
L'Afrique face au sida : un autre regard sur une inégalité radicale

Fred Eboko



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/500>

ISSN : 1298-0390

Éditeur

UMR 912 SE4S

Référence électronique

Fred Eboko, « L'Afrique face au sida : un autre regard sur une inégalité radicale », *Face à face* [En ligne], 4 | 2002, mis en ligne le 01 juillet 2002, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/500>

Ce document a été généré automatiquement le 30 avril 2019.

Tous droits réservés

L'Afrique face au sida : un autre regard sur une inégalité radicale

Fred Eboko

- 1 La question du sida cristallise, révèle et accentue des lignes de partage et d'inégalités du monde de manière radicale. La carte épidémiologique de la pandémie résume à elle seule une série d'inégalités économiques, politiques et sociales. Plus de 90 % des personnes vivant avec le VIH résident dans les pays dits « en développement » et plus de 70 % des cas d'infection sont recensés sur le continent le plus pauvre de la planète : l'Afrique subsaharienne. Pour autant, si le drame du sida pénalise l'ensemble de cette région le virus VIH dépeint aussi un tableau à plusieurs gradients, de la tache sombre à la couleur de l'espérance.
- 2 L'article prend le parti de l'illustration et de la sélection. Il s'agit de montrer, à l'épreuve des faits, que le VIH dessine une figure épidémiologique composite. De même, il suscite des ripostes différentes d'un pays à l'autre. L'onde de choc du sida rencontre dans certains cas une alchimie remarquable entre l'engagement politique et des mobilisations dites « communautaires » ou, à l'inverse, la conjonction dramatique d'une apathie collective et d'une absence politique. Entre ces deux schémas, la lutte contre le sida en Afrique connaît un ensemble de réactions qui dévoilent la marginalisation économique de l'Afrique mais aussi la brutalité des inégalités qui subdivisent les régions du continent, autant qu'elles différencient à l'intérieur des pays, des zones et des catégories sociales.
- 3 Le sida en Afrique présente la facture cumulée de plusieurs siècles d'épreuves et d'exclusions, en même temps qu'il est la cause d'une tragédie inédite qui a déjà enseveli plus de 15 millions d'Africains. Entre la paupérisation croissante des populations, les crises politiques et la déconnexion internationale, les causes et les conséquences (sanitaires, politiques, économiques et humaines) de la pandémie semblent s'enchaîner autour du continent. Sa situation tend à incarner à elle seule toutes les facettes des inégalités. Cette concaténation de facteurs signe donc le tableau multiforme d'une saignée historique. Les réponses apportées à la pandémie démontrent que la lecture du problème impose le dépassement de la fatalité. Les zones floues entre les quelques

« succès » (Ouganda, Sénégal) et les nombreuses démissions projettent une figure qui est loin d'être achevée. Ce texte propose ainsi un autre regard sur des faits complexes mais intelligibles, au-delà de la « chronique d'une mort annoncée ».

Tableau 1 - Bilan 2001 des personnes atteintes par le VIH/SIDA dans le monde

Afrique subsaharienne	28,1 millions
Asie du Sud et du Sud-Est	6,1 millions
Asie de l'Est et Pacifique	1 million
Amérique latine	1,4 million
Amérique du Nord	940 000
Europe occidentale	560 000
Caraïbes	420 000
Europe orientale et Asie centrale	1 million
Australie et Nouvelle-Zélande	15 000
Total	40 millions

Source : ONUSIDA, Le point sur l'épidémie de sida, Genève, décembre 2001.

Une confrontation inégale à la maladie

- 4 Avec 28,1 millions de personnes infectées, l'Afrique est la région du monde la plus touchée par le sida¹. Pour autant, c'est aussi la diversité qui caractérise les dynamiques épidémiologiques et les réponses politiques d'un pays à l'autre. L'Afrique australe est la région qui subit la plus forte progression de l'épidémie de sida, tandis que la situation se stabilise en Afrique du centre-est où l'Ouganda récolte depuis quelques années les fruits d'une activité ininterrompue. Le tableau 2 montre à travers quelques pays la diversité des données épidémiologiques.

Tableau 2 - Quelques taux de séroprévalence au VIH/SIDA chez les 15-49 ans dans quelques pays africain

Pourcentage	Pays			
de 27 à 36	Bostawana	Lesotho		
de 19 à 26	Afrique du Sud	Namibie	Zimbabwe	Zambie

de 13 à 25	Malawi	Mozambique	Kenya	Centra- frique
de 7 à 12	Côte d'Ivoire	Cameroun	Ethiopie	Ouganda
moins de 2 %	Sénégal	Guinée	Mauritanie	Niger

Source : ONUSIDA/CEA, Le sida en Afrique pays par pays, Genève, octobre 2000.

