisagés sous l'angle de leurs enjeux. Mais de nombreux autres défis peuvent également être adressés sous l'angle de leurs conséquences et des obstacles qu'ils représentent à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Nous pensons ici en tout premier lieu aux effets de l'épidémie de VIH/Sida sur l'économie des deux pays.

D'abord sur l'économie domestique : les systèmes d'assurance-maladie étant très peu développés pour ne pas dire quasiment inexistantes et inaccessibles pour la très grande majorité de la population en Afrique du Sud et en Haïti, lorsque l'un des membres de la famille tombe malade du sida c'est toute l'économie domestique qui risque de s'effondrer avec les dépenses pour les soins amenuisant l'épargne. Lorsque surviennent de telles situations, on assiste systématiquement à un déplacement des lignes de pauvreté au sein des ménages affectés par la maladie. Très souvent des familles vivant à peine au-dessus du seuil de pauvreté relative finissent par y tomber et celles vivant avec moins de \$US 2 par jour se retrouvent en-dessous du seuil de pauvreté absolue. De plus, ce sont principalement les populations actives qui sont touchées par l'épidémie. Ainsi dans les familles, ce sont les pères, les mères, les aînés, donc les apporteurs économiques que la maladie attaque, les

¹⁶ <http://www.soschildrensvillages.org.uk/aids-africa/projects-by-country/aids-south-africa.htm>

¹⁷ http://findarticles.com/p/articles/mi_m2242/is_1642_281/ai_94775536/?tag=content;col1

¹⁸ <http://www.unicef.fr/index.php4?articles=4141&rub=244>

rendant à court et/ou à long terme inaptes au travail et provoquant de la sorte une perte des revenus pour les ménages¹⁹. En perdant leurs emplois dans des pays avec des taux de chômage déjà très élevés (20% en Afrique du Sud et 32,6% en Haïti) et non véritablement dotés d'assurance-chômage, les malades du sida ainsi que leurs familles sont vite piégés dans une sorte de spirale de la pauvreté et de la mauvaise santé. Par ailleurs, en Haïti notamment mais en Afrique du Sud aussi, il existe une discrimination telle contre les personnes séropositives qu'elles peuvent être révoquées du fait de leur statut sérologique et ne pas être embauchées pour la même raison. Dans cette perspective, on applaudira certes le succès des OMD d'ici 2015 en matière de lutte contre le sida en constatant que l'épidémie a effectivement cessé de se propager et que les tendances ont été inversées dans les sociétés haïtienne et sud-africaine ; mais ne risquera-t-on pas un réel inconfort éthique quand on se souviendra que de nombreuses familles sont tombées dans la pauvreté et y sont restées à cause des dépenses de soins de santé et du chômage générés par le sida et les discriminations qui y sont associées ?

Le sida comporte de graves conséquences sur l'économie nationale d'un pays. Et l'Afrique du Sud ainsi que la République d'Haïti n'y échappent point. En Afrique du Sud par exemple, le secteur des mines, l'un des premiers du pays, est fortement touché par la propagation de l'épidémie de VIH/Sida, les travailleurs migrants, très vulnérables, y étant très nombreux. De nombreux ingénieurs infectés sont morts du sida et le secteur des mines peine aujourd'hui encore à leur trouver des remplaçants qualifiés (Ashforth, 2002). La mauvaise santé des travailleurs, la perte de main-d'œuvre expérimentée et le manque de personnels qualifiés auxquels est confrontée l'industrie minière en Afrique du Sud constituent des facteurs de nuisance à la productivité de cette dernière. Comme nous l'avons déjà mentionné dans le cas de la société haïtienne, l'avènement de l'épidémie de VIH/Sida a occasionné le déclin et l'extinction de l'industrie du tourisme en Haïti et la construction internationale d'une altérité haïtienne contaminante ne demeure pas sans effet (avec d'autres facteurs bien plus importants, certes) sur le désintérêt des investisseurs étrangers en Haïti. Bien sûr, les éléments avancés ici sont insuffisants pour illustrer les effets néfastes de l'épidémie sur les économies haïtienne et sud-africaine. Mais dans son dernier rapport, l'ONUSIDA (2008 : 172) ne reconnaît-elle pas qu'« Estimer les effets macroéconomiques de l'épidémie est un exercice compliqué par le fait que les pays durement touchés ont connu des changements importants en même temps qu'ils subissaient l'épidémie de VIH » ? Dans ce même rapport, on peut identifier certains défis d'ordre économique que le sida adresse à la réalisation des OMD dans les pays du Sud dont Haïti et l'Afrique du Sud, comme par exemple les effets dévastateurs de l'épidémie sur les systèmes agricoles (en augmentant de manière considérable la morbidité et la mortalité au sein de la main d'œuvre agricole), sur les entreprises (du fait de la pénurie des compétences qu'il induit), sur les systèmes de santé (en renforçant des inégalités d'accès aux soins), dans le secteur éducatif (en causant des décès au niveau du personnel enseignant et d'encadrement) et autres. Il s'agit dans tous les cas d'effets nuisibles au développement économique des deux pays, particulièrement lorsqu'ils contribuent à y alimenter l'extrême pauvreté. Par ailleurs, sur la base d'un exercice de simulation mettant en lien la propagation de l'épidémie de VIH/Sida et la hausse de la pauvreté, des chercheurs ont pu aboutir à la conclusion qu'il existe un risque très élevé dans les pays à forte prévalence pour que soient annihilés « les efforts de lutte contre la pauvreté alors même que les engagements du Sommet du Millénaire stipulent qu'une réduction de moitié de la pauvreté d'ici 2015 doit être obtenue » (Grégoire & al., 2005 : 161).

