ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SCIENCES SOCIALES

ÉCOLE DOCTORALE DE L'EHESS 286

Laboratoire : Institut des Mondes Africains (IMAF)

DOCTORAT

DISCIPLINE : ANTHROPOLOGIE SOCIALE

Exercices et constructions du pouvoir aux marges de la « cité »

La participation des femmes à la lutte contre le VIH/sida en Éthiopie, entre marginalité et mobilité sociale

PRÉSENTÉE PAR **DE ROSIS CAROLINA**
SOUS LA DIRECTION DE **JEAN-PIERRE DOZON**

Le 18 octobre 2017

Rapporteurs : **Laetitia Atlani-Duault** (directrice de recherche à l'IRD)
Laurent Vidal (directeur de recherche à l'IRD)

Jury : **Laetitia Atlani-Duault** (directrice de recherche à l'IRD)
Jean-Pierre Dozon (directeur d'études à l'EHESS)
Éloi Ficquet (maître de conférences à l'EHESS)
Sandrine Musso (maître de conférences à l'Université Aix-Marseille)
Laurent Vidal (directeur de recherche à l'IRD)

À Giovannino De Rosis,
mon père qui n'a pu poser son regard
curieux et patient
sur ces pages
je dédie ce travail qui lui ressemble.

Tant que je vivrai tu vivras

REMERCIEMENTS

Exercice académique de longue haleine, cette thèse a représenté pour moi une véritable période de formation à la recherche. Plusieurs sont les institutions et les personnes auxquelles je suis reconnaissante. En premier lieu, je tiens à remercier Jean-Pierre Dozon qui a dirigé ce travail de recherche avec une très grande ouverture d'esprit et beaucoup de sagesse. Je tiens aussi à remercier l'Institut des Mondes Africains (IMAF), espace d'échanges entre chercheurs et doctorants et lieu de production scientifique où le respect des uns et des autres est la règle principale de vie. Je suis reconnaissante à mes amis et collègues de l'IMAF pour les beaux moments passés ensemble et pour avoir partagé avec eux l'expérience d'organisation d'un atelier et puis d'un séminaire. Un merci particulier à Kae Amo, à Chiara Brocco, à Chloé Gardin et à Martin Mourre pour leur solidarité et pour m'avoir fait retrouver la bonne humeur plusieurs fois au cours de ces années.

L'Inalco où j'ai étudié l'amharique a été le lieu de rencontres formidables. Les enseignantes éthiopiennes d'amharique, Madame Delombera Negga et Madame Hayat Omar, l'enseignante érythréenne de tigrigna, Madame Meaza Revol-Tissot ont été une ressource inestimable. Je remercie Valentino Verri pour sa coopération dans la lourde tâche de transcription et de traduction des entretiens réalisés en Éthiopie, Benjamin Volff, Joy Assefa, Liliane Fatna, Michaela Unterbarnscheidt, pour leur amitié sincère et pour m'avoir dépanné en plusieurs situations, Mary Dyson pour ces relectures de certains de mes textes écrits en anglais, Catherine von Raesfeldt pour m'avoir toujours aidée dans les moments les plus difficiles de cette recherche et de ma vie. Je suis très reconnaissante à Sidaction pour avoir financé une année de cette recherche de doctorat et plus particulièrement à Vincent Douris et Veronica Noseda pour nos échanges cordiaux et enrichissants. Je suis aussi très reconnaissante au Centre Français d'Études Éthiopiennes (CFEE) et à l'ancien Centre d'Études Africaines pour avoir financé mes terrains ethnographiques tout en facilitant leur réalisation.

La rédaction de quatre articles et deux chapitres d'ouvrage ainsi que la participation à plusieurs colloques et conférences internationales (14 en total) ont été des occasions précieuses pour analyser et discuter mon matériel ethnographique tout en bénéficiant des remarques et des échanges avec d'autres chercheurs. Mon admiration va à un certain nombre d'entre eux, notamment à Christophe Broqua, Marguerite Cognet, Agnès Lainé, Maria Teixeira, Elena Vezzadini, Pierre Guidi, Francesca Mininel pour leur courage intellectuel et humain, Sandrine Musso, Fanny Chabrol, Élise Démange pour leur talent, Alain Gascon pour son érudition et sa vivacité intellectuelle, Bertrand Poissonnier, archéologue brillant et tenace, pour m'avoir toujours aidée et encouragée dans la réalisation de cette recherche depuis notre rencontre au CFEE au moment où j'ai commencé mes enquêtes ethnographiques.

Ma gratitude la plus profonde va à tous les Éthiopiens et les Éthiopiennes que j'ai interviewés et qui ont contribué à différents titres à la réalisation de cette recherche pour leur intelligence, leur générosité et l'accueil chaleureux qu'ils m'ont toujours réservé. Un merci particulier à Erminia Naccarato et à Vincenzo Bruno, des amis italiens de longue date qui m'ont aidée pour la mise en page de cette thèse. Je remercie aussi ma mère pour son soutien sans faille, ma sœur pour sa foi dans mes capacités, mon père, parti trop tôt, pour m'avoir appris que dans la vie *« solo l'amare, solo il conoscere conta, non l'aver amato, non l'aver conosciuto »* et mes enfants qui ont désormais presque deux ans pour l'amour inconditionnel qui nous lie, que je puisse être toujours, quoiqu'il arrive, à la hauteur de cet amour et de la promesse qui nous engage.

Je remercie enfin Laetitia Atlani-Duault, Laurent Vidal, Éloi Ficquet et Sandrine Musso pour m'avoir fait le grand honneur d'être membres du jury de cette thèse.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AGR Activités Génératrices de Revenu
ARV Antirétroviraux
BM Banque Mondiale
CSA Central Statistical Agency
CDC Center Disease Control and Prevention
CDV Centre de Dépistage Volontaire
CNS Conseil National de lutte contre le Sida
CVM/APA Community of Volunteers of the World/Aids Partenership with Africa
DSRP Document des Stratégies de Réduction de la Pauvreté
EMSAP Ethiopia Multi-Sectoral HIV/AIDS Project
FHAPCO Federal HIV/AIDS Prevention Control Office
FMI Fonds Monétaire International
FMOH Federal Ministry of Health
GCMS Gondar College Medical Sciences
GIPA Great Involvement of People Living with AIDS
GPA/OMS Global Program on AIDS /Organisation Mondiale de la Santé
HAPCO HIV/AIDS Prevention Control Office
MMM Medical Missionary of Mary
MOH Ministry of Health
OMS Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA Agence des Nations Unies pour le Sida
OSSA Organization for Social Service for AIDS
PASDEP Plan for Accelerated and Sustained Development to End Poverty
PEPFAR President Plan For AIDS Relief
PHC&TC Public Health Centre & Training College
PNUD Programme de Nations Unies pour le Développement
PPTE Pays Pauvre Très Endetté
PTME Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH Personnes Vivant avec le VIH
RFDE République Fédérale Démocratique d'Éthiopie
USAID U.S. Agency for International Development
VIH/sida Virus d'immunodéficience humaine/Syndrome de l'immunodéficience acquise

RÉSUMÉ

Une épidémie généralisée de VIH/sida est attestée en Éthiopie dès le début des années 1990. Répartie de façon très hétérogène d'une région à l'autre du pays, l'épidémie est restée essentiellement concentrée dans les villes où le taux de séroprévalence est à son maximum parmi les jeunes femmes adultes. Diverses formes de privation économique et sociale se produisent au sein de la population urbaine et plus particulièrement parmi les femmes, en lien avec une mobilité géographique interne à dominante féminine et une instabilité conjugale très marquée. Facteur aggravant ces formes de privation économique et sociale, le VIH/sida a été à l'origine d'une mobilisation de malades socialement défavorisés qui se sont rassemblés autour de leurs afflictions afin de faire face à leur condition par la recherche de différentes formes d'aides et d'un soutien psycho-social auprès de différentes organisations non-gouvernementales et humanitaires. Cette mobilisation s'est par la suite amplifiée se structurant autour des stratégies globales de lutte contre l'épidémie en même temps que celle-ci a conduit à un investissement sans précédents dans le système sociosanitaire éthiopien en termes de ressources économiques, humaines, techniques et biomédicales. Les politiques d'accès gratuit et généralisé aux ARV que l'Éthiopie a mises en place grâce au développement de partenariats avec des organisations d'aide multilatérale, des pays engagés dans la coopération bilatérale, et des instances globales de la santé, se sont de fait progressivement inscrites à différents titres dans le champ de la lutte contre la pauvreté. Elles ont plus particulièrement facilité la prise en charge globale de femmes séropositives au sein de la population considérée pauvre sur la base de leur condition médicale alors que le ciblage de cette population est imparfaitement atteint par les politiques de réduction de la pauvreté. En s'appuyant sur les données recueillies au cours d'enquêtes ethnographiques réalisées en Éthiopie entre 2007 et 2010, cette thèse se propose plus précisément d'étudier l'impact que les politiques d'accès aux soins ont eu sur la représentation sociale de la pauvreté féminine en Éthiopie tant par le développement de diverses formes de solidarité parmi des citoyens les plus marginalisés que par la facilitation de leur accès à diverses ressources matérielles et symboliques. Se constituant comme un observatoire privilégié du processus historique d'évolution de l'État éthiopien sous l'angle de ses pratiques dans une situation de forte extraversion, la lutte contre le VIH/sida se donne plus spécialement à voir comme l'espace de nouvelles expériences de citoyenneté de la part de femmes malades socialement marginalisées en lien avec diverses formes de mobilité sociale engendrées par leur participation en tant qu'actrices profanes au fonctionnement des dispositifs sociosanitaires dévolus à l'endiguement de cette épidémie.

Mots-clés :

ARV, citoyenneté, Éthiopie, femmes, mobilité, participation profane, pauvreté féminine, prise en charge globale, ressource, solidarité, VIH/sida.

ABSTRACT

A widespread HIV/AIDS epidemic was confirmed in Ethiopia at the beginning of the 1990s. The epidemic is distributed very unevenly between one region of the country and another, but is essentially concentrated in the towns where the HIV prevalence rate is at its highest level among young adult women. Various forms of economic and social deprivation are observed among urban population and more particularly among women consistent with a predominantly female internal geographic mobility and very significant levels of marital instability. HIV/AIDS was an aggravating factor in these forms of economic and social privation marginality, and gave rise to a mobilization of socially underprivileged sick people who grouped together around their afflictions in order to confront their condition by seeking different forms of aid and psychosocial support from the various non-governmental and humanitarian organisations. This mobilisation then expanded, and was structured around global strategies for facing the epidemic, and at the same time led to unprecedented levels of investment in the Ethiopian healthcare system in terms of economic, human, technical and biomedical resources. The strategies for widespread free access to ARVs that were implemented in Ethiopia thanks to the development of partnerships with multilateral aid organizations, the countries involved in bilateral cooperation and global health organisations gradually became involved in different ways in the struggle against poverty. More particularly, they facilitated the global care of HIV positive women from the population that was deemed to be poor based on their medical condition, whereas targeting of this population is only imperfectly obtained through policies to reduce poverty. By the use of data gathered during the ethnographic studies carried out in Ethiopia between 2007 and 2010, the precise aim of this thesis is to study the impact that policies of access to care have had on the social representation of female poverty in Ethiopia through the development of a variety of forms of solidarity among the most marginalised citizens and their access to various material and symbolic resources. As a privileged observatory of the historical process of development of the Ethiopian State from the perspective of its practices in a highly extraversive situation, the struggle against HIV/AIDS results in a space for new citizenship experiences on the part of socially-marginalized HIV-positive women, in relation to the various forms of social mobility engendered by their participation as lay actors in the functioning of the social and health care devices dedicated to containing this epidemic.

Keywords :

antiretroviral treatments, citizenship, Ethiopia, female poverty, global care, HIV/AIDS, lay participation, mobility, resource, women.

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACE....3

REMERCIEMENTS....5

LISTE DES ABRÉVIATIONS....7

RÉSUMÉ....9

ABSTRACT....11

CARTES....21

- CARTE 1 : L'ÉTHIOPIE CONTEMPORAINE....23
- CARTE 2 : LA PROVINCE DE GONDÄR AVANT 1987....25
- CARTE 3 : LA VILLE DE GONDÄR ET SES DIFFÉRENTS QUARTIERS....27

INTRODUCTION GÉNÉRALE....29

- LE VIH/SIDA COMME RESSOURCE : AUTOUR D'UN PARADOXE HEURISTIQUE....35
  - CONTEXTE....39
    - PAUVRETÉ ET SIDA EN AFRIQUE : LES AVATARS D'UNE LIAISON AUX FACETTES MULTIPLES....39
    - FEMMES ET SIDA EN AFRIQUE....45
    - FEMMES, PAUVRETÉ ET SIDA EN ÉTHIOPIE : UN REGARD ETHNOGRAPHIQUE....46
  - PROBLÉMATIQUE....49
    - AUTOUR DU CONCEPT DE POUVOIR : ENTRE GOUVERNEMENTALITÉ ET SUBJECTIVATION....52
    - LES FEMMES : ENTRE CONSTRUCTIONS DE GENRE ET INTERSECTIONNALITÉ....54
    - MOBILITÉS FÉMININES : ENTRE MIGRATIONS INTERNES ET TRANSITIONS SOCIALES....60
    - PAUVRETÉ FÉMININE : CRITIQUE D'UNE PRÉNOTION....62
    - CITOYENNETÉ ET GENRE....64
  - MÉTHODOLOGIE....68
    - RETOURS RÉFLEXIFS SUR LE TERRAIN : ENJEUX ÉTHIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE....70

PARTIE I
L'ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN ÉTHIOPIE : ANTHROPOLOGIE D'UNE NOSO-POLITIQUE....75

INTRODUCTION À LA PREMIÈRE PARTIE....77

- LE VIH/SIDA EN ÉTHIOPIE : UN DRAME GLOBAL EN CONTEXTE LOCAL....77

CHAPITRE I
L'ESPACE POLITIQUE DE LA SANTÉ EN ÉTHIOPIE : ESSAI DE GÉNÉALOGIE....89

INTRODUCTION....91

SECTION I
AUX ORIGINES DU SYSTÈME SANITAIRE ÉTHIOPIEN....95

I.1 L'espace politique de la santé dans un empire millénaire.....95
I.1.1 Les effets politiques des épidémies : un aperçu historique.....99
I.1.2 La formation d'un domaine sanitaire : entre diplomatie médicale et pouvoir bienfaisant.....104
I.2 La modernisation de l'Éthiopie au miroir de l'Afrique.....111
I.3 L'occupation italienne : la médecine moderne comme médecine coloniale.....114

SECTION II
L'AFRICANISATION DE L'ÉTHIOPIE ET SON ENTRÉE DANS LE TIERS MONDE : LA SANTÉ COMME ENJEU POLITIQUE AUX FACETTES MULTIPLES.....119

I.4 L'entrée de l'Éthiopie dans le Tiers Monde et son positionnement en Afrique.....119
I.5 Le droit universel à la santé : des politiques sanitaires et de développement à la famine de 1973-74.....123
I.5.1 Le coup d'état manqué de 1960 et les enjeux politiques de la situation sanitaire du pays.....125
I.5.2 La famine de 1973-1974 : pourquoi et comment politiser la faim ?.....128
I.6 Le Därg : de la construction d'un nouveau « mythe social » à une autre crise humanitaire.....131
I.6.1 La politique de santé du Därg : une réforme manquée.....133
I.6.2 La famine de 1983-1984 : « longue vie à la dépendance ».....137
I.7 Du renversement du Därg vers l'instauration de la RFDE.....139
I.8 Le gouvernement provisoire de la RFDE et la politique de santé publique de 1993141

CHAPITRE II
RASSEMBLEMENTS AUTOUR D'AFFLICTIONS : L'ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA.....145

SECTION I
LE SIDA EN ÉTHIOPIE : HISTORIQUE DE L'ÉMERGENCE D'UN FLÉAU.....147

II.1 Le sida en Afrique : l'histoire politique de l'apparition d'une maladie nouvelle...147
II.2 Le VIH/sida en Éthiopie : dès son identification aux premières mesures de contrôle 155
II.3 Appréhensions et interprétations de l'émergence d'un fléau : entre recherche et presse écrite.....158
II.4 Le VIH/sida sous le prisme des inégalités : essai d'une épidémiologie sociale.....162
II.5 Le VIH/sida et phénomène urbain : entre travail du sexe et mobilité féminine interne 168

SECTION II
DE L'ÉPIDÉMIE À SON ENDIGUEMENT : ESSAI D'UNE NOSO-POLITIQUE.....173

II.6 L'État éthiopien face au VIH/sida : d'une dépendance active à un retrait pondéré 173
II.7 L'essor du mouvement associatif de PVVIH à Addis-Abeba.....181
II.7.1 *Täsfa Go* : une prise de parole sur le VIH/sida par le bas.....181
II.7.2 *Mäqdəm* : de la socialisation de la condition des malades à la construction de la cause sida.....185
II.8 Les professionnelles du sexe face au VIH/sida : l'invisibilité d'une catégorie sur-exposée.....192
II.8.1 Le travail du sexe et ses professionnelles : approches socio-historiques....195
II.8.2 Les *setänã adari* à Gondär : l'*agency* féminine à l'épreuve des inégalités socio-économiques de genre.....203
II.8.2.1 Les cas de Nə'gəst et Keder : deux mères engagées dans le travail du sexe 207

II.8.3 Le travail du sexe à l'heure de la lutte contre le VIH/sida.....209

PARTIE II
PRENDRE SOIN DE CORPS QUI NE COMPTENT PAS : MATIÈRE À ANTHROPOLOGIE.....215

INTRODUCTION À LA SECONDE PARTIE.....217

Femmes et VIH/sida : la vulnérabilité en parangon d'une féminité normative.....217
Les droits des femmes et la construction de leurs rôles dans les politiques du développement social et économique.....222
Développement participatif et promotion de la santé maternelle.....226
L'*empowerment* des femmes séropositives : entre reproduction sociale et participation profane.....231
Repenser la citoyenneté dans les sphères du biologique et du sanitaire.....236

CHAPITRE III
L'ACCÈS AUX ARV PRÉVENTION ET SOINS DU VIH SOUS LE PRISME DES RAPPORTS SOCIAUX DE SEXE.....239

SECTION I
LE VIH COMME RESSOURCE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE ÉTHIOPIENNE.....241

III.1 Sécuriser l'épidémie à VIH/sida dans les pays en voie de développement.....241
III.1.1 Les politiques d'accès aux antirétroviraux : la solidarité thérapeutique à l'épreuve du marché.....246
III.1.2 Sécuriser le sida en Afrique : un enjeu de choix de la politique africaine des États-Unis.....251
III.1.3 Le PEPFAR entre œuvre moralisatrice et politiques de développement durable 256
III.2 L'accès aux ARV en Éthiopie : une œuvre de diplomatie médicale au cœur d'une mesure de santé globale.....261
III.2.1 La mise en place de l'accès gratuit aux ARV.....266
III.3 L'impact structurel de la lutte contre le VIH/sida sur le système de santé publique éthiopien.....268
III.4 La mise en place de l'accès gratuit aux ARV à Gondär.....274
III.5 Le North Gondar University Hospital dès les origines au sida : regards historiques.....276

SECTION II
LA PARTICIPATION DES PATIENTS SOUS LE PRISME DU GENRE ET DE LEUR TRAITEMENT DIFFÉRENTIEL À L'HEURE DE L'ACCÈS AUX ARV.....283

III.6 L'annonce de la séropositivité à l'heure de l'accès aux ARV.....283
III.7 Le test du VIH comme test de routine.....288
III.8 La prévention du VIH/sida sous le prisme du genre.....290
III.8.1 Séance de consultation collective sur le VIH.....291
III.8.2 Consultations au CDV du North Gondar University Hospital.....295
III.8.3 La virginité des femmes contre le sida : bref historique d'un insuccès.....300
III.9 L'accès au dépistage du VIH sous le prisme des inégalités sociales et de genre. 304
III.10 La participation des malades sous le prisme du genre et de leur traitement différentiel.....308
III.10.1 La surreprésentation des femmes dans la participation à la lutte contre le VIH/sida.....313
III.10.2 Le traitement différentiel des patients dans les structures de soin.....314
III.11 Le PTME : de la culpabilisation des mères à leur responsabilisation et auto-support.....318

III.11.1 Séance de pré-consultation et de post-consultation du dépistage du VIH auprès d'un couple....320
III.11.2 Séance d'éducation sexuelle et de planification familiale....321

CHAPITRE IV
FEMMES SÉROPOSITIVES EN LUTTE : ENTRE MARGINALITÉ ET MOBILITÉ SOCIALE....325

SECTION I
LE VIH COMME FACTEUR POTENTIEL DE BIEN-ÊTRE AUX MARGES DE LA SOCIÉTÉ....327

IV.I La prise en charge globale des PVVIH dans un contexte social de pauvreté....327
IV.2 Les programmes de réduction de la pauvreté en Éthiopie....329
IV.2.1 La santé dans les stratégies de réduction de la pauvreté....330
IV.2.2 Les politiques de genre dans les programmes de réduction de la pauvreté....333
IV.2.3 L'inscription du chapitre VIH/sida dans la lutte contre la pauvreté....339
IV.2.4 L'outil de la microfinance dans la lutte contre la pauvreté en Éthiopie....342
IV.2.5 Les politiques de micro-crédit à Gondär : un aperçu....347
IV.3 La représentation sociale de la pauvreté : perspectives socio-historiques....350
IV.4 Pauvreté et VIH : du corps comme ressource au corps comme sujet de droits....354
IV.4.1 Fəreḥəywät Maḫbär : lutter contre la « mort nue » pour accéder aux « droits vitaux »....355
IV.4.2 Le témoignage du VIH/sida comme liberté de parole....358
IV.5 *Fəreḥəywät Maḫbär* : devoir et droit de santé à l'épreuve de la marginalité sociale....361
IV.6 Rassemblements autour d'afflictions : les solidarités à l'épreuve du sida....364
IV.7 Le *"Home community based palliative care for PLWHIV"* : la place des femmes dans de nouvelles associations d'entraide....367
IV.8 *Wəgagän* : de la surreprésentation féminine à une participation spécifique ?....370
IV.9 Stratégies d'insertions de femmes séropositives : entre marginalité et mobilité sociale....373
IV.9.1 Negga : le VIH comme facteur de mobilité aux marges de la société....374
IV.9.2 Lulit : le VIH comme facteur d'une réussite sociale en quête de reconnaissance....376

SECTION II
EXPÉRIENCES BIOGRAPHIQUES ET VIH : CONSTRUCTION DE DISCOURS ET PAROLE DE FEMMES EN LUTTE POUR LEUR AVENIR....379

Introduction....379
IV.10 Projets de départ et itinéraires de voyage vers Gondär....380
IV.11 La relation subjective au VIH : une adaptation sans « rupture »....389
IV.12 La relation subjective à l'avenir : le soi comme sujet d'une autonomie dangereuse....401

CONCLUSION GÉNÉRALE....405

L'inscription du VIH/sida dans le processus historique d'évolution de l'État éthiopien....406
La santé des femmes au sein des politiques de lutte contre le VIH/sida....408
VIH et pauvreté féminine : des expériences nouvelles de la citoyenneté....411

BIBLIOGRAPHIE....415

LISTE DES RAPPORTS ET DE DOCUMENTS OFFICIELS....457

ANNEXES....461

Annexe A....463

ANNEXE B.....465
ANNEXE C.....467
ANNEXE D.....469
ANNEXE E.....471
ANNEXE F.....473
ANNEXE G.....475
ANNEXE H.....477
ANNEXE I.....479
ANNEXE L.....481
ANNEXE M.....483
ANNEXE N.....485
ANNEXE O.....487

TABLE DES TABLEAUX

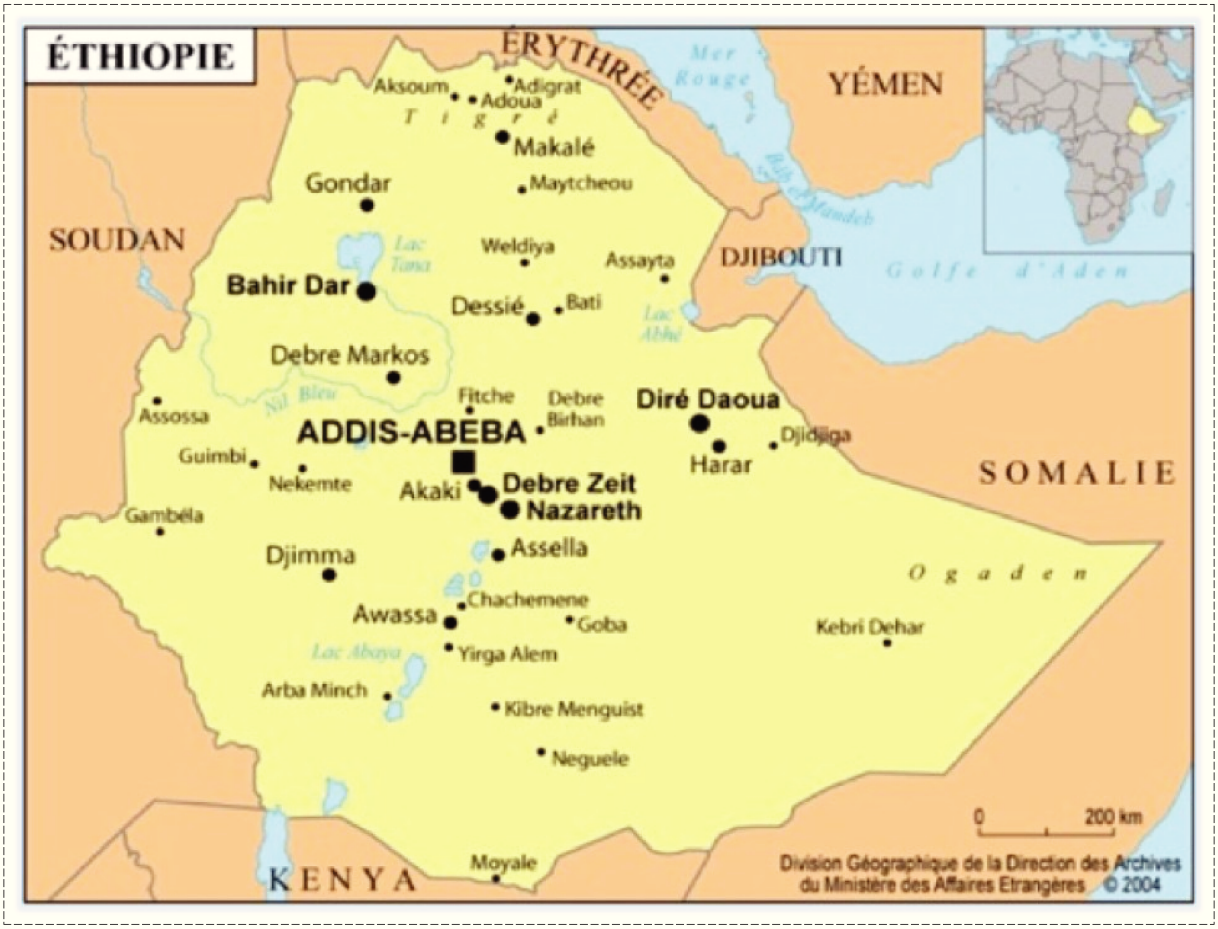
TABLEAU III A.....290
TABLEAU III B.....306
TABLEAU III C.....307
TABLEAU III D.....307
TABLEAU III E.....307
TABLEAU III F.....308
TABLEAU IV.....370

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE II A.....153
FIGURE II B.....154
FIGURE II C.....156
FIGURE II D.....166
FIGURE II E.....167
FIGURE III A.....270
FIGURE III B.....284
FIGURE III C.....284
FIGURE III D.....304
FIGURE III E.....305

CARTES

CARTE 1 : L'ÉTHIOPIE CONTEMPORAINE



L'Éthiopie contemporaine

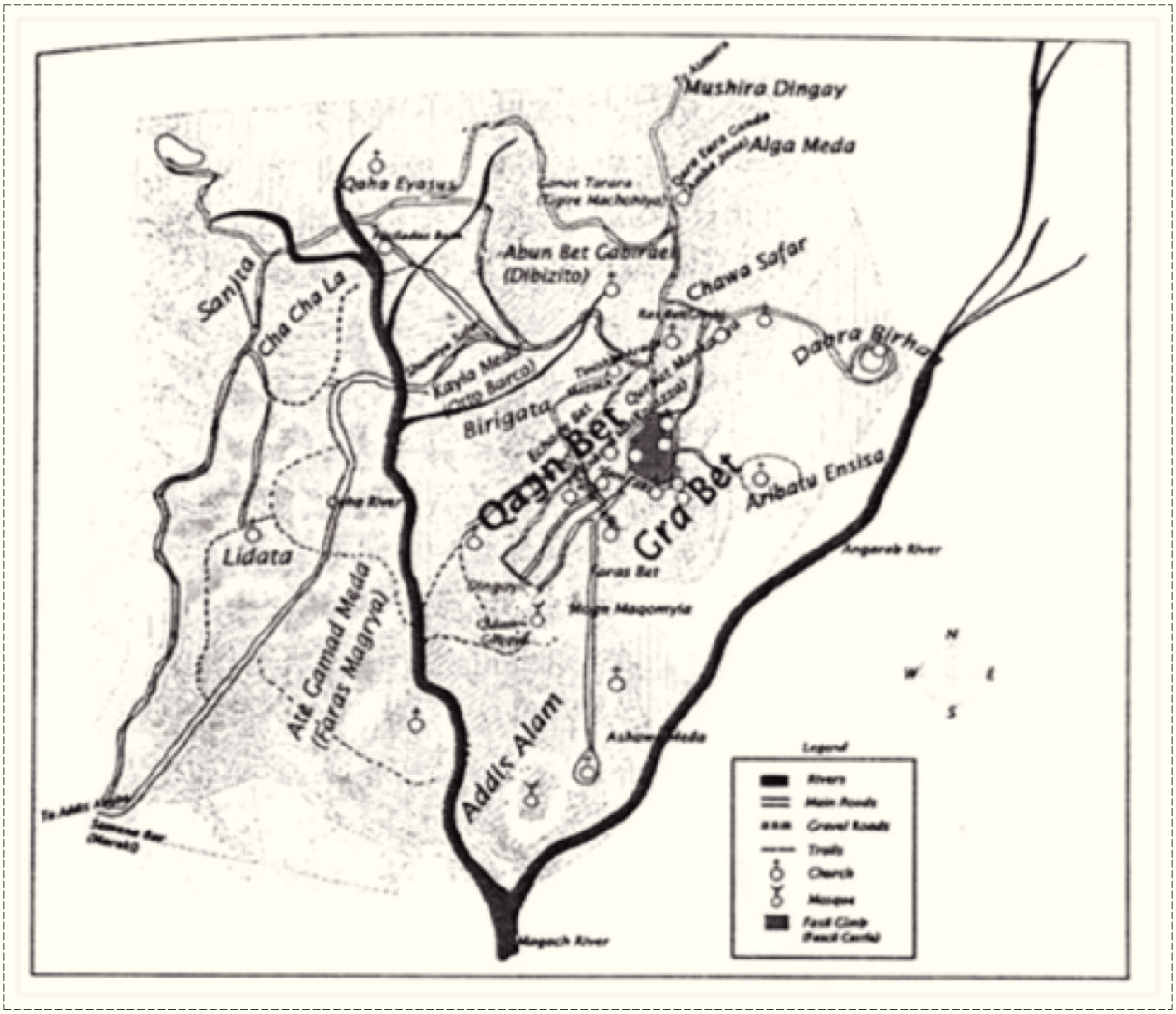
Source : http://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/gif/ethiopie-3.gif

CARTE 2 : LA PROVINCE DE GONDÄR AVANT 1987

La province de Gondär avant 1987

Source : Solomon 2006 : 32.