- 5 Entre le Sénégal adossé sur la côte ouest africaine et l'Ouganda plongé dans l'Afrique des Grands Lacs, les points communs ne sont pas légion. Leurs situations épidémiologiques dissemblables - 1,5 % de taux de séroprévalence relatif au VIH/sida pour le Sénégal, près de 20 % pour le second - rajoutent à leurs différences. Pourtant, ces pays ont acquis auprès des observateurs internationaux, le label de « modèle » pour ce qui concerne la lutte contre le sida. Ce point commun et leurs différences méritent que l'on explique comment et pourquoi on peut dire que ces deux pays connaissent des « réussites » relativement exemplaires en Afrique. Le parallèle entre les deux pays met en perspective deux manières très différentes de prendre à bras le corps la question du sida et cette comparaison illustre en quelque sorte le champ du possible en matière de mobilisation collective contre le sida sur un continent que les commentaires et les prévisions statistiques destinent à une mort certaine.

L'Ouganda : un modèle de riposte

- 6 En 1986, lorsque Yoweri Museveni prend le pouvoir en Ouganda, il hérite d'un pays sinistré par vingt ans « d'ethnocratie militaire » dont une décennie de délire et de violences pathologiques menées par Idi Amin Dada. Les chiffres du sida au milieu de ces années 80 sont déjà des plus alarmants pour l'Ouganda. La capitale économique, Kampala, affiche un taux de séroprévalence de près de 30 % au niveau de la population dite « sexuellement active » - entre 15 et 49 ans. En Ouganda à cette période, même les zones rurales qui sont encore épargnées dans d'autres pays, payent déjà très lourd le tribut de la dérégulation sociale, de la dislocation des familles et de la mobilité géographique des jeunes hommes adultes travaillant loin de leurs communes de résidence habituelle. La zone agricole du Rakai devient très vite un emblème malheureux et récolte les lauriers de l'infortune. Dès la deuxième moitié des années 80, cette région située aux abords du lac Victoria est pratiquement dévastée. De telle sorte que la pyramide des âges y prend des formes inédites avec la présence majoritaire d'enfants et de personnes âgées, les « forces vives » ayant été fauchées par le « slim disease » (la maladie de la maigreur), nom sinistre accolé à la maladie par les populations.
- 7 Très vite, Museveni prend les rênes de la mobilisation et les campagnes de sensibilisation soutenues notamment par des ONG britanniques et américaines se diffusent sur tous les supports et partout dans le pays. Entre-temps, l'expansion de la maladie elle-même produit un tel travail de sape que la confrontation à la maladie - directement ou indirectement - stimule la prise de conscience. Contrairement à d'autres pays, les pouvoirs publics ont facilité la prise de parole et l'engagement des personnes atteintes, brisant par la même occasion le cocktail fatal entre la culpabilité, la honte et l'exclusion. A la tête d'une association de soutien aux personnes séropositives (The Aids Support

Organisation, TASO) dès 1987, une jeune femme, Noreen Koleba promeut une vaste entreprise de prise en charge des patients et réinvente les techniques de counselling (pré-test, test et post-test) mettant un point d'honneur à encadrer les candidats au test de dépistage avant, pendant et après l'annonce du résultat sérologique, avec l'aide de partenaires internationaux qui sont sûrs de parier sur des personnes fiables dans un environnement de prise de conscience collective. 150 permanents et 2000 bénévoles à travers le pays se mobilisent autour de la jeune femme. Premiers résultats : l'Ouganda est le pays d'Afrique - et proportionnellement un des pays au monde - où les tests de dépistage volontaire du VIH/sida sont les plus nombreux.

- 8 En 1998, le taux d'infection des adolescentes ougandaises a baissé de 130 % ! Dans la même logique, ce pays est entré dans une phase de stagnation générale, voire de baisse de la pandémie. Par exemple, le taux de séroprévalence des femmes en consultation prénatale et âgées de moins de 20 ans était de 28 % en 1991. En 1998, il avait baissé à 6 %.
- 9 Au crédit de cette « réussite », il faut souligner la conjonction de l'engagement politique et de la mobilisation dite communautaire. L'exemple ougandais montre, une nouvelle fois, qu'il faut se refuser à toute forme de fatalité parce que le sida, en tout lieu, épouse et/ou oriente le changement social, politique, économique et culturel. Hier l'Ouganda, encore très touché, était condamné à une mort prochaine. Aujourd'hui, il sert de modèle de mobilisation. Néanmoins la vigilance doit rester de rigueur, avec 12 % de la population adulte estimée séropositive, il s'agit de continuer et de diversifier la lutte, en attendant la réalisation des protocoles d'accès aux polythérapies que l'Ouganda a signé avec l'ONUSIDA depuis 1997.