Les défis posés par le sida à la réalisation des OMD sont nombreux et on prendrait longtemps si on devait les énumérer tous. Nous n'avons pas, dans la présente réflexion, la prétention de l'exhaustivité. Cependant, avant de terminer la discussion sur les défis posés ici en termes de

¹⁹ <http://www.un.org/french/ecosocdev/geninfo/afrec/vol15no1/151aid9f.htm>

conséquences, il nous paraît nécessaire d'attirer l'attention sur ce que cela comporte en termes de mortalité maternelle et infantile dans les deux pays. En Haïti par exemple certaines études ont révélé que l'épidémie de VIH/Sida aurait contribué à « une augmentation de 20% de la mortalité néonatale et infantile, une augmentation de 10% de la mortalité maternelle » (Hempstone & al., 2004 : 12). En 2007, 58 000 femmes haïtiennes étaient malades du sida contre 43 000 en 2001 (ONUSIDA, 2008). Cette augmentation de la morbidité chez les femmes haïtiennes du fait de l'épidémie de VIH s'accompagne effectivement d'une hausse de la mortalité maternelle passant de 520 pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 670 pour 100 000 en 2005 (PNUD, 2008). L'Afrique du Sud compte pour sa part 3,2 millions de femmes vivant avec le VIH sur les 4,6 millions d'adultes infectés dans le pays et entre 1990 et 2005 la mortalité maternelle est passée de 150 pour 100 000 naissances vivantes à 400 pour 100 000 (ONUSIDA, PNUD, 2008). Selon des données fournies par l'UNICEF en 2003 dans une étude menée en Afrique du Sud 40,3% des décès chez les enfants de moins de cinq ans étaient dus au sida (Bradshaw & al., 2003) et entre 1998 et 2005 la mortalité infantile serait passée de 45 pour mille naissances vivantes à 55 pour mille (PNUD 2008). Ces mesures statistiques permettent de se faire une idée sur le défi immense que pose l'épidémie de VIH/Sida à l'atteinte des Objectifs du Millénaire en matière d'amélioration de la santé maternelle et de réduction de la mortalité infantile en Haïti et en Afrique du Sud.

Conclusion.

L'Afrique du Sud et Haïti représentent les deux pays les plus touchés par la propagation de l'épidémie de VIH/Sida en Afrique et dans le reste du monde. Avec une population de 5,7 millions de personnes vivant avec le VIH/Sida, l'Afrique du Sud constitue depuis dix ans environ la nation regroupant le nombre le plus élevé de séropositifs sur son territoire. De son côté, la République d'Haïti est souvent désignée comme le seul pays situé en-dehors du continent africain à avoir connu une prévalence aussi élevée et dépassant les 6% au courant des années nonante. La hausse de la séroprévalence ainsi que les effets destructeurs de l'infection à VIH sur les deux sociétés semblent témoigner d'un échec de la gouvernance de l'épidémie par les autorités politiques concernées ainsi que les autres acteurs de la société civile impliqués dans la lutte contre le sida. Si en Afrique du Sud, un certain excès de la conflictualité entre les acteurs peut être considéré comme étant l'un des principaux facteurs de l'échec de la gouvernance de l'épidémie, dans le cas haïtien on est amené à croire que l'éclatement récurrent des réseaux d'acteurs impliqués dans la lutte en serait l'une des causes déterminantes.

Cet échec de la gouvernance de l'épidémie de VIH/Sida pose de nombreux défis et comporte d'inquiétantes conséquences pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement dans les deux sociétés. En contribuant d'une manière explosive à la hausse de la morbidité et de la mortalité au sein des populations affectées, l'épidémie a soumis tant les corps individuels que collectifs à d'insoutenables épreuves. En Haïti par exemple, une véritable biopolitique du laisser-mourir a été instituée à l'encontre des personnes infectées. En Afrique du Sud, les pratiques de viols thérapeutiques sur des enfants rendent compte d'un profond désarroi et d'une impossible quête par rapport au 'sens du mal'. On retrouve dès lors dans les deux sociétés une situation assez particulière où la violence victimaire débouche sur une insurmontable crise sacrificielle. Cette crise liée au sida a affecté tous les secteurs du vivre ensemble et chacun des membres de la collectivité dans les deux pays. Les OMD en ont inévitablement fait les frais : baisse de l'espérance de vie, hausse de la mortalité maternelle et infantile, déplacement des lignes de pauvreté à la défaveur des groupes déjà vulnérables, stigmatisation et augmentation du nombre des orphelins du sida, amoindrissement de la productivité et de la compétitivité dans des secteurs clés de l'économie nationale, absentéisme et mortalité prématurée des enseignants séropositifs, renforcement des inégalités de santé...

Malgré les efforts appréciables et les avancées incontestables dans la gouvernance de l'épidémie de VIH/Sida, compte tenu des importantes difficultés et au regard des nombreux défis posés par l'explosion de la séroprevalence en Afrique du Sud et en Haïti, peut-on réellement croire en la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement dans ces deux pays d'ici 2015 ?