

a priori comme un terreau de développement et de modernité.

En Afrique, cette substitution de canaux religieux et caritatifs aux canaux institutionnels contrôlés par les États constitue une mutation majeure qui peut partiellement renforcer la position des Églises comme médiatrices obligées de

l'accès à l'étranger et aux ressources qu'il procure. Quel est alors l'avenir du modèle de la démocratie laïque dans les États d'Afrique noire ?

Élisabeth Dorier-Apprill
ORSTOM
UFR de géographie,
Université de Provence

L'État camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie du sida

LES États africains en crise sont des cibles faciles pour la critique relative au délitement des services publics. Outre les systèmes éducatifs dont la déliquescence est devenue un exemple de l'effondrement des États postcoloniaux, l'implosion des systèmes sanitaires illustre les contradictions et les enjeux sociopolitiques auxquels ces pays doivent faire face, ballottés entre les PAS (politiques d'ajustement structurel) et les pressions sociales internes. Dans cette optique, on assiste à l'émergence du thème de la « société civile » qui serait l'ultime espoir de remobilisation des sociétés africaines pour la réussite des projets (petits ou grands) qui leur sont destinés. L'exemple de la gestion de la pandémie du sida au Cameroun oblige à relativiser le manichéisme qui tendrait à opposer formellement État et société civile. Les ambiguïtés que l'on peut relever dans les modes de gestion administrative de la question du sida rencontrent souvent de la

part de la « société civile », un silence synonyme de complicité et/ou d'indifférence. L'analyse de la décennie de lutte contre le sida au Cameroun (1985-1995) met en exergue une dialectique État/société civile à travers laquelle le choix des « groupes à risque » ou des « groupes cibles » est puisé autant dans certaines réalités que dans des représentations sociales stigmatisantes largement partagées de haut en bas de la société camerounaise. Il est donc question de dresser un bilan sommaire de la lutte institutionnelle effective de l'État camerounais face au sida. Ce regard synoptique permet la mise en lumière des mutations et des dynamiques sociales des « cadets sociaux » (les jeunes et les femmes) qui échappent quelque peu aux représentations normatives — voire conservatrices — et populaires que la société camerounaise se fait des rapports entre les sexes (rapports hommes-femmes) et entre les générations (les « aînés » et les « cadets

sociaux »), le tout dans un contexte difficile de paupérisation-mondialisation auquel l'État et les populations camerounaises sont soumis.

Bilan sommaire d'une décennie de lutte contre le sida

D'abord considéré comme un cas atypique en Afrique, du fait du faible nombre de cas de sida déclarés au milieu de la décennie précédente, le Cameroun connaît une progression très rapide de la maladie. En 1987, les publications officielles estimaient le taux de prévalence à 0,5 %. Depuis 1994, cette séroprévalence est évaluée à 5,5 % (1). La population des 25-34 ans représente à elle seule près de la moitié des personnes atteintes, avec 47,2 % des cas (2). Pourtant, la mobilisation officielle s'est engagée dès 1985 alors que les personnes contaminées représentaient moins d'un centième de la population camerounaise. A cette date, le professeur Lazare Kaptué, hématologue du CHU (Centre hospitalier universitaire) de Yaoundé, prenait la tête d'un comité national de contrôle du sida, avec des moyens très limités. Cette structure intervenait donc deux ans avant les directives officielles de l'OMS qui, en 1987, instituèrent les PNLS (programmes nationaux de lutte contre le sida) et les CNLS (comités nationaux) en Afrique sub-saharienne (3). Les premiers ont un rôle technique et opérationnel, les seconds sont chargés de

missions de réflexion et de consultation. Le Cameroun devait rajouter une structure à ce dispositif : l'ULS (Unité de lutte contre le sida), l'organe exécutif de tout le programme, rattaché au MINSANTE (ministère de la Santé publique). Un premier plan à court terme d'un an (1987-1988) a précédé la mise en place d'un PMT1 (plan à moyen terme de lutte contre le sida) prévu pour cinq ans, soit de 1988 à 1993. L'année 1993 a servi de pont pour préparer le second « plan à moyen terme » (PMT2) étalé sur cinq ans (1994-1998) (4). Le Cameroun devait par ailleurs montrer sa très officielle préoccupation dans la lutte et sa volonté d'être un partenaire actif des organisations internationales en accueillant en décembre 1992 la 7^e conférence internationale sur le sida, sous la houlette du Pr. Kaptué. Pourtant, les résultats concrets en terme de propagation de la maladie tranchent de manière paradoxale avec la volonté ou les velléités politiques et administratives anti-sida. En effet, depuis 1990 le nombre de cas de contamination double tous les huit à douze mois (5).