Le pays de Museveni a cédé depuis quelques temps les sirènes du pessimisme à d'autres pays. A ce jour, ce sont, entre autres, le Botswana et l'Afrique du Sud qui drainent les plus grandes inquiétudes, dans une Afrique australe qui subit depuis la fin des années 90 l'onde de choc du VIH.

L'Afrique australe sous le choc

- 10 Le Botswana détient le triste record de la proportion la plus forte de personnes séropositives entre 15 et 49 ans : 30 %. La République Sud-Africaine affiche pour sa part le plus grand nombre de personnes infectées au monde : 4,7 millions de Sud-Africains sont séropositifs. Ce qui représente 12,4 % de la population mondiale des personnes infectées par le VIH. Un Sud-Africain sur neuf est séropositif et sur 8 nouveaux cas d'infection en Afrique, un est sud-africain. Pour autant, la nécrologie affichée par les projections épidémiologiques et le cortège pessimiste - à bon droit - des perspectives médiatiques doivent être entendus davantage comme des signaux d'alerte que comme des rendez-vous assurés entre des populations et l'apocalypse. Dans les cas sud-africain et botswanais, ce ne sont pas les atouts qui manquent pour que les années qui viennent soient exemplaires.

Le Botswana : entre péril et espérance

- 11 Le Botswana en Afrique est déjà « un modèle » de succès économique et, on le dit moins, de démocratie bipartite depuis 1966, donc bien avant l'heure des phases de libéralisation massive de la vie politique sur le continent². C'est aussi, en proportion, le pays le plus touché par le VIH avec 30 % de la population adulte infectée. La lutte contre le sida peut à

terme y devenir un vaste chantier qui va induire une meilleure répartition des richesses - via les structures sanitaires notamment -, une prévention plus active et un accès plus démocratique à des antirétroviraux grâce à la pression internationale en cours.

Le sida en Afrique du Sud : le miroir de la décomposition

- 12 Le sida en Afrique du Sud illustre les vicissitudes d'une société en profonde mutation et instruit le procès du défunt apartheid dont la fin officielle laisse imploser une violence domestique et sociale absolument inédite (Johannesburg est la ville qui enregistre le taux de viols le plus élevé au monde). Le processus de régulation politique entamé par Mandela et poursuivi par Thabo Mbeki s'accompagne d'un nouveau sens politique que le « dauphin » voudrait imposer à son pays en le faisant valoir aux yeux du monde : « la Renaissance africaine ». C'est aussi de ce projet politique que sont nées les quelques dissonances internationales qui opposent T. Mbeki et la communauté scientifique en matière de sida. La compétition entre des discours contradictoires et les déclarations dissidentes du Président sud-africain (doutes émis sur la relation entre le VIH et le sida) montrent une difficulté à gérer une situation problématique dans un pays dont la recomposition passe aussi par la quête de nouveaux repères sociaux (Fassin, 2000).
- 13 Le sida illustre en quelque sorte la facture de la fracture de la société sud-africaine qui traîne comme un boulet les conséquences de 50 ans d'apartheid. Pour autant, l'acuité des mobilisations associatives et la reconnaissance régionale et continentale de la puissance sud-africaine peuvent participer de l'équilibre par lequel la lutte contre le sida se soustraira des contradictions qui la pénalisent. Le bras de fer international que l'Afrique du Sud vient de mener contre les laboratoires pharmaceutiques est symptomatique de la volonté symbolique du président Mbeki d'inscrire son pays au rang de ceux qui « comptent ». De même, l'expansion de la maladie instruit le procès d'un pays en quête de sens et de puissance en proie au choc socio-économique et au « désenchantement de la liberté ». Ici aussi, la situation actuelle n'annonce pas de fatalité. La rencontre entre l'activisme international du chef de l'Etat et l'action collective interne contre le sida peut être l'équation qui fera de ce pays, durement éprouvé aujourd'hui par la pandémie, un des succès de demain contre la maladie. Le sida est ici le miroir et la fenêtre politique d'une société en quête de sens. Rien n'est acquis mais rien ne permet de penser que la lutte est perdue.

Le Sénégal : entre pôle scientifique international, « avantages épidémiologiques » et engagement politique

- 14 Le Sénégal, pour sa part, est entré de plein pied dans la lutte internationale contre le sida par la porte prestigieuse de la recherche scientifique et de la coopération internationale. Lorsqu'en 1984 plusieurs équipes de virologues commencent à se poser des questions sur l'existence d'un autre type de virus du sida que celui qui est connu à ce jour sous l'acronyme de VIH1 - le plus répandu dans le monde - un chercheur sénégalais, le Pr. Souleymane M'Boup (Hôpital Le Dantec, Dakar) et deux de ses collègues français, Francis Denis (CHU de Limoges) et Francis Barin (CHU de Tours) présentent la « nouveauté »

sous le mystère de leurs éprouvettes. A cette époque le sida frappe déjà durement l'Afrique centrale et reste quasi inconnu au Sénégal.

- 15 A partir des échantillons issus des prostituées de Dakar dont le Pr. M'Boup assure le suivi médical, l'équipe découvre un nouveau virus dont les incidences physiopathologiques et cliniques sont différentes du VIH1. Aucune des patientes séropositives du Pr. M'Boup à l'époque n'est malade. Au fil des recherches, les équipes dont le clinicien sénégalais fait partie, découvrent le VIH2 et publient en 1986 dans la revue scientifique britannique *The Lancet* des enseignements de premier plan : il est moins pathogène que le VIH1 présent en Europe, aux Etats-Unis et en Afrique centrale (Seytre, 1993).
- 16 Il s'agit donc d'une grande découverte et de recherches d'envergure dans lesquelles est impliqué, à ce jour encore, le chercheur africain. Cette dynamique de la recherche scientifique au Sénégal n'est pas étrangère au fait que ce pays soit aussi devenu un des pôles africains de la coopération française en matière de recherche sur le sida, avec Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) et Abidjan (Côte d'Ivoire), sous la houlette de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS).
- 17 Cette « réussite » sénégalaise n'est pas non plus le moindre des arguments qui a encouragé les autorités politiques de ce pays à s'investir dans la lutte de manière active et continue. A l'occasion du sommet des chefs d'Etat africains tenu à Dakar en 1992, le président Abdou Diouf avait convié ses homologues à être respectivement les principaux leaders de la lutte contre le sida dans leurs pays, comme il l'était chez lui en aménageant l'espace institutionnel pour que cette mobilisation soit possible et efficace. La densité de la socialisation communautaire, la connaissance scientifique et son ouverture internationale, puis l'engagement politique représentent l'alliage qui a hissé le Sénégal au rang de « modèle », auquel il faut toujours agréger la variable épidémiologique due à un virus (le VIH2) moins pathogène et moins virulent que l'autre. Il faut aussi se demander pourquoi les médias africains, si soucieux de la reconnaissance internationale des meilleurs fils de l'Afrique ont si peu parlé de Souleymane M'Boup, co-découvreur du VIH2 ? Parce que, tout simplement, ils le connaissent peu.
- 18 Dans ce domaine en Afrique, rares sont les organes de presse généralistes qui se penchent avec sérieux sur la question au-delà des effets d'annonce qui entourent les rendez-vous internationaux. Et c'est bien une preuve que l'Afrique possède des moyens inexploités de se regarder fièrement. Pourtant, Dieu sait à quel point les médias africains et les intellectuels afrocentriques cherchent des figures emblématiques à présenter au monde, pour redorer un blason terni par des drames à répétition. Pourquoi passent-ils donc à côté de personnalités telles que le Pr M'Boup ou la militante Noreen Koleba ? Pour des raisons qui tiennent sans doute d'une vision univoque et ambiguë du traitement de la question du sida (le volet international et ses réseaux transnationaux) au détriment des engagements locaux qui pourraient induire une réappropriation politique et sociale de cette lutte sans laquelle la majorité des Africains ne se reconnaîtra pas dans les discours de circonstances.
- 19 Entre le silence de certaines autorités politiques de premier plan et la méfiance de certains journaux africains vis-à-vis des informations données par les autorités sanitaires locales, les médias occidentaux donnent l'essentiel d'une information qui est reprise ou critiquée localement, parfois au-delà de toute logique. L'exemple camerounais est à ce titre un cas d'école.

Le Cameroun : le silence politique et l'adhésion passive

20 Le 2 septembre 1998, le quotidien français *Le Monde* (daté du 3 septembre) annonçait la découverte d'un « nouveau virus » du sida au Cameroun. L'information révélait que « des chercheurs français ont découvert un nouveau virus du sida au Cameroun » et précisait qu'il s'agissait d'un nouveau sous-type du VIH 1 découvert par une équipe du centre Pasteur de Paris, « en collaboration avec le docteur [français] Philippe Maucière (centre Pasteur du Cameroun, Yaoundé) ». Les ondes de Radio France Internationale (RFI), répercutèrent la nouvelle dès la parution du quotidien français. La presse camerounaise entra en scène le lendemain de la parution du *Monde*. Dans son édition du 3 septembre 1998, *Cameroon Tribune* (Yaoundé), le quotidien national bilingue, soulignait la découverte du « nouveau virus » ; il annonçait qu'il « existe à présent le HIV 3 », « une équipe de chercheurs français et camerounais [étant] à l'origine de cette découverte ». Le bihebdomadaire privé, *Mutations* (Yaoundé), un des plus actifs en matière d'informations sur le sida, intervenait quelques jours plus tard, le 14 septembre 1998, pour stigmatiser une « démarche de vulgarisation scientifiquement incorrecte », puis fustigeait « l'ignorance manifeste de la quasi-totalité des chercheurs du sida - du moins ceux qui travaillent au Cameroun - au sujet du nouveau virus ».

21 Seulement, la « communauté scientifique » locale et étrangère travaillant sur le sida avait eu vent de l'imminence de cette publication. Les seules personnalités que cette information ait prises de court sont les journalistes locaux (Eboko, 1999). Entre les informations délivrées par le journal français, en préalable à la publication scientifique de l'équipe du Centre Pasteur dans la revue *Nature Medicine* (Simon *et al*, 1998), et l'urticaire identitaire des journalistes camerounais, c'est un espace d'enjeux contradictoires qui se donne à voir.

La distance s'accroît de plus en plus entre les réalités sociales que rencontre l'expansion de la maladie et la Real Politik qui occupe la constellation d'acteurs mués en entrepreneurs sanitaires. Les responsables au sommet de l'Etat, jouent sur le registre de la délégation des responsabilités, qu'elles soient sanitaires (vers le Programme national de lutte contre le sida) ou sociales. Le 12 septembre 2000, à la tribune du Palais des Congrès de Yaoundé, en présence des autorités internationales (Banque mondiale et ONUSIDA) et locales, le Premier ministre devait clore son discours en ces termes :

« C'est ici le lieu de condamner avec la dernière énergie les comportements criminels d'individus sans scrupules qui, se sachant infectés par le VIH/sida, distribuent allègrement la maladie, c'est-à-dire la mort, à de jeunes personnes, victimes innocentes de comportements irresponsables (...). Dans cette perspective, n'est-il pas temps qu'une réflexion éthique soit engagée par la communauté médicale dans le sens d'envisager la levée du secret médical dans tous les cas où une personne se sachant infectée par le virus du VIH/sida, procéderait volontairement à la contamination d'autres personnes ? » (Cameroon Tribune, 13 septembre 2000)

22 Cette mise en scène du pouvoir politique recouvre plusieurs contradictions. Signalons d'abord qu'une des premières difficultés que l'on rencontre au Cameroun, et en Afrique en général en matière de sida, c'est justement que le secret médical est très peu respecté. Les quelques professionnels de la santé acquis à la cause des patients veulent lutter pour que ce secret médical soit effectif.

- 23 Ensuite, la menace suggérée par le Premier ministre envers des personnes séropositives ne pourrait conduire qu'à un évitement croissant du dépistage volontaire, dans la mesure où chaque personne atteinte serait potentiellement considérée comme « criminelle » et « irresponsable ». Les premiers à sensibiliser semblent être, à ce jour, les acteurs de la politique publique de lutte contre le sida. Entre-temps, le taux de séroprévalence dans la population des 15-49 ans est passé de 0,5 % en 1987 à 7,2 % en 1999 puis 11 % en 2000. Ce qui représente une des progressions les plus fortes sur le continent. Pour l'heure, la passivité politique en cours n'est pas de bon augure, comme dans la majorité des pays africains.

Pour conclure sur une absence remarquable : les Sujets africains

- 24 Le « sujet », défini sommairement comme la volonté d'un individu d'être l'acteur ou le créateur de sa propre vie (Dubet et Wieviorka, 1995), n'est pas seulement une notion sociologique. C'est aussi une ressource pour appréhender la réalité de ceux qui sont réduits à vivre en « quasi-sujets ». Privés de parole sur leur propre existence affective et politique, la majorité des groupes sociaux et des individus confrontés en Afrique au « risque sida » qui entendent les discours locaux et internationaux sur leur sort ou leur mort programmée finissent aussi par y percevoir la plus pernicieuse des dénégations de leurs capacités et de leur volonté à devenir des sujets. Les dynamiques du changement social ont été nourries et orientées depuis les années 1990, au-delà du commun des mortels, par des journalistes, des intellectuels, des hommes d'église et des leaders d'opinion qui brillent globalement par leur absence sur la scène de la lutte contre le sida.
- 25 Cela laisse penser que les sentinelles du temple, c'est-à-dire ceux qui se font habituellement un devoir de prendre la parole au nom des « sans voix », sont en train de devenir les complices passives de ce que Michel Foucault appelait la biopolitique : « le droit de faire vivre et de laisser mourir » (Foucault, 1997 : 214). La question de l'accès aux polythérapies suscite de nouveaux espoirs. Les batailles pour qu'elles soient disponibles en Afrique à des prix raisonnables, montrent que ce sont les Organisations non-gouvernementales des pays du Nord qui ont été les plus actives. La révolte la plus incisive est venue, une fois de plus, de l'extérieur de l'Afrique. Reste que, le cercle des privilégiés, s'est élargi mais la majorité des patients africains est encore exclue de cette prise en charge médicale, faute de moyens mais souvent aussi faute d'informations adéquates. Il s'agit donc de convoquer le Sujet africain, le citoyen et le politique, pour qu'il réclame les moyens de refuser la fatalité et qu'il sache dire par une lutte de tous les instants sa volonté d'extraire l'Afrique d'une des plus tragiques conséquences des inégalités face à la vie. Comme pour chaque processus d'édification du Sujet, il s'agit de ne pas être seul, d'imposer sa présence tout en reconnaissant celle de l'Autre, pour un échange digne du combat à mener, au nom d'une humanité en danger.

BIBLIOGRAPHIE

- Dubet F. et Wieviorka M., dir., *Penser le sujet. Autour d'Alain Touraine, Colloque de Cérisy*, Paris, Fayard, 1995.
- Eboko F., « Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun », in Claude Fay, dir., Paris, *Le sida des autres, Autrepart (Cahier des Sciences Humaines)*, Éditions de l'Aube, n° 12, 1999, pp. 123-140.
- Fassin D., « Une crise épidémiologique dans les sociétés post-apartheid : le sida en Afrique du Sud et en Namibie », *Afrique contemporaine*, N° spécial, 2000, pp. 105-135.
- Foucault M., *Il faut défendre la société Cours au Collège de France 1976.*, Paris, Gallimard/Seuil, Coll. « Hautes Etudes », 1997, p. 214.
- Médard J-F., « Consolidation démocratique et changement des élites au Botswana. Du parti dominant au bipartisme », in J.-P. Daloz, dir., *Le (non-) renouvellement des élites en Afrique subsaharienne*, Bordeaux, Centre d'Etude d'Afrique Noire, 1999, pp. 187-215
- ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie de sida*, Genève, décembre 2001.
- ONUSIDA, *Report on the global HIV/AIDS epidemic*, Genève, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, June 2000a.
- ONUSIDA/CEA, *Le sida en Afrique pays par pays*, Genève, octobre 2000b.
- ONUSIDA, *AIDS epidemic update : December 1998*, Genève, UNAIDS/WHO, 1998.
- Seytre B., *Sida : les secrets d'une polémique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1993.
- Simon F., Maucière P. et al, « Identification of a New Human Immunodeficiency Virus Type 1 Distinct from Group M and Group O », *Nature Medicine*, 1998, 4 (9), pp. 1032-1036.

NOTES

1. Sauf mention contraire, les chiffres relatifs aux taux de séroprévalence au VIH/sida sont issus des sources de l'ONUSIDA (UNAIDS) : ONUSIDA (2001 ; 2000a ; 2000b ; 1998).
2. Pour la vie politique au Botswana, voir Jean-François Médard (1999) ; pour l'économie du Botswana en temps de sida, voir Paul Benkimoun, " Botswana : une "success story" économique assombrie par le sida ", *Le Monde "Economie"*, " L'Afrique noire revendique sa renaissance ", numéro spécial, 25 juin 2001, p. 3.

AUTEUR

FRED EBOKO

Socio-politologue et coordinateur de *Face à Face*