CARTE 3 : LA VILLE DE GONDÄR ET SES DIFFÉRENTS QUARTIERS



La ville de Gondär et ses différents quartiers

Source : Solomon 2006 : 2

INTRODUCTION GÉNÉRALE

C'est le petit matin d'un dimanche de décembre qui s'annonce très ensoleillé, et Gondär montre son visage calme et somnolent. Tout au long de quatre kilomètres de route goudronnée qui depuis Azäzo, un *qäbäle*[1] périurbain, amènent au centre-ville on ne croise que des femmes enveloppées dans leurs *näṭäla*[2]. Elles se rendent à la messe dans quelques-unes des nombreuses églises que Gondär abrite. Pour un long tronçon de route le minibus avance au cœur d'un paysage offrant deux scénarios différents : sur la gauche, des collines boisées, auxquelles de nombreux eucalyptus – arbres de la mer (*"bahər zaf"* en amharique)[3], - confèrent un aspect à la fois majestueux et impénétrable ; sur la droite, la vallée de la rivière Qäha avec des pâturages pour le bétail et les moutons où l'on aperçoit dans la distance la Blind Children School. C'est un établissement construit en 2001, où une mission catholique italienne prend en charge une soixantaine d'enfants et d'adolescents (de 6 à 16 ans) qui ont perdu la vue. À quelques centaines de mètres on retrouve l'installation industrielle Danshen Beer. Plus loin, de pauvres maisons éparpillées construites en boue et en bois, de petits magasins improvisés pour la vente au détail laissent la place à de modernes et élégantes villa, puis à des condominiums. Sur la gauche on aperçoit la mission Mather Teresa Charity, appelée aussi par les gens du lieu, *Sister Qinče* en raison de la céréale que les religieuses distribuent aux gens parmi les plus nécessiteux de Gondär. C'est une sorte de lazaret qui accueille en moyenne trois cents personnes malades en condition d'indigence. Puis, le trajet se poursuit sur une route en pente. Sur la droite, la route amène à l'Université de Gondär, située dans le *qäbäle* Maraki, en poursuivant sur la gauche on arrive au North Gondar University Hospital situé dans le *qäbäle* Čäčäla, nom par lequel les gens d'extraction sociale très modeste se réfèrent à l'hôpital lui-même. Quelques centaines de mètres plus loin, il est possible de voir sur la droite, dans la vallée traversée par la Qäha, le stade derrière lequel se situent les Bains de Fasilädäs. Il s'agit d'un palais

[1] Le *qäbäle* est « le premier échelon politico-administratif dans toute l'Éthiopie » (Gascon 2006 : 302). La ville de Gondär se compose de 24 *qäbäle* dont 13 sont urbains et 11 ruraux. La distinction est faite sur la base de la densité de population, ceux plus peuplés étant considérés des *qäbäle* urbains. Toutefois les estimations officielles du nombre d'habitants restent incertaines et imprécises.

[2] C'est le châle de coton blanc porté par les chrétiennes orthodoxes.

[3] L'eucalyptus fut importé d'Australie pendant le règne de Mənilək II (1889-1913) vers la fin des années 1890, d'où la dénomination d'arbre de la mer.

aristocratique attribuable soit à Fasilädäs (1625-1660), le roi des rois[4] qui fit de Gondär la capitale de l'empire abyssin, soit à Iyasu I (1674-1697). Il abrite une sorte de piscine qui est remplie d'eau chaque année, à l'occasion de la fête chrétienne orthodoxe du Təmqät (baptême), pour que les fidèles s'y plongent en commémoration du rite du baptême. On s'approche ainsi progressivement du centre ville. Au *wärağ allä* (arrêtez) prononcé par l'un des passagers, le minibus s'arrête et le dépose. Moi aussi, je[5] descends et poursuis mon chemin à pieds. Piyassa, une place circulaire dont le nom est une corruption de l'italien « piazza » et l'édifice de la Poste ont été construits pendant l'occupation italienne (1936-1941) dans le style de l'architecture fasciste. On aperçoit de loin les murs de clôture du château de Fasilädäs. Dans les cafés voisins avec leur pâtisserie très semblable à la pâtisserie italienne des années 1930 on peut commander un *makiyato*, mot italien passé à l'amharique, pour dire café noisette. C'est là que des groupes d'enfants jouant parfois les guides touristiques approchent les étrangers et, tout en essayant de vendre chewing-gums et mouchoirs de papier, les accompagnent dans leurs promenades.

La ville s'est développée à partir d'un site historique remontant au XVII siècle, centre de marchés hebdomadaires et de commerce, habité par des marchands musulmans et des artisans juifs (*Fälaša/Betäsra'el*) (Berry 2005 : 838). Jusqu'au milieu du XIX siècle, Gondär fut l'un des plus importants emporiums de l'Éthiopie septentrionale, point de départ des principales routes de commerce caravanier avec les côtes de la mer Rouge et le Soudan (Ibid. : 839 ; Solomon 2006 : 6-16). Entre 1636 et 1637, le roi des rois Fasilädäs fit de Gondär sa résidence officielle (Pankhurst 1982 : 115-121). Elle fut la première capitale permanente (1674-1855) de l'empire abyssin. La construction progressive de 44 églises orthodoxes à l'initiative des divers empereurs qui se sont succédés depuis Fasilädäs en a fait une véritable citadelle du christianisme orthodoxe en Éthiopie (Berry 2005 : 839 ; Marcus 2002 : 240-241, 244-356). Après une longue période de déclin (1855-1930) due aux politiques de Tewodros II et de Mənilək II, aux ravages opérés par les Mahdistes en 1888, la ville a connu une brève renaissance pendant l'occupation italienne (1936-1941) dont elle garde encore des vestiges architecturaux, sans pour autant porter les signes de la ségrégation raciale dont ses habitants furent victimes. Pendant le régime socialiste (1974-1991), Gondär a traversé une autre phase de déclin qui a été marquée par une émigration importante de ses habitants vers les États-Unis, vers Israël et, en moindre mesure, vers les pays de l'Europe du Nord. À présent, cette diaspora joue un rôle économique non négligeable au

[4] Titre officiel qui traduit l'expression en guèze *« negusä nägäst ».* Il est souvent traduit de façon impropre par empereur.

[5] Dans cette thèse la première personne au singulier (je) est utilisée toutes les fois que la situation décrite ou l'argumentaire présenté relèvent de l'implication ou de la réflexivité ethnographiques. Dans les autres cas a été préféré l'emploi de la première personne au pluriel (nous), plus neutre et impersonnelle.

travers du soutien financier que les émigrés apportent à leurs familles et les investissements qu'ils font dans la ville. Le classement des châteaux de Gondär au patrimoine de l'humanité par l'Unesco en 1979, et les jumelages plus récents avec d'autres villes occidentales ont favorisé le tourisme en contribuant au développement progressif de l'infrastructure hôtelière et de l'offre de services. Suite à l'instauration de la République Fédérale Démocratique d'Éthiopie (RFDE) en 1995, la ville est devenue chef-lieu de la Gondar Zone[6]. Siège de différentes administrations, d'organisations non gouvernementales, de deux usines, la Pepsi et la Dashen Beer, et de marchés hebdomadaires, ainsi que du North Gondar University Hospital, et de l'University of Gondar, cette ville revêt un rôle crucial dans l'administration et dans l'offre des services à la population du district. Toutefois, c'est plutôt une modernité très contrastée et à certains égards postiche que Gondär incarne encore aujourd'hui. Le développement récent de son urbanisme se caractérise par l'essor du bâtiment et répond plus spécialement à la demande d'offre de services et d'infrastructures de l'industrie du tourisme sans combler le déficit des infrastructures de base pour une grande partie de la population (Mengesha *et al.* 2003 : 215-219). Sa configuration urbaine, résultat d'une histoire de longue durée, témoigne de ses différentes phases d'ascension et de déclin ainsi que d'une vie sociale caractérisée par des phénomènes de marginalité sans qu'elle ne donne naissance toutefois à de véritables formes de ségrégation urbaine. Les quartiers historiques et centraux qui se sont développés autour du château de Fasilädäs et du Qədame Gäbäya[7], sont pauvres et dépourvus d'infrastructures. De petites maisons construites en boue et en bois se suivent les unes adossées aux autres. À l'époque de mes enquêtes, elles étaient louées par la municipalité de la ville pour 10 birr[8] (0.45 euro) par mois. Au sein de ces quartiers historiques, l'un des plus connus est Ənkoyämäsk [9]. Il est situé du côté de la porte ouest du château de Fasilädäs à l'opposé d'un autre quartier historique, Qäñ bet[10], désormais inhabité et ancienne résidence de l'aristocratie. Ənkoyämäsk est connu pour être le quartier historique des professionnelles du sexe et l'un des plus pauvres de la ville. Encore aujourd'hui, on y trouve des maisons de prostitution où les travailleuses du sexe habitent individuellement et accueillent leurs clients.

Il est presque dix heures et après un long détour par la ville, je suis enfin arrivée à destination. Assises sur des gradins de pierre dans le jardin où se trouve le bureau de

[6] La Zone est la subdivision administrative des régions ethnico-linguistiques de l'Éthiopie fédérale. Le pays comprend neuf « régions ethnico-linguistiques » (Tigray, Afar, Amara, Oromiya, Somali, Gambela, Harär, « Nations et peuples du sud » et Benishagul Gumuz) et deux « villes-régions » autonomes (Addis-Abeba et Dire Dawa).

[7] Il s'agit d'un lieu de marché, le marché du samedi.

[8] À l'époque de mes enquêtes, en moyenne, 22 birr éthiopiens correspondaient à 1 euro.

[9] Mot amharique qui signifie « fruit exquis ».

[10] Expression qui signifie « maisons à droite » (du château).

Fərehəywät Maḫbär, l'une des associations de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) [11] de Gondär, un groupe de femmes enveloppées dans leurs *nätäla*, attendent en silence l'ouverture de l'assemblée. Kebede[12], le président de l'association, et Bərtukan, la secrétaire, cochent sur des listes les membres de *Fərehəywät Maḫbär* sous thérapie antirétrovirale qui viennent s'enregistrer en vue de pouvoir éventuellement bénéficier d'un programme d'aides alimentaires. Ces sont des hommes et des femmes à l'apparence très modeste. Ils ont l'air timide et réservé. Habillés de façon humble, assis l'un à côté de l'autre sur le trottoir, les gradins et sur des chaises de plastique, ils attendent patiemment et en silence l'arrivée des derniers retardataires. Les cahiers de l'association recueillant leurs fiches personnelles indiquent que la plupart d'entre eux appartiennent à des couches sociales défavorisées. Le niveau moyen d'alphabétisation des membres de l'association est très bas et l'occupation la plus fréquente enregistrée sur les fiches est celle de *yeqän särratäññä*, c'est-à-dire travailleur à la journée. Les femmes sont largement prépondérantes par rapport aux hommes et un grand nombre d'entre elles se déclarent seules avec des enfants à charge.

Je suis arrivée à Gondär depuis trois semaines, et mes pas sont encore très incertains parmi ces femmes et ces hommes très cordiaux et posés pour lesquels l'énième *färäñǧ*[13] est arrivée. Taciturnes et discrets, ils se montrent néanmoins curieux et hospitaliers à mon égard. Ils apprécient nos brefs échanges en amharique et m'encouragent à poursuivre l'apprentissage de la langue. Un proverbe m'est souvent répété quand nos conversations s'arrêtent pour demander l'aide de l'interprète :

> « qäs bäqäs ənqʷəlalu bägru yəhedal ».[14]

Marcher sur des œufs doucement, avec précaution, est une formule pour encourager la réalisation d'une entreprise à la fois difficile et délicate, tel que l'est en effet l'apprentissage de l'amharique. Et, bien que je ne sois là en tant qu'étudiante menant une recherche doctorale, j'ai l'impression que l'intérêt que je montre à leur égard les

[11] Cette dénomination couramment en usage pour se référer aux personnes affectées par le VIH/sida dérive de l'expression People Living with AIDS utilisée pour la première fois lors de la conférence de Denver organisée par un groupe de personnes affectées par le sida en 1983. Celles-ci avaient commencé à se rencontrer à San Francisco dès le début des années 1980 pour organiser une mobilisation plus ample de lutte contre le VIH/sida. La charte de principes issue de la conférence de Denver est très significative de la vision politique du mouvement des malades. Ces principes ont par la suite profondément influencé les instances globales de la lutte contre le VIH/sida. L'un des principes affirme : « We condemn attempts to label us as 'victims,' a term that implies defeat, and we are only occasionally 'patients,' a term that implies passivity, helplessness, and dependence upon the care of others. We are 'People with AIDS ». http://data.unaids.org/pub/ExternalDocument/2007/gipa1983denverprinciples_en.pdf (consulté le 15 juin 2017).

[12] En accord avec le règlement éthique tous les prénoms des personnes séropositives ici rapportés son fictifs.

[13] Mot amharique qui indique les étrangers non-Africains.

[14] J'avance doucement en marchant sur les œufs.

flatte, et que ma présence leur redonne quelque espoir. Lorsque Kebede ouvre l'assemblée, une petite chaise d'école m'est immédiatement offerte et une femme près de moi se soucie de me protéger du soleil avec son parapluie. Après quelques mots de bienvenue aux présents, Kebede entre dans le vif du sujet de son intervention et il aborde les problèmes d'ordre organisationnel et économique que l'association rencontre[15] :

> **Kebede :** - « Nous venons de rencontrer d'autres organisations en vue d'être soutenus dans la prise en charge des orphelins et des malades. Notre association travaille de façon autonome, mais bien que les médicaments soient accessibles à tous, certains membres de cette association sont décédés. Pour les funérailles l'əddər[16] peut fournir tout le nécessaire, et à présent Fərehəywät Maŋbär essaie d'inclure aussi les personnes qui ne peuvent pas cotiser. Nous ne disposons pas d'assez d'argent, c'est pourquoi nous ne pouvons pas résoudre la plupart des problèmes de personnes qui sont sans travail, qui n'ont pas suffisamment à manger, qui ne peuvent pas nourrir leurs enfants. Nous avions un programme d'aide alimentaire, mais pour l'instant il est bloqué. Que pouvons-nous faire pour l'entamer à nouveau ? Comment pouvons-nous rétribuer ceux d'entre nous qui travaillent en dispensant des soins à domicile ? Nous avons commencé à louer les vélos dont l'association dispose, mais cela ne suffit pas. Très peu de monde vient dans notre bar. Nos démarches à venir doivent essayer de recueillir plus de fonds pour l'association ».
>
> (*Fərehəywät Maŋbär*, décembre 2007)

Puis c'est le tour de Tilahun, un chauffeur d'autobus qui a participé à la fondation de *Fərehəywät Maŋbär* en 2003 et qui est un membre très actif. Dans un langage qui rappelle le discours officiel sur le sida tenu par le gouvernement et par d'autres organisations non-gouvernementales, il s'adresse à l'assemblée en disant :

> **Tilahun :** - « Pour le nouveau millénaire nous devons gagner notre combat contre la pauvreté. Avec nos corps et nos esprits nous pouvons travailler dur et changer notre situation. Si les personnes qui vivent avec le VIH prennent les médicaments correctement leur condition de santé peut s'améliorer et ils peuvent emprunter de l'argent et démarrer une activité. Dans la parcelle que possède *Fərehəywät*, certains d'entre nous ont commencé à cultiver des haricots, du tef[17] et ils sont satisfaits de ces produits. Ils peuvent les revendre et pourvoir à leurs propres besoins ».
>
> (*Fərehəywät Maŋbär*, décembre 2007)

Chercher les moyens et les stratégies adéquates pour accéder aux ressources nécessaires au bon fonctionnement de *Fərehəywät Maŋbär* ; gagner le combat contre la

---

[15] Les extraits cités sont les transcriptions traduites de l'amharique au français de l'enregistrement de cette assemblée des membres de *Fərehəywät Maŋbär*. Cet enregistrement sur dictaphone a été réalisé avec l'accord des participants.

[16] Il s'agit d'une association locale d'entraide (*märrädağğa maŋbär*) avec le but principal de soutenir les membres en cas de deuil, mais qui peut également offrir différentes formes de soutien à l'occasion d'autres événements comme baptêmes et mariages ou bien en cas d'accident. Chaque membre est censé payer une somme forfaitaire chaque mois qui alimente un fond commun. J'en expliquerai le fonctionnement en détail dans le chapitre IV où je prendrai en considération d'autres types d'associations locales (voir *infra* § IV.6).

[17] C'est une céréale éthiopienne de laquelle on obtient la farine.

pauvreté, autrement dit, être en mesure de pourvoir à ses propres besoins et à ceux de ses propres enfants tout en s'assurant une mort digne ; s'efforcer de changer sa propre condition : telles étaient les préoccupations et les attentes principales de la plupart des membres de cette association de malades. En effet, au début de mon premier terrain ethnographique (novembre 2007 - mai 2008) je m'attendais à rencontrer des personnes séropositives inquiètes pour leurs conditions de santé, bouleversées par une maladie très grave et potentiellement létale. J'imaginais ces personnes mobilisées pour l'accès aux traitements et se battant contre la discrimination et la stigmatisation subies à cause de leur maladie. Les enquêtes de terrain m'ont conduite à nuancer ces *« a priori »*. Dans l'hôpital et à différents endroits de la ville, les posters de sensibilisation et d'information les plus récents sur l'épidémie présentaient des personnes séropositives, plus particulièrement des femmes à l'air bien portant, des familles touchées par la maladie mais affichant un certain bien-être. L'on pouvait y lire l'inscription *« kä vayräs gar menor icchallal »* - soit en français - « il est possible de vivre avec le virus »[18], slogan adopté par la politique de promotion des antirétroviraux auxquels l'Éthiopie a officiellement obtenu l'accès gratuit en 2004 grâce au President Plan For AIDS Relief (PEPFAR) et au Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (voir *infra* § III.2). En même temps, mes enquêtes ethnographiques me permettaient d'observer un contexte épidémique de grande pauvreté et de marginalité sociale aussi bien que des formes spécifiques de mobilité géographique des individus où les femmes faisaient l'objet d'une surreprésentation. Les volontaires pour mes premiers entretiens, recrutées dans le North Gondar University Hospital étaient pour la plupart des femmes bénéficiant d'aides matérielles et d'un soutien psycho-social. J'eus l'occasion de les rencontrer à plusieurs reprises dans les ONG et dans les associations de PVVIH. Ces femmes encouragées par mon intérêt pour elles, ont investi beaucoup d'espoir dans notre relation — sentiment non sans lien avec mon identité sociale telle qu'elles la percevaient. Elles m'ont invitée dans leurs maisons et m'ont introduite auprès de leur entourage le plus proche. D'autres espaces d'échange se sont ainsi ouverts à mes enquêtes. Mon hypothèse de départ selon laquelle pour des femmes séropositives socialement marginalisées le VIH représentait un facteur supplémentaire de discrimination et de stigmatisation a été rapidement remise en cause. J'ai été amenée à observer de façon plus attentive et critique le jeu d'interactions, la pluralité de positionnements des différents acteurs sociaux caractérisant les processus de stigmatisation. J'ai pu repérer ainsi les usages que ces femmes faisaient des stigmates associés à leur condition et la pluralité des champs ou des situations définissant de façon différente la position qu'elles occupent dans la société (Braud, Lainé 2012 : 5). Plus précisément, nos rencontres dans les lieux de leur vie quotidienne ont renforcé la perception des premières interviews, selon laquelle parallèlement à l'accès gratuit aux

[18] *Vayräs* est la transposition phonétique du mot anglais "virus" par lequel on désigne en amharique le VIH.

antirétroviraux, le VIH ne constituait plus une préoccupation majeure pour elles. Loin d'être vécu exclusivement comme un problème de santé, pour ces femmes il représentait à la fois un ressort pour agir (ou bien une capacité d'agir) en vue de changer leur condition et un moyen pour accéder à divers types de ressources mises à disposition des malades par les politiques de lutte contre l'épidémie. Je découvrais ainsi que pour des corps vulnérables et souffrants aux marges de la communauté nationale, une maladie grave et potentiellement mortelle devenait un moyen pour éventuellement survivre (Nguyen 2010 : 6), voire un facteur potentiel de bien-être. Tel est le paradoxe que cette thèse entend développer et étudier.

Le VIH/sida comme ressource : autour d'un paradoxe heuristique

Le contexte épidémique du VIH/sida en Éthiopie nous confronte donc au paradoxe d'appréhender une maladie grave et potentiellement létale comme une ressource, voire au premier abord comme une chance de survie. Il s'agit en d'autres termes de la découverte d'une contradiction qui prend le contre-pied de certitudes construites sur une appréhension vraisemblable de la réalité et qui nous incite à réinterroger notre vision du monde ainsi que nos catégories analytiques. En effet, loin d'être une particularité de l'Éthiopie, ce paradoxe a été observé et étudié dans d'autres pays africains et ceci tant au niveau des populations que des gouvernements et des sociétés civiles. Plus précisément, à partir de la fin des années 1990, il est devenu évident que le sida en Afrique ne constituait plus exclusivement un problème d'ordre sanitaire avec un impact démographique dévastateur sur ce continent, mais qu'il était en train de se transformer en une véritable ressource politique et économique. Par exemple, en Ouganda, le président Yoweri Museveni arrivé au pouvoir en 1986, a fait de son engagement dans la lutte contre le sida un élément-clé de son projet politique dans le but de relever un pays sinistré par vingt ans d'« ethnocratie militaire » (Eboko 2002) et ce en même temps que des acteurs religieux ont saisi dans l'épidémie une opportunité pour se positionner face à leurs concurrents en confortant leur domination ou bien en remettant en cause celle des autres (Démange 2011). Au Botswana (Chabrol 2012), l'épidémie de sida a constitué aussi bien l'un des terrains privilégiés du pouvoir étatique pour consolider son caractère « bienfaisant » et affiner son habilité historique à prendre soin de sa population qu'une source d'attractivité pour différents acteurs de la recherche biomédicale et pharmaceutique. En Afrique du Sud, la compétition entre les déclarations dissidentes du président Thabo Mebki concernant l'étiologie virale du sida et les mobilisations associatives revendiquant l'accès aux traitements finissent par converger dans le bras de fer que l'Afrique du Sud a mené avec succès contre les laboratoires pharmaceutiques (Eboko 2002). Ainsi que H. Schneider l'a souligné, le sida est survenu au moment d'une transition politique coïncidant avec une progression des politiques sociales vers une

phase d'allocations ciblées visant à résoudre les problèmes fondamentaux du chômage et de la pauvreté. De ce fait il « s'est révélé être aussi une ressource et pas seulement un problème, à un double titre : politique d'une part, en ouvrant un espace de débat et de contestation et en créant un mouvement social dynamique ; économique d'autre part, en portant l'attention sur les besoins des plus défavorisés économiquement et en redistribuant les dépenses sociales » (Schneider 2004 : 104). Dans ses recherches sur le sida au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire, V.-K. Nguyen (Nguyen 2002 ; 2010) appréhende ce paradoxe à partir des effets que les politiques d'accès aux antirétroviraux ont eus sur les populations atteintes, et plus particulièrement sur les personnes séropositives qui en ont bénéficié, dans des situations de rareté de possibilité de prise en charge et dans des contextes sociaux et politiques marqués par une économie locale en crise, une réduction des dépenses sociales de l'État et l'augmentation exorbitante du chômage. Dans l'introduction à son ouvrage de 2010, il remarque :

> « HIV is only the latest in a litany of preventable and treatable diseases that shorten the lives of billions. Tuberculosis and malaria have recently received attention, but diarrheal diseases of children, childbirth, diabetes, and lung and heart conditions are also common and deadly afflictions in developping countries. … Regardless, it seemed that the battle against AIDS was all that mattered. I began to ask myself what forms of politics might emerge in a world where sometimes the only way to survive is by having a fatal illness. It is a politics where the power to save lives is as important as the power to inflict bodily harm or kill. … The HIV and the struggle over access to treatment have heralded a novel form of political power : what I call *therapeutic sovereignty* ».
>
> (Nguyen 2010 : 6)

Ainsi, selon V.-K. Nguyen cette transformation paradoxale du VIH en ressource est l'effet d'un pouvoir qui trie parmi des millions de « vies précaires »[19] celles dont les corps pourront exceptionnellement continuer à vivre grâce à la reconnaissance dont ils bénéficient parce qu'atteints par une maladie spécifique. Pour ce pouvoir, sauver des vies recouvre alors la même exceptionnalité que celle qu'autrefois le pouvoir colonial infligeait à ses sujets parmi les populations colonisées (mort ou châtiments corporels). En même temps, signe de discrédit et de dévalorisation, la maladie devient enfin un facteur de « biolégitimité », ici entendue comme « la reconnaissance politique du corps et de sa souffrance par la société » (Fassin 2004a : 180). Plus précisément, selon l'analyse de V.-K. Nguyen le paradoxe produit par l'épidémie de sida réside exactement dans le triage (« This paradox is what I call triage » Nguyen 2010 : 6) en tant que mécanisme de sélection et de différenciation des vies entre elles à l'égard de l'accès à la trithérapie. Cet

[19] Je me réfère par cette expression au titre de l'ouvrage de J. Butler, *Precarious Life: The Powers of Mourning and Violence*. L'auteure écrit : « Precariousness and *precarity* are intersecting concepts. Lives are by definition precarious : they can be expunged at will or by accident ; their persistence is in no sense guaranteed. … *Precarity* designates the politically induced condition in which certain populations suffer from failing social and economic networks of support and become differentially exposed to injury, violence, and death. Such populations are heightened risk of disease, poverty, starvation, displacement, and of exposure to violence without protection » (Butler 2004 : 25-26).

accès se réalise par la mise en place de plusieurs dispositifs socio-sanitaires promouvant différents types de solidarité et d'entraide parmi les malades ainsi que des formes spécifiques d'expression publique et il est destiné aux PVVIH qui adhèrent aux normes et obligations sous-jacentes au fonctionnement de ces dispositifs. Ainsi, l'« économie morale » (Fassin 2009) de la survie produite à la fois par le sida et l'accès aux médicaments, c'est-à-dire l'ensemble de valeurs, émotions, normes et obligations autour desquels s'organise la prise en charge de ces personnes, a légitimé la reconnaissance politique, économique et sociale des personnes séropositives sur la base de leur condition médicale. En évoquant les auteurs de l'introduction à l'ouvrage collectif, *Les Suds face au sida : quand la société civile se mobilise*, l'on pourrait s'accorder sur le fait que « sous les forces et les drames de ces nouvelles biolégitimités des trajectoires d'acteurs individuels et collectifs émergent » (Eboko, Broqua et Bourdier 2011 : 23) pour lesquels loin de ne représenter qu'une « infortune passivement subie », le VIH devient une « ressource activement mobilisée » (Fassin 2011 : 47). Dans l'essai, « Des politiques de la vie à l'éthique de la survie : la pensée tragique à l'épreuve du sida », D. Fassin se livre à une analyse critique visant un ensemble d'écrits récents, dont certains des siens (Ibid. : 49) qui s'étaient focalisés sur la dimension biologique des droits reconnus aux corps souffrants qu'ils soient des étrangers en situation irrégulière, des chômeurs de longue date en situation d'exclusion sociale ou encore des malades de sida. Le but est de dépasser certaines simplifications dont la lecture dualiste entre biologique et politique que le paradigme agambien de la division binaire entre la « vie nue » et la « vie qualifiée » (Agamben 1997) sous-tend. Paradoxalement, la place croissante qu'occupe la « vie nue » dans la régulation sociale des populations les plus marginalisées, et donc les moins légitimes, déplace les lignes trop souvent durcies entre la vie biologique et la vie politique (Fassin 2004a : 181). Le retour dans la « cité » de ceux qui en étaient exclus en tant que « homo sacer » marque en fait une première étape vers une nouvelle forme de vie civique et l'accès à une citoyenneté sociale (Ibidem). À travers le portrait de Zachie Achmat, cofondateur de la *Treatment Action Campaign* (TAC) en Afrique du Sud, militant homosexuel et malade du sida, D. Fassin apporte un exemple très éclairant du bouleversement de cette séparation supposée entre la vie biologique et la vie politique, bouleversement à l'origine duquel se trouve la transformation du VIH dans « une ressource activement mobilisée ».

> « Pendant ces années de lutte, Achmat a refusé lui-même de prendre les antirétroviraux qui lui étaient administrés, assurant qu'il ne commencerait son traitement que lorsqu'il serait rendu accessible à tous les Sud-Africains qui en avaient besoin. … De sa souffrance privée, il faisait une cause publique. En mettant ainsi en jeu son existence physique pour mener un combat politique, il bouleversait la séparation supposée entre la vie biologique et la vie politique ».
>
> (Fassin 2011 : 47)

L'auteur souligne enfin que parce qu'il s'agit de droits, et non d'obligations, ceux obtenus par des corps souffrants ne peuvent pas se réduire à leur dimension biologique, ils sont aussi de nature politique (Ibid. : 48). Un cas semblable est décrit par V.-K. Nguyen. Il s'agit de Dominique Esmel, un jeune étudiant en droit d'Abidjan qui après avoir découvert d'être séropositif participa à la création de l'un des premiers groupes de personnes séropositives en Afrique. À l'instar de Zachie Achmat, ce jeune Ivoirien renonça à la possibilité de bénéficier d'un accès à la trithérapie au moment où celle-ci ne pouvait pas encore rendue disponible aux autres malades dans son pays (Nguyen 2010 : 1-3).