Les chiffres sont certainement en dessous de la réalité, en raison notamment des difficultés de l'élargissement du dépistage volontaire. La quasi-totalité des études menées à ce sujet et les premiers enseignements tirés de nos observations *in situ* (6)

(4) R. Salla Ntouna, « Processus de développement du deuxième plan à moyen terme de lutte contre le sida (1994-1998) en République du Cameroun », *Bulletin de liaison de l'OCEAC*, 26, 4, décembre 1993, p. 163.

(5) A. Same-Ekobo *et al.*, « La perception du sida dans le milieu urbain de Yaoundé », *Cahiers Santé*, 2, 1992, p. 130.

(6) L'observation au Cameroun s'est déroulée du 14 décembre 1995 au 15 février 1996, dans le cadre d'une mission de recherche du laboratoire « Sociétés, santé, développement » du CNRS/Université de Bordeaux 2. Cette équipe de recherche est dirigée par le Pr Claude Raynaud.

(1) MINSANTE, *Guide national en matière de prise en charge psycho-sociale des personnes atteintes par le VIH-SIDA et leurs proches*, Direction de la santé communautaire OMS/GTZ/MINSANTE, déc. 1995, p. 2.

(2) E. Ngwa, « Le sida au Cameroun : le nombre de cas est en augmentation », *Sida-lerne*, 45, août 1995, p. 23.

(3) D. Fassin, « La mémoire courte. Coopération internationale et lutte contre le sida », *Sociétés d'Afrique et sida*, juillet 1994, pp. 2-4.

(entretiens collectifs et individuels portant sur la sexualité et la prévention contre le sida auprès de jeunes citadins) indiquent qu'il ne semble pas y avoir de changements collectifs notables en matière d'exposition au risque, étant admis que la transmission hétérosexuelle représente plus de 90 % des cas de contamination (7).

Autant les questions inhérentes à des dispositions techniques matérielles, comme la diminution des risques d'infection au VIH par transfusion sanguine, connaissent des résultats plutôt satisfaisants (8), autant le problème de la communication sociale en matière de sexualité et de prévention reste entier. Les obstacles techniques et logistiques ont donc été partiellement résolus, alors que les messages autour du préservatif et de la « modification des comportements » aboutissent à des résultats insuffisants, confirmés par les responsables de l'Unité de lutte contre le sida. La communication et l'interaction sociale semblent ainsi dessiner les principales faiblesses de l'action préventive, en l'occurrence celle de l'ULS. L'analyse de la politique publique en question serait partielle et partielle si l'on oubliait le lien incontournable entre les deux types d'acteurs qui en sont les instigateurs : d'une part les organisations interna-

tionales — notamment l'OMS — qui fixent les règles générales et d'autre part les autorités locales qui mettent en œuvre les recherches, les travaux et les actions financées totalement par l'OMS et les organismes de coopération bi- et multi-latérale.

La mise en scène du pouvoir politique face au sida

Une des premières missions assignées aux PNLS en Afrique fut, dès 1987, d'essayer d'évaluer pour chaque pays l'ampleur de la diffusion de la maladie. Le Cameroun n'eut pas de réticence majeure à essayer de s'y conformer, étant donné que les chiffres montraient une faible prévalence par rapport aux pays africains — notamment ceux de la région des Grands Lacs. La presse officielle depuis 1988 relaie toutes les actions menées par les pouvoirs publics en matière de sida. Sa propension habituelle à l'autosatisfaction s'est répercutée dans le contexte de la pandémie. Ainsi, jusqu'au début des années 90 quelques figures de style hagiographiques couvrirent les pages du *Cameroon Tribune*. Par exemple, en octobre 1989, lorsque la capitale camerounaise abrita le deuxième symposium international d'information et d'éducation sur le sida, le quotidien officiel soulignait : « *Ce n'est pas un hasard que ces assises ont eu lieu à Yaoundé. Depuis que le sida sévit dans le monde, le gouvernement camerounais s'est toujours distingué par les moyens qu'il met en œuvre pour freiner le fléau* » (9). De fait les jeunes, ou plutôt les thèmes qui sont censés les représenter, figuraient en tête des discours anti-sida. L'année 1989 voyait aussi émerger le lien entre les jeunes et le sida qui fut le thème de la deuxième Journée mondiale du

(7) MINSANTE, *Programme national de lutte contre le sida. Deuxième plan à moyen terme (PMT-2), 1994-1998*, multigr., Yaoundé, mai 1993, 33 p.

(8) En 1987, la Commission européenne a investi 1,18 million d'écus pour le réaménagement des centres de transfusion sanguine de Douala et Yaoundé. Cette réalisation étendue sur trois ans a aussi concerné la formation du personnel, un système rigoureux de recrutement des donneurs et l'installation d'équipements nécessaires à la collecte, l'analyse et la distribution des stocks, *Lettre d'information de la CEE*, mai 1990, p. 2. La fourniture de tests rapides s'est étendue à plus de 80 centres dans le pays, R. Salla Ntunga, *op. cit.*

(9) *Cameroon Tribune*, n° 4504, 27 octobre 1989, p. 8.

sida. Le Cameroun saisit cette occasion pour ressortir des incantations qui s'étaient faites plus discrètes en cette période drastique pour l'insertion des jeunes — les discours aux tonalités performatives qui jadis épousaient la période de « croissance » et du défunt parti unique : « Les jeunes doivent savoir (...) les jeunes sont l'espoir de demain » (10) ou encore « les jeunes à vous de jouer » (11). Pourtant, lorsque les chiffres commencèrent à montrer les signes d'une progression exponentielle, la façade officielle est passée sans transition de la satisfaction au catastrophisme. « Sida : la terreur. (...) Une terrible pandémie. (...) Des chiffres alarmants » (12). L'autocongratulation céda la place à des redondances dont le caractère apocalyptique a quelque peu desservi la sensibilisation, par exemple lorsque « le Premier ministre lance un appel à la mobilisation contre la peste du XX^e siècle » (13). La « mobilisation » politique évoquée semble réduite à la tenue de colloques, conférences et autres séminaires. On serait en droit de se demander si cette mobilisation vise le grand public ou si elle consiste à entretenir ses propres pétitions de principe financées par l'OMS et les agences de coopération (14). En effet et paradoxalement, une fois que les derniers lampions de ces réunions spécifiquement consacrées au sida

s'éteignent, après que les autorités camerounaises ont exhorté tous les leaders politiques, religieux, administratifs et associatifs à s'engager contre le sida, ce thème disparaît de leurs communications, liturgies et messages adressés à leurs auditoires respectifs.

Mondialisation et prévention : des catégorisations ambiguës

Depuis la prise de service effective de l'ULS en 1987, plusieurs études quantitatives ont été menées au Cameroun. Ces recherches standardisées, sous l'égide des critères de l'OMS, ont dans une large mesure concerné des groupes cibles identifiés comme étant des « groupes à risque ». Cette méthode quantitative, censée s'appliquer partout, comporte des enseignements et des limites. La confrontation entre la construction parfois téléologique des cibles de l'ULS déterminées par les normes fixées par Genève et une vision moins formaliste des groupes de jeunes a participé à la dérive lente et sûre qui a érigé les prostituées et quelques autres groupes en vecteurs principaux du VIH.

Ce découpage sociologique qui préside à l'institutionnalisation des « groupes cibles » a conduit à l'élaboration d'études et d'enquêtes sur les prostituées, les transporteurs, les étudiants et scolaires, puis sur les militaires. Les modalités d'incitation à la prise de conscience chez les jeunes peuvent être sujettes à caution dans la mesure où certaines catégories de jeunes adultes « JCD » (jeunes cadres dynamiques) ne se reconnaissent pas dans les définitions « scolaires » ou marginales qui stigmatisent les « groupes cibles ». La jeunesse est aussi diverse que les groupes sociaux et culturels que

(10) *Cameroon Tribune*, n° 4529, 1^{er} décembre 1989, p. 5.

(11) *Cameroon Tribune*, n° 4530, 3 et 4 décembre 1989, p. 8.

(12) *Cameroon Tribune*, n° 5276, 8 décembre 1992, pp. 1-3.

(13) *Cameroon Tribune*, n° 5277, décembre 1992, p. 2.

(14) Il s'agit principalement de la Commission européenne, de la coopération française, de l'agence allemande de coopération technique (GTZ) et des ONG américaines Population Services International (PSI), USAID, Aids Control and Prevention (AIDSCAP) et Family Health International (FHI).

compte le pays. De fait, la relative univocité moralisatrice des messages qui lui sont destinés et surtout les interprétations collectives et individuelles qui en découlent mettent en avant une sorte de trinôme au sein duquel tous les « jeunes » ne se reconnaissent pas forcément : vagabondage-prostitution-préservatif.

Les étudiants et les scolaires

Dès 1988, la Proposition du plan quinquennal relative à la lutte contre le sida, publiée par le ministère de la Santé publique, identifiait formellement les étudiants comme un « groupe à risque d'infection au VIH. Cette catégorisation s'expliquait par le fait qu'à cette époque, on estimait que le groupe (les étudiants) se caractérise par la tendance à l'autotraitement, l'aversion pour les préservatifs, la récurrence des infections et la réticence à révéler ses contacts » (15). Ces constatations, par ailleurs corroborées par certaines études épidémiologiques (16), ont entraîné l'élaboration d'études puis d'actions spécifiques. En 1992, le ministère de l'Enseignement supérieur soutenu par les ONG américaines — PSI (Population Services International) et FHI (Family Health International) — initia deux projets. Le premier porta sur « l'éducation par les pairs », le second concernait le « marketing social du traitement des MST ». Ainsi 40 000 kits d'antibiotiques ont été distribués pour lutter contre les MST (17).

(15) J.-P. Tchupo *et al.*, *Les étudiants des Universités de Douala et de Yaoundé face aux MST et au sida*, Yaoundé, PSI, 1993, p. 3.

(16) A. Froment, « Prejudices Related to Aids' Perception among Cameroonian Students », *multigr.*, 5 p.

(17) Ces maladies sexuellement transmissibles sont aussi la première cause de morbidité déclarée au centre médico-social de l'Université de Yaoundé et à l'infirmerie de l'Université de Douala (Tchupo *et al.*, *op. cit.*, p. 3.).

Quelques paradoxes significatifs apparaissent dans l'appréhension du sida par les étudiants et aussi dans les conclusions des enquêteurs. D'abord, il faut noter l'écart récurrent, au-delà du Cameroun (18), que l'on trouve entre la bonne connaissance des modes de contamination et la faiblesse de l'utilisation systématique du préservatif : 85 % des étudiants de Douala et 90 % de leurs homologues de Yaoundé indiquent le « condom » comme mode de prévention efficace des MST et du sida. En moyenne, 18 % de ces étudiants avouent l'avoir utilisé au cours des six mois précédents l'enquête (19). Les raisons de l'utilisation et de la non-utilisation du préservatif nous éclairent sur leur représentation de la maladie. Parmi ceux qui utilisent le préservatif, 96 % y ont recours avec les prostituées contre 49 % avec le « deuxième bureau » ; 80 % ne l'utilisent pas avec la ou le partenaire régulier(e). Le discours qui fait des prostituées le principal agent de propagation du VIH/sida a donc été particulièrement bien reçu, surtout si l'on pense que cette représentation officielle tire sa source du « bas ». En effet, il nous paraît inexact de parler comme les responsables et certains chercheurs camerounais « d'aversion des jeunes pour le préservatif » ou de dénégation de la maladie puisque les mêmes sources montrent de manière nette qu'il s'agit d'une protection différentielle. Celle-ci varie de manière croissante de la relation stable à la relation

(18) Cet écart entre attitudes et pratiques est assez largement répandu chez les jeunes. Pour la Côte-d'Ivoire, par exemple, voir D. Séry et T. Gozé, « Jeunesse, sexualité et sida à Abidjan », in J.-P. Dozon et L. Vidal (éds), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Petit Bassam, ORSTOM, 1993, pp. 101-109.

(19) J.-P. Tchupo, *op. cit.*, pp. 7-9.

avec un ou une partenaire supposé(e) avoir plusieurs partenaires). Les mêmes jeunes utilisent ou n'utilisent pas le préservatif suivant des critères moraux et sociaux assignés à leur partenaire. Des hypothèses similaires peuvent être tirées des enquêtes concernant les adolescents scolarisés qui, à 57 %, définissent les prostituées comme représentation principale de « la population à risque » (20). Les « clubs-santé » des établissements scolaires et universitaires sont à ce titre des sites d'investigation privilégiés du fait de la sollicitation dont ils sont l'objet de la part de l'ULS et des organismes nationaux et internationaux impliqués dans le PNLS. Ces instances de recherche sont aussi une illustration de l'investissement des institutions locales et surtout des organisations internationales telles que l'UNICEF et l'UNESCO. En même temps, elles mettent en lumière la dissonance relative qui existe entre les décisions politiques et les demandes des jeunes en matière de santé et d'encadrement social en général.

Les prostituées : un symbole de la « vulnérabilité » du PNLS ?

Rares sont aujourd'hui les études sur la propagation du VIH/sida qui ne font pas référence aux prostituées. L'âge moyen des prostituées était en 1992 de 25 ans à Douala et de 29 ans à Yaoundé. Il est indéniable qu'elles représentent une population très éprouvée par la maladie puisque dans les villes, principaux centres de leur activité, la proportion de prostituées séropositives est conséquente : 25 % à Yaoundé et 45 % à Douala (21).

(20) J.-P. Louis, « Comportement sexuel et perception du sida d'une population d'adolescents scolarisés en milieu urbain », *Bull. liais. OCEAC*, 93, sept. 1990, p. 50.

(21) J.-P. Tchupo, *Pratiques sexuelles et maladies sexuellement transmissibles dans les milieux de la prostitution de la ville de Douala*, Douala, PSI, sept. 1992, multigr., 35 p.

L'image et l'action qui leur sont attribuées n'en demeurent pas moins ambiguës. En effet, elles représentent aussi aujourd'hui une des catégories sociales au sein desquelles la formation « par les pairs éducateurs » et la sensibilisation ont apporté les résultats les plus effectifs, malgré la généralisation abusive dont cet ensemble très hétérogène est l'objet. Elles semblent se protéger de manière nettement plus systématique que les autres jeunes femmes (« filles libres » et « filles à marier » comprises) (22), mais elles sont aussi devenues les cibles d'une stigmatisation quasi obsessionnelle de la part des populations et l'objet « incontournable » des préoccupations de l'ULS. Ce double phénomène pourrait déboucher sur l'effet pervers d'un relâchement des groupes sociaux qui ne se reconnaissent pas dans le recours à la prostitution et qui sont, bien entendu, concernés par le risque de contracter le sida. Si les difficultés économiques et familiales nous semblent être les déterminants sociaux essentiels (voire uniques) de la prostitution, pour les chercheurs locaux l'argument matériel paraît cacher d'autres éléments qui sont loin d'être toujours évidents (le plaisir (!), l'insoumission, etc.).

Ici, la problématique camerounaise rejoint largement celles que des études ont pu révéler dans d'autres pays africains, à l'image du Burkina Faso où Alice Desclaux montre comment le souci de légitimation politique a conduit les autorités burkinabè à focaliser l'attention sur les prostituées de manière quasi univoque aux yeux de la population générale : « *En terme de santé publi-*

(22) Nous empruntons librement ces expressions à Isabelle Bardem et Isabelle Gobatto, *Maux d'amour, Vies de femmes : sexualité et prévention du sida en milieu urbain africain*, Paris, L'Harmattan, 1994.

que, on peut soupçonner la contre-productivité en matière de sida d'un message d'information qui associe pré-servatif et prostitution » (23). Ce que l'auteur énonce à propos du Burkina Faso est voisin des premiers enseignements tirés de l'expérience des huit années de lutte anti-sida au Cameroun. Une nuance importante peut néanmoins être apportée dans le cas du pays qui nous intéresse par rapport à l'exemple précédent. Nous avons essayé de montrer que les prostituées ne sont pas les seules à avoir été désignées comme « groupes à risque », même si elles constituent, pour des raisons objectives d'une part et fantasmatisques d'autre part, l'épicentre de la représentation du sida et de la prévention. L'importante série d'enquêtes CAP et CACP (24), menée dans le pays sous la houlette de l'OMS et des ONG internationales, livre ses enseignements et ses limites. A quelques exceptions près, ces études quantitatives portent essentiellement sur des groupes spécifiques, censés être plus exposés au VIH que les autres groupes sociaux ; ce qui reste largement à démontrer pour certains groupes. Ces études quantitatives possèdent néanmoins certains avantages statistiques et sociologiques. Elles donnent notamment des indications générales sur des pratiques et des modes de vie, appréhendés à l'aune de centaines de personnes. En revanche, ces travaux comportent aussi (en plus de l'environnement économique du sida qui induit parfois des conclusions plus dogmatiques que scientifiques au Cameroun) les limites liées à toute recherche quantitative, à savoir le

risque de réduire les individus à des unités statistiques et statiques ! Ainsi, les « prostituées » montrent-elles une très forte hétérogénéité de comportements (professionnelles, occasionnelles, « trottoirs », « filles de luxe », etc.) et d'attitudes dans leurs activités (25). Ce qui rend encore plus difficile d'accepter une vision univoque de ces femmes au vu de la diversité des pratiques dans « la gestion du risque d'infortune » (26) lié au VIH/sida.

Résistance et adaptation à la mondialisation : la « révolution passive » des cadets sociaux ?

Face au sida, les garçons et les filles livrent des stratégies que la crise économique rend très différentes. Les jeunes femmes dites semi-prostituées (celles qui monnaient leurs charmes de manière ponctuelle et récurrente, encore appelées prostituées occasionnelles) développent à leur manière des registres d'intégration « au monde ». Elles se situent à l'inverse des thèmes critiques abordés par les garçons qui s'opposent aux discours anti-sida assimilés à « l'ordre mondial » et à l'Occident dont ils seraient victimes, *via* la marginalisation économique de l'Afrique.

Les « filles libres » et « la mondialisation par le bas »

Les grandes villes camerounaises sont sujettes à de nouvelles formes de réappropriation du social et de

(25) P. Béat-Songué, *Sida et prostitution en Afrique*, Paris, L'Harmattan, 1992.

(26) L'expression est empruntée à Michèle Cros et al., *La gestion du risque d'infortune sanitaire transmissible. L'exemple du sida en pays lobi burkinabé*, rapport final ORSTOM, Actions incitatives sciences soc. et sida, Bordeaux, octobre 1994, 115 p.

(23) A. Desclaux, « L'État contre la santé publique ? », *Sociologie Santé*, 13, 1995, p. 87.

(24) CAP : comportements, attitudes pratiques ; CACP : comportements, attitudes croyances et pratiques.

l'espace à la faveur des « nouveaux statuts féminins » (27). La polyandrie plus ou moins officieuse des jeunes filles déscolarisées constitue pour elles des perspectives de mobilité sociale qu'elles revendiquent de plus en plus. Les parents frappés par les licenciements, les réductions salariales (dans la fonction publique) et la baisse générale du niveau de vie, assistent à ce déploiement stratégique dans un silence qui « parle » de leur impuissance d'âinés lorsqu'il ne suppose pas une passive complicité. Les étrangers, notamment occidentaux, vivant au Cameroun sont encore plus qu'avant des cibles des projets et de la volonté de départ vers « le Nord » ou simplement d'amélioration des conditions de vie de ces femmes, par ailleurs de plus en plus jeunes. Alors que les représentations populaires — masculines — y voient des aspirations vénales, ces « cadettes » structurent leurs activités autour de l'accomplissement matériel et individuel sans que l'érotisation de la sexualité en soit pénalisée. Dans les situations fragiles où le choix du conjoint est d'abord déterminé par des critères économiques, elles disent aussi tout l'intérêt qu'elles accordent aux ressources affectives et à la relation amoureuse. Dans le meilleur des cas, le « sponsor » (le support financier) peut aussi devenir « le meilleur petit » (la liaison sentimentale). Autrement, elles choisissent séparément l'un et l'autre, élargissant de fait les réseaux de leur propre survie matérielle et affective. Ce qui est aussi un circuit potentiel de la circulation du VIH. L'ensemble se déploie dans une société où les représentations de « la femme came-

rounaise » semblent figées dans un ordre et un passé où ne se reconnaissent que les femmes mariées, mères de famille et dont le privilège de l'âge confère les marques d'un respect masculin asexué.

Dans ce contexte, le recours au préservatif est soumis à une conjonction de variables dans laquelle l'information *stricto sensu* n'est qu'un des éléments qui conditionnent la socialisation de la sexualité. L'imaginaire qu'on exclut, à tort, des figures du couple sida-sexualité pèse de tout son poids. Dans certains couples mixtes ou africains le préservatif est présent au départ de la relation, puis finit par disparaître parce que la rationalité de la connaissance de la maladie s'efface devant les marques de confiance que stimulent l'amour, la fidélité et surtout des critères privés et intimes qui font que le sida demande d'autres recours que celui des politiques « publiques ». L'exemple d'un médecin français de MSF (Médecins sans frontières) séropositif, infecté dans un pays africain, témoigne du poids relatif de la connaissance scientifique dans le domaine très privé de la sexualité. Cette histoire pourrait avoir n'importe quel pays africain pour théâtre : « *Je suis plombé. J'ai le virus du sida (...). J'ai connu B. Au début, capote comme avec les autres. (...) Cette fille me plaisait de plus en plus, les nuits étaient de plus en plus amoureuses et la capote perdait ses privilèges dans nos jeux amoureux, devenant un carcan insupportable. J'étais sûr de sa fidélité actuelle (...). A dix-neuf ans, elle ne devait pas avoir eu un nombre de partenaires suffisant pour la rendre venimeuse. (...) Alors, toutes ces bonnes raisons mises bout à bout, plus cet amour qui grandissait entre nous, m'ont fait baisser la garde. (...) J'ai eu des nou-*

(27) Ph. Antoine et J. Nanitelamio, « Statuts féminins et urbanisation en Afrique », *Politique africaine*, n° 36, déc. 1989, pp. 129-133.

velles de B. Apparemment, elle va bien car j'ai appris qu'elle se faisait sauter par un autre Sans frontières » (28).

Tout cela témoigne de plusieurs aspects que le sida met en lumière : de l'intégration de fait de l'Afrique dans le monde, de l'aspiration des jeunes filles à des conditions matérielles et affectives convenables, de l'imaginaire dans la diversité des attitudes qu'un même individu (de surcroît bien informé) peut avoir face au préservatif et au sida.

Les jeunes Camerounaises épousent à leur manière cette diversité et font valoir charmes et compétences dans la mesure des possibilités offertes et surtout avec des moyens qu'elles inventent. Leurs stratégies sont d'autant plus intéressantes pour la réflexion sur les relations entre genres qu'elles se situent dans une société où le discours sur les femmes n'a plus qu'un rapport très éloigné avec la réalité des « nouveaux statuts féminins » au Cameroun.

Les jeunes diplômés et les étudiants : vers une insubordination idéologique

Les étudiants camerounais et les jeunes diplômés frappés par la crise économique s'insurgent intellectuellement contre le discours anti-sida. Depuis le début des années 90, on assiste à un retour en force des thématiques afrocentriques qui se sont étendues du campus universitaire de Yaoundé à l'ensemble des établissements scolaires du secondaire. L'œuvre de Cheikh Anta Diop sert de support à cette idéologie qui dénonce l'exclusion économique et la dévalorisation identitaire du continent. En février 1996, à Douala et

surtout à Yaoundé, ces « ex-futures élites » commémoraient le dixième anniversaire de la mort du philosophe sénégalais (29). Les « commissions Cheikh Anta Diop » des collèges, lycées et universités se réunirent pour l'événement et pour rappeler ce que l'intellectuel symbolisait : « l'unité culturelle de l'Afrique » et la participation du continent à la connaissance scientifique depuis l'Égypte pharaonique. L'introduction de la thématique du sida dans ces lieux de culte profane provoque la colère anti-occidentale et met en valeur la problématique d'un complot contre l'Afrique qui aurait été volontairement « infectée » au VIH à l'issue d'essais et de manipulations pratiquées sur des populations africaines. La variable économique n'est pas en reste puisque le prix des préservatifs et surtout le prix du dépistage (93 FF au Centre Pasteur de Yaoundé) rapporteraient des milliards de francs qui profiteraient aux économies du « Nord ». De fait, si ces microcosmes intellectuels évitent à peine la dénégation de la maladie, ils veulent relativiser le discours sur le sida et l'Afrique. La question des origines de la pandémie revient sans cesse dans les conversations qui disent ne pas vouloir dépasser ce débat « sous prétexte que la communauté internationale a décidé que c'est un débat inutile ». En définitive, il s'agit pour eux de revendiquer la participation aux « règles du jeu » international et de s'opposer aux normes établies en dehors des fron-

(29) Cheikh Anta Diop est mort le 7 février 1986 à Dakar. Un mois avant sa mort il avait dirigé un colloque au Cameroun. Voir F.-X. Fauvelle, « Cheikh Anta Diop, l'Égypte et l'identité africaine », *Politique africaine*, 62, 1996, pp. 103-109, ainsi que son livre paru aux éditions Karthala, *L'Afrique de Cheikh Anta Diop, Histoire et idéologie*, Paris, septembre 1996, 240 p.

(28) *Messages MSF*, 82, nov.-déc. 1995, p. 4.

tières africaines. Sous couvert d'un discours qui se veut scientifique, l'idéologie déployée dans ces cercles « endogènes » qui prônent « la pensée complexe » articule provocation et érudition. S'ils manifestent leur impuissance et leur marginalisation face aux institutions de Bretton Woods, ils affichent en revanche une insubordination discursive face à Genève et à l'État, étant entendu qu'ils détiennent la possibilité d'adopter ou pas des comportements à moindre risque. Ils utilisent surtout le recours symbolique de clamer, au moins en public, le pouvoir de décider de leurs sexualités, donc de leur « liberté ». Y compris à travers des propos volontairement suicidaires puisqu'ils sont, dans leur majorité, conscients de ce que peut avoir de scandaleux le fait d'affirmer « le sida, je m'en fous ! » Ils placent leur quête de sens en opposition radicale au pouvoir public, à la mondialisation et au cœur de la manifestation ultime de leurs pouvoirs privés, pour dire manifestement au monde et à l'État qu'il veulent être reconnus et valorisés.

Les repères culturels et économiques entre générations et entre sexes ayant eu cours durant les trois premières décennies post-indépendantes, ont littéralement imposé. La coïncidence entre la libéralisation chaotique de la vie politique et la brutalité de la crise économique ont produit l'avènement de nouveaux repères ou tout au moins la recherche parfois contradictoire d'un nouveau sens, de nouvelles références, pour ceux qu'on a appelés les « cadets sociaux ». Dans cette optique, la société dite « civile » qui sert d'organes secondaires (associations, partis politiques, presse privée, Églises, etc.) entre les revendications sociales des « cadets » et « les som-

mets de l'État » laisse vide, en matière de lutte contre le sida, la position de relais qu'elle occupe avec beaucoup de verve et de promptitude dans les débats plus politiques. Comme si le problème du sida ne mettait pas en jeu l'équilibre et la reproduction sociale, économique et politique au Cameroun. Faut-il rappeler que l'avènement du sida dans le champ politique sous d'autres cieux (France, États-Unis) a eu des effets très constructifs sur l'expansion de la mobilisation ?

Le silence qui entoure le sida, au-delà du champ occupé par l'Unité de lutte contre le sida et la coopération internationale, ne voile pas des tabous comme ont tendance à le penser certains Camerounais eux-mêmes. Il montre l'absence ou la faiblesse d'un lien entre toutes les volontés qui se mobilisent contre le sida. Les jeunes paraissent prêts, dans leur majorité, à écouter et à répondre aux questions relatives à leur sexualité, au sida, au préservatif et à la prévention au VIH en général, dès lors qu'ils sentent à travers ces réunions et discussions, des actes de reconnaissance de leurs aspirations sociales et identitaires. Ce qui n'est pas toujours le cas. C'est en rupture avec les pesanteurs culturelles illusives et les vellétés moralisatrices qu'il faudrait poursuivre la mobilisation contre le sida chez les jeunes. Les pièces de théâtre et autres sketches qui mettent en scène la question du sida font partie des initiatives qui dédramatisent le problème, qui en favorisent l'expression tout en diffusant des informations utiles. Ces actions culturelles anti-sida sont de celles qu'il faudrait soutenir et encourager. C'est donc vers une synergie de toutes les instances impliquées dans la lutte et de celles qui ne se sentent pas encore concernées qu'il va

falloir orienter les efforts. Après une décennie où il a surtout été question de comprendre, il s'agit à présent de continuer d'agir. N'oublions pas que les limites des études d'hier sont aussi des bases de travail dont il ne faut pas se priver aujourd'hui.

Parce qu'au Cameroun, comme partout, le sida est loin d'être une fatalité.

Fred Eboko

*CEAN-IEP, équipe de recherche
CNRS/Bordeaux II*

Présences africaines à la conférence Habitat II Istanbul, juin 1996

SOUVENT considérée comme une « jachère » de l'économie-monde, l'Afrique était confrontée à un pari d'importance : utiliser la dernière rencontre onusienne du siècle pour affirmer une présence, fût-elle modeste, sur la scène internationale. L'occasion s'y prêtait. La ville constituait le thème central de la conférence d'Istanbul et nul n'ignore que le continent africain connaît depuis plusieurs décennies les rythmes d'urbanisation les plus rapides du monde. L'une des rares institutions onusiennes basées en Afrique (à Nairobi), le CNUEH (Comité des Nations unies pour les établissements humains), était en outre, chargé de l'organisation de la conférence. Enfin le secrétaire général des Nations unies et son délégué (M. Wally N'dow) chargé de l'organisation de la conférence viennent tous deux du continent africain.

Ces atouts auraient sans doute mieux joué si l'on ne s'était pas trouvé confronté assez rapidement à

une tentative de détournement de conférence. Comme à l'occasion des sommets précédents (en particulier le sommet du Caire sur la population et de Pékin sur les femmes), il a fallu batailler ferme pour éviter que la « Sainte-Alliance » (Vatican et Iran en tête) n'impose ses vues sur les droits des femmes et le respect des valeurs religieuses. Monnayant son soutien aux pays occidentaux contre des concessions sur la dette, le Sud (en l'occurrence le groupe des 77 où l'Afrique tient un rôle de figurant) a pris une position ambiguë mais compréhensible dans ces marchandages.

L'Afrique était-elle concernée par les enjeux d'Istanbul ?

*La ville peut-elle devenir un acteur
de la scène internationale ?*

Collectivités locales et ONG ont gagné plus qu'un strapontin en