En Éthiopie, l'épidémie de sida a commencé à se répandre au cœur d'une situation sociale et politique très délicate, où la vulnérabilité de la population était aggravée à la fois par un contexte de guerre civile qui aboutira en 1991 au renversement du régime socialiste, et par une insécurité alimentaire chronique, exacerbée par la famine de 1983-84, l'une des plus sévères qui aient frappé le pays. Par ailleurs, la médiatisation très puissante dont celle-ci fit l'objet contribua à renforcer la persistance dans l'imaginaire collectif d'une Éthiopie très pauvre, sombrant dans la misère et la dépendance de l'aide étrangère. Synecdoque d'une Afrique considérée comme synonyme de pauvreté et de faillite, l'Éthiopie n'a pas cependant manqué de réinscrire son histoire plus récente dans ce que « une excellente presse » et « certains experts » ont indiqué comme *« Le réveil d'un continent »* ou bien le *Temps de l'Afrique* (Dozon 2015 : 19). Dès mon premier terrain ethnographique (novembre 2007 - mai 2008), plusieurs chercheurs connaissant le pays de longue date ne cessaient de souligner le changement qui était entrain de se produire de par la croissance économique, le développement des infrastructures plus particulièrement dans la capitale, et l'émergence d'une classe moyenne de jeunes diplômés. Dans le même temps ma recherche sur la prise en charge du VIH/sida m'a confrontée à des malades appartenant à des couches sociales parmi les plus défavorisées de la société éthiopienne pour lesquels l'accès à l'éducation, à l'emploi et plus généralement à l'information et aux infrastructures modernes restait problématique. Loin d'incarner des figures héroïques du militantisme de la lutte contre le sida, ces malades avaient eu recours à des ONG impliquées dans la prise en charge des personnes atteintes et/ou étaient devenus membres d'associations de PVVIH, en participant dans certains cas à leur création, afin d'y trouver les moyens pour continuer à vivre. Leur combat contre la maladie se réinscrivait voire se confondait avec leur combat quotidien contre la pénurie de ressources matérielles de première nécessité. Comment retracer dans ces cas les conjonctions entre la vie biologique et la vie politique ? Autrement dit, comment interpréter la souffrance de ces malades dont la dimension intime semble d'emblée s'effacer sous le poids d'une condition de détresse qui les amenait à demander publiquement de l'aide et un soutien psychosocial ? De quelle façon le sida requalifiait-il

éventuellement le politique et ceci plus spécialement pour une catégorie d'individus historiquement exclus de la « cité », notamment les femmes ? Telles étaient les questions que je me posais au retour de mon premier terrain ethnographique afin de pouvoir comprendre les enjeux politiques et sociaux sous-jacents à l'appréhension du VIH comme ressource. Après avoir décrit le contexte de l'objet de cette thèse, puis la problématique, je présenterai la méthodologie en exposant les enjeux éthiques de l'enquête.

Contexte

Pauvreté et sida en Afrique : les avatars d'une liaison aux facettes multiples

> « Comme j'écoutais ce conte du malheur des hommes, j'entendais le même nom qui revenait avec la même effrayante fréquence : Afrique, Afrique, Afrique ! Et il me semble qu'on ne pouvait pas blâmer tout ceci sur un seul virus. La première cause de mort, de maladie et de souffrance sur la planète, et bien sûr en Afrique du Sud, c'est l'extrême pauvreté ».
>
> (Mbeki 2000 cité in Fassin 2004b : 23)

Cet extrait du discours du président sud-africain Thabo Mbeki prononcé à Durban en 2000 lors de la 13ème conférence mondiale sur le sida, nous ramène à l'un des moments historiques les plus controversés de la lutte contre le sida en Afrique. La position dissidente de Mbeki sur l'étiologie virale et le traitement du sida, la controverse qu'elle a déclenchée au niveau international au sein de la communauté savante, médicale et activiste, cristallisent par un jeu de paradoxes et de miroirs, les représentations ambivalentes voire contradictoires de l'Afrique. *« Présence au monde »* (*« Africa as place-in-the-world »*) (Ferguson 2006), de par laquelle le monde lui-même se conçoit au sein de divers imaginaires et sur laquelle il s'est construit au sein des circuits de l'économie politique (Chabrol 2014a ; 2014b), l'Afrique constitue en effet « un territoire beaucoup trop vaste pour ne pas être nécessairement hétérogène, pour ne pas être précisément le même et son contraire » (Dozon 2015 : 20). Ainsi, au début des années 2000, le président d'une « jeune démocratie ouverte sur la société globale et riche de ses élites occidentalisées » (Fassin 2003 : 94), a été accusé de négationnisme et même de génocide par une large part de l'opinion publique mondiale, alors que le terme génocide n'avait jamais été utilisé contre le pouvoir blanc de l'apartheid. Une fois de plus le continent noir était ramené « vers les insondables profondeurs d'un irrationnel » dont on croyait pourtant relativement exempte l'Afrique du Sud (Ibidem), pays dont la puissance économique, l'histoire raciale spécifique pouvait laisser penser qu'il était plus proche du Brésil, voire des Etats-Unis que de l'Afrique de l'Ouest ou de l'Afrique Centrale (Dozon 2015 : 13). En outre, ces accusations de négationnisme et génocide à l'endroit de Thabo Mbeki étaient formulées à un moment où, face à l'inégalité radicale de la prise en charge

du sida subie par les malades des pays de l'Afrique sub-saharienne, non seulement des ONG internationales ou des pays comme la France commençaient à s'impliquer à différents titres en faveur de l'accès aux médicaments en Afrique (Chabrol 2014a : 1, voir *infra* Chapitre III), mais également des ONG et des associations de malades parmi lesquelles Treatment Action Campaign (TAC) en Afrique du Sud, pays où le VIH/sida a eu aussi l'effet positif de dynamiser la société civile (Herwitz D., Le Marcis, F. 2006 : 5). En effet, la *« formule dissidente 'poverty causes AIDS' »* (Fassin 2004b : 24) dont Mbeki a été le héraut a provoqué un déplacement du débat sur l'étiologie du sida de l'arène scientifique au domaine de l'économie politique. En introduisant les conditions socio-économiques dans la causalité de l'épidémie de sida en Afrique Thabo Mbeki accuse « de racisme la science occidentale, capable seulement d'imaginer des scénarios stigmatisants pour expliquer les ravages de l'épidémie sur le continent africain » (Ibid. : 164) et il exprime sa volonté d'inscrire l'Afrique du Sud au rang de ceux qui comptent (Eboko 2002). En effet, les premières enquêtes conçues par l'OMS sur les connaissances, attitudes, croyances et pratiques (KABP Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices) de la population adulte (18 à 49 ans) eu égard au sida et réalisées en Afrique, ont produit une interprétation culturaliste de l'épidémie qui a occulté les facteurs économiques, sociaux et politiques à l'œuvre dans sa diffusion sur ce continent (Caraël 1993 ; Dozon 2001 ; Vidal 1993). De plus, identifiée par la recherche fondamentale, à la fois comme la terre d'origine de ce virus et l'espace géographique où l'on peut retrouver la présence de génotypes du VIH les plus divergents entre eux, l'Afrique fut mise en cause dans le développement de l'épidémie (voir *infra* § II.I.1). Cela se traduisit par l'émergence d'*« un discours, aux évidents attendus moralisateurs et discriminatoires, sur une culture africaine favorisant de longue date une promiscuité sexuelle exposant au VIH »* (Vidal 1999 : 20). Ce discours ne prit pas en compte non plus l'hétérogénéité des contextes épidémiques d'un pays africain à l'autre voire les différences de taux d'infection dans un même pays selon les régions et les zones géographiques. La considération de cette hétérogénéité aurait pu mettre en cause les facteurs économiques, sociaux et politiques à l'œuvre dans l'expansion du sida en Afrique. En effet, ces facteurs ont été également négligés dans les analyses d'autres contextes épidémiques comme par exemple ceux des grandes villes américaines au milieu des années 1990. Les taux d'infection enregistrés au cours de ces années dans les quartiers les plus pauvres de ces villes ou bien parmi les femmes issues des « minorités ethniques », étaient comparables à ceux relevés dans les métropoles africaines (Ibidem). À cette époque l'infection à VIH touche de plus en plus les couches défavorisées des populations des « démocraties industrialisées » du Nord. Aux Etats-Unis, ce sont les communautés hispaniques et noires où les femmes représentent 70% de l'ensemble de la population féminine états-unienne infectée par le VIH à être les plus touchées (Kirp, Bayer 1992 : 10 ; Farmer *et al.* 1996). Concernant la

France, le phénomène de paupérisation et de féminisation de l'épidémie s'est donné à voir de façon plus complexe et ambiguë. Les auteurs de l'article « Sida et exclusion » paru en 1996 observent :

> « Le phénomène de paupérisation de la maladie reste mal connu et peu étudié, alors même qu'un certain nombre d'indices semblent confirmer l'extension de l'épidémie dans les milieux défavorisés […] Le rapport de ces milieux à la santé rend plus difficile le recours au dépistage, aux traitements préventifs, aux soins. Ainsi les toxicomanes sont ils absents des services sanitaires, sauf dans les cas d'urgence. Beaucoup d'entre eux ne fréquentent ces services qu'après avoir développé des infections opportunistes, parfois à un stade avancé […] Chez les migrants, la situation administrative et économique (absence de couverture sociale, de papiers administratifs, situation irrégulière ou non régularisée sur le territoire) éloigne des services de soins. Ils s'orientent de préférence vers des réseaux associatifs, comme ceux de Médecins du monde, ou de Médecins sans frontières, qui agissent sur et dans l'urgence. Or, d'une part la peur de la 'surdiscrimination' des toxicomanes, prostitué(e)s et migrants à l'occasion du sida, et, d'autre part, la persistance de préjugés sur certains de leurs comportements perçus comme incurables et inadaptables au risque ont fait obstacle à l'élaboration de politiques de prévention adaptées ».
>
> (Théry, Tasserit 1996 : 370-71)

Quatre ans plus tard, M. Calvez soulignait :

> « la question des inégalités sociales et du sida a peu retenu l'attention des chercheurs en sciences sociales. Le bilan des travaux effectués en France sous l'égide de l'Agence nationale de recherches sur le sida depuis dix ans montre que cette question n'a pas été inscrite dans les priorités de la recherche (ANRS, 1998). Une revue de la littérature internationale, tout en dressant un constat comparable, suggère un changement du profil social de l'épidémie qui « avait tout d'abord commencé chez les homosexuels de classe moyenne (et qui) semble glisser vers les classes populaires. Les personnes avec un profil socio-économique plus bas semblent être plus exposées au risque du sida et avoir moins de possibilités d'y répondre (Luger 1998). L'hypothèse du glissement de l'épidémie vers les classes populaires est également émise en France par les praticiens qui s'occupent de la prévention ou de la prise en charge des malades ».
>
> (Calvez 2000 : 283)

Par ailleurs, dans un article publié en 1996, au lendemain de la VIII Conférence Mondiale sur le sida, P. Farmer mettait en avant le malaise que l'ample bibliographie déjà existante sur le VIH et sur le sida laissait percevoir à l'égard des facteurs socio-économiques prédisposant les sujets au risque de la maladie (Farmer 1996 : 89-90). Dans son ouvrage, *AIDS and the ecology of poverty*, E. Stillwaggon (2006) se livre à une critique très virulente du modèle *behavioriste* utilisé pour expliquer l'épidémie de sida dans les populations pauvres des pays de l'Afrique subsaharienne et de pays de l'Europe de l'Est, la Russie et certaines régions de l'Asie où on a observé une recrudescence de l'infection à VIH en lien étroit avec la transition politique et économique survenue à la fin des années 1980. L'économiste soutient en revanche que comme pour toute autre maladie infectieuse, les cofacteurs de risque du VIH/sida sont à rechercher aussi dans les

déficiences nutritionnelles des individus, la faiblesse de leurs systèmes immunitaires et un accès inégalitaire à la prévention et au système de soins.

> « While the immediate cause of much HIV transmission in sub-Saharan Africa and other poor regions is heterosexual intercourse, the individual transmission and epidemic spread of HIV are not simply mathematical functions of sexual behavior. HIV is an infectious disease. … Persons with nutritional deficiencies, with parasitic disease, whose general health is poor, who have little access to health care-services, or who are otherwise economically disadvantaged have greater susceptibility to infectious diseases, whether they are transmitted sexually or by food, water, air, or other means. Regarding the conditions necessary for the transmission of infectious disease, Louis Pasteur is reported to have said : "The microbe is nothing, the terrain everything" ».
>
> (Stillwaggon 2006 : 5-6)

En définitive, si le sida dans les pays africains s'est historiquement différencié du sida dans les pays dits développés d'un point de vue épidémiologique, statistique et clinique, il n'a pas cependant participé à la dichotomie entre un sida du Sud et un sida du Nord, établie au courant des années 1990. Au contraire, il a contribué à la nuancer tout en participant à l'image d'un sida dont la « caractéristique sociale et générique » a été celle de « s'inscrire » progressivement depuis les années 1990, « dans et de produire un processus de paupérisation » (Vidal 1999 : 21).

Or, maladie et pauvreté ont fait l'objet d'une attention scientifique et médicale et d'actions politiques variées et mouvantes au cours de l'histoire. Par exemple, les formes de prise en charge collective de la maladie mises en œuvre à partir du 18ème siècle dans des pays européens relèvent d'une nouvelle appréhension des *« maladies des pauvres »* et des pauvres eux-mêmes. À cette époque la maladie était considérée comme un problème social mesuré à l'échelle des populations et la santé des populations était décrite en termes d'indicateurs empiriques de mortalité, d'espérance de vie et de morbidité. Ces indicateurs mirent en évidence l'hétérogénéité de la santé au sein d'une même population, cela en rapport étroit avec les inégalités sociales générées par le développement urbain et l'économie industrielle. En réponse aux impératifs de productivité propres à l'économie industrielle, les États-nations modernes s'orientèrent alors vers des stratégies d'élévation du niveau de santé et du bien-être physique globaux de la population. Les sciences médicales et la santé publique mises au service de ces modes d'exercice du pouvoir politique ont alors envisagé les liens entre pauvreté et maladie sous la forme d'une relation de causalité. Très soucieux des conditions de vie qu'ils s'efforçaient de modifier pour que celles-ci deviennent moins pathogènes, les hygiénistes se préoccupèrent de conseiller les autorités politiques sur la base des connaissances scientifiques récemment acquises afin de promouvoir des campagnes de vaccination et des travaux d'assainissement de l'environnement (Bourdelais 2001 : 10-

11). Ils contribuèrent en même temps à changer les habitudes et les comportements des populations considérées à risque pour la santé.

Les deux célèbres aphorismes de R. Virchow, médecin et homme politique allemand (1821-1902), résument très bien la nature du type de relations conçu à l'époque entre, d'un côté, pauvreté et maladie, de l'autre médecine et pouvoirs politiques.

> « The physicians are the natural attorneys of the poor, and social problems should largely be solved by them. Medicine is a social science and politics is nothing but medicine on a large scale ».
>
> (Ackerknecht 1967 : 155)

Les pauvres étaient donc considérés comme des sujets à risque, susceptibles de contracter diverses maladies infectieuses ou des troubles du comportement comme l'alcoolisme, et auprès desquels les médecins étaient censés intervenir à titre plus spécialement préventif. Cette approche d'une médecine particulièrement soucieuse des conditions de vie de la population s'amplifia avec les découvertes pasteuriennes. Ainsi, à la fin du XIX siècle pasteuriens et hygiénistes ont pu montrer que la tuberculose résultait de l'action destructrice d'un bacille et qu'elle affectait de manière inégale la population en raison de l'impact des conditions socio-économiques sur l'état de santé des individus (Fassin 2004b : 24). De sorte que, jusqu'au milieu du XX° siècle, l'idée que la pauvreté constituait un facteur favorable à l'entretien des endémies et au développement des épidémies représenta un lieu commun de la santé publique. La lutte médico-sociale contre les maladies infectieuses et contagieuses tels que le choléra, la tuberculose ou la syphilis s'organisa ainsi à travers la mise en place de dispositifs ciblant la population pauvre. Mais, survenu à un moment où la baisse de la mortalité pour maladies infectieuses dans les pays développés avait fait passer en arrière plan les préoccupations envers les épidémies (on crut même pouvoir les voir disparaître à l'instar de la variole), le sida a été la première épidémie pour laquelle les politiques sanitaires n'ont pas considéré la pauvreté comme le facteur principal d'exposition des individus à certains risques. Plus précisément, la question de la pauvreté tout en étant présente fut de fait subordonnée à des logiques épidémiologiques définissant des groupes voire, plus tard, des comportements à risque (Pinell 2005 : 99)[20]. Des corrélations entre modes de diffusion du VIH/sida et pauvreté ont été cependant progressivement établies par des organismes comme l'OMS et plus tard par un ensemble d'acteurs intervenant dans ce qu'il est convenu d'appeler depuis le milieu des années 1990, la « santé globale » (voir *infra* Chapitre III). Généralement appréhendé comme un facteur d'appauvrissement des pays africains en raison de son impact démographique dévastateur, dès la fin des années 1980 (Dozon et Guillaume 1994) le sida a été considéré, non seulement comme un

[20] http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000662.pdf, consulté le 17 août 2016.

problème de santé publique, mais également comme un problème du développement social et économique. Condamnée à l'impossibilité d'accéder aux médicaments pendant presque une dizaine d'années après leur introduction sur le marché des pays occidentaux au milieu des années 1990, l'Afrique a connu des taux d'infection particulièrement élevés ainsi qu'une forte et rapide baisse de l'espérance de vie associée à la disparition progressive des catégories les plus actives de la population. À partir des années 2000, parallèlement à la mobilisation internationale croissante pour élargir l'accès aux antirétroviraux dans les pays pauvres, et plus particulièrement en Afrique, continent de loin le plus touché par l'épidémie, le sida a été considéré comme un véritable obstacle à la réalisation des objectifs des plans de réduction de la pauvreté. Par ailleurs, c'est au moment où les efforts se multiplièrent pour que l'impact démographique du VIH/sida dans les pays en voie de développement soit moins dévastateur grâce à l'introduction des médicaments, qu'il fut labellisé avec la tuberculose et le paludisme comme une *« poverty related disease »*. Mais cette fois-ci l'on mit moins en avant son impact sur les catégories les plus actives de la population, tels que les instituteurs, les personnels de santé, les entrepreneurs publics et privés pour souligner en revanche son rôle de facteur aggravant la vulnérabilité des malades socialement défavorisés. Les personnes séropositives ont des besoins énergétiques supérieurs aux personnes non infectées car le virus modifie leur métabolisme et en même temps le VIH leur rend plus difficile de générer un revenu supplémentaire pour subvenir à leurs besoins alimentaires. C'est pourquoi, depuis 2006 le soutien alimentaire et nutritionnel des personnes séropositives est devenu un élément incontournable dans la riposte globale contre l'épidémie (voir *infra* § III.10). En outre, dans la mesure où le moindre accès à l'information, à la prévention, aux traitements et aux soins représentent tous des facteurs aggravant l'exposition des individus au risque de l'infection, l'on revient au début des années 2000 avec plus de force sur la compréhension du sida comme une maladie des pauvres et plus particulièrement des femmes, retenues comme une catégorie sociale homogène, produit de différentes formes d'oppression sexuelle et sociale et d'exclusion politique et économique. Dans le rapport de l'ONUSIDA de 1997, les auteurs mettaient en avant que « sur les 7500 nouveaux cas d'infection chez les adultes qui apparaissent chaque jour dans le monde, près de la moitié sont des femmes. Et plus de 9 femmes infectées sur 10 vivent dans les pays en développement » (ONUSIDA 1997 : 2).

En effet, pour les chercheurs en sciences sociales la pauvreté représente un phénomène multidimensionnel, dynamique et évolutif. La compréhension apparemment évidente et aux attendus substantialistes de ce qu'on peut entendre par « pauvreté » et par « pauvre », véhiculée par l'opinion publique, au travers d'associations, d'organismes ou encore d'institutions ou d'hommes politiques, s'oppose au travail de conceptualisation rigoureux que le chercheur doit accomplir en prenant en compte le contexte culturel,

social et économique étudié. Comment problématiser la question de la pauvreté et de la catégorie des pauvres en Éthiopie, pays dramatiquement connu par des problèmes répétitifs de sécheresse et d'insécurité alimentaire ? Comment analyser la dimension sexuée de la pauvreté et ses corrélations avec le VIH/sida ? Comment éviter le déplacement souvent opéré par les stratégies de gestion de l'épidémie de la question « pauvreté et sida » vers celle « femmes et sida » ? Comment plus précisément cette thématique « femme et sida » s'est-elle construite au sein des politiques globales de lutte contre l'épidémie ; comment a-t-elle été traitée par les sciences sociales ?

Femmes et sida en Afrique

Théorisé au cours des années 1970 sur la base d'une appréhension des femmes des pays en voie de développement décrites comme insuffisamment insérées dans le processus de modernisation (Degavre 2011 : 63), le sujet « femmes du Sud » occupe désormais une place de plus en plus importante au sein de programmes sanitaires et des programmes de lutte contre la pauvreté. La réalisation de ces programmes est de fait rendue impossible sans l'*empowerment*[21] d'un sujet féminin dont l'image prédominante a été celle d'une femme africaine « pauvre, sans pouvoir et enceinte » (Win 2004 : 61). Le sida avec son impact démographique, ses répercussions sur le développement humain et social, particulièrement graves dans les pays de l'Afrique subsaharienne, a fini par renforcer ces représentations ambivalentes des « femmes du Sud », pensées à la fois comme victimes des environnements politiques et sociaux de ces pays et comme agents cruciaux du changement social. Les constructions du féminin à l'œuvre dans les interprétations de l'expansion du sida en Afrique ont reproduit de façon mouvante des images convenues des femmes dans les sociétés patriarcales - à savoir la « prostituée », la « mère », l'« épouse » - en même temps que leur *empowerment* était progressivement mis au cœur de la conception des stratégies d'endiguement de l'épidémie.

Au cours des années 1980, alors que la biomédecine considérait la nouvelle pathologie comme typiquement masculine, et le sida en Afrique comme atypique parce que la transmission se faisait essentiellement par voie hétérosexuelle, deux figures exemplaires des liens entre femmes et sida furent érigées en catégories épidémiologiques (Vidal 2000 : 182), la « prostituée » et la « femme enceinte ». À cette époque, la plupart des informations concernant femmes et sida étaient produites au sein de recherches sur la périnatalité et dans une moindre mesure sur les professionnelles du sexe. En effet, les femmes atteintes étaient appréciées et étudiées plutôt comme des

[21] Notion à la fois complexe et controversée (Calvès 2009), elle est entendue ici selon l'acception en usage dans les politiques de lutte contre la pauvreté, conçues par des organismes internationaux comme la Banque Mondiale. Dans le vocabulaire politique des organismes internationaux, l'*empowerment* désigne un processus d'acquisition de pouvoir en tant que conséquence d'une insertion sociale se réalisant de par l'accès à des ressources matérielles et symboliques.

vecteurs de l'infection (vers leurs partenaires sexuels et leurs enfants au cours de la grossesse, au moment de l'accouchement et pendant l'allaitement) que comme des malades à part entière (Anastos, Marte 1989 : 6 ; 10). La progressive féminisation de l'épidémie observée à partir des années 1990 plus spécialement dans les pays de l'Afrique subsaharienne[22] a signifié l'introduction d'un nouveau paradigme interprétatif, celui de la « vulnérabilité ». L'exposition accrue des femmes au VIH fut alors expliquée dans les termes du risque passif de celles-ci face à l'infection. Plus précisément, « être vulnérable au VIH » fut interprété comme « être pratiquement ou complètement désarmé face au risque d'infection par le VIH [Onusida, 1995 : 6] » cité in Delaunay 1999a : 160). Une nouvelle catégorie épidémiologique vit alors le jour, celle de « femme mariée ». Tels sont les termes dans lesquels elle est décrite dans le rapport de l'ONUSIDA, *Les femmes et le SIDA* :

> « Des études conduites en Afrique et ailleurs révèlent que bon nombre de femmes mariées ont été infectées par leur seul et unique partenaire : leur mari. Le simple fait d'être mariées constitue un risque majeur d'infection à VIH pour les femmes qui n'ont guère la possibilité de demander l'abstinence ou d'instaurer l'usage du préservatif dans leur couple et qui ne peuvent contrôler l'activité sexuelle de leur mari à l'extérieur du couple ».
>
> (ONUSIDA 1997 : 2)

Des stratégies à caractère plus proprement social furent alors introduites afin de promouvoir l'« émancipation » et l'« habilitation » des femmes (ONUSIDA 1997 : 6) pensées comme victimes impuissantes de la domination masculine. À contre-courant de ce modèle épidémiologique, de nombreuses recherches en sciences sociales ont montré que le sida dans les pays africains a été révélateur de la complexité des inégalités de genre, des processus de leur transformation et plus particulièrement de la diversité et de l'inégalité des places occupées par les femmes dans la société selon les statuts et les pouvoirs dont elles sont affectées (Desclaux, Msellati, Sow 2011 ; Bila, Egrot 2008).

Qu'en est-il plus précisément du cas éthiopien ? Quel type d'inégalités entre hommes et femmes et parmi les femmes elles-mêmes le sida a-t-il été en mesure de mettre en exergue en Éthiopie pour éventuellement les transformer ?

Femmes, pauvreté et sida en Éthiopie : un regard ethnographique

Le VIH/sida touche la société éthiopienne de manière fort hétérogène d'une région à l'autre du pays et de façon très inégale entre les villes et les zones rurales où vivent plus

[22] « En 1985, les femmes représentaient environ 12% des cas de SIDA notifiés en France ; dix ans plus tard, ce pourcentage avait presque atteint 20%. En Espagne, le nombre de cas de SIDA notifiés chez les femmes a plus que doublé au cours de la même période passant en dix ans de 7% à 19% environ. … Actuellement, sur les 7500 nouveaux cas d'infection chez les adultes qui apparaissent chaque jour dans le monde, près de la moitié sont des femmes. Et plus de 9 femmes infectées sur 10 vivent dans les pays en développement. En Afrique subsaharienne, on compte déjà 6 femmes infectées pour 5 hommes infectés. Près des quatre-cinquièmes de toutes les femmes infectées dans le monde sont des Africaines » (ONUSIDA 1997 : 2).

de 80% de la population. Plus précisément, entre 2004 et 2010 le taux de séroprévalence[23] en milieu urbain est passé de 7.9% à 7.7%, tandis qu'en milieu rural il a fluctué entre 1% et 0.9% (MOH 2007 : 9) [24]. Au niveau de la population, les inégalités dans la diffusion du VIH/sida se répartissent en fonction de l'âge – la population d'âge adulte (15-49 ans) étant la plus touchée – ; en fonction du sexe – les taux de séroprévalence les plus élevés sont enregistrés parmi les femmes en âge reproductif – ; en fonction de l'exposition individuelle au risque de contraction de l'infection dépendant aussi bien du comportement sexuel que d'autres déterminants socio-économiques. En 2005, les enquêtes sérologiques menées dans les centres de consultation prénatale estimaient que sur 1, 32 million personnes vivant avec le VIH (PVVIH), 730 000 (55%) étaient des femmes (FMOH, HAPCO 2006 : 25)[25] ; les femmes représentaient également 54,5% des décès dus au sida (99 814) et 53,2% des nouvelles infections (Ibidem). En cette même année, l'Éthiopie a obtenu l'accès gratuit aux traitements. Les données produites sept ans plus tard en utilisant de nouvelles méthodes d'estimation (MOH 2007 : 1) rendent compte de l'impact positif de l'accès aux antirétroviraux sur le contexte épidémique et plus particulièrement sur la condition des malades. En 2011, les PVVIH étaient 789 960 dont 310 020 étaient des hommes et 479 940 des femmes ; le nombre de décès annuels de personnes séropositives était de 53 831 dont 22 765 des hommes et 31 066 des femmes (Ibidem). Comme pour d'autres pays africains et occidentaux, la question des inégalités sociales et économiques a peu retenu l'attention des chercheurs étudiant le contexte épidémique du VIH/sida en Éthiopie. Aucune information n'est disponible sur les façons dont ces inégalités conditionnent l'exposition individuelle au risque du VIH/sida. Quant aux recherches portant sur femmes et VIH/sida, dont une bonne partie est inédite, elles se sont focalisées dans un premier temps sur le groupe à risque des professionnelles du sexe pour s'orienter par la suite vers un type de recherche clinique portant plus spécialement sur les programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Il y a eu très peu de tentatives visant à lier les informations provenant des études sur la féminisation de l'épidémie conduites en utilisant le paradigme interprétatif de la « vulnérabilité » féminine et le profil socio-économique des femmes les plus exposées au risque de contraction de l'infection. Les enquêtes conduites

[23] À titre préliminaire, il est nécessaire de préciser ici qu'entre 2000 et 2007 les estimation des taux de séroprévalence ont été fournies tant par l'intermédiaire des enquêtes *« HIV/AIDS-related knowledge, attitudes and behaviour »* menées à échelle nationale et publiées dans *Demographic Health surveys* (DHS) que par l'intermédiaire d'enquêtes sérologiques annuelles, réalisées parmi les femmes enceintes dans les consultations prénatales du secteur public et publiées dans les rapports du Ministère de la santé. L'estimation de la prévalence du VIH/sida de 1,4% fournie par le DHS 2005 a suggéré que la prévalence de 3,5% (10,9% urbain ; 1,9% rural) (MOH 2005) est le résultat d'une surestimation. En 2007, un groupe de travail a été mis en place pour tenter de concilier l'estimation fournie par le DHS et celle fournie par le Ministère de la Santé. L'estimation de la prévalence communément acceptée a été de 2,1% (7.7% urbain ; 0.9 rural) (MOH 2007 : 3-4). Pour une exposition plus détaillées des méthodes d'estimation des taux d'infection voir *infra* § II.2

[24] http://www.etharc.org/aidsineth/publications/singlepointprev_2007.pdf

[25] http://www.etharc.org/aidsineth/publications/aidsineth6th_en.pdf

au sein de trois terrains ethnographiques distincts dans la ville de Gondär entre novembre 2007 et novembre 2010 pour une durée totale de 12 mois, m'ont permis d'observer diverses formes de marginalité sociale subies par les femmes dans la société éthiopienne en lien avec une mobilité géographique interne à dominante féminine et une instabilité conjugale très marquée. Sur 50 femmes séropositives interviewées ayant entre 18 et 40 ans, 45 avaient trouvé des sources de revenu au cours de leur vie, dans le travail du sexe ou dans d'autres activités du secteur informel comme la fabrication et la vente de boissons locales, ou encore le travail sans contrat comme employées domestiques, femmes de ménage dans les hôtels ou serveuses dans les bars. Parmi ces 45 femmes, 39 avaient quitté leur village natal à un âge compris entre 10 et 20 ans en se séparant de leur famille paternelle ou de leur conjoint. Parmi les cinq restantes il y avait une employée dans la fonction publique, une enseignante du secondaire, une enseignante de l'école primaire et enfin deux femmes, mères à leur adolescence, qui avaient à peine achevé l'éducation obligatoire et étaient restées dans leurs familles paternelles. Concernant les situations familiales et conjugales, sur les 50 femmes interviewées 20 étaient seules avec des enfants à charge, 2 étaient veuves et 28 étaient mariées[26]. Parmi ces dernières, 20 s'étaient liées à un autre homme séropositif une fois qu'elles avaient déjà pris connaissance de leur statut sérologique. Pour 16 d'entre elles cette union avait suivi la séparation ou la perte de leur ancien conjoint ; quatre avaient donné naissance au sein de cette union à leur premier enfant à un âge compris entre 25 et 28 ans[27] ; enfin pour quatre femmes la nouvelle relation s'était interrompue au cours de mes enquêtes. Parmi les 50 femmes interviewées, 43 étaient membres de l'une des deux associations de PVVIH de la ville de Gondär. Elles étaient engagées dans la dispensation de soins à domicile auprès des patients alités et participaient en même temps à des stratégies d'information et de sensibilisation sur la maladie. Deux femmes participaient en tant que « patients experts » [28] à un programme de prévention du VIH/sida intitulé *Counsellor Mother to Mother*. Elles recevaient chacune un salaire mensuel de 700 birr (31.83 euro) fourni par les bailleurs de fonds finançant ce programme. En effet, conformément au principe stratégique prioritaire en matière de VIH/sida choisi à partir du milieu des années 1990 par les programmes des organisations internationales, à savoir la « participation profane », en Éthiopie les politiques de lutte

[26] Bien qu'il ne s'agisse pas dans tous les cas de mariages légaux ou religieux, dans cette thèse j'utilise le terme « mariage » en accord avec l'utilisation faite par les femmes que j'ai interviewées. Elles ont toujours parlé de leurs unions conjugales en terme de *gabəčča,* mot qui, en amharique, signifie mariage.

[27] À cet égard, il est utile de noter que selon l'*Ethiopian Demographic Health Surveys*, « The level of education for women age 25-49 is positively related to the median age at first birth, ranging from a median age of 18.8 years for women with no education to 24.1 years for women with secondary or higher education » (CSA 2012 : 79).

[28] J'utilise ici ce concept d'usage commun dans le langage des agences internationales impliquées dans la lutte contre le VIH/sida et dans les systèmes sanitaires des pays du Nord. Il désigne le patient doté du savoir et savoir faire nécessaires à gérer sa maladie habilement, avec confiance et de façon de moins en moins dépendante du médecin et des services sanitaires (Bureau 2013 : 172 ; 184).

contre le sida ont promu l'implication des malades dans diverses activités les concernant. Suivant une acception normative, la participation profane renvoie aux formes d'implication de citoyens ordinaires dans les processus de décision selon le modèle de la démocratie participative et elle repose sur la valorisation des savoirs et savoir-faire des personnes ordinaires, sur leur partage ainsi que sur la répartition des pouvoirs avec des experts. Dans ce sens le malade-patient est plus particulièrement conçu comme un usager-citoyen du système sanitaire. De nombreux exemples de la reconnaissance officielle de cette nouvelle figure du patient sous des formes différentes sont observables aux Etats-Unis, au Canada, en France. Dans ces pays la participation profane est le résultat auquel ont abouti une série d'expériences dans le domaine médical et associatif qui ont cherché à transformer par le bas la relation médecin-patient et plus largement le rapport des usagers au système sanitaire. Au niveau des institutions globales de lutte contre le sida, la participation profane s'inscrit dans des programmes d'intervention dits de « seconde génération », promouvant à travers l'initiative GIPA (Great Involvement of People living with AIDS) lancée en 1994, la participation directe des personnes atteintes à la gestion de l'épidémie (Nguyen, 2002 : 80-81 ; 2010 : 24-27) selon des modes d'action et un langage s'inspirant de la mobilisation des malades dans des « démocraties industrialisées » comme les États-Unis ou la France. En Éthiopie, cette stratégie a pris une ampleur significative parallèlement à la mise en place de l'accès gratuit aux antirétroviraux (janvier 2005). Comment cette participation s'organise-t-elle sous le prisme des inégalités sociales et de genre ? Quel est son impact sur les conditions féminines ci-dessus décrites ?

Problématique

Cette thèse étudie tout à la fois les politiques sanitaires et sociales, les pratiques des acteurs de la santé et de la société civile et les rôles des malades autour de la prévention et de la prise en charge globale[29] du VIH/sida en Éthiopie. Elle examine plus particulièrement les multiples formes sous lesquelles le thème « femmes et sida » émerge, est approprié et construit par le gouvernement et la société éthiopiens et s'inscrit tant dans l'autre thème-clé de cette recherche, « sida et pauvreté », que dans la stratégie prioritaire en matière de VIH/sida ci-dessus mentionnée, notamment la « participation profane ». Dans une recherche doctorale relativement récente sur le sida au Cambodge publiée en 2016 (Bureau 2013 ; 2016), l'auteure a étudié la participation profane en tant que « norme globalisée » pour l'ensemble des institutions de lutte contre le sida. E. Bureau examine les usages et les significations qu'elle prend dans le contexte local du Cambodge et conclut que les acteurs profanes endossent principalement des rôles d'exécutants sans être en mesure d'exercer aucun pouvoir d'influence sur les

[29] Par prise en charge globale on entend une prise en charge des patients visant à faire face aux multiples conséquences de la maladie, économiques, sociales, physiques, psychologiques.

décisions publiques. Les principes de hiérarchie sociale et non-contestation caractérisant la société cambodgienne entrent en contradiction avec les valeurs et les principes inhérents à la participation profane et celle-ci prend une tout autre forme, parfois contraire à son but initial. Pour notre part, nous appréhendons la participation profane à la fois comme une rationalité politique de « gouvernement des conduites » (Foucault 2004) des malades et comme une stratégie que certains de ces derniers choisissent pour des raisons précises et mettent en œuvre de façon variée. Dans cette optique, nous nous sommes plus spécialement intéressé à étudier les configurations sociales produites par la participation profane venant à la fois transformer et déplacer les rapports de domination auxquels des malades socialement défavorisés sont exposés tant au sein de la relation soignant-soigné qu'au sein la société. Nous nous intéresserons aux procédures et aux formes d'exercice d'un pouvoir politique de moins en moins coercitif et disciplinaire parce que de plus en plus tourné vers la distribution des ressources et la promotion de divers types d'autonomie et de libertés individuelles. Plus précisément, nous interrogerons la notion de pouvoir à partir des logiques présidant aux stratégies des acteurs profanes, considérés ici comme des « acteurs compétents » (Giddens 1987 : 100), c'est-à-dire capables non seulement de maîtriser leurs rôles de patients experts mais aussi de les interpréter et de les reproduire dans des contextes assez variés. Nous nous intéressons ainsi plus précisément aux interprétations que ces acteurs font des ressources mises à leur disposition au sein des espaces sociaux et publics de la lutte contre le sida et de l'utilisation qu'ils en font. Au niveau des politiques de lutte contre le sida, nous nous proposons de montrer que la participation profane s'est progressivement affirmée comme rationalité politique de gestion de l'épidémie au sein d'un rapport de forces entre l'État éthiopien, les organisations civiques et humanitaires, des congrégations religieuses, la société éthiopienne et ce que Jean-François Bayart appelle le « reste du monde » (Bayart 1999). Ainsi qu'il a été observé dans d'autres pays africains (Fassin 1994 ; Eboko 2005, 2013), les mesures prises contre le sida par le gouvernement éthiopien ont été la conséquence de la mise sur agenda d'un problème de santé publique à partir d'une injonction internationale, c'est-à-dire avant que celui-ci ne devienne un problème politique débattu dans l'espace public. Cependant, loin de s'inscrire exclusivement au cœur de la disjonction entre d'un côté, les programmes mis en place, et, de l'autre, les interprétations locales de l'épidémie et les réactions qui l'ont entourée, la « dissonance » (Eboko 2005) des actions publiques contre l'épidémie a également généré des articulations originales entre des pratiques et des connaissances provenant de l'extérieur et celles qui se configurent comme des « contingences internes du local » (Eboko 2003 : 56).

Nous verrons qu'en accord avec les stratégies globales de lutte contre le sida, en Éthiopie, la cause des personnes séropositives a été défendue par les malades eux-

mêmes, mais essentiellement ceux aux marges de la société et de l'État. Plus précisément, à l'instar d'autres pays africains (Bila 2011 ; Bila, Egrot 2009), en Éthiopie les femmes séropositives sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes parmi les usagers du programmes sociosanitaires de prévention et de prise en charge du VIH/sida. Il s'agit de femmes subissant différentes formes d'infériorité sociale et économiques, de « femmes pauvres avec le *vayräs* » pour reprendre la dénomination communément employée par les acteurs de la santé, de la société civile et des patients eux-mêmes. Pour quelles raisons la participation profane a plus particulièrement concerné des malades socialement défavorisés et plus spécialement des femmes malades pauvres ? Pourquoi cette dernière catégorie est-elle surreprésentée et comment se traduit cette surreprésentation en termes de visibilité des femmes dans l'espace public de la lutte contre l'épidémie ? Qu'est-ce que désigne précisément la catégorie « femmes pauvres » ? Comment s'est-elle construite par rapport aux catégories épidémiologiques pensées comme exemplaires des liens entre femmes et sida en Afrique ?

Répondre à ces questions implique tout d'abord de dénaturaliser le concept de « pauvreté » et la catégorie sociale des « pauvres ». Avec ces objectifs, nous étudierons les mécanismes de leur identification et de leur désignation sexuée qui sont à l'œuvre au sein de la société éthiopienne et nous examinerons les rôles que le sida et les réponses qu'il a mobilisées ont joué tant au plan de ces mécanismes qu'à celui de la transformation des valeurs et des normes légitimant les façons de leur venir en aide. Il s'agira aussi de remonter la trame historique des modes de construction et d'exercice du pouvoir politique en Éthiopie à l'égard de la santé de la population et du bien-être des individus ainsi que la situation d'extraversion de l'État et de la société au sein de laquelle s'inscrivent les modalités de mise en place et les modes de fonctionnement des dispositifs socio-sanitaires de lutte contre le sida se basant sur la participation profane. Nous découvrirons qu'en tant que rationalité politique de « gouvernement des conduites » (Foucault 2004), cette participation profane se fonde sur des modes d'action et un langage provenant de l'extérieur et relève d'un pouvoir plus spécialement orienté à prendre en considération des individus se situant aux marges de la société pour faciliter leur *empowerment*. Notion polysémique, devenue désormais un buzword au sein des politiques sanitaires et sociales dans les pays en voie de développement, elle a été mobilisée dans le champ de la lutte contre le sida à double titre. Selon une perspective de gestion des inégalités de genre les stratégies d'*empowerment* devaient être destinées aux femmes afin de les rendre capables d'exercer leurs capacités individuelles en facilitant leur accès à l'information et en promouvant leur insertion économique (Seidel 1993 ; Kalipeni, Oppong, Zerai 2007). Selon une perspective plus spécialement médicale et sanitaire, l'*empowerment* désigne un processus vertical et institutionnalisé promouvant la prise en charge des patients par eux-mêmes. Les enquêtes

ethnographiques menées dans les hôpitaux et dans les centres de santé de la ville de Gondär ont montré que l'auto-prise en charge des femmes séropositives victimes de diverses formes d'infériorité économique et sociale se réalise alors que dans les structures sanitaires elles font l'objet d'un traitement différentiel de la part du personnel médical et soignant. C'est précisément en appréhendant cette contradiction entre le traitement différentiel subi par des femmes malades socialement défavorisées dans le milieu médico-sanitaire et leur participation aux dispositifs de prévention et de prise en charge du VIH/sida, que nous décrirons le rôle joué par cette maladie dans le déplacement des frontières entre la sphère domestique (privée) et la sphère publique. Nous découvrirons ainsi les nouveaux rapports de force résultant de la capacité de ces femmes à participer à la redéfinition de leurs relations au politique et de leur statut de « citoyenne », à partir des formes de reconnaissance sociale, économique et politique accordées à leur condition médicale. Nous étudierons enfin les représentations que ces femmes se font d'elles-mêmes et de leur existence en rapport avec « l'identité sociale virtuelle » (Goffman 1975 : 11-12 ; 32) qui leur est attribuée et plus particulièrement en rapport avec les formes de reconnaissance associées aux nouveaux statuts dont elles sont affectées en lien avec le degré de changement ou de perpétuation de l'ordre social existant, ou les deux à la fois, que leurs trajectoires de mobilité comportent.

Autour du concept de pouvoir : entre gouvernementalité et subjectivation

M. Foucault a produit des considérations très stimulantes sur le « pouvoir ». Il a en effet saisi la transformation, survenue à l'époque moderne, d'un pouvoir qui avait investi jusque là des « sujets juridiques dont on pouvait tirer des biens, la vie aussi d'ailleurs » (Foucault 1994 IV: 194)[30], en un pouvoir qui prend pour objets le corps et les populations et que l'historien des idées a précisément nommé « biopouvoir » tout en précisant des modes d'exercice différents, notamment l'« anatomopolitique » pour le corps et la « biopolitique » et la « gouvernementalité » pour la population. Nous examinerons ici cette dernière notion car la gestion du VIH/sida s'est essentiellement opérée au travers d'une organisation et rationalisation des méthodes de pouvoir qui relèvent de la « gouvernementalité ». En effet, loin de traiter la population comme un simple objet de régulations biopolitiques concernant par exemple les taux de mortalité, morbidité et natalité et d'autres processus biologiques, les politiques du VIH/sida ont mobilisé un ensemble de technologies et de mécanismes à travers lesquels la population se donne à voir comme « un phénomène de nature … que l'on ne peut pas changer comme par décret » (Foucault 2004 : 431) mais sur lequel on peut intervenir en agissant sur différents facteurs « qui sont apparemment loin de la population elle-même, de son

[30] Les références bibliographiques aux textes de M. Foucault recueillis in D. Defert et F. Ewald (dir.), *Dits et écrits* contiennent l'indication du tome dans lequel chaque texte cité est contenu.

comportement immédiat, loin de sa fécondité, de sa volonté de reproduction » (Ibidem). Ainsi, la distribution de ressources matérielles et symboliques parmi des malades socialement défavorisés associée à l'instauration de stratégies facilitant leur participation au fonctionnement de divers espaces sanitaires et sociaux en tant qu'usagers, se laissent découvrir comme une rationalité politique de « gouvernement des conduites » (Foucault 2004) dont on peut mesurer les effets sur les taux de morbidité et mortalité mais aussi sur la volonté de reproduction, sur la fécondité et d'autres processus biologiques au sein de la population. Au niveau individuel, cette rationalité politique de gouvernement des conduites participe aux processus de subjectivation mis en œuvre par des malades socialement défavorisés. Ces processus reposent sur leur « capacité d'agir », c'est-à-dire leur capacité à résister ou bien à se conformer selon les circonstances aussi bien aux mécanismes régulant leur prise en charge qu'aux valeurs et aux normes de la société dominante en vue de changer les conditions de vie qu'ils n'ont pas été en mesure de choisir (Butler 2007 : 18). En définitive, l'analyse des politiques du VIH/sida, et plus particulièrement, ici, celles concernant la prise en charge des femmes séropositives en difficulté, réinterroge la notion de pouvoir, ses modes de structuration et d'exercice, ses effets relationnels et de transformation pour des sujets aux marges de l'État et de la société. Or, le concept de pouvoir constitue l'un des noyaux principaux du développement de la pensée féministe. Dans son ouvrage, *The Power of Feminist Theory: Domination, Resistance, Solidarity*, A. Allen (1999) s'efforce de faire une recension des principales conceptions de pouvoir élaborées par des féministes et elle en identifie trois : le pouvoir comme un bien social inégalement reparti entre hommes et femmes (Mill 1997 ; Okin 1989) ; le pouvoir comme expression de la relation de domination des hommes sur les femmes (MacKinnon 1987 ; 1989 ; Dworkin 1987 ; Spelman 1988) ; le pouvoir comme producteur d'autonomie et de transformation (Gilligan 1982 ; Ruddik 1989 ; Wartenberg 1990). Par ailleurs, malgré la critique presque unanime des féministes concernant le caractère fortement androcentrique de la pensée de Foucault et en dépit d'autres critiques concernant par exemple l'insuffisance de son analyse des relations entre pouvoir et savoir, cela n'a pas empêché, à partir des années 1980, cette pensée d'exercer une influence remarquable sur un certain nombre de féministes nord-américaines dans leurs efforts de conceptualiser le pouvoir. Outre son contenu, c'est le caractère engagé de la pensée de M. Foucault à l'endroit des groupes privés de droits et socialement suspects comme les prisonniers, les malades mentaux et les homosexuels qui a constitué une véritable affinité avec certaines théoriciennes du féminisme d'outre-Atlantique. Plus précisément, certaines initiatrices du *Black Feminism* ont soutenu que l'analyse du pouvoir par M. Foucault et sa généalogie critique de l'universalisme et de l'essentialisme de l'épistèmê occidental étaient très utiles pour dévoiler les tendances universalistes et essentialistes de la deuxième vague du

féminisme incarnée par des femmes blanches de classe moyenne. D'autres féministes se sont inspirées des analyses foucaldiennes sur les formes de pouvoir exercées hors de la sphère politique de l'Etat libéral moderne. En effet, elles avaient déjà commencé à explorer ces formes de pouvoir en étudiant les micro-politiques de la vie privée (ou domestique), ainsi que le pouvoir patriarcal au niveau d'institutions comme le mariage et la maternité se caractérisant par des formes très marquées d'oppression et d'exploitation des femmes, et les politiques publiques régulant plus spécialement l'insertion des corps féminins dans les dispositifs de reproduction sociale. Ces féministes ont abandonné la dichotomie initialement instaurée entre un pouvoir conçu comme domination masculine et un pouvoir conçu comme « capacité d'agir » et elles se sont concentrées sur les corrélations entre ces deux types de pouvoir et la pluralité des formes au travers desquelles le pouvoir peut se manifester. Plus précisément, contrairement à la conception communément répandue d'un pouvoir s'exerçant sur les autres (*« power over »*), la pensée féministe a mis en avant plusieurs manifestations du pouvoir, notamment un « pouvoir intérieur » (*« power from within »*), un « pouvoir solidaire » (*« power with »*) et un pouvoir de transformation (*« power to »*). C'est à partir de cette pluralité de formes de pouvoir et des liens entre domination masculine et diverses formes de subordination culturelle, économique, sociale subies par des femmes séropositives socialement défavorisées, ainsi qu'à partir de leurs modes de résistance et de subjectivation que nous nous efforcerons d'examiner les « mobilités sociales biographiques » (Bertaux 1974) engendrées par le VIH.

Les femmes : entre constructions de genre et intersectionnalité

Loin de souscrire à une vision réifiée et homogénéisante de la catégorie « femme », on s'intéressera donc aux constructions du féminin à l'œuvre dans les politiques du VIH/sida en Éthiopie et on suivra l'approche de l'intersectionnalité en utilisant une grille de lecture multidimensionnelle des inégalités et des rapports sociaux de pouvoir.

En effet, à l'exception de quelques ouvrages d'auteurs importants comme F. Engels (1974), M. Mead (1966 ; 1969), V. Woolf (1931 ; 1938) ou S. de Beauvoir (1949), la question de la construction sociale des différences entre les sexes est restée longtemps marginale au sein des sciences humaines (Mathieu 2000 : 207). C'est pourquoi des chercheures féministes ont longtemps utilisé le terme « femmes » pour dénoncer leur invisibilisation au niveau social et politique ainsi que leur oppression et exploitation au sein de divers dispositifs de domination. Pour elles, loin d'être une catégorie issue de la différence biologique entre les sexes, les rapports de genre sont socialement et culturellement construits par chaque société et donc marqués d'une forte hétérogénéité.

« Qu'est-ce qu'une femme ? » se demande N.-C. Mathieu (Mathieu 2000 : 206) en évoquant ainsi la question qu'avait déjà posée G. Rubin dans *Marché aux femmes* (Rubin

1975). La réponse varie en fonction des multiples conceptions du rapport entre sexe et genre qui ont été élaborées par des anthropologues, des philosophes et des historiens à partir des différentes « grammaires sexuelles » (Mathieu 2014 : 16) produites par les sociétés elles-mêmes. Autrement dit, pour répondre à cette question il faut que le chercheur situe son approche analytique et qu'il opère donc des choix, entre par exemple la considération de la différence sexuelle comme un fait de nature et la différenciation des sexes en tant qu'opérateur de l'organisation socio-sexuée des cultures humaines, ou encore entre l'acceptation des « évidences biologiques » et l'effort de les outrepasser. En se positionnant du côté des évidences biologiques et de la pensée de la différence, F. Héritier (1996), a soutenu que la différence anatomique des sexes constitue un « butoir ultime de la pensée ». Sur cette différence se fondent les systèmes conceptuels binaires reposant sur l'opposition identique/différent et sur la « valence différentielle des sexes » (Ibid. : 24). En effet, l'anthropologue souligne que la domination sociale du principe masculin est un fait d'observation générale. Cette prééminence du masculin proviendrait « moins d'un handicap du côté féminin (fragilité, moindre poids, moindre taille, handicap grossesse, et allaitement) que de l'expression d'une volonté de contrôle de la reproduction de la part de ceux qui ne disposent pas de ce pouvoir si particulier » qui est la procréation (Ibidem). Dans un article plus ancien, paru originellement en italien en 1979, F. Héritier avait souligné que « c'est la fécondité qui fait la différence réelle entre le masculin et le féminin, et la domination masculine (…) est fondamentalement le contrôle, l'appropriation de la fécondité de la femme, au moment où celle-ci est féconde » (Héritier 1984-85 : 18). Mais, à contre-courant de cette pensée de la différence qui étudie la domination masculine à partir des multiples constructions culturelles autour d'un fait biologique considéré comme universel, à savoir la différence sexuée, d'autres anthropologues comme P. Tabet, N.-C. Mathieu et G. Rubin ont privilégié les processus culturels et sociaux de différenciation à l'œuvre dans la construction du féminin et du masculin et dans la division socio-sexuée du travail. N.-C. Mathieu note à ce propos :

> « La notion de différenciation des sexes a une meilleure valeur heuristique, car différencier signifie à la fois faire apparaître la différence et établir une différence (…) Toutes les sociétés élaborent une grammaire sexuelle (du féminin et du masculin sont imposés culturellement au mâle et à la femelle), mais cette grammaire –idéelle et factuelle- outrepasse les évidences biologiques. D'où l'utilité des notions de « sexe social » ou de « genre » (*gender* en anglais) pour analyser les formes et les mécanismes de la différenciation sociale des sexes ».
>
> (Mathieu 2014 : 16)

Dans son ouvrage pionnier des études de genre, *Marché aux femmes*, G. Rubin définit la division socio-sexuée du travail comme « un tabou contre la similitude des hommes et des femmes (…) qui exacerbe les différences biologiques (…) et par là crée le

genre » (Rubin 1975 : 178). Cette différenciation des tâches et des fonctions sociales selon le sexe/genre est opérée aussi dans les mariages entre personnes de même sexe et de genre opposé. C'est le cas pour les hommes chez les Azande d'Afrique Centrale ou pour les *« berdaches »*, individus réalisant une transgression du sexe par le genre, chez les Indiens des Plaines et de l'Ouest (Amérique du Nord). Garçon devenu femme sociale ou fille devenue homme social, (par transvestisme et adoption de tâches et attitudes de l'autre sexe), les berdaches incarnaient un « troisième sexe » et étaient dotés de pouvoirs chamaniques (Désy 1978 ; Whitehead 1981). Les berdaches étaient censés avoir des relations sexuelles ou se marier avec des personnes de même sexe, mais de genre opposé. Ces occurrences chez les Azande et chez les Indiens des Plaines et de l'Ouest attestent aussi le fait que loin de se limiter à la fonction procréatrice entre partenaires, le mariage représente plus généralement un ensemble d'obligations et de droits sur des biens et des personnes, et très généralement de droits du sexe/genre « homme » sur le sexe/genre « femme » (Mathieu 2014 : 18). Ces exemples montrent aussi que la différence entre masculin et féminin ne réside pas nécessairement dans la capacité de la femme à enfanter mais qu'elle se construit selon une attribution hétéro-sociale de tâches et de fonctions. Dans ce sens, plutôt que penser le masculin et le féminin comme deux réalités « biosociales » nous sommes amenés à les considérer, avec N.-C. Mathieu, G. Rubin et P. Tabet, comme les attributs d'une réalité entièrement socio-sexuée.

Plus précisément, pour G. Rubin, N.-C. Mathieu et P. Tabet, la fécondité des femmes n'est pas un fait naturel. P. Tabet l'a bien mis en avant dans un article de 1985, « Fertilité naturelle, reproduction forcée ». L'anthropologue souligne le fait qu'entre la capacité de procréer et la procréation elle-même s'interposent plusieurs types d'interventions sociales sur le corps, sur la sexualité et sur la volonté des femmes qui font en sorte que la contrainte reproductive demeure prioritaire pour celles-ci. Ainsi, certaines de ces interventions visent par exemple à transformer l'organisme psycho-physique des femmes pour canaliser un désir normalement polymorphe vers l'hétérosexualité tout en les spécialisant à des fins reproductives. Que ce soit au travers de l'intériorisation des normes par l'éducation ou bien au travers de la coercition tel que le marquage symbolique et/ou physique des corps féminins comme corps reproducteurs (Fainzang 1985), la contrainte reproductive demeure prioritaire pour les femmes. Cela a été également observé dans des cultures, bien que rares, où le lesbianisme est toléré. C'est le cas par exemple de la société Swahili de Mombasa au Kenya où une fille peut devenir homosexuelle seulement après avoir été mariée, à la différence des garçons (Shepherd 1987). À l'appui de données ethnographiques relevées auprès de la société rukuba du Nigeria, N.-C. Mathieu a souligné le fait que des pratiques comme l'avortement ou l'infanticide socialement admises pour l'élimination des enfants nés au

sein de relations préconjugales montrent que la fille *ne doit pas socialement être mère, pas plus que le garçon ne doit être père*.

> « Or, si l'on prend justement le cas des Rukuba, l'élimination des enfants hors mariage par exemple - avortement ou infanticide - prouve également (pour reprendre les propres termes de l'auteur mais en modifiant le sexe) que ce n'est pas tant la fonction génitrice que le rôle social attribué à la mère qui fonde la notion de maternité. Dans ces relations sexuelles préconjugales, la fille ne doit pas socialement être mère, pas plus que le garçon être père. Le fait qu'elle engendre un enfant est sciemment annulé par la société. Qu'elle soit mère au sens physique n'implique pas qu'elle soit une mère sociale. … Tous les raisonnements sur la femme-génitrice, la femme nature en quelque sorte, refusent de voir la réalité et le sens sociologique de l'avortement. … À ce propos, une autre possibilité que l'infanticide est attestée par Jean-Claude Muller (1972) pour les Rukuba : si l'enfant dont la naissance ne suffit pas à faire de sa génitrice sa « mère sociale » ni à faire de lui « l'enfant de sa mère », crie en venant au monde (accès à la parole, à l'humanité donc), il se peut qu'il soit conservé-mais en ce cas, adopté. Il y aurait d'ailleurs beaucoup à dire sur l'adoption comme signe de la manipulation sociale de l'engendrement biologique »
>
> (Mathieu 2013 : 63)

Ces pratiques autour de la maternité et de son contraire, l'avortement, observées chez le Rukuba montrent en miroir que l'assignation de la maternité à la sphère biologique de la perpétuation de l'espèce est tout autant un phénomène social et culturel historiquement construit. Les luttes féministes des années 1960 et 1970 dans les pays d'Europe occidentale pour l'obtention de l'accès à la contraception orale et le droit à l'interruption volontaire de grossesse sont tout autant significatives de la contingence de la construction sociale et culturelle de la maternité en tant que phénomène biologique déterminant le destin social de la femme. Ces luttes ont incarné la volonté de conférer aux femmes un pouvoir de négociation vis-à-vis des pouvoirs publics sur des questions traditionnellement perçues comme relevant de la sphère privée (Del Re 2000 : 4). En refusant de renvoyer le débat sur le contrôle du corps et de la sexualité des femmes à cette sphère, le mouvement féministe lui a conféré une dimension politique et a souligné dans le même temps l'acceptation par le législateur européen que la maternité relève de la liberté et de la décision de chaque femme. Cependant, la libéralisation de l'avortement et l'accès à plusieurs formes de contraception n'ont pas réglé le malaise des femmes qui ayant ou désirant des enfants, refusent la contradiction entre leur volonté d'autonomie et leur désir d'assumer la maternité dans un sens choisi par elles et qui veulent sortir du caractère oppressant de la « génération biologique » pour accéder à ce qui a été appelé la « génération symbolique » (Collin 1986 : 82). Celle-ci les constitue en véritables sujets, leur permet de choisir leurs modes d'apparentement et d'affiliation, de « nommer et d'être nommée sans la garantie abstraite du lignage patriarcal » (Ibidem). À cet égard, il convient de remarquer qu'en dépit de la tendance des lois récentes à privilégier le recours aux critères biologiques dans la définition des liens de filiation paternels et en dépit du droit accordé aux mères de transmettre leur nom à leur descendance, le lignage

patriarcal, demeure celui auquel est accordée une valeur symbolique largement plus importante que celle attribuée au lignage de la mère. De façon plus générale, l'on peut constater que le statut social de la maternité demeure moins valorisé au niveau de la « génération symbolique » que celui de la paternité, et cela bien que les multiples techniques de reproduction aient conduit, d'une part, à une biologisation de la paternité et d'autre part à une sérieuse mise en doute de l'ancienne certitude sur la mère ; cette dernière pouvant se distinguer en tant que mère génétique (fécondation in *vitro* avec don d'ovules), mère utérine et mère sociale (celle qui après adoption élève l'enfant). Quant à la contradiction entre la volonté d'autonomie et le désir d'assumer la maternité, doit-on souligner qu'elle se traduit généralement soit par « la double journée de travail » pour les femmes, soit dans un phénomène plus vaste d'« externalisation » à d'autres femmes des activités du travail de reproduction. Travail pour autrui, dit « invisible », comportant les soins aux enfants et aux proches-dépendants ainsi que des tâches domestiques et l'organisation familiale les activités, dans ses formes rétribuées dévalorisées, cette externalisation a été historiquement l'apanage de femmes socialement défavorisées travaillant par exemple comme domestiques ou nourrices auprès de familles nanties par lesquelles elles étaient logées et nourries. À l'heure de la mondialisation néolibérale, la division socio-sexuée du travail est de plus en plus « ethnicisée » et « racisée ». Le travail « reproductif » qui, quoi qu'il en soit, ne revient qu'aux femmes s'offre comme un espace privilégié d'observation de l'intrication des rapports de sexe, de classe et de race (Bidet-Mordrel 2010 : 7). En effet, l'organisation socio-sexuée du travail dans ses manifestations concrètes met en évidence également les inégalités des places et des statuts dont les femmes sont affectées dans une même société et dont on essaiera de rendre compte en utilisant une approche intersectionnelle. Initialement formulée dans les champs du droit et des mouvements sociaux par la juriste américaine K. Crenshaw à la fin des années 1980 dans la foulée du *Black feminism*, l'intersectionnalité a permis de décrire la condition de minorités qui n'étaient pas représentées au sein de mouvements sociaux engagés, selon les cas, contre différentes formes de discrimination, comme par exemple la discrimination sexuelle combattue par les mouvements féministes[31] ou bien la discrimination raciale combattue par les mouvements antiracistes. Plus récemment, son utilisation croissante par les sciences sociales, a conféré à l'intersectionnalité une portée plus théorique ou plus abstraite mais dont le statut épistémologique reste ambigu (Davis 2008 ; Bilge 2015 ; Dorlin 2009). En ce qui nous concerne, on adoptera cette notion dans la perspective d'une théorie critique de l'intrication de diverses formes d'oppressions subies par des groupes d'individus se situant à l'intersection de plusieurs rapports sociaux de pouvoir dont le genre. Historiquement et socialement construit au cours des

[31] Ainsi que E. Dorlin le souligne, avant la naissance du *Black Feminism* au cours des années 1960-1970, les mouvements féministes ont eu la tendance à produire un sujet politique, "*Nous, les femmes*", nivelant la multiplicité des expériences du sexisme que font les femmes sur une expérience-type, celle généralement vécue par des femmes américaines, blanches, de la classe moyenne (Dorlin 2009 : 10).

processus de différenciation entre les sexes, le genre se produit au travers de mécanismes d'exploitation et par l'entremise de dispositifs de domination au sein desquels les rapports entre hommes et femmes ne sont pas de simples relations interindividuelles. Ces rapports résultent de la création et de l'intériorisation des différences, de leur naturalisation et normalisation et des processus de hiérarchisation internes aux « masculinités » et « féminités » dont la « masculinité hégémonique » et la « féminité emphatisée » représentent celles en position dominante (Connell 1987 ; 2005). Plus précisément, le concept de genre nous permettra de saisir les enjeux sociaux et politiques sous-jacents aux constructions du féminin à l'œuvre aussi bien dans les modèles explicatifs de l'expansion de l'épidémie de sida que dans les programmes opérationnels visant à l'éradiquer. L'approche intersectionnelle nous permettra d'éclairer les façons dont des femmes séropositives se sont différemment rapportées à ces constructions du féminin en fonction de leurs origines sociales et géographiques, de leurs parcours de vie, en en faisant dans certains cas des « identités stratégiques ». Cette approche nous permettra aussi d'analyser les formes de reconnaissance sociale et économique accordées au travail de reproduction sociale par les politiques de lutte contre le sida et les effets que ces formes de reconnaissance ont eus sur des femmes séropositives socialement défavorisées. Le travail de reproduction sociale s'est en effet retrouvé au cœur des stratégies d'*empowerment* destinées plus spécialement à des femmes séropositives socialement défavorisées. Cet *empowerment* a été mené en même temps que le rôle de mère a été socialement valorisé, la mère étant supposée s'intéresser davantage à l'éducation de ses propres enfants et à leur santé, et en même temps que les compétences maternelles ont intégré les compétences professionnelles acquises par des mères séropositives employées par exemple dans les services de PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant) comme consultantes. Nous montrerons plus particulièrement que pour certaines des femmes composant l'échantillon de notre enquête, la maternité ne s'appréhende ni exclusivement comme une fonction sociale au nom de laquelle on peut revendiquer des droits, ni comme un destin. Conséquence pour certaines, d'un choix déterminé à la fois par l'aspiration à un rôle socialement valorisé et le désir de créer des liens affectifs et sociaux solides et durables ; fonction sociale en contradiction avec leur travail de professionnelles du sexe, pour d'autres, la maternité de ces femmes correspond à un statut social à la fois en rupture et en recomposition avec l'ordre patriarcal institué. De plus, cibles prioritaires des dispositifs de prise en charge du VIH, les femmes séropositives socialement défavorisées ont vu accroître leur participation dans le travail rémunéré, qu'il s'agisse d'activités lucratives du secteur informel ou bien d'activités rémunérées liées au travail féminin de reproduction sociale. Aussi, se propose-t-on d'étudier certaines des ruptures et des recompositions avec l'ordre patriarcal établi ainsi que les déplacements des frontières entre sphère publique et

sphère privée (ou domestique) et enfin les nouvelles formes d'appréhension et de gestion dont la « pauvreté féminine » fait l'objet. En effet, ces ruptures, ces déplacements des frontières et ces nouvelles appréhension et gestion de la « pauvreté féminine » sont au cœur de plusieurs formes de mobilité sociale de femmes séropositives en difficulté. De la sorte, il s'agira de mettre en évidence et de décrypter les configurations des rapports de pouvoir où les relations de domination subies par des femmes socialement défavorisées sont à la fois déplacées et transformées en leur faveur, sans pour autant que ces relations soient subverties.

Mobilités féminines : entre migrations internes et transitions sociales

La mobilité sociale a représenté un champ majeur de la recherche sociologique au cours des années 1950, années qui se sont distinguées par une forte croissance économique et un changement profond de la structure de l'emploi. Au cours des années 2000 c'est sous de nouvelles acceptions que le thème de la mobilité est traité par les sciences sociales. Depuis deux bonnes décennies, les évolutions technologiques ont conduit à parler de « village planétaire », de « mise en réseau d'une économie planétaire », formules auxquelles on peut associer diverses façons de qualifier les sociétés contemporaines (Le Breton 2016) telles que « société liquide » de Z. Bauman (Bauman 2013), « société en réseaux » de M. Castells (Castells 2001), « société des flux » d'A. Appadurai (Appadurai 2001) ou encore « société cosmopolite » d'U. Beck (Beck 2006) et « société dispersée » d'E. Le Breton (2016). Ces formules renvoient à des constructions spatio-temporelles qui confèrent aux individus, hommes ou femmes, une plus grande capacité à réaliser des déplacements physiques et/ou virtuels et, de ce fait, à pouvoir expérimenter de nouveaux types de sociabilité au travers desquels ils acquièrent le sentiment de dépasser les identités sociales fixées par le travail, le logement, le lieu de résidence et d'expérimenter ainsi la liberté de présenter une image de soi qui leur convient. Cependant, cette capacité individuelle à s'approprier l'espace et à s'y mouvoir nous renvoie aussi à un nomadisme plus traditionnel pratiqué principalement par des hommes et qui a évolué et s'est transformé tant en fonction de l'influence de plus en plus importante de la globalisation néolibérale et des crises qu'elle a engendrées localement qu'en fonction des chamboulements écologiques (Boesen, Marfaing 2014). Ce qui veut dire que le monde féminin a été historiquement et culturellement envisagé sous le signe de la sédentarité en tant qu'attribut complémentaire de la sphère domestique et que, du même coup, la disposition individuelle à se déraciner et à se déplacer dans l'espace a été généralement très peu étudiée du point de vue des femmes. Dans le champ d'étude des migrations internationales, les recherches autour du thème « femmes et migrations » ont eu du mal à émerger. En référence aux travaux de langue française, J. Falquet et A. Rabaud en ont expliqué les raisons de la façon suivante : « d'abord parce que les

migrations ont longtemps constitué un objet périphérique et marginalisé en sciences sociales. Ensuite, parce que les femmes, surtout du « Sud » et/ou pauvres, restent des sujets invisibilisés. Enfin parce que travailler sur les femmes migrantes, et analyser la dimension genrée des migrations implique une démarche pluridisciplinaire, toujours délicate en elle-même, et qui n'est guère reconnue dans le savoir académique en France » (Falquet et Rabaud 2008 : 7). Par ailleurs, pendant un assez long temps, ce furent les migrations de travail à destination de l'industrie européenne et donc à dominante masculine, qui furent majoritaires, le regroupement familial étant venu après. Le développement que connaît ce champ de recherche depuis ces deux dernières décennies est essentiellement dû au changement de regard qui s'est opéré : « une perspective féministe et/ou de genre apparaît de plus en plus indispensable pour analyser notamment l'internationalisation et la féminisation de la reproduction sociale et du care » (Ibid. : 8). En effet ainsi que L. Oso et C. Catarino l'observent : « l'invisibilité de la migration féminine a été créée par le stéréotype de la femme considérée économiquement inactive et dépendante de l'homme. Les activités professionnelles exercées par les femmes dans la migration (emplois domestiques, emplois saisonniers, prostitution, activités illégales) ou les emplois formels mal rémunérés … n'ont pas été appréhendés comme de véritables activités économiques ou ont été perçus comme des activités marginales, renforçant ainsi la mésestimation du phénomène de la migration féminine (Morokvasic 1984) » (Oso, Catarino 1996 : 61). En même temps, très peu d'études concernant la mobilité sociale intergénérationnelle ou intra-générationnelle ont été réalisées selon une perspective de genre.

Dans cette thèse, la notion de mobilité constituera un outil d'analyse permettant d'étudier différents processus de transition à la fois spatiale et sociale réalisés par des femmes d'origine rurale qui résidaient dans la ville de Gondär à l'époque de mes enquêtes. En effet, bien que la mobilité géographique des femmes (plus particulièrement leur exode rural vers les villes) soit un phénomène observé de longue date en Éthiopie ainsi que dans d'autres pays africains, elle représente, encore aujourd'hui, un thème de recherche qui fait l'objet d'un intérêt restreint. Dans cette thèse, elle est traitée dans le chapitre 2 dédié à une épidémiologie sociale du VIH/sida. J'y examinerai les relations entre les dynamiques d'expansion de cette maladie et la mobilité interne de la population éthiopienne des zones rurales vers les villes qui est à dominante féminine. Elle sera traitée également dans le dernier chapitre, en lien avec les transitions sociales qui se sont produites au sein de six biographies de femmes séropositives originaires des zones rurales. Plus précisément, considérées comme *« la condition, d'une part, et le symbole, d'autre part des relations humaines »* (Simmel 2004 : 53) socialement et sexuellement déterminées, les mobilités géographiques et sociales de ces six femmes rendent compte des facteurs responsables du changement de la condition de sujets historiquement exclus

des phénomènes de transition sociale et de production culturelle dans la société éthiopienne. Nous montrerons que parmi ces facteurs, le VIH/sida joue un rôle prééminent. En effet, ainsi que nous le verrons dans le chapitres 3, les formes de régulation sociale des populations les plus marginalisées mises en œuvre dans le cadre de la lutte contre cette maladie ont produit différentes formes de capital social et humain dont la mutualisation entre les malades et l'usage que ceux-ci en font dans la société permettent à la fois des types variés de mobilité professionnelle et plus particulièrement une évolution de leur statut social. On verra que cette évolution est liée à la fois aux nouveaux types de sociabilité que les stratégies de lutte contre le VIH/sida ont fait émerger et aux formes de reconnaissances sociales accordées à des citoyennes marginalisées sur la base de leur condition médicale. Et, plus précisément, nous verrons que leur séropositivité au VIH a contribué à les faire rompre avec un certain type de relations sociales traditionnelles (Bertaux 1974 : 329), par le fait de leur avoir donné accès à un répertoire d'activités (comme celles consistant à informer et à sensibiliser sur le VIH) et à un ensemble de droits et d'obligations (comme les soins, un revenu, nouvelles formes de solidarités) et, de la sorte, à générer de nouveaux rapports de ces malades à soi, aux autres et à la collectivité.

Pauvreté féminine : critique d'une prénotion

Dans la société française comme dans d'autres sociétés européennes, la figure de l'homme pauvre a été longtemps incarnée par celui qui ne disposait pas de ressources suffisantes pour subvenir à ses propres besoins et à ceux de sa famille (femme et enfants), tandis que la femme pauvre était celle qui ne pouvait pas compter sur les ressources d'un conjoint (Périvier 2016 : 159). Cet imaginaire en dit long sur le statut de la femme dans ces sociétés et sur les liens qui ont été historiquement établis entre pauvreté féminine et prostitution ou encore, plus particulièrement au XIXème siècle, entre pauvreté féminine et travail ouvrier. Dans un article paru en 1988, « *L'ouvrière ! Mot impie, sordide …* Women workers in the discourse of French political economy 1840-1860 », J. W. Scott fait ressortir toute la complexité de la notion sociologique de « pauvreté ». Il commence par souligner l'ambiguïté caractérisant les débats politiques autour du thème « femmes et pauvreté » qui ont eu lieu à cette époque. En effet, plutôt que prendre comme objet les femmes pauvres en raison d'un accès limité aux ressources matérielles et monétaires, le débat politique et les nombreuses publications autour de ce sujet, portaient sur des travailleuses qui vivaient seules, et qui furent identifiées comme *« femmes isolées »*.

> « *Femmes isolées* represented the domain of poverty, a world of turbulent sexuality, subversive independence, and dangerous insubordination. They embodied the city itself. … *Femmes isolées* signified economic and social deviance. … In the regime of the policing of prostitution, *femmes isolées* referred to clandestine prostitutes who were not registered in one of the houses where the trade was permitted. In surveys of workers, such as the Statistique de l'industrie prepared by the Paris chamber of commerce in 1848, *femmes isolées* denoted women wage-earners (usually seamstresses or dressmakers), living alone in furnished rooms where they sewed garments at piece rates for the ready-made clothing trades … ».
>
> (Scott 1988 : 142 ; 147)

Dans les débats publics comme dans les écrits de cette époque, toute distinction entre considérations économiques et considérations morales était impossible. La dépendance économique des femmes à l'égard des hommes, liée à leur subordination sociale, était considérée comme un fait d'ordre naturel qui trouvait dans la famille sa pleine justification. Ainsi, même face à la féminisation croissante du travail ouvrier, économistes et hommes politiques de l'époque continuèrent à assimiler les femmes ouvrières avec les prostituées en les considérant comme un exemple d'immoralité et de « pauvreté féminine ». En prenant en considération les écrits d'un professeur, membre de la Société d'Économie Politique, Jules Simon et d'une préceptrice, Julie-Victoire Daubié, J.-W. Scott conclut :

> « In effect, Simon and Daubié simply reversed the emphasis of earlier constructions, making explicit what had before been implicit (that modest women and good mothers were the antitheses of prostitutes, that discipline and domestic order were the opposite of poverty). The effect on representation of women workers was striking : they were more portrayed as victims torn by economic necessity (poverty) from their natural labour as mothers and wives ».
>
> (Ibidem)

Dans un ouvrage paru en 1983, seulement huit ans après l'Année de la Femme, voulue par l'ONU et inaugurée par la Conférence de Mexico en 1975, les auteurs offrent une toute autre image de la « pauvreté féminine » :

> « (…) il existe une hiérarchisation à l'intérieur des groupes les plus démunis qui provoquent, pour les femmes et les enfants, une plus grande souffrance. 'Existe-t-il quelqu'un de plus sous-alimenté et de plus désespéré qu'un pauvre au bas de l'échelle sociale d'un pays sous-développé ? Oui, sa femme et le plus souvent ses enfants ».
>
> (Bisilliat, Fieloux 1992 : 5)

Ces appréhensions tellement contrastées de la pauvreté féminine, l'une prenant comme marque identitaire l'isolement de la femme et l'autre prenant comme critères sa subordination et son déficit de pouvoir au sein même de la famille, nous font comprendre que loin d'être une évidence, la pauvreté du point de vue des sciences sociales est une représentation sociale historiquement et politiquement construite. Selon S. Paugam (2005 : 7), la pauvreté est en première instance une prénotion au sens durkheimien du

terme. En suivant la définition du père fondateur de la sociologie universitaire française, une « prénotion »[32] est une notion élaborée spontanément dans les actions de tous les jours et dont le sociologue doit se dégager afin de procéder à l'étude scientifique des faits :

> « Ces notions, en effet, ou concepts, de quelque nom qu'on veuille les appeler, ne sont pas les substituts légitimes des choses. Produits de l'expérience vulgaire, ils ont, avant tout, pour objet de mettre nos actions en harmonie avec le monde qui nous entoure ; ils sont formés par la pratique et pour elle … Elles sont, au contraire, comme un voile qui s'interpose entre les choses et nous et qui nous les masque d'autant mieux qu'on le croit plus transparent ».
>
> (Durkheim 2009 : 58)

Essayer d'étudier la pauvreté féminine dans la société éthiopienne nous amène à la fois à repérer la représentation sociale des pauvres qui y prévaut et les représentations que se font d'elles-mêmes des femmes en situation de forte précarité économique et sociale. Qui sont les femmes pauvres dans une société où certaines pratiques comme le jeûne ou la charité ont historiquement bénéficié d'une valorisation religieuse et culturelle, et certains styles de vie comme la mendicité ont été même prescrits aux veuves et aux femmes célibataires stériles ? Autrement dit, quel est le sens que la société éthiopienne confère-t-elle à la pauvreté ? Que pourrait nous dire l'acceptation culturelle de ces pratiques et la prescription de certains styles de vie sur la condition de femmes qui pour échapper à la misère travaillent par exemple comme aide-maçonne ? Comment interpréter la condition de femmes d'origine rurale qui aspirant à une condition meilleure se séparent de leur conjoint ou de leur famille paternelle et émigrent vers la ville ? Quelles sont les formes sociohistoriques des réseaux d'interdépendances entre les femmes considérées comme pauvres et le reste de la société ? Comment se présentent ces interdépendances à une époque où les politiques de développement ont été repensées tant au niveau d'institutions comme la Banque Mondiale et le FMI qu'au niveau des pouvoirs politiques locaux dans les termes de programmes de lutte contre la pauvreté ciblant plus spécialement les femmes, lesquelles sont par ailleurs de plus en plus nombreuses parmi les chefs de famille ? Telles sont les questions qui me guideront dans la tentative d'examiner d'une part la représentation sociale de la pauvreté féminine et d'étudier d'autre part l'impact du VIH/sida sur les mécanismes d'identification et désignation des pauvres selon une dimension sexuée et sur les stratégies de leur prise en charge.

Citoyenneté et genre

« Le personnel est politique » - « le privé est politique » : deux formulations d'un même slogan, celui de la seconde vague du mouvement féministe de la fin des années

[32] Il est utile de préciser que tout en ayant prétendu emprunter ce terme au philosophe anglais F. Bacon, E. Durkheim en donne une toute autre définition (Durkheim 2009 : 60).

1960 qui est devenu par la suite un véritable credo de nombre de féministes tout en faisant l'objet en même temps de différentes critiques de la part d'autres exposantes du *Black Feminism*. Parmi ces dernières, Angela Davis a souligné à juste titre que loin d'instaurer une équivalence entre le personnel, au sens de privé/domestique, et le politique, la pensée féministe devrait plutôt expliquer les rapports dialectiques entre ces deux dimensions de la vie des femmes dans la société qui sont de fait inséparables l'une de l'autre et dont les articulations dépendent de l'intrication de plusieurs inégalités subies par les femmes, en fonction de leur condition sociale et économiques, de leurs origines ethniques ou géographiques.

> « Since I personally witnessed police violence . . . during that period, my negative response to the feminist slogan, "the personal is political" was quite understandable. While I continue to disagree with all easy attempts to define these two dimensions as equivalent, I do understand that there is a sense in which all efforts to draw definitive lines of demarcation between the personal and political inevitably misconstrue social reality. For example, domestic violence is no less an expression of the prevailing politics of gender because it occurs within the private sphere of a personal relationship. I therefore express my regrets that I was not able to also apply a measuring stick which manifested a more complex understanding of the dialectics of the personal and of the political ».
>
> (Davis 1988 : 8)

En l'appréhendant plutôt dans le sens de l'intrication de la sphère privée avec la sphère politique et de leurs rapports dialectiques, je considère ici le slogan féministe – « le privé est politique » - comme emblématique des rapports historiques des femmes avec le politique. Les femmes se sont en effet constituées en tant que « sujet politique » à partir de leur exclusion publique de la « cité ». Il s'agit d'une contradiction apparente qui a pourtant construit le rapport entre différentes pensées féministes et le concept de « citoyenneté » sous le signe du paradoxe et de l'ambivalence. S. Roseneil remarque à cet égard :

> « Citizenship is a troubling proposition for feminism. Intensely luring in its expansive, inclusionary promise, yet inherently rejecting in its restrictive, exclusionary reality, it is an ambivalent object for those of us committed to radical projects of social transformation ».
>
> (Roseneil 2013 : 1)

Dans cette introduction je me limiterai à attirer l'attention sur deux exemples tirés respectivement de l'histoire ancienne et de l'histoire contemporaine qui peuvent nous aider à mieux comprendre cette contradiction apparente. Le premier exemple nous est offert par Sophocle, auteur de la tragédie *Antigone*, laquelle a été par ailleurs source de réflexions pour de nombreuses féministes. La protagoniste qui s'appelle elle-même Antigone, en procédant à l'enterrement de son frère Polynice, enterrement qui avait été interdit par un édit royal, affirme l'illégitimité de ce décret. Antigone se réclame des lois

divines, non-écrites et éternelles et justifie son combat pour l'enterrement de son frère en raison de son amour fraternel :

> « Je ne suis pas née pour partager la haine, mais l'amour »
>
> (Sophocle 1869 : 31)

En revanche, Créon, roi de Thèbes et oncle d'Antigone, soutient que les lois humaines ne peuvent pas être enfreintes sur la base de convictions personnelles et il finit par disqualifier sa nièce sur un critère sexiste en affirmant :

> « Mais tant que je vivrai, ce n'est pas une femme qui régnera »
>
> (Ibidem)

L'épilogue de la tragédie qui se conclut avec un enchaînement de fatalités, la mort d'Antigone et de son fiancé Hémon, fils de Créon, puis de son épouse Eurydice et du roi lui-même, souligne la difficulté insurmontable pour la loi à concilier deux ordres moraux également légitimes et pourtant opposés : d'une part, celui des liens de sang, de l'amour fraternel incarné par Antigone qui se bat pour accomplir les rites funéraires à l'égard du corps de son frère en vue de garantir la cohésion familiale dans ses relations avec les divinités ; d'autre part, l'ordre moral de la *polis* incarné par le roi qui exige que les décisions de l'autorité politique soient respectées pour garantir la cohésion civique. Mais dans cet antagonisme, est également significatif le fait que c'est bien une femme qui se bat au nom des lois non-écrites et des liens de sang pour l'enterrement de son frère. Sa subjectivité politique se construit ainsi précisément à partir de son exclusion, en tant que femme, des affaires de la cité.

Dans un tout autre contexte historique et politique, Olympe de Gouges a proposé une *Déclaration des Droits de la femme et de la citoyenne* en 1791 mettant ainsi au jour les limites de l'apparente universalité des droits proclamés par la Déclaration des *Droits de l'homme et du citoyen* de 1789. Dans cette déclaration elle revendiquait l'égalité des droits civils et politiques des deux sexes. Elle réclamait un traitement égalitaire envers les femmes dans tous les domaines publics et privés de la vie et par delà le droit au vote et à la propriété privée, le droit de pouvoir prendre part à l'éducation et à l'armée, le droit d'exercer des charges publiques, l'égalité de pouvoir dans la famille et dans l'Église. La phrase la plus célèbre de cette Déclaration, qui fut cependant rejetée par l'Assemblée Constituante (1792-1795), est : « La Femme a le droit de monter sur l'échafaud ; elle doit avoir également celui de monter à la Tribune » (art. x). Olympe de Gouges demandait aussi l'instauration du divorce pour les femmes (le premier et seul droit reconnu aux femmes par la Révolution), la suppression du mariage religieux, son remplacement par un contrat civil stipulé entre concubins et la reconnaissance des fils

naturels. Dans *A Vindication of the Rights of Woman* paru en 1791, M. Wollstonecraft[33] demandait le suffrage pour les femmes et en même temps elle mettait en avant leur contribution spécifique à la nation en tant que mères, c'est-à-dire *« nurture of the next generation of citizens »* (Pateman 2005 : 19). Elle posait ainsi l'un des dilemmes incontournables des rapports entre féminisme et citoyenneté (Sapiro 1992 ; Pateman 1989 ; Scott 1989) : est-ce que la maternité est un facteur d'exclusion des femmes de la vie politique ou bien d'inclusion ? Féministes libérales, socialistes et *« maternalistes »* (*maternalist*) ont pris des positions assez différentes et éloignées entre elles en optant soit pour un modèle de citoyenneté fondée sur l'égalitarisme entre hommes et femmes soit pour un modèle de citoyenneté qui valorise la différence entre hommes et femmes, la maternité étant considérée comme une capacité spécifique des femmes qui fonde précisément cette différence. Dans son article, « Equality, difference and subordination : the politics of motherhood and women's citizenship », C. Pateman remarque :

> « Childbirth and motherhood have symbolized the natural capacities that set women apart from politics and citizenship ; motherhood and citizenship, in this perspective, like difference and equality, are mutually exclusive. But if 'motherhood' represents all that excluded women from citizenship, motherhood has also been constructed as a political status. Motherhood, as feminists have understood for a very long time, exists as a central mechanism through which women have been incorporated into the modern political order. Women's service and duty to the state have largely been seen in terms of motherhood, and to begin to examine the politics of motherhood it is necessary to see how women's duty is connected to men's service to the state as workers and soldiers ».
>
> (Pateman 2005 : 15-16)

En effet, les femmes ont été historiquement incorporées dans l'ordre politique de façon différente des hommes. Subordonnées aux hommes dans la sphère privée et exclues du domaine public, elles se sont vu tout de même confier la tâche, qui est aussi une tâche politique, de mettre au monde, d'élever et d'éduquer les futurs citoyens de la nation. Par ailleurs, « nombre de droits sociaux qui les concernent plus spécifiquement (protection de la maternité, interdiction du travail de nuit, notamment) ont été instaurés avant qu'elles n'aient le droit de vote, et beaucoup de droits civils (notamment dans le mariage) ont continué à leur être refusés jusque dans les années 1970 (Lamoureux 1989 :11) » (Del Re *et al.* 1996 : 15). Il s'agit toutefois de droits sociaux très spécifiques que les femmes ont obtenus avant que les hommes n'accèdent à tout type de droit social en raison paradoxalement de leur exclusion de la citoyenneté (Marshall 1950). En effet, dans plusieurs pays occidentaux la construction du *welfare state* qui a permis la concrétisation des droits sociaux (Ibidem) s'est basée à la fois sur le droit à l'emploi et sur le modèle de l'homme-chef-de-famille et de la femme-épouse dépendante (Pateman 1989). Ainsi, longtemps exclues du système public du *welfare state*, les femmes ont

[33] Écrivaine, philosophe et avocate des droits de la femme née en Angleterre en 1759 et morte en 1797.

pourtant donné une contribution cruciale à la cohésion sociale grâce à leur travail invisible de reproduction sociale et de *care*. En outre, les femmes elles-mêmes ont accédé au statut de mère de façon inégale - il suffit de penser aux mères célibataires ou bien aux pratiques de stérilisation qu'ont subies dans un passé non lointain les femmes appartenantes aux minorités ethniques dans les Etats-Unis[34] -, et, par ailleurs le travail de reproduction sociale et de *care* a été lui aussi historiquement inégalement reparti et pratiqué parmi les femmes (Nakano Glenn 1996). En ce qui concerne l'Éthiopie, les toutes premières politiques en faveur des femmes remontent aux années 1950. Les Éthiopiennes ont obtenu le droit de vote et d'être élues au Parlement en 1955. Cependant, les expériences qu'elles ont historiquement faites de leur citoyenneté ont été fortement conditionnées par les inégalités sociales dans la population féminine (voir *infra* § IV.2.2). Est-ce que le contexte de la lutte contre le VIH/sida a permis la production d'un ensemble de valeurs et de pratiques qui ont contribué à changer l'expérience que les femmes et plus précisément certaines catégories d'entre elles, ont pu faire de la citoyenneté en Éthiopie ? Est-ce que ces valeurs et ces pratiques ont permis de donner une nouvelle place à des femmes socialement marginalisées grâce à leurs expériences de participation à la société civile ou grâce à leurs expérience d'accès à des droits sociaux et sanitaires ou encore grâce à la possibilité pour des femmes seules avec des enfants à charge, ou à des professionnelles du sexe qui sont aussi des mères, de négocier un statut social différent de celui que l'ordre patriarcal traditionnel leur a attribué ? Est-ce que le contexte de la lutte contre le VIH/sida a eu un impact sur les libertés individuelles des femmes en matière de sexualité ?

Méthodologie

Les données que j'analyse dans cette thèse ont été recueillies au cours de trois terrains ethnographiques intermittents réalisés entre novembre 2007 et novembre 2010 pour une durée totale de 12 mois en Éthiopie[35]. Plus précisément, à l'exception de trois semaines passées à Addis-Abeba - 2 semaines en novembre 2007 pour consulter du matériel bibliographique (littérature grise sur le VIH/sida en Éthiopie ; articles de la presse), 1 semaine en mars 2009 et 1 semaine en septembre 2010, pour interviewer les

[34] « If women have had the duty to give birth for the state, not all women have been seen as fit to be mothers. Middle-class white women, above all, as 'superior' genetic stock, have been seen as undermining the nation by limiting the extent of their service, or avoiding service altogether, by 'unnatural' means. Other women have been subject to measures to prevent them from fulfilling their duty ; women from indigenous, migrant or black majority populations in western countries have been sterilized without their consent, and arguments surface regularly about the deleterious effects of differential births rates of women classified to IQ or class. As I was writing this essay, the Philadelphia Inquirer published a controversial editorial advocating incentives to encourage poor black women to use a new birth control implant, which could keep them from becoming pregnant for up to five years » (Ibid. : 122).

[35] Deux de ces terrains (novembre 2007-mai 2008 ; septembre-novembre 2010) ont été réalisé avec la coopération du CFEE d'Addis-Abeba qui a aussi financé le premier. Le deuxième terrain ethnographique a été réalisé avec le coopération et le financement du CEAf, mon laboratoire de rattachement, IMAF depuis janvier 2014.

survivants des groupes fondateurs des deux premières associations de PVVIH éthiopiennes -, le reste de l'enquête ethnographique a été menée dans la ville de Gondär avec deux déplacements dans une petite ville rurale, située à une vingtaine de kilomètres de distance, Täkäl Dəngay[36]. Loin de se limiter à cette désignation géographique, le terme terrain renvoie ici tout à la fois à

> « un type de pratique et de comportement (à la fois social et scientifique), un objet et plus largement un domaine thématisé, enfin une tradition scientifique voire un rite d'entrée dans la profession ».
>
> (Copans 2005 : 12)

En tant que « rite d'entrée dans la profession », le terrain ethnographique de cette recherche doctorale est le premier que j'ai réalisé. Philosophe de formation et titulaire d'un D.E.A en anthropologie, les enquêtes ethnologiques menées en Éthiopie entre 2007 et 2010 représentent en effet un véritable rite d'initiation au métier d'anthropologue dans la mesure où elles ont constitué l'« expérience ethnographique » (Leservoisier *et al.* 2005 : 5-32) matricielle pour l'acquisition de méthodes, savoir-faire, savoir-être et d'une connaissance en tant que savoir critique, capable à la fois de dévoiler et d'analyser les contradictions sociales et humaines qui travaillent la réalité à l'apparence anodine de la vie de tous les jours. Les choix du sujet de cette recherche et de la ville ont été initialement dictés par une série d'événements contingents et à l'époque où cette recherche doctorale a démarré je n'imaginais pas qu'elle me prendrait autant de temps et qu'elle donnerait les résultats présentés dans cette thèse. M. Leiris en est en quelque sorte à l'origine. Car, dans mon mémoire de maîtrise en philosophie intitulé, *« Michel Leiris : entre une ethnologie du sauvage et une anthropologie humaniste, parcours biographique d'un 'occidental mal dans sa peau' »*, je m'étais intéressée à cet auteur (écrivain et anthropologue) pour analyser à travers l'évolution de son profil intellectuel les différents statuts et places que l'ethnologie s'est vue accorder dans les sciences sociales en France entre la fin des années 1920 et le milieu des années 1950, comme dans des espaces culturels hétéroclites qualifiés de « surréalisants », tels que la revue *Documents* (1929) et le Collège de sociologie (1937-39) où l'ethnologie a plus spécialement joué le rôle d'une critique savante de la société occidentale. Au cours de mon année de D.E.A sous la direction du regretté Daniel Fabre, en me basant exclusivement sur la bibliographie existante j'ai réalisé une étude autour des aspects syncrétiques du culte éthiopien des *zar*. Il s'agit d'un culte thérapeutique à base de

[36] Dans cette ville rurale j'ai essentiellement réalisé des entretiens avec un moine et un prêtre autour du rite du ṭäbäl. C'est un rite chrétien orthodoxe auquel est reconnu un pouvoir miraculeux de guérison. Le mot *ṭäbäl* signifie eau bénite, mais il peut également indiquer tant le rite que les sites où se trouvent les sources d'eau bénite. Avant que l'Éthiopie obtienne l'accès gratuit aux antirétroviraux, un grand nombre de personnes affectées par le VIH/sida ont eu recours à ce rite dans l'espoir d'être guéries (Hermann-Mesfen 2012 ; De Rosis 2015 : 92, 109 ; voir *infra* Chapitre III et Chapitre IV).

possession étudié par M. Leiris au cours de la Mission Dakar-Djibouti (1931-33), mais sur lequel ont travaillé aussi, entre les années 1950 et les années 1980, des anthropologues comme Allan Young, Simon Messing et Jacques Mercier. La rencontre avec ce dernier, une fois que j'avais déjà achevé mon mémoire de D.E.A en juillet 2005 et des échanges avec Éloi Ficquet, historien spécialiste de l'Éthiopie, ont été décisives dans mon orientation vers l'étude anthropologique du VIH/sida. À cette époque je songeais plutôt à formuler un projet de thèse sur les réponses de la médecine traditionnelle face à la diffusion de cette nouvelle pathologie en Éthiopie. Cependant, la prise de contacts et les échanges avec une organisation humanitaire internationale engagée dans la lutte contre le sida en Éthiopie, CVM/APA, dont le siège principal est situé à Porto San Giorgio, en Italie, et dont une antenne était à l'œuvre dans la ville de Gondär entre 1995 et 2009, ont modifié mon regard sur l'épidémie à VIH/sida en Éthiopie. En effet, après avoir étudié les rapports d'activité du CVM/APA de Gondär et après avoir eu des échanges avec des membres du personnel de cette organisation qui avaient été à Gondär vers la fin des années 1990, j'ai mûri la décision de réaliser mes recherches de terrain auprès des personnes séropositives et plus particulièrement auprès des femmes membres d'associations de PVVIH pour étudier les stigmates associés à leur condition ainsi que les discriminations subies. Mon entrée sur le terrain, symbolisée par l'assemblée de PVVIH de *Fərəḥəywät Maḫbär* décrite en ouverture de cette thèse ainsi que la première phase d'enquêtes, m'ont amenée par la suite à repenser et à reformuler mon projet de recherche autour des effets de la prise en charge globale de femmes séropositives socialement défavorisées pouvant bénéficier d'un accès gratuit aux médicaments contre le VIH/sida.

Retours réflexifs sur le terrain : enjeux éthiques et méthodologiques de la recherche

Les premières observations, débutées en décembre 2007, ont été réalisées auprès de *Fərəḥəywät Maḫbär*, association de PVVIH où j'ai conduit également des entretiens semi-directifs avec des membres de cette association. Mon introduction auprès de *Fərəḥəywät Maḫbär* a été facilitée grâce aux bons soins de l'équipe d'opérateurs locaux travaillant à l'antenne de l'organisation humanitaire internationale CVM/APA située à Gondär qui avait coopéré à la création de *Fərəḥəywät Maḫbär*. Vers la fin de décembre 2007 par le biais de CVM/APA, j'ai réussi à obtenir un accès au service de PTME du North Gondar University Hospital et aux deux centres de soin situés respectivement à Azäzo (qäbäle périurbain) et Arädа (quartier du centre-ville). Il s'agissait de laissez-passer que les responsables de ces institutions m'avaient accordés une fois pris connaissance de mon projet de recherche dont ils avaient reçu copie en anglais par l'intermédiaire de cette organisation humanitaire bien connue dans la ville de Gondär. Au cours de ces enquêtes

j'ai réalisé également des entretiens avec des infirmières et des médecins. Or, cette facilité d'accéder à un « terrain sensible » et de fait surinvesti d'enjeux éthiques, épistémologiques et méthodologiques (Dozon 1983 ; Caraël 1993 ; Desclaux 1992 ; 2008a ; 2008b ; Fassin 1999 ;Vidal 1995), ne me mettait absolument pas à l'abri d'un certain « inconfort ethnographique » (Gruénais 1995). Certes, je n'étais pas confrontée à la souffrance de malades qui ne pouvaient pas accéder aux traitements et qui étaient inéluctablement condamnés à mourir de sida, souffrance dont plusieurs anthropologues ont rendu compte (Raynaut, Muhongayire 1993 ; Vidal 1996 ; 2004 ; Le Marcis 2004 ; Fassin 2006 ; 2010) ; en même temps l'annonce de la séropositivité au VIH ne constituait plus un problème pour le corps médical et paramédical. Cependant, les relations avec des malades pour lesquels le VIH/sida était vécu plutôt comme une ressource que comme un problème de santé, me confrontaient à des réalités sociales de très grande pauvreté et de forte marginalité. Je constatais que ces malades faisaient l'objet d'un traitement différentiel au sein de l'hôpital et des centres de soins. Les personnels soignants et médicaux me les envoyaient en me présentant comme une étrangère non-africaine (*färäŋǧ*) qui souhaitait les interviewer et mon identité sociale créait des espoirs et des attentes quant à mes possibilités de leur venir en aide. En les informant sur la nature et les objectifs de ma recherche, ainsi que sur la garantie de confidentialité et d'anonymat quant au contenu de nos entretiens, j'essayais de souligner nos rôles réciproques insistant sur le fait que j'étais une étudiante se trouvant à Gondär pour mener des enquêtes. Les lieux des entretiens ont été laissés au libre choix des interlocuteurs. Un nombre important de rendez-vous ont eu lieu dans le jardin de l'hôpital de Gondär, à la sortie du service de PTME, d'autres au domicile des personnes séropositives, d'autres encore dans les locaux de *Fəreḥəywät Maḫbär* et de *Wəgagän*, une association de femmes vivant avec le VIH qui a été créée à Gondär en 2007. Plus précisément, avec un certain nombre d'interlocutrices, je me suis engagée à approfondir nos échanges selon le principe de « sociabilité d'une relation ordinaire » (Copans 2005 : 13). Plutôt que de répondre positivement à leurs demandes de cadeaux ou d'aides financières j'ai essayé de les soutenir et de les accompagner dans leurs démarches auprès des ONG et des associations de PVVIH ou bien de discuter avec elles des évolutions de leurs projets et de leurs engagements associatifs. J'ai essayé de « rendre compte » (Vidal 2011) de mon travail en leur parlant des résultats partiels de mes enquêtes et de ce que je comptais faire des données recueillies. Également, lors de mes retours sur le terrain je les ai informées de l'état d'avancement de mes travaux de recherche. Je me rendais compte de la sorte que ces personnes appréciaient mon regard critique vis-à-vis des structures sanitaires, des ONG et du fonctionnement des associations de malades et étaient en même temps très contentes de voir ma recherche avancer. En définitive, plutôt que d'appliquer mécaniquement des normes éthiques visant

à protéger des « personnes contre les risques que pourrait leur faire courir la recherche » - normes qui au cours de ces trois dernières décennies ont fait l'objet d'un très large débat au sein des sciences sociales - , j'ai considéré « l'éthique comme un processus de construction » (Fassin 2008) au cours duquel j'ai explicité les questions, j'ai exploré les enjeux et négocié les réponses.

Les entretiens avec les personnes séropositives, 50 femmes et 20 hommes, m'ont permis de définir avec plus de clarté l'objet de recherche, à savoir la prise en charge des femmes séropositives socialement défavorisées et désignées comme femmes pauvres. Par ailleurs, entre mars et juin 2009 j'ai réalisé des enquêtes auprès d'une association de professionnelles du sexe et auprès de huit femmes impliquées dans des formes variées de commerce sexuel. Ces enquêtes ont fourni des éléments d'explication très importants des liens entre pauvreté féminine et travail du sexe. Concernant les 20 hommes, il s'agit de 18 membres d'associations de PVVIH[37] et de 2 conjoints de femmes séropositives que j'ai rencontrés dans les services de PTME du Poly Health Center. Les entretiens en profondeur que j'ai réalisés avec ces malades m'ont permis aussi d'identifier les autres acteurs intervenant dans la réalisation de leur prise en charge. Ainsi, j'ai conduit des entretiens semi-directifs et des observations au sein de l'ONG locale OSSA (avril 2007 ; septembre-novembre 2010) et sur le programme Home and Community-based Palliative Care for PLWHIV, réalisé par des associations locales d'entraide (*əddər, sänbäte et ǧäm'əya*), sous l'égide de Family Health International Ethiopia (FHIE) entre septembre et novembre 2010. J'ai étudié leurs rapports et leurs projets d'activité. J'ai également observé certaines des activités menées par ces organisations et associations auprès des malades et j'ai assisté à certaines de leurs réunions de programmation. En outre, afin de reconstruire la mobilisation des PVVIH et pour pouvoir identifier les enjeux principaux qui l'ont structurée j'ai aussi conduit des entretiens semi-directifs avec les survivants des deux premières associations éthiopiennes de PVVIH qui ont été créées à Addis-Abeba à la fin des années 1990 et avec deux employés des deux organisations, OSSA et MMM, qui ont participé à la création de ces associations de malades. Des observations plus ponctuelles dans le service de PTME et sur le suivi des patients sous thérapie antirétrovirale, ainsi que dans le service de dépistage volontaire de l'hôpital de Gondär, ont été réalisées au cours du deuxième terrain ethnographique (mars-mai 2009). Ces observations ont été accompagnées par des entretiens avec le personnel médical et soignant et avec les patients. Pour ces enquêtes j'ai obtenu le « permis éthique » de la part du North Gondar University Hospital[38]. Au cours de deux derniers terrains ethnographiques mes enquêtes auprès des ONG et des associations locales d'entraide ont

[37] 17 hommes étaient membres de *Fəreḥəywät Maḫbär*, 1 était membre d'une association de personnes séropositives s'étant créée au sein du programme d'aides et de soutien psycho-social aux PVVIH organisé par des associations locales d'entraide sous l'égide de Family Health International-Ethiopia.

[38] Voir Annexe A. Un rapport très bref a été remis au Research and Publication Office de l'Université de Gondär concernant les entretiens et les observations effectués.

été facilitées par une lettre de présentation de la part du Maire de Gondär. Ces deux derniers terrains ethnographiques ajoutés aux discussions et aux échanges que j'ai pu avoir à Paris avec d'autres Éthiopiens, notamment mes enseignantes d'amharique, ont constitué d'excellentes opportunités pour mieux saisir la place et la valeur accordées dans la société éthiopienne à des femmes dont les formes de marginalité sociale s'expriment à plusieurs niveaux et qui ne sont pas de fait retenues pour représentatives de la « culture éthiopienne ». Pourquoi m'intéressais-je à des domestiques exposées à des conditions de travail servile, ou encore par exemple à des femmes originaires de villages ruraux qui après s'être séparées de leur famille paternelle ou de leur conjoint travaillaient comme journalières dans la ville de Gondär ? Que pouvaient dire ces femmes parmi les plus marginalisées et stigmatisées de la société éthiopienne sur l'organisation et le fonctionnement de cette société à l'étrangère que j'étais ? Telles étaient les questions que mes enquêtes soulevaient auprès de la plupart d'Éthiopiens auxquels j'exposais le contenu de ma recherche de doctorat. J'y reviendrai dans la conclusion générale de cette thèse.

PARTIE I

L'ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN ÉTHIOPIE : ANTHROPOLOGIE D'UNE NOSO-POLITIQUE

INTRODUCTION À LA PREMIÈRE PARTIE

Le VIH/sida en Éthiopie : un drame global en contexte local

Nouveau phénomène morbide porté soudain sur le devant de la scène au cours des années 1980 par l'accélération de sa propagation, le VIH/sida s'est, d'emblée, constitué comme un avatar dans la séquence des progrès scientifiques et techniques de la biomédecine et de la santé publique. Dans les pays riches, son expansion est survenue à une époque où les maladies infectieuses étaient désormais considérées comme des événements appartenant à un passé lointain voire comme des réalités cantonnées dans d'autres aires géographiques ou bien reléguées dans les couches les plus défavorisées de la population. Le VIH/sida vint ainsi progressivement détruire ces a priori scientifiques et il finit par poser des défis majeurs à la recherche biomédicale et aux responsables politiques et sanitaires. Mais encore avant que la nouvelle pathologie se constitue comme un fléau terrible et inattendu ; même avant que la biomédecine en identifie la nosologie et son origine virale, le phénomène morbide s'inscrivit au cœur de champs multiples et mouvants d'expérience, celle des malades, de leurs proches, de certains groupes de personnes considérées à risque et d'autres citoyens qui ont participé à différents titres à sa progressive construction de « fait social »[39].

Les formes et degrés de visibilité de chaque champ d'expérience de la maladie, les manières de la penser, d'agir à son égard, les façons de se sentir concernés ont varié en fonction des différentes procédures de gouvernement des corps déjà à l'œuvre dans les domaines de la recherche biomédicale et de la santé publique mais aussi en fonction des

[39] En suivant la définition d'É. Durkheim j'entends ici par « fait social » « toutes manières de penser, de sentir et d'agir, extérieures à l'individu et douées d'un pouvoir de coercition en vertu duquel elles s'imposent à lui » aussi bien qu'au corps social dans son ensemble (Durkheim 2009 : 4). Dans son article « Politique publique et sida en Afrique », F. Eboko utilise cette clé de lecture en regard du « sida en Afrique » (Eboko 2005 : 12-14). Le politologue met en exergue les difficultés rencontrées dans les pays de l'Afrique subsaharienne à « ériger le sida en fait social » face à la pluralité de conceptions culturelles, sociales mais aussi politiques existant autour de la pathologie émergente. Également dans les pays du Nord, la constitution du sida comme phénomène social collectif s'imposant à chaque individu de l'extérieur en raison du pouvoir coercitif de ses manières d'être pensé, d'être vécu et de concerner chaque individu, a été le résultat de processus discontinus et instables d'appropriation et de résistance de la part des diverses catégories à risque et de fractions de la société qui se sont positionnées de façon différente et contradictoire vis-à-vis des constructions des discours médicaux et sanitaires sur la maladie et vis-à-vis de leurs interprétations idéologiques. Ainsi que nous le verrons en détail plus loin, dans ces pays l'on a en effet observé tant de positionnements moralisateurs voire de réprobation en regard des groupes à risque et des malades que des mobilisations prônant en revanche, pour leur respect et la protection des libertés individuelles et des droits de la personne.

débats que l'apparition de cette pathologie nouvelle sollicita ou alimenta, de façon différente d'une société à l'autre, sur des questions sociales plus vastes comme la pauvreté, l'homophobie, le racisme. Par exemple, des manifestations pathologiques provoquées par l'infection à VIH furent observées chez les femmes dès 1981 (Farmer *et al.* 1996 : 3-5). Elles ne furent toutefois pas reconnues en tant que telles car la biomédecine fut d'abord portée à considérer la nouvelle pathologie comme typiquement masculine. Les pratiques médicales et sanitaires, l'épidémiologie et la recherche fondamentale sur la pathologie émergente ont d'abord procédé par des logiques de labellisation et par des stéréotypes qui ont donné lieu à un discours sur le sida relevant de la construction de l'altérité, que celle-ci fût sexuelle, culturelle, raciale ou géographique (Le Marcis 2013). Dès le milieu des années 1980 les « régimes de problématisation »[40] autour du sida, envisagé dans sa portée globale, se sont cristallisés autour de l'énoncé[41] d'un double sida, du Nord et du Sud, et de celui plus spécifique d'un *« sida en Afrique »* voire, au premier abord, d'un *« sida africain »*. Pour les "pays du Nord" on a vite parlé d'épidémie « exceptionnelle » en raison de la nature du nouveau phénomène morbide et plus particulièrement pour les réactions qu'il a engendrées. Dans les "pays du Sud", les faits attirant l'attention des dirigeants de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), organisme international en charge des épidémies, des épidémiologistes, des médecins, des sociologues, des anthropologues furent complètement différents. Un continent entier, l'Afrique sub-saharienne, vint progressivement occuper une place de choix. Considérée dans un premier temps comme le lieu d'un *« sida atypique »* (Desclaux *et al.* 2011 : XIX), car la transmission se faisait majoritairement par voie hétérosexuelle, l'Afrique fut identifiée par la suite comme la terre d'origine de cette pathologie nouvelle (Dozon, Fassin 1989 ; Dozon 2001). Elle devint ainsi une autre des « victimes accusées » (Farmer 1996) car la gravité de l'impact qu'y avait l'épidémie provoqua en plus de l'étonnement la réprobation des spécialistes. Pour expliquer l'ampleur d'une telle propagation l'accent fut mis sur les facteurs culturels et les comportements sexuels, sans prendre en compte le rôle joué par des déterminants socio-économiques comme la « pauvreté », la fragilité des systèmes sanitaires et des conditions de santé de la population (Packard, Epstein 1991). Aussi, le sida, de par ses liens avec le sang et la sexualité évoqua soudain *« un ensemble hétéroclite (mais pas incohérent) d'images sur l'Afrique qu'ont accumulées au fil des siècles explorateurs, missionnaires, philosophes, administrateurs, ethnologues, préhistoriens, développeurs »*

[40] J'utilise le terme de problématisation selon l'acception que lui a donnée Michel Foucault, à savoir « l'ensemble des pratiques discursives et non-discursives qui fait entrer quelque chose dans le jeu du vrai et du faux et le constitue comme objet pour la pensée » (Foucault 1994 IV : 670)

[41] Il convient de préciser que le concept d'énoncé ici mobilisé s'inscrit au cœur de la notion plus vaste d'énonciation. En m'inspirant de la réflexion de J.-F. Bayart autour de l'énonciation du politique (Bayart 1985), j'indique ici par énonciation les modalités de construction des diverses problématiques du sida qui se sont progressivement affirmées dans l'opinion publique mondiale et dans l'arène globale de sa gestion comme politiquement et moralement légitimes.

(Dozon, Fassin 1989 : 23). Il alimenta le fantasme d'un continent resté, par ses pratiques sexuelles et par ses rites, encore trop proche de la nature. La plupart des gouvernements africains répondirent jusqu'à la fin des années 1980 par le déni de l'existence de l'épidémie sur leurs territoires (Dozon, Fassin 1989) ou par une adhésion passive aux recommandations de l'OMS (Eboko 2005). L'avènement du sida fut en effet contemporain de la crise de l'État en Afrique (Dozon, Fassin 1989 ; Gruénais *et al.* 1999). L'épidémie se propagea alors que les Plans d'Ajustement Structurel avaient soumis les gouvernements africains à des fortes restrictions budgétaires en matière de santé et d'éducation. Bien que dépourvus des moyens techniques et financiers nécessaires pour faire face à un problème de santé majeur, ils furent accusés d'inaction et d'irresponsabilité. Également, les réactions des sociétés africaines, les interprétations et les constructions de discours autour du nouveau fléau qui circulèrent, furent analysées à l'aune de celles observées dans les pays occidentaux et furent ainsi considérées comme « une acceptation relativement calme de la maladie » voire comme une sous-réaction (*underreactions*) (Caldwell *et al.* 1992 : 1171). Or, tel que M. Setbon (Setbon 1993 : 408) l'a montré[42] en comparant la situation de France, Grande Bretagne et Suède, les façons dont cette pathologie nouvelle a été portée dans l'espace public et s'est constituée en problème politique dépendent beaucoup plus de l'organisation du système sanitaire et de la structuration du politique de chacun des ces trois pays que de l'extension du VIH/sida dans la population et de la façon dont cette extension a été objectivée par les diverses indicateurs épidémiologiques. Dans des pays comme la France, les États-Unis, la Grande Bretagne – pour se limiter à quelques exemples – des formes diverses de mobilisation de la part des homosexuels masculins, des lesbiennes, d'associations féministes et d'autres citoyens autour du VIH/sida ont été observées bien avant que le nouveau phénomène morbide soit identifié par la biomédecine pour être plus tard reconnu comme un véritable problème de santé publique. Plutôt que la perception du possible danger que le sida incarnerait, ce fut d'emblée la manière dont le champ médical qualifia le phénomène morbide, labellisé sous le nom de *gay cancer*[43], qui fit l'objet de dénonciation à cause de l'homophobie latente des catégories épidémiologiques et cliniques utilisées (Dodier 2003 ; Steffen 2000). Plus tard ces mêmes groupes se mobilisèrent contre l'impuissance thérapeutique et prônèrent la participation des malades aux essais cliniques des premiers médicaments apparus en 1987 (Epstein 1996 ; Dodier 2003). Les dynamiques d'organisation et l'évolution de cette mobilisation reflètent les différentes formes et degrés de politisation dont la cause sida a été susceptible d'être investie en relation à d'autres formes d'activisme déjà existantes et en fonction du climat politique de chaque pays (Bayer, Kirp 1991 ; Musso, Nguyen 2013).

[42] Je reprends ici le commentaire de D. Fassin à l'ouvrage de M. Setbon, (Fassin 1994 : 754).

[43] À ce propos il est utile de rappeler que l'OMS a éliminé l'homosexualité de la liste des maladies mentales à la fin des années 1980 (Steffen 2000)

Phénomène multiforme, souvent caractérisé par des tensions internes et une multiplicité d'orientations et positionnements dans un même contexte national, la mobilisation sociale contre le sida s'apparente sous certains aspects aux *« mobilisations contemporaines, qui voient émerger des regroupements autour de causes communes »* (Eboko *et al.* 2011 : 22). Il s'est démarqué dans son ensemble par la capacité de ses acteurs à interpeller sur la scène publique et médiatique les institutions politiques, scientifiques, médicales, administratives et économiques. En France et en Amérique du Nord, par exemple, les différentes formes de mobilisation ont trouvé les conditions favorables à leur essor dans les prolongements des mouvements sociaux et politiques des années 1960-1970. Cependant, les malades et les divers groupes à risque eurent une visibilité à la fois inégale et mouvante en raison de leurs conditions sociales et économiques, des formes d'oppression raciale et sexiste propres à chaque société, des inégalités d'accès aux soins, à la prévention, à l'information et aux espaces publics de prise de parole et de visibilité (Elbaz 2002 ; Patton 1990 ; Stockdill 2003 ; Musso, Nguyen 2013). Les formes de militantisme qui alimentèrent les mobilisations contre le sida se caractérisèrent par une importante composante critique vis-à-vis de la médecine et de ses institutions. Ces mouvements sociaux préexistant à l'avènement du sida avaient fait à différents égards de la sexualité et du corps d'une part, de la maladie et de la santé d'autre part, les enjeux politiques de leur activisme. Loin d'être limitée à un espace institutionnel proprement sanitaire et médical, loin de représenter la prérogative du savoir et du pouvoir de médecins et de chercheurs, ces questions s'étaient ainsi inscrites dans les champs d'action de groupes qui revendiquaient leurs droits sociaux, politiques et leurs libertés civiques vis-à-vis des institutions et des pouvoirs concernés. En France où l'intervention de l'État fut particulièrement tardive (Musso, Nguyen 2013 ; Buton 2005 ; Steffen 2000), les toutes premières formes de mobilisation visèrent à faire une place importante aux « profanes » tant dans les politiques de la recherche biomédicale que dans le système sanitaire et plus particulièrement dans la relation médecin-patient. En 1982 est créée l'*Association des Médecins Gay (AMG)*. La volonté des homosexuels d'être représentés au sein des dispositifs de la recherche biomédicale s'inspire de l'exemple des luttes des minorités ethniques américaines pour la reconnaissance d'un savoir propre et visant à posséder un pouvoir de contrôle sur la recherche scientifique (Dodier 2003 : 8). Or, à la différence des États-Unis où la recherche sur le sida repose dès le début sur des grandes institutions médicales telles que le Center for Disease Control (CDC) et le National Health Institute (NHI), en France les premières investigations sont portées par un groupe informel de travail se composant de jeunes médecins, dont Willy Rozenbaum, chef de clinique assistant à l'hôpital Claude Bernard qui fut confronté dès juin 1981 à un malade présentant des infections opportunistes. Le Groupe de Travail Français sur le Sida (GTFS) rassemble, à partir de

relations personnelles, des cliniciens et des fondamentalistes de diverses disciplines. Alors que l'élite hospitalière française est convaincue qu'il s'agit d'une maladie de marginaux qui ne mérite pas d'engagement dans la recherche, le GTFS travaille en collaboration avec le laboratoire de virologie de Luc Montagnier à l'Institut Pasteur. L'équipe de Luc Montagnier isole le rétrovirus responsable du sida, à partir d'un prélèvement effectué chez un patient de Willy Rozenbaum, médecin du GTFS. C'est là une étape cruciale dans le processus de la découverte qui sera suivie de la production et commercialisation d'un test de dépistage. En raison de la phase latente de l'infection qui précède le sida, ce n'est que la mise sur le marché des tests de dépistage à partir de 1985 qui révèle que les homosexuels et les usagers de drogue par voie intraveineuse ne constituent plus les seules catégories concernées. Le mouvement de lutte contre le sida change, dès lors, de dimension. Déjà en 1983, une nouvelle association, *Vaincre le sida*, est créée dans le but d'informer sur la maladie et d'aider les malades. Un an plus tard, en prenant comme modèle la *Terence Higgins Trust* britannique, est créée *AIDES* organisation conjuguant les fonctions d'auto-support communautaire à celles d'information et de médiation entre les institutions et les malades. *AIDES* se caractérise par un engagement politique critique vis-à-vis de l'institution médicale en défense des personnes atteintes qui fait explicitement écho aux idées politiques de Michel Foucault[44] et à l'activisme du *« Groupe Information Prisons » (GIP)*[45]**.** Aux Etats-Unis, alors que le gouvernement Reagan se distinguait par une position conservatrice soutenue par les églises évangéliques au nom de la *Moral Majority* et par une politique sociale et économique de coupures dans les programmes sociaux (Musso, Nguyen 2013), des formes d'activisme déjà existantes convergèrent dans la lutte contre la pathologie émergente. Dans un contexte de « guerres culturelles » (Ross 1996, cité in Ibidem) entre une élite libérale et une majorité incarnant les valeurs religieuses de la Nation, le sida amorça une mobilisation assez large impliquant outre les communautés affectées et plus spécialement les homosexuels masculins (Altman 1986), les mouvements d'*health advocacy* commencés dans les années 1960 par des associations féministes et lesbiennes (Winnow 1992 ; Corea 1992 ; Hollibaugh 1995 ; Schneider, Stoller 1995), des organisations civiques basées dans les communautés latines, haïtiennes, asiatiques, nord-amérindiennes (Elbaz 2002 ; Patton 1990 ; Stockdill 2003 ; Musso, Nguyen 2013) et tous ceux qui se sentirent concernés par les débats réveillés par l'épidémie autour des

[44] La mort du philosophe français est en effet à l'origine de l'initiative de Daniel Defert de créer *AIDES*

[45] C'est un mouvement d'action et d'information qui a regroupé des intellectuels, des médecins, de juges, des aumôniers, des détenus, des ex-détenus et les familles des prisonniers. Michel Foucault, Jean-Marie Damenach et Pierre Vidal Naquet fondée à l'initiative en 1971 dans le but de mettre en lumière les conditions réelles de prisonniers en leur permettant de parler de leur expérience et de dénoncer ce qui est intolérable. L'effet direct est l'accès aux prisons de la radio et de la presse qui étaient interdits. Le sociologue du droit Pierre Lascoumes qui a adhéré à AIDES en 1987 dans son essai, « Le collectif comme condition de l'engagement public : l'exemple de l'association AIDES », a mis bien en avant les continuités entre son engagement dans l'association de lutte contre le sida et sa participation antérieure au Groupe Information Prison (GIP) (Lascoumes 1997).

questions sociales comme la pauvreté, l'exclusion raciale et sexuelle et le rôle politique des « communautés de base ». Les interventions des États furent ainsi conditionnées par ces mouvements qui s'organisèrent rapidement dans des réseaux transnationaux et internationaux et finirent par promouvoir au niveau des instances internationales de la santé, dans un climat de grande sensibilité à la promotion des droits humains, les libertés individuelles et la protection des droits des personnes atteintes au détriment des mesures de santé publique classiques pour le contrôle de la diffusion de maladies infectieuses[46].

Dans la seconde moitié des années 1980, face à une situation épidémique dans laquelle les mesures de coercition, les tests obligatoires, l'isolement, la mise en quarantaine des malades et la notification des cas et des partenaires de la part de certains États se multiplient, le programme de lutte contre le sida mis en place au sein de l'OMS, le Global Programme AIDS (GPA/OMS), reconnaît comme prioritaire la protection des droits menacés des personnes atteintes. Dans un article de 1994, J. Mann, directeur en charge de ce programme entre 1987 et 1994, a souligné que la pandémie de sida a permis une rencontre révolutionnaire entre santé publique et droits de l'Homme (Mann 1994 : 163), car les stratégies de lutte mises en place ont rompu avec les modalités de contrôle des maladies infectieuses. Ces stratégies de contrôle ont été toujours conçues dans le cadre d'un *« contexte coercitif où les droits de certains pourraient être enfreints pour le bien de la majorité »* (Ibid : 165) et où une dérogation des droits de l'Homme est retenue comme envisageable. En revanche, les stratégies utilisées pour faire face au VIH/sida se sont fondées sur le respect des droits de la personne et de la dignité humaine, mais les raisons d'une telle révolution ne sont pas exclusivement d'ordre idéologique ou moral. Les conjonctures historiques ci-dessus évoquées et des raisons d'ordre pragmatique ont permis d'appliquer à l'épidémie à VIH/sida des stratégies de lutte qui ne dérogent pas aux droits humains[47]. Si pour les épidémies du passé se caractérisant par des temps d'incubation assez courts et se diffusant par des flambées, l'isolement et la quarantaine étaient des moyens efficaces, tel n'a pas été le cas pour le VIH/sida se caractérisant par une période de latence très importante entre l'infection et l'apparition visible des symptômes de la maladie. D'un

[46] Dans la préface à l'ouvrage de Kirp, Bayer (1992: X) J. Mann, directeur du Global Program on AIDS de l'OMS entre 1987 et 1994, écrit : « Networks of concerned people and organizations that are either international (composed of member nations) or transnational (international council of AIDS service organizations, Global AIDS Policy Coalition, international council of people living with HIV and AIDS) create a growing capacity for sharing, communication, and solidarity that crosses national boundaries. Global interdependence is a reality that we in health have been rather slow (unlike our colleagues in business or communications) to recognize, and it is about a growing capacity to transcend national borders, to join community activism with a global consciousness and conscience ». À son tour Peter Piot, directeur de l'ONUSIDA entre 1995 et 2008 remarque « Je suis convaincu que si le sida apparaissait aujourd'hui, dans un climat où aux Etats-Unis, les droits de l'individu sont moins protégés, ou toute la culture gay est sur la défensive, on aurait probablement une approche de l'épidémie complètement différente » (Piot 2010 : 20)

[47] Il convient de rappeler qu'en cas d'épidémie les États peuvent déroger aux droits humains.

point de vue économique, le coût des mesures coercitives prises à l'encontre des malades n'aurait pas été récompensé par leur efficacité (Piot 2010). En outre, les premiers succès remportés par les nouvelles stratégies de lutte contre le sida aux Etats-Unis, en Australie et dans certains pays de l'Europe de l'Ouest, où à la fin des années 1980 l'incidence de l'infection commence à reculer dans certaines catégories à risque comme les homosexuels et les toxicomanes par voie intraveineuse, ont promu au sein de l'OMS un modèle de prévention individuelle fondé sur l'information, l'éducation et la communication. Aussi, la protection du droit à la vie privée et la lutte contre la discrimination des personnes séropositives ont-elles été considérées comme des moyens pour faciliter le recours au test de dépistage du VIH dans les « groupes à risque » et par conséquent comme la modalité la plus rationnelle de contrôle de l'infection. S'inspirant d'une vision humaniste qui met l'accent sur la dignité humaine, ce modèle préventif se basait sur une représentation psycho-médicale du social selon laquelle l'individu est un être rationnel et responsable, capable de choisir, sur la base des informations concernant les dangers de la transmission de la maladie, un style de vie le mettant à l'abri de l'infection (Mann *et al.* 1992). Cependant, il a très vite manifesté ses limites. Un certain nombre de contradictions et d'ambiguïtés ont émergé entre l'efficacité attribuée à la protection des droits de la personne et ses effets réels dans le contrôle et la prévention de l'épidémie. En 1995, selon les estimations de l'OMS, le sida constituait la cause majeure de décès chez les adultes dans les grandes villes des États-Unis, d'Europe et d'Afrique. À cette époque les personnes adultes infectées dans le monde étaient vingt-quatre millions dont seize millions en Afrique (OMS 1995). De nombreuses études démographiques et sociologiques réalisées entre les années 1980 et 1990 sur les situations épidémiques de ce continent finirent par identifier certains des multiples liens entre sida et « pauvreté » comme les enjeux prioritaires pour l'organisation de nouvelles stratégies de lutte. Il s'agit bien entendu de liens qui reposent sur des constructions politiques, sociales et économiques de la « pauvreté » en Afrique en tant que facteur de sous-développement du continent sur lesquelles nous reviendrons de façon plus ponctuelle dans la seconde partie de cette thèse. Je voudrais tout d'abord souligner ici que ces études mirent en lumière l'impact néfaste de l'épidémie sur les indices de développement notamment sur les paramètres socio-économiques qui dès les années 1980 étaient déjà les plus bas au niveau mondial (taux d'alphabétisation et de scolarisation, mortalité maternelle et infantile, espérance de vie) et sur les paramètres de couverture sanitaire, eux aussi, étant déjà parmi les plus défavorables dans le monde (médecin/habitant, accès aux services de santé). Très rapidement d'autres indicateurs d'impact permettant de montrer les effets du sida en tant que facteur aggravant la pauvreté furent retrouvés. On souligna l'accroissement du nombre des orphelins nés des parents dont l'un au moins était décédé à cause du sida, diminution de la qualité de leur

alimentation et baisse de la fréquentation scolaire, la baisse de revenu des familles affectées, l'augmentation du coût des traitements et des frais d'obsèques, la diminution de la rentabilité des entreprises commerciales et de la production agricole. Or l'identification de ces liens entre sida et « pauvreté » amenant à considérer l'épidémie comme un problème du développement et non seulement de la santé a été effectuée à un moment où les modèles opérationnels de développement appliqués aux pays de l'Afrique subsaharienne étaient à un tournant décisif de leur transformation. Vers la fin des années 1980 l'échec des plans d'ajustement structurel a contribué à remettre en cause la nature des liens, déjà largement débattue, entre croissance, développement et réduction de la pauvreté[48]. Certains mythes fondateurs de la pensée développementaliste essentiellement basée sur l'idée de la croissance économique comme moteur principal du développement social et humain (Prévost, Ehrhart 2008 ; Latouche 2004) sont définitivement mis en échec. Ainsi, la santé et le développement qui étaient devenus depuis la conférence mondiale de l'OMS et l'UNICEF à Alma-Ata (1978) les éléments complémentaires d'un seul binôme, feront de moins en moins l'objet de plans publics à long et moyen terme. Vers le milieu des années 1990 les stratégies de développement, qui avaient dominé jusqu'à une dizaine d'années auparavant pour disparaître plus tard en concomitance des Plans d'Ajustement Structurel, ont été définitivement remplacés par des projets fondés sur la participation de différents acteurs qui dans le lexique de la Banque Mondiale, du FMI et des agences internationales sont indiqués comme les « communautés de base » et la « société civile ». Ce modèle d'action a été repris dans la riposte globale à l'épidémie de VIH/sida à un moment de transformation profonde des politiques de la « santé internationale » et de sa progressive évolution vers ce qu'on a convenu d'appeler depuis la seconde moitié des années 1990 la « santé globale »[49]. Ces années ont de fait coïncidé avec un changement important du rôle de l'OMS. Considérée jusque là comme l'acteur principal et sans conteste de la santé internationale, elle s'est vue de plus en plus concurrencée et influencée par l'émergence de nouvelles alliances entre la Banque Mondiale, des agences des Nations Unies et des ONG, des communautés de base, ainsi que par la multiplication de fondations philanthropiques et de nouveaux mécanismes de financement de l'aide internationale intervenant dans le domaine de la santé (Brown *et al.* 2006). Face à ce contexte sanitaire international transformé, l'OMS a alors remodelé sa fonction autour de la coordination et de la planification stratégique d'initiatives menées et guidées par toute une nouvelle palette d'agences, organismes et

[48] La relation de proportionnalité directe entre croissance économique et développement se basant sur le modèle économique keynésien fut remise en cause déjà dans la seconde moitié des années 1970 par le directeur de la Banque Mondiale, Attita Karaosmanoglu. Il constata que la croissance économique était aussi un facteur de production des inégalités sociales et économiques et souligna l'importance de cibler dans les politiques de développement les besoins essentiels des plus démunis pour lutter ainsi contre la pauvreté.

[49] Ainsi que nous le verrons en détail dans la seconde partie (§ III.1.3), l'expression de « santé globale » a été officiellement introduite dans un rapport de l'Institut de Médecine (IOM) paru en 1997 sous le titre *«America's Vital Interest in Global Health»*.

organisations à l'envergure mondiale. La création en 1995 de l'ONUSIDA par une résolution du Conseil Économique et Social des Nations Unies (ECOSOC) a permis la création de nouvelles stratégies de lutte contre l'épidémie, dites de seconde génération. Elles se sont fondées sur un cadre élargi et multisectoriel d'intervention de plusieurs acteurs dont le plaidoyer politique a joué un grand rôle. Tel que nous le verrons dans le chapitre II, l'accent a été mis plus spécialement sur les acteurs non-étatiques en vue de compléter les efforts des gouvernements dont le rôle essentiel a été dans la plupart des pays africains celui d'intégrer à l'échelle nationale les micro-projets les plus importants initialement gérés par des acteurs non-gouvernementaux.

L'épidémie de VIH/sida s'est donc diffusée dans un contexte de crise des modèles de développement à l'œuvre dans les pays à ressources limitées et au moment où, tel que nous le verrons en détail dans la seconde partie de cette thèse, une nouvelle conceptualisation des enjeux sécuritaires internationaux s'est affirmée (voir *infra* § III.1). C'est dans cette nouvelle mouvance idéologique et politique autour des questions du développement et des enjeux sécuritaires qu'il faut analyser les solutions proposées pour l'endiguement et la gestion de l'épidémie. Au milieu des années 1990, au modèle de lutte promu par le GPA/OMS fondé essentiellement sur la protection des droits de la personne et sur des approches psychosociales individuelles s'est substitué un modèle visant à prendre en compte tant les déterminants économiques et sociaux de l'épidémie que son impact social, économique et démographique. En effet, si les facteurs de risque individuel pouvaient identifier les sujets et les groupes plus exposés, ils n'étaient pas en mesure à eux seuls de rendre compte de différentes prévalences de VIH d'une communauté à l'autre. Une fois que l'impact du sida sur le développement économique, culturel et social devint évident, la riposte à l'épidémie a demandé une connaissance des déterminants culturels, économiques et sociaux responsables de sa diffusion. Outre que les variables individuelles de comportement, il fallait donc étudier les facteurs de « vulnérabilité » limitant les choix des individus, tels que la précarité économique, l'absence de support, l'oppression sexuelle et raciale (Piot 2010 ; Caraël 2006 : 56-58). Cette approche devait essentiellement être en mesure d'expliquer les processus de féminisation et de paupérisation que l'épidémie de VIH/sida était en train de traverser au milieu des années 1990 de par le monde bien que de façon inégale et spécifique à chaque contexte social économique et politique. Cependant, les nouvelles orientations stratégiques de lutte contre l'épidémie introduites lors de l'instauration de l'ONUSIDA ont fini par se focaliser presque exclusivement sur les femmes, envisagées dès le milieu des années 1990 comme population « vulnérable » en raison du manque des moyens et de pouvoir de contrôle sur le risque de contracter l'infection à VIH (ONUSIDA 1997 : 6). Nous analyserons les politiques de lutte contre le VIH/sida que la construction de cette catégorie épidémiologique a déterminées dans la seconde partie de cette thèse. Je

voudrais attirer l'attention ici plutôt sur les stratégies de seconde génération que la création de l'ONUSIDA a introduites. Elles ont signifié des changements importants dans l'organisation de la lutte globale et dans les politiques nationales du VIH/sida. Lié à dix agences de l'ONU, à l'OMS et à la Banque mondiale, ONUSIDA est guidé par un Conseil de Coordination du Programme (CCP) qui comprend les représentants de vingt-deux gouvernements provenant de toutes les régions géographiques, les Coparrainants de l'ONUSIDA et cinq représentants d'organisations non gouvernementales (ONG), notamment des associations de personnes vivant avec le VIH. Sortie de l'égide exclusive de l'OMS et sous l'impulsion de l'ONUSIDA, l'épidémie fera l'objet d'une mobilisation importante de la communauté internationale.

Autant que dans d'autres pays à ressources limitées, l'organisation de la lutte contre le VIH/sida en Éthiopie s'est développée au sein de cette configuration de relations entre État, population et système international que nous venons de décrire et a été essentiellement structurée par les mesures conçues et recommandées par les organisations et les organismes en charge de la santé globale. Une grande partie des études anthropologiques qui se sont penchées sur les formes de gestion du VIH/sida dans ces pays en ont « argumenté et alimenté les réflexions sur l'externalité de la lutte et ses conséquences en termes d'action sociale et sanitaire » (Eboko 2005 : 12). Je m'efforcerai de mettre en exergue ici les processus de légitimation et d'appropriation de la part de la société éthiopienne et des acteurs étatiques et non-étatiques dont ont fait l'objet le langage et les stratégies de la lutte globale contre l'épidémie. L'intelligibilité de ces processus de légitimation, appropriation et inscription au sein du contexte social, économique, politique et culturel éthiopien demande une mise en perspective historique de l'organisation de la lutte contre le VIH/sida. Les spécificités de cette dernière tiennent, entre autres, à la place que l'Éthiopie est venue occuper dans le système international au fil de son histoire politique et aux façons dont l'épidémie de VIH/sida a affecté la population et la société. Aussi, dans cette première partie je tâcherai d'identifier les continuités et les ruptures majeures des stratégies de la lutte contre le VIH/sida avec l'histoire de la santé publique en Éthiopie et avec celle plus récente de la gestion d'urgences humanitaires, comme les deux famines de 1973-74 et 1983-84. Dans le premier chapitre je tâche de tracer la généalogie de la santé publique en Éthiopie, ici entendue au sens plus large[50] comme *« la science et l'art »* (Winslow 1920 cité in Fassin,

[50] En introduction à l'ouvrage collectif *Critique de la santé publique : une approche anthropologique* J-P. Dozon et D. Fassin observent : « La santé publique s'est imposée, dans les sociétés contemporaines, comme un lieu central de l'espace social et politique. L'expression elle-même s'est banalisée dans le vocabulaire des medias comme dans le langage commun à mesure que l'importance de ses enjeux se faisait jour. … Bien entendu, l'administration collective de la maladie et les préoccupations publiques à l'égard du corps ne datent pas d'hier. Les historiens ont décrit l'émergence, à partir de la fin du XVIII siècle, d'une hygiène publique pour laquelle la France a précisément joué un rôle de précurseur et dont il est facile de montrer les continuités avec ce que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de santé publique. Il serait même possible de remonter au-delà, pour faire apparaître, dans le temps long, les permanences, tout autant que les ruptures, dans la prise en compte des questions sanitaires par les

Hauray 2010 : 7) *« d'une gestion politique des corps et des populations»* (Fassin 1997 : 83) et dont un premier projet de réalisation émanant de l'État éthiopien remonte à la fin du XIX siècle. Nous verrons que la formalisation d'un tel projet n'est qu'un aspect de la politique de modernisation entreprise par ses chefs politiques depuis le milieu du XIX siècle en vue de pouvoir affirmer la position de l'Éthiopie au sein du système international comme un État « fiable », « rentable » et sur la voie du développement. Cependant, la structuration d'un système de services censé appliquer les principes et les techniques de la santé publique sur la population n'a pas procédé de l'initiative verticale mise en œuvre par les appareils étatiques. Il s'est plutôt agi d'une « noso-politique »[51], c'est-à-dire de l'œuvre de plusieurs acteurs et instances tels que des missions religieuses étrangères, des communautés de base confessionnelles et plus tardivement d'organisations humanitaires internationales qui ont songé dans une histoire de longue durée, et de façon plus intensifiée et structurée à partir du règne de Haylä Sellasé (1930-1936 ; 1941-1974), à des formes variées de support et de prise en charge des malades et de groupes sociaux particulièrement vulnérables comme par exemple les orphelins, les lépreux, les indigents. Dans une histoire plus récente, ces mêmes acteurs et instances sont intervenus face à l'émergence de problèmes d'ordre sanitaire et social ponctuels mais à l'impact dévastateur, comme les deux famines de 1973-74 et 1983-84 et le VIH/sida lui-même, qui ont également attiré dans le pays un nombre important d'organisations humanitaires internationales.

De quelle manière, le VIH/sida a-t-il émergé dans la société éthiopienne comme un problème demandant une prise en charge collective ? Quels rôles ont respectivement joué à cet égard l'État éthiopien et les autres acteurs et instances sollicités par l'apparition de ce nouveau fléau ? De quelle façon et jusqu'à quel point l'organisation de la lutte contre le VIH/sida a-t-elle été conditionnée par les modalités d'expansion de l'épidémie, son impact social et économique et les inégalités de diffusion entre hommes et femmes, à une époque où aucun traitement pour les malades n'était disponible ? Telles sont les questions auxquelles nous essayons de répondre dans le deuxième

institutions sociales et politiques » (Dozon, Fassin 2001 : 7).

[51] Néologisme introduit par Foucault, il a été ainsi conceptualisé : « Il a existé en fait des politiques multiples de santé et des moyens de prise en charge des problèmes médicaux : groupes religieux (importance considérable des Quakers et des divers mouvements du Dissent en Angleterre) ; les associations de secours et de bienfaisance … ; société savantes, les académies du XVIII siècle ou les sociétés de statistique du début du XIX siècle essaient d'organiser un savoir global et quantifiable des phénomènes de morbidité. La santé, la maladie comme fait de groupe et de population sont problématisées au XVIII siècle à partir d'instances multiples par rapport auxquelles l'Etat lui-même joue des rôles divers. Il lui arrive d'intervenir directement : les distributions gratuites de médicaments se sont poursuivies en France, avec une ampleur variable de Louis XIV à Louis XVI. … La problématisation de la noso-politique au XVIII siècle ne traduit donc pas une intervention uniforme de l'Etat dans la pratique de la médecine, mais plutôt l'émergence en des points multiples du corps social de la santé et de la maladie comme problèmes qui demandent d'une manière ou d'une autre une prise en charge collective » (Foucault 1994 : t. III 13-27).

chapitre de cette première partie où nous présentons aussi une épidémiologie sociale du VIH/sida en Éthiopie.

CHAPITRE I

L'ESPACE POLITIQUE DE LA SANTÉ EN ÉTHIOPIE : ESSAI DE GÉNÉALOGIE

INTRODUCTION

De nombreuses recherches portant sur les processus historiques de formation des systèmes sanitaires dans les pays africains et asiatiques dépendant des empires coloniaux du XIX siècle ont étudié la médecine coloniale et tropicale, formes historiques que la santé publique a prises lors de son exportation dans des pays lointains des lieux de sa genèse. Ces recherches ont souligné l'ambivalence de la mission civilisatrice de ces deux formes de médecine à la fois indissociables d'une finalité plus spécialement économique visant au maintien d'une force de travail opérationnelle (Fassin 1997 : 84) et se caractérisant par la ségrégation raciale et la violence des moyens et des stratégies de leur réalisation (Comaroff 1993 ; Andersson, Marks 1988 ; Arnold 1996 ; Andersson 1995). D'autres études ont essayé de situer la formation d'un espace politique de la santé dans ces mêmes pays dans une histoire de longue durée commencée par la médecine missionnaire (Johnson 2010 ; Hardiman 2006). Dans les États précoloniaux, des *« formes organisées et même institutionnalisées de lutte collective contre la maladie »* (Fassin 1997 : 83) ont été plus spécialement repérées en période d'épidémie et en concomitance de grands travaux d'aménagement territorial (Fassin 1997 ; 1996 ; Feierman et Janzen 1992). En Éthiopie, la réalisation progressive d'un système de santé publique, c'est-à-dire de pratiques et de connaissances relevant de la responsabilité des pouvoirs politiques visant à contrôler la population en régulant les taux de mortalité, de natalité et de morbidité s'est située presque complètement à l'écart de l'entreprise de la colonisation, et donc en dehors des cadres de l'idéologie et de la praxis de la médecine coloniale et tropicale. Avant que la structuration au niveau national d'un système sanitaire s'inscrive dans le mouvement plus vaste d'« internationalisation de la santé » (Fassin 1997), commencé au lendemain de la seconde guerre mondiale, les initiatives politiques dans les domaines médical et sanitaire se sont données plutôt à voir comme l'objectif de formes spécifiques d'exercice du pouvoir local et de types variés de « diplomatie médicale » (Pankhurst 1965; Rosenfeld 1978), c'est-à-dire de relations diplomatiques visant à créer ou renforcer l'entente et les échanges entre États par la fourniture de services médicaux et sanitaires (Feinsilver 2008).

Bien que des formes de médecine préventive, apanage des élites nobiliaires et des empereurs aient été introduites en Éthiopie dès le XVI siècle, les premières formes de

lutte collective contre la maladie remontent aux campagnes de vaccination voulues par les empereurs trois siècles plus tard en concomitance avec diverses flambées épidémiques qui frappèrent les armées. Elles furent aussi destinées en moindre mesure à la population civile et furent réalisées grâce à l'œuvre de médecins étrangers au service de la royauté et de la noblesse de cour qui étaient arrivés en Éthiopie en tant que membres de missions diplomatiques, scientifiques et religieuses provenant du Portugal, de la Grèce, de l'Allemagne, de l'Egypte, de la France, de l'Italie, de la Russie. Ces campagnes de vaccination contre des flambées épidémiques restèrent cependant des mesures sporadiques jusqu'au XX siècle. Dans leurs réactions et réponses contre les épidémies, l'État et la société mobilisèrent d'autres ressources que celles provenant des savoirs et des techniques de la santé publique. En effet, tout au long de l'histoire sociale et politique de l'Éthiopie, le « phénomène épidémique »[52] n'a pas manqué d'interpeller les pouvoirs politiques et religieux. Il s'est donné ainsi à voir comme une question d'ordre public majeure, mais pour laquelle la gestion politique des corps et des populations s'est constituée comme une préoccupation parmi d'autres dans l'ensemble des mesures prises. Ces dernières méritent néanmoins une certaine attention car elles nous aident à identifier les permanences et les ruptures entre les formes d'exercice d'un pouvoir souverain sacré investissant les territoires et les sujets juridiques et les façons dont il a progressivement évolué vers la création d'un rapport spécifique au gouvernement des corps et des populations. La spécificité de ce rapport tient en première instance au fait qu'en Éthiopie l'introduction des techniques et des connaissances de la santé publique et leur application ne se sont pas fondées sur les mêmes valeurs et n'ont pas eu les mêmes finalités que celles connues en Europe à partir du XVIII siècle[53]. Ainsi, par exemple, le projet politique de Mənilək II d'une mise en place structurée et permanente de formes de prévention et de prise en charge collective de la maladie, qui remonte à la fin du XIX siècle, n'a répondu ni à la préoccupation de contrôler et réguler la croissance de la population ou d'améliorer la qualité de vie des communautés et des individus ni à l'intérêt de promouvoir la santé et le bien-être physique des sujets en réponse à des impératifs de travail dus à la nécessité de la production interne. Il s'est agi plutôt d'une évolution de

[52] J'entends ici par phénomène épidémique la survenue et l'expansion d'une maladie dans des couches assez larges de la population.

[53] Il est important de souligner à cet égard le caractère éminemment culturel de la santé publique telle qu'elle s'est progressivement développée dans les État-nations modernes depuis le siècle des Lumières jusqu'à présent. Je reprends ainsi la critique que J.-P. Dozon et D. Fassin ont développée autour de l'universalité qui a été généralement reconnue aux principes de cette science. « *La culture selon la santé publique* s'entend ainsi, pour nous, de deux manières distinctes, quoique liées. D'une part, la santé publique est une culture qui se méconnait elle-même, comme telle. Se donnant pour une connaissance positive qui énonce des faits (par exemple, le risque relatif de survenue d'une maladie lié à un facteur donné, grâce au calcul duquel on pourra argumenter une campagne de prevention) et même des incertitudes (par exemple, l'incapacité d'établir formellement une absence d'association causale entre un agent et une pathologie, qui pourra servir à défendre une attitude de précaution), la santé publique se perçoit moins clairement comme sous-tendue par des normes et des valeurs (à commencer par la définition du bien-être sur laquelle elle s'appuie), inscrite dans des croyances et des coutumes (au même titre, d'ailleurs, que tout milieu social, futile scientifique) » (Dozon, Fassin 2001 : 7-8).

l'art de gouverner due à la nouvelle place que l'Éthiopie vint occuper à cette époque, au sein des relations internationales avec les puissances étrangères et dans le continent africain. Suite à la victoire d'Adwa remportée par les Éthiopiens contre l'Italie en 1896, les pays colonisateurs et d'autres puissances internationales comme la Russie et les États-Unis se virent contraints de reconnaître l'existence dans le système international de cet empire africain à l'histoire millénaire comme un véritable État. L'Éthiopie quant à elle, se trouva de fait insérée dans un ensemble de relations diplomatiques de plus en plus intenses et entourée par des territoires soumis à des puissances coloniales. Ce contexte politique amena les chefs d'État à accélérer et investir davantage dans un processus de modernisation du pays entamé seulement une quarantaine d'ans auparavant et qui après la victoire d'Adwa commença à concerner le domaine de la santé de façon plus ciblée. Par un concours de circonstances historiques que nous illustrerons en détail plus loin, des pays comme la Russie, le Royaume Uni, l'Italie, la France qui étaient très intéressés à renforcer leurs relations diplomatiques avec l'Éthiopie entrèrent en concurrence dans la prestation d'aides médicales et dans la coopération sanitaire. Ils facilitèrent ainsi l'organisation des services sanitaires, l'approvisionnement de médicaments, la venue de médecins et d'infirmiers. L'événement déclencheur du développement de cette coopération internationale dans le domaine sanitaire fut l'intervention de la Croix Rouge Russe au lendemain de la victoire d'Adwa. Ayant signifié de fait l'adhésion de l'Éthiopie à la Convention de Genève cette intervention contribua de façon décisive à la respectabilité internationale du pays. Néanmoins, ce n'est qu'après la fin de la seconde guerre mondiale que l'État éthiopien de par l'institution du Ministère de la Santé (1948) et le lancement d'une toute première politique de santé publique (1963) s'est investi dans le projet d'une structuration au niveau national des services sanitaires et de la prestation de soins à des couches de plus en plus larges de la population. Or, le second après-guerre a représenté pour les pays dépendant des empires coloniaux, un moment charnière entre les formes de médecine coloniale et tropicale et le processus d'internationalisation de la santé, inauguré par l'instauration de l'OMS en 1946. Pour l'Éthiopie, ce moment historique a également signifié la reconfiguration de ses relations internationales, sanctionnant enfin son entrée dans le Tiers Monde. Ce changement de positionnement dans le système international s'est accompagné de l'instauration de nouvelles politiques de santé et du développement. Elles seront traitées dans la seconde section de ce chapitre. Je me limite à remarquer ici que l'entente et la coopération avec les puissances étrangères à l'enseigne desquelles ont été introduits en Éthiopie savoirs et techniques de la santé publique ont marqué de leur empreinte le rôle que les questions sanitaires ont continué de jouer par la suite tant dans la construction du rapport de l'État éthiopien avec ses citoyens que dans les choix de ses positionnements au sein du système international. En Éthiopie, la santé publique s'est en effet développée dans une situation

de forte « extraversion » (Bayart 1999). Dépendante envers les États et les instances internationales jouant le rôle de coopérateurs et de donateurs dans le domaine de la santé, l'Éthiopie a eu cependant une certaine marge de manœuvre dont elle a pu tirer parti. Nous verrons que des problèmes de santé majeurs comme l'épidémie de VIH/sida et des catastrophes naturelles comme les deux famines de 1973-74 et 1983-84 ont représenté en première instance pour l'État éthiopien des problèmes politiques l'appelant à choisir ou bien à redéfinir son positionnement à l'égard des institutions internationales et de pays étrangers déjà présents sur le territoire de par des missions et des organisations non gouvernementales. Aussi, l'essai de retracer la genèse de la santé publique revient-il à interroger le processus historique de la construction du rapport de l'Éthiopie avec le reste du monde et les façons dont ce rapport a influencé les relations entre État et citoyens dans les domaines médical et sanitaire. Pour ce faire, nous nous efforcerons de saisir la continuité historique des relations de l'Éthiopie avec les puissances étrangères ayant contribué à définir les formes d'exercice du pouvoir de l'État, l'accès aux ressources financières et techniques nécessaires à la modernisation de son appareil administratif et bureaucratique et la mise en place de politiques du développement et de la santé. Cette analyse sera contextualisée au sein de l'histoire politique et sociale du pays que j'essaierai de tracer à larges traits en remontant jusqu'à l'époque de l'empire aksumite.

SECTION I

AUX ORIGINES DU SYSTÈME SANITAIRE ÉTHIOPIEN

I.1 L'espace politique de la santé dans un empire millénaire

Bien qu'en Afrique subsaharienne des montagnes comme les pentes du mont Kenya et du Kilimandjaro abritant des fortes densités de populations ne soient pas rares, les hauts plateaux éthio-érythréens se démarquent par la concentration très élevée d'habitants car ils représentent le deuxième pôle de peuplement du continent africain au sud du Sahara après le Nigeria (Gascon 2006 : 29). En même temps, l'histoire ancienne de la culture écrite, des religions, des pratiques agricoles des peuples de ces hauts plateaux témoigne d'échanges importants avec la rive asiatique de la mer Rouge, avec l'Égypte et le Moyen Orient. Située dans la région actuelle du Tigray, Aksum, une ville à 2 130 mètres au-dessus de la mer, était mentionnée au III siècle après J. -C. comme la capitale de l'un des quatre grands empires du monde[54]. Le commerce dans la mer Rouge qui s'est développé à la fin du premier millénaire av. J.-C et pendant les premiers siècles de l'ère chrétienne fut sans doute le facteur clé de la transformation de la cité-état en capitale d'un empire. Aksum était en fait située au carrefour des routes caravanières qui amenaient près du port d'Adulis les marchandises africaines provenant de l'intérieur, tels que les éléphants, l'ivoire, l'encens et les esclaves. Dans le *Périple de la mer Erythrée* (I ou III siècle après J.-C.) on trouve une référence à *Zoskales* empereur ou vice-roi de la région côtière qui parlait couramment grec. Cela montre l'importance du commerce et des contacts d'Aksum avec le monde méditerranéen et ses relations avec l'empire romain. Il est intéressant de remarquer que la paix constantinienne proclamée en 312 et la conversion de l'empereur romain, Constantin, au Christianisme coïncida avec la conversion du roi éthiopien Ezana qui régna en Éthiopie au IV siècle apr. J.-C[55]. L'Éthiopie

[54] « Le prophète perse Mani qui vivait au III siècle apr. J.-C., a écrit : Il y a quatre grands royaumes sur terre : le premier est le royaume de Babylone de Perse ; le second est le royaume de Rome ; le troisième est le royaume aksumite ; le quatrième est le royaume de Chine'. L'empire aksumite était bien connu dans le monde grec et romain, chez les Byzantins, les Arabes et les Perses. On le connaissait vaguement dans la Chine de l'antiquité, aussi loin fut-elle. Mais dans l'Europe Médiévale il était oublié. Seule subsistait la légende du Prêtre Jean régnant sur un mystérieux règne chrétien situé quelque part au-delà de la frontière du monde connu. Certains le situaient en Afrique, d'autres en Asie. De son côté, Aksum déclinait mais n'avait jamais cessé d'exister. En Éthiopie il survécut comme un symbole politique et religieux » (Henze 2004 : 23).

[55] Deux syriens Edsyos et Fremnaṭos, qui n'étaient certes pas les premiers chrétiens à débarquer sur les rivages éthiopiens, échappés au massacre de l'équipage et des passagers d'un navire devinrent

participait quelque part à l'évolution du monde méditerranéen qui se détachait peu à peu des mythologies antiques pour s'orienter vers les religions de type prophétique (Cuoq 1981 : 17). Au VI siècle le règne de l'empereur Kaleb marqua la période finale de l'expansion aksumite. De nombreuses sources en grec, latin, syriaque, arabe et guèze relatent la re-christianisation glorieuse au Yémen menée par Kaleb et son association à l'empereur byzantin Justin I dans ses visées d'expansion sur le Proche Orient contre les Perses (Henze 2004 : 41). Néanmoins, vers le milieu du VII siècle la cité d'Aksum est en voie de déclin. Les conditions climatiques peu favorables rendirent les terres agricoles moins fertiles et la domination perse sur le Yémen affecta le commerce dans la mer Rouge. En même temps, l'essor de l'islam, s'il n'a pas contribué immédiatement au déclin de l'Empire aksumite, l'a progressivement privé de la côte et du contrôle du commerce maritime car les relations entre cet empire et l'Arabie furent pacifiques voire amicales[56]. Des communautés islamiques s'installèrent dans les régions côtières où elles sont toujours dominantes. L'empereur Del Na'od fut incapable de consolider l'œuvre de restauration de l'empire d'Aksum entreprise par son père Dagna-Jan. Il faudra attendre le XIII siècle pour que de nouveaux souverains de langue sémitique montent au pouvoir. Ils affirmèrent être les descendants directs du roi Salomon et de la reine de Saba et refondirent ainsi le pouvoir monarchique en se revendiquant de ce mythe fondateur. S'identifiant à l'image d'une île chrétienne encerclée par une mer musulmane, le royaume chrétien d'Éthiopie se sentait plus proche de l'Europe que des Afars ou des Oromo vivant dans les basses terres du pays, et il voyait dans les pays européens des alliés potentiels contre la menace de l'islam (Caraman 1985 ; Teshale 1995). En 1508, sur le conseil de Pero Covilhao[57], le premier d'une longue série de conseillers occidentaux auprès de monarques éthiopiens, la reine Eleni envoya au Portugal un arménien, Mateus, pour demander au roi Manuel I d'aider l'Éthiopie à résister à la pression musulmane[58].

esclaves du roi et une fois promus aux hautes fonctions de la cour, se firent propagateurs de la foi chrétienne. Frumentius fut choisi par Athanase d'Alexandrie comme premier évêque d'Aksum.

[56] P. Henze souligne à ce propos les liens que Mohammed eut avec l'Éthiopie tel qu'ils sont attestés dans le Coran et dans d'autres sources : « Mohammed, né vers 570, avait eu des liens positifs avec l'Éthiopie dès l'enfance. Selon certaines traditions, Mohammed enfant a eu une nourrice éthiopienne. Il y avait une communauté éthiopienne à la Mecque, composée d'artisans, de commerçants et de soldats avec lesquels Mohammed a probablement eu des contacts. Son attitude envers les Éthiopiens a dû être favorable en constatant l'opposition d'Aksum aux juifs et aux Perses en Arabie du sud. Dans le Coran il est avéré que Mohammed connaissait l'Éthiopie et on y retrouve plus de deux cents mots qui proviennent vraisemblablement du guèze » (Henze 2004 : 42).

[57] Le roi portugais Jean II l'envoya en reconnaissance en Orient par la voie terrestre. Déguisé en marchand musulman, Pero da Covilhao se rendit en Inde en passant par Le Caire et puis il alla à Ormuz, centre commercial à l'entrée du golfe Persique pour arriver en Éthiopie en 1493 et ne repartit jamais en devenant un conseiller influent à la cour impériale.

[58] La montée de l'islam commencée à la fin du IX siècle avait coïncidé avec la perte d'une région côtière de la part de l'Éthiopie et du commerce dans le mer Rouge et devenait de plus en plus menaçante. Les principautés musulmanes qui s'étaient installées entre la côte et la vallée du Rift, tout d'abord états vassaux du royaume chrétien des hautes terres, étaient entrées en conflit avec les souverains de ce royaume. Au XVI siècle, le sultanat d'Adal avec pour capitale Dakar, près de Harär, qui prospérait grâce aux relations de commerce avec le monde musulman et les régions du haut plateau défia à maintes reprises les Éthiopiens du royaume chrétien. Des tribus Afar et Somali récemment converties à l'islam, visant à la conquête du royaume chrétien et à la conversion à l'islam de sa population

Car, après l'expulsion des musulmans de l'Espagne (1492), le Portugal cherchait à s'affirmer comme la plus grande puissance maritime de l'Océan Indien contre la suprématie arabe. Ainsi, alors que vers la fin du XV siècle le roi portugais Jean II commençait à montrer un intérêt tout à fait particulier à l'égard de ce pays légendaire connu sous le nom du royaume du Prêtre Jean, intermédiaire sur la route vers l'Inde, les relations éthio-portugaises se sont de fait consolidées grâce à la nécessité de faire face à un ennemi commun, l'islam. La mission portugaise arriva en Éthiopie en 1520 et y resta six ans. Elle reprit la mer au moment de la défaite qu'infligèrent aux Éthiopiens chrétiens les troupes musulmanes guidés par Ahmäd Ibn Ibrahim surnommé *Graňň (le gaucher)*[59] et dont les recrues étaient des Afar, des Haräri, des Somali, des Arabes et en moindre mesure des Turcs. L'aventure portugaise en Éthiopie était toutefois loin d'être terminée. Les Portugais revinrent en 1546 en aide aux Éthiopiens chrétiens contre les musulmans pour repartir à peu près un siècle plus tard. Cette alliance entre le royaume chrétien d'Éthiopie et le Portugal contre un ennemi commun, les musulmans, est significative du caractère complexe et très ambivalent des relations de l'Éthiopie avec l'Afrique[60] et le reste du monde. Elle représente un événement parmi d'autres contribuant à contredire la thèse de l'isolement du pays (Gibbon 1977 ; Lewis 1987) souvent décrit comme un haut-plateau s'élevant jusqu'à plus de 2000 mètres, aride et inhospitalier dont les habitants *« encompassed on all sides by the ennemies of their religion, slept near a thousand years, forgetful of the world by whom they were forgotten »* (Gibbon 1977 : 45). Au contraire, le Christianisme, la position géographique du pays, l'existence d'une langue écrite et d'une organisation étatique impliquant la présence de diplomates et de bureaucrates aussi bien que de conseillers occidentaux auprès des monarques éthiopiens[61] ont situé le royaume éthiopien des hautes terres au sein d'un ensemble de relations internationales importantes, mouvantes et variées, depuis l'aube de son histoire. Encore connu sous le nom d'Abyssinie, le pays était au centre d'un ensemble assez riche de relations commerciales et religieuses avec l'Asie, l'Europe et le Moyen Orient. La Grèce antique, l'Egypte, l'Empire Byzantin, le Portugal, la Russie et les Terres Saintes de Jérusalem et de La Mecque connaissaient cette terre aux allures légendaires délimitée entre le flanc occidental de l'Arabie et le Nil Bleu fournissant jusqu'à 80% des

contrèrent l'ancienne génération de musulmans sédentaire et urbaine, intéressée au commerce, et prête à des accommodements avec le royaume chrétien. Les souverains d'Adal avaient des relations étroites avec l'empire ottoman qui était en forte expansion à cette époque.

[59] Les prouesses personnelles de ce conquérant légendaire, ses succès considérés surnaturels et les ravages de ses campagnes militaires à l'encontre de bourgades chrétiennes, des monastères et des églises, ont été transmis jusqu'aux générations d'aujourd'hui par des légendes grotesques ou bien par des récits oraux qui maintiennent son souvenir encore très vif parmi les chrétiens des hautes terres (Henze 2004).

[60] Nous aborderons plus loin dans ce chapitre ce que Delphine Lecoutre appelle l'entrée de l'Afrique dans la représentation internationale de l'Éthiopie (Lecoutre 2007 : 154 ; voir i*nfra* § I.4 ; § I.5).

[61] Qu'il suffise de mentionner le suisse Alfred Ilg qui travailla pour Mənəlik II, les deux américains A. E. Colson et John Spencer ainsi que la suffragette britannique Sylvia Pankhurst qui furent à des moments divers conseillers de Haylä Sellasé.

eaux du Nil parvenant en Egypte, source d'encens précieux et de myrrhe, réserve d'ivoire, intermédiaire sur la route de la soie. Or, certaines de ces relations ont également facilité l'introduction de la médecine moderne. Joao Bermudes, un barbier chirurgien membre de la mission diplomatique portugaise (1520-1526) a séjourné dans la ville de Gondär entre 1520 et 1536 au service de l'empereur Lebna Dengel. Hiob Ludolf rapporte dans sa monumentale *Historia AEthiopica*, qu'en 1636 un missionnaire protestant allemand, Peter Heiling après avoir donné la preuve de son habilité dans la divulgation de différentes normes d'hygiène auprès de la population gondarienne gagna la faveur de l'empereur Fasilädäs et commença alors à dispenser des cours d'hygiène et d'éducation alimentaire aux enfants de l'empereur et des familles nobles de la ville. Des informations plus détaillées nous sont parvenues à propos de Charles Jacques Poncet, un médecin d'origine française qui fut envoyé en 1699 en Éthiopie par le Consulat français du Caire, sous requête de l'empereur Yasus I (1682-1706) pour soigner l'empereur lui-même et son enfant d'une maladie de la peau que Poncet n'a pas décrite dans son carnet de notes, mais qui aurait été très probablement une forme scorbutique de lèpre[62]. Pendant son séjour dans la ville de Gondär qui ne dura pas plus qu'un an, Poncet raconte avoir soigné également l'épouse de l'empereur et d'autres personnalités importantes et d'avoir laissé à l'empereur un coffret de médicaments qu'il avait apportés lors de son arrivée en lui ayant préalablement appris les modalités d'utilisation et certains de leurs principes actifs. Par la suite, ce furent pour la plupart des médecins provenant de la Grèce chrétienne orthodoxe, très souvent des prêtres qui travaillèrent au service des empereurs et de la noblesse. James Bruce, auteur du fameux *Travels to Discover the Source of the Nile* (Bruce 1964), raconte avoir rencontré lors de son séjour dans le pays (1768-1773), soixante-dix ans après la mort de l'empereur Iyasu, un prêtre grec orthodoxe, un certain Abba Christophorus qui dans la ville de Gondär remplissait également les fonctions de médecin. En outre, J. Bruce, lui-même médecin amateur, a offert dans son ouvrage un compte rendu assez riche et détaillé, le premier en fait, des maladies les plus récurrentes dans les populations du haut-plateau Amhara et des zones limitrophes. Il a relaté aussi la diffusion d'une épidémie de variole et la présence d'une fièvre qui sera diagnostiquée le siècle suivant comme la malaria[63]. Néanmoins, c'est à

[62] « Poncet who did not describe Yasus's illness, confined himself to saying that the emperor and his son "begun their course of physic" and both observed exactly diet (regime) I prescribed, which was so successful that in a little time they were perfectly cured". James Bruce who visited Gondar almost three quarters of a century later, claims that Poncet's two royal patients were suffering from "a scorbutic habit, which threatened to turn into leprosy » (Pankhurst 1990 : 140).

[63] « During his residence in Ethiopia, Bruce acquired a fair understanding of the country's disease and was indeed the first writer to report on them and their traditional treatment in detail. He devoted a long description to 'fever' (i.e. malaria). He described its symptoms and course […] Though unaware that the disease was spread by the mosquito (a fact which was not discovered until over a century later), he realized that outbreaks were related to the seasons […] He was likewise aware that the disease was not encountered in regions of higher elevation […] Much concerned with smallpox, Bruce made a number of inquiries about it. He learned that Shanqella, or black people near the Sudan frontier, had been 'greatly reduced' by the disease: whole tribes had been 'extinguished to a man' [….] The Mecha Galla by the Nile, however, were so terrified of the illness (which seldom appeared 'more

partir du XIX siècle, parallèlement à l'introduction systématique de formes spécifiques de santé publique dans les pays de l'Afrique et de l'Asie faisant partie des grands empires coloniaux, qu'en Éthiopie aussi soins et vaccinations ont été destinés à des segments de plus en plus importants de population. Ce fut dans un souci de bienfaisance envers le peuple et dans un rapport d'émulation avec les puissances étrangères que les empereurs songèrent à distribuer des médicaments et élargir l'accès gratuit à la vaccination au peuple. Par ailleurs, ces initiatives sanitaires ne furent jamais systématiques ou exclusives d'autres mesures et pratiques plus traditionnelles. Jusqu'au début du XX siècle, l'éclosion de flambées épidémiques amena les pouvoirs politiques à prendre des mesures relevant de tout autre ordre que sanitaire ou médical et qui étaient en parfaite continuité avec des usages et des croyances remontant à une époque bien plus ancienne.

I.1.1 Les effets politiques des épidémies : un aperçu historique

Depuis l'antiquité l'Éthiopie n'a pas cessé de faire face à de sévères famines et à des crises alimentaires dues à la sécheresse ou bien à l'invasion de locustes qui ont engendré à leur tour des flambées épidémiques de choléra, de typhoïde, de peste et dysenterie (Pankhurst 1990 : 15-69). Elles sont relatées depuis le IX siècle dans diverses sources telles que les chroniques royales, l'*Ethiopian Synaxarium*[64], la monumentale *Historia AEthiopica* du XVII siècle de l'orientaliste allemand, H. Ludolf, ainsi que dans de nombreux récits de voyage de différents étrangers qui se sont rendus en Éthiopie à partir du XVI siècle. R. Pankhurst écrit à ce propos :

> « Ethiopia has suffered over the centuries from innumerable epidemics primarily of smallpox, cholera, typhus, dysentery, and influenza. The precise character of earliest outbreaks, however, cannot be established, for the records of the time – many of which relate miracles alleged to have occurred in such times of distress – neither mention diseases by name nor provide sufficient detail to allow identification. Nevertheless, many of the unidentified 'pestilences' of the past, to judge from the evidence available, were just as serious as later, medically diagnosed outbreaks. Several, as we shall see, followed in the wake of famine, and in some cases led to migration from the more affected areas ».
>
> (Pankhurst 1990 : 15)

De l'analyse plus détaillée faite par R. Pankhurst (Pankhurst 1990) des sources documentaires ci-dessus mentionnées, il ressort que le phénomène épidémique a été d'abord interprété dans les termes surnaturels d'un châtiment divin provoqué par la transgression des normes morales de la vie en commun. Dans certains cas, en plus de l'intervention des pouvoirs religieux aux fins de susciter des miracles, les épidémies ont aussi impliqué des réformes sociales visant à assainir les mœurs du peuple. En revanche, les formes plus pragmatiques de leur gestion ont consisté dans des déplacements

frequently than every fifteen or twenty years') that they had developed the previously mentioned draconian method of setting fire (still inhabited) houses of smallpox victims » (Pankhurst 1990 : 150).

[64] Le livre des saints de l'église orthodoxe täwahedo éthiopienne (EOTC)

volontaires de groupes d'individus dans des zones reculées, à l'abri du danger épidémique, dans l'isolement de l'empereur et de l'élite impériale aussi bien que dans le contrôle des mouvements de la population et dans la mise en œuvre de mesures publiques réglant l'enterrement des cadavres. Des mesures draconiennes d'élimination des personnes infectées et de leurs habitations sont également attestées plus spécialement à l'occasion de flambées épidémiques de variole.

Pendant la pestilence survenue entre 1454 et 1468 l'empereur Zara Yaʿqob fit d'abord construire une église dans la capitale de l'empire qu'il avait récemment établie dans la ville de Däbrä Bərhan, en accord avec la croyance que *« the plague will not come to the spot where a temple will be built »* (Pankhurst 1990 : 18). Puis il imposa des règles assez strictes pour l'enterrement des cadavres assorties de la peine de confiscation de tous les biens pour ceux qui ne les auraient pas respectées. Aucune information n'est disponible quant aux modalités de gestion mises en œuvre dans les différentes provinces de l'empire éthiopien par les pouvoirs locaux ni non plus sur les réactions de la société. Dans les récits de voyageurs et d'explorateurs qui ont visité le pays entre le XIX et le XX siècle, on peut retrouver des similarités significatives entre les mesures prises contre les épidémies à cette époque et celles employées par Zara Yaʿqob. Pendant le XIX et le XX siècles l'Éthiopie comme le reste de l'Afrique de l'Est (Hartwig, Patterson 1978 : 9) fut le théâtre de flambées épidémiques récurrentes et très virulentes. Les récits de voyage, les rapports de géographes relatent des épidémies de variole, de choléra dont l'impact sur la population fut très violent et destructeur. Nathaniel Pearce, un britannique résidant au Tigray au XIX siècle décrit ainsi une flambée de variole survenue entre 1811 et 1812 :

> « The small-pox at this time committed such ravages throughout the country, that all thoughts of war were abandoned. As the malady increased it became more like a plague than the small-pox, and in a great many towns and villages the people lost their children, and numbers of grown-up persons, who had not the disease before, died also ».
>
> (Pearce 1831, t. I : 90)

La variole - en amharique connue sous les noms de *kuffəññ ou fänţaţa* – a été l'épidémie la plus grave dont l'Éthiopie a souffert depuis l'antiquité. Selon la tradition arabe la variole fut amenée en Arabie par les troupes aksumites au IV siècle après J.-C. Cependant, selon R. Pankhurst la première attestation historique d'une flambée de variole remonte au récit rapporté par James Bruce. Selon le témoignage recueilli par cet explorateur et historien écossais, la flambée de variole qui sévit dans le pays durant le règne de Iyasu (1682-1706) ravagea les provinces Oromo en les rendant presque complètement désertes. Au XIX siècle, les récits de voyageurs et d'explorateurs, bien plus nombreux et détaillés, ont attesté de six flambées différentes de variole au cours de

seulement 87 ans (1811-1898). La plus grave fut celle de 1896, survenue quelques années après la grande famine de 1888-1892. Elle dura jusqu'en 1898 et déboucha, d'après le témoignage d'Étienne Mérab, médecin personnel de Mənilək II, dans la réalisation de l'une des campagnes de variolisation parmi les plus importantes (Mérab 1912 : 52-54). La dernière flambée épidémique de variole fut celle de 1904-1905. La maladie devint endémique très probablement grâce à l'introduction de la vaccination. Les informations concernant ses taux de prévalence sont contradictoires. Pendant les années 1940, selon la mission Phelps-Stokes les cas de variole étaient très peu fréquents, tandis que selon les médecins Rey et Fan C. Dunckley la maladie était encore très commune (Pankhurst 1990 : 26). Avant l'introduction des méthodes de vaccination occidentale il existait des formes de variolisation traditionnelle qui consistaient en l'inoculation d'une mixture dans laquelle le pus était dilué avec du beurre et du miel. Cette variolisation était pratiquée chez les enfants en dessous de 15 ou 18 ans et chez les personnes adultes déjà traitées. Quant à son efficacité, plusieurs observateurs étrangers, médecins et missionnaires, ont rapporté qu'en période d'épidémie la vaccination était pratiquée trop tardivement et que le virus de variole utilisé était encore actif. Le médecin Harris décrivit cette inoculation traditionnelle comme une « opération maladroite » (*« clumsy operation »*) (Pankhurst 1990 : 27) dont la mort était très souvent la conséquence. En même temps, des mesures d'isolement des malades prises par les autorités politiques qui cherchèrent également à contrôler les mouvements de la population sont attestées à de différentes époques au sein de plusieurs sources. Des déplacements volontaires vers des lieux à l'abri de l'épidémie sont attestés dès le XVII siècle par l'historien H. Ludolf. Pendant l'épidémie de 1886, l'empereur Yohannes IV (1872-1889) outre le contrôle des mouvements de population, promut la variolisation occidentale et il publia un édit par lequel il prohibait la fornication car celle-ci était considérée faciliter la diffusion de l'infection (Pankhurst 1990 : 28). J. Bruce quant à lui atteste qu'au XVIII siècle chez les Oromo et les Somalis les malades étaient brûlés dans leurs maisons. Un siècle plus tard N. Pearce déclara *« horrible as it might appear, they considered this practice very prudent mode of proceeding »* (Pearce 1831, t. I : 91).

La variolisation occidentale fut introduite pendant le règne de Tewodros II et différentes personnalités étrangères y furent impliquées. Le consul britannique Walter Plowden qui visita l'Éthiopie en 1856 et le médecin français Légard, envoyé quelques années plus tard par Napoléon III, proposèrent l'introduction de cette méthode auprès de la population civile et des armées mobilisées par Tewodros II dans son entreprise d'extension territoriale du royaume des hautes terres et de centralisation du pouvoir (voir *infra* I.1.2).

L'autre fléau parmi les plus terribles et récurrents dont a souffert l'Éthiopie est le choléra, en amharique *fangal*. Les flambées attestées depuis le XVII siècle survinrent

habituellement dans le sillage des famines. Entre le XIX et le XX siècle éclatèrent cinq épidémies de choléra : la première au début de 1830 parallèlement à la diffusion du choléra dans d'autres pays de l'Afrique de l'Est ; la deuxième fut la conséquence de la famine de 1834. L'impact de cette flambée fut particulièrement grave, mais l'incidence varia significativement d'une région à l'autre (Pankhurst 1990 : 32). Les mesures de protection principales prises par la population furent l'isolement dans les zones élevées et reculées du pays (Pankhurst 1990 : 33). Trois autres flambées de choléra à l'impact dévastateur furent celles de 1850-1856, de 1865 et 1890-1892. Celle de 1865 éclata dans le port de Massawa où les habitants prirent immédiatement la décision de bloquer tout type de contact avec les zones côtières et empêchèrent en même temps les caravanes de quitter les hautes terres pour le Soudan. Celle de 1890 survenue suite à la famine qui frappa le pays un an auparavant, fut l'une des plus graves. Les mesures prises pour l'endiguer se limitèrent au contrôle du mouvement de la population. L'Érythrée qui était à l'époque une colonie italienne ferma la frontière avec l'Éthiopie et plusieurs migrants furent rapatriés. Mənilək II qui venait d'être couronné roi des rois (1889-1913) s'installa à Ankobar. Il ordonna que les animaux soient retenus à Adal et que personne ne se déplace. À cette époque, la maladie infectieuse était usuellement indiquée sous le nom de *yä näfas bäššeta*, ce qui signifie, la maladie amenée par le vent qui souffle du nord-est. Cela était en accord avec le fait que l'éclosion des épidémies de choléra était normalement localisée sur la côte nord-est. La dernière flambée la plus importante de choléra survint en 1906, car pendant le XX siècle les stratégies de contrôle international et les avancées sanitaires en Éthiopie arrivèrent enfin à en contrer la diffusion.

La flambée épidémique de grippe de 1918 impliqua des mesures politiques méritoires d'attention en raison de leur visée moralisatrice. Cette épidémie, dite « espagnole », fut connue en Éthiopie sous le nom d'*Hədar bäššeta*, c'est-à-dire la maladie de novembre (*hədar*). C'est au courant de novembre 1918 que l'épidémie de grippe commença à se diffuser avec une virulence plus aiguë et à causer les premiers décès dont plusieurs parmi les étrangers résidant en Éthiopie. Dès ses premières manifestations au cours du printemps et de l'été 1918, le gouvernement éthiopien avait demandé une assistance médicale à l'état italien qui avait répondu en envoyant un médecin italien, Dr Pasquale Vetuschi. Celui-ci voyagea via Djibouti avec 100,000 doses de vaccin pour la variolisation, mais elles n'eurent aucun effet sur l'épidémie de grippe. Devenue beaucoup plus sévère à partir du mois de novembre, ainsi que les témoignages du ministre italien, le comte Colli, de l'ambassadeur britannique Campbell et du missionnaire suédois Cederqvist l'attestent elle fut diagnostiquée comme grippe. L'United Presbyterian Church of North America opérant au Soudan joua alors un rôle de première importance dans l'administration d'aides et de secours et plus particulièrement dans l'enterrement des

cadavres, représentant en effet l'un des problèmes les plus difficiles à gérer (Pnakhurst 1990 : 61-63).

> « Mortality in Addis Ababa at the height of the epidemic reached considerable proportions. Alaqa Kenfa stated that hundred or 'at least sixty or seventy' persons were buried at each church every day (as well as smaller numbers at the remoter churches) while Campbell declared that 'at one Church alone from 100 to 150 were buried daily and there are ten or more other Churches ».
>
> (Pankhurst 1990 : 61)

L'épidémie de grippe fit également de nombreuses victimes dans les communautés étrangères, et plus particulièrement parmi les médecins exerçant leur métier dans la capitale. Le remède couramment utilisé furent les feuilles d'eucalyptus.

> « The leaves were taken from trees which had been planted some years earlier in the former garden of the Emperor Yohannes, the sole place in the city where they were to be found. The most common practice was to put the leaves in the fire to disinfect the house with the fumes ; some, however, boiled the leaves to make an infusion which they could drink. Nystrom's father, a missionary doctor, had no medicines with which to treat the epidemic but he gave his approval to this use of eucalyptus ».
>
> (Pankhurst 1990 : 64)

Néanmoins, cette flambée de grippe fut d'une durée très courte. En décembre, quand elle s'était désormais calmée, le régent Ras[65] Täfäri Mäkonnən, futur empereur Haylä Sellasé, écrivit à l'Abunä Matewos pour attirer son attention sur la réglementation du mariage. Une réforme dans ce domaine était en fait considérée comme une mesure nécessaire pour prévenir d'autres catastrophes naturelles, car celles-ci étaient de fait expliquées comme la conséquence de la colère divine contre la situation de promiscuité et de dégénérescence morale.

> « Memory of the evil days also had the incidental effect of fostering the growing public sentiment that marriage reform was needed. On December 22, Ras Tafari wrote to Abuna Matéwos, recalling that 'different kinds of sins' had been practiced in Ethiopia, and that marriage regulations had been 'completely disobeyed', even by the clergy, as a result of which 'God after much toleration started to bring all kinds of misery upon us time and again. More than that God these days brought severe misery and consequently many people, children and the rest, are terrified and most probably it is the will of God to establish this question of marriage' ».
>
> (Pankhurst 1990 : 68)

La gestion de l'épidémie de grippe fut donc l'entreprise d'un État dont la formation d'un système de soins et de prévention public avait commencé à s'ébaucher seulement une vingtaine d'années auparavant.

[65] Il s'agit d'un titre de noblesse et grade militaire le plue élevé (Gascon 2006: 302). Littéralement ce mot signife « tête », « chef ».

I.1.2 La formation d'un domaine sanitaire : entre diplomatie médicale et pouvoir bienfaisant

Qu'on fasse remonter la date de naissance de l'Éthiopie moderne à 1855, début du règne de Tewodros II (1855-1868) ou bien au règne de Mənilək II (1889-1913) couronné roi des rois en 1889, on peut considérer que le processus de formation de l'état éthiopien s'apparente à la formation des États-nations modernes de l'Europe (Teshale 1995, 22 ; 30-31). Comme pour ces derniers (Tilly 1975, 71 ; 87 cité in Teshale 1995), la guerre fut l'instrument principal à la disposition du roi des rois pour soumettre les autres autorités politiques semi-autonomes et pour s'annexer des territoires au Sud, à l'Est et à l'Ouest des frontières du royaume chrétien des hautes terres. D'autres formations politiques comme l'émirat d'Harär à l'est, les royaumes de Ǧəmma, de Wälaytta et de Käfa au sud-ouest ont traversé des processus complexes de formation et expansion en résistant dans certains cas[66] aux dernières tentatives d'annexion de la part de Mənilək II qui poursuivit le projet d'unification et de centralisation politique auquel avait déjà songé Tewodros II (1855-1868).

La longue histoire de la monarchie et de l'église chrétienne orthodoxe *täwahedo* aboutit à l'affaiblissement des structures tribales au profit d'une organisation régionale, en contribuant à la formation d'une population dominante de religion chrétienne et parlant amharique qui avait progressivement intégré une partie des Oromo. Néanmoins, durant l'ère des princes (*Zämänä Masafent*), commencée avec la mort de Yassou II en 1755 et terminée avec le couronnement de Tewodros II en 1855, le royaume chrétien eut une cohésion interne assez fragile. Les quatre entités régionales, Tigray dans le Nord, Amhara dans le centre, Goǧǧam dans le Sud-Ouest, et Šäwa dans le Sud, étaient de fait indépendantes l'une de l'autre et souvent en conflit. Les chefs régionaux étaient rivaux entre eux et afin d'avoir le contrôle des affaires politiques et d'en tirer des avantages personnels étaient devenus des *« faiseurs de roi »* (Henze 2004 : 119). Devenu roi des rois en 1855, Tewodros II se distingua par un effort de modernisation des structures administratives, il s'engagea à arrêter les luttes intestines pour le pouvoir, entama la création d'une armée nationale avec des officiers salariés (Markakis 1974, 20-21 ; Rubenson 1966) et restaura l'autorité de la dynastie salomonide. Il fut aussi le promoteur enthousiaste d'un projet de renouveau national fondé sur l'association entre une éducation chrétienne et une formation aux techniques modernes de la construction du bâtiment et des routes, et plus particulièrement à la fabrication d'armes à feu[67]. De nombreux missionnaires artisans arrivés en Éthiopie entre 1855 et 1856 accompagnés

[66] Le royaume du Käfa par exemple a continué de résister à la domination éthiopienne jusqu'à la fin des années 1890 (Henze 2004, 174).

[67] L'approvisionnement d'armes à feu constitua l'un des enjeux principaux dans la formation de l'état éthiopien qui se fit par la conquête et la soumission au pouvoir central des terres périphériques du haut-plateau (Pankhurst 1966 ; 1967).

par des artisans laïcs allemands et suisses travaillèrent dans l'industrie d'armements. Engagé dans des campagnes punitives à l'encontre des nombreuses rebellions qui éclataient dans les provinces et sous pression pour maintenir son armée, Tewodros II chercha à réduire les privilèges fiscaux dont bénéficiait l'église orthodoxe täwahedo. C'est pourquoi le clergé sapa constamment son autorité auprès des paysans et le patriarche le frappa d'excommunication. Cependant, en dépit de cet engagement dans un projet de renouveau social et politique du pays, les initiatives de modernisation du domaine sanitaire et médical se limitèrent essentiellement à des mesures de vaccination parmi les armées et dans une moindre mesure auprès de la population civile contre des flambées épidémiques qui sévirent le pays à plusieurs reprises. Elles rencontrèrent la faveur de la population qui se montra bien disposée et même pleine d'attente et d'espoir vis-à-vis des traitements apportés par les médecins et les missionnaires occidentaux.

> « Dr Blanc relates soon after entering Ethiopia "from Metemma my troubles began". "I was at all hours of the day surrounded by an importuning crowd, of all ages and sexes, afflicted by the many ills that flesh is heir to. I had no more privacy, and no more rest. Did I leave our camp with my gun in search of game, a clamorous crowd followed me. On the march, at every halt from Wali Dabba to Theodore's camp in Damot, I heard nothing else from abiet medanite medanite ! (Father, medicines, medicines) ».
>
> (Pankhurst 1965 : 121)

Succédant à Tewodros en 1872, Yohannes IV (1872-1889) montra les qualités d'un dirigeant énergique et avisé. Considéré sous plusieurs aspects comme un empereur traditionaliste et conservateur, un chrétien ardent, qui vit dans la Russie et la Grèce, chrétiennes orthodoxes, de potentielles alliées contre l'Egypte et le Soudan, Yohannes IV manifesta cependant un intérêt important vis-à-vis de la médecine pratiquée en Europe. Il eut à son service un médecin grec, Nicholas Parisis, qui lui fut envoyé par le roi Georges I et séjourna en Éthiopie dès 1885 à 1886. Parisis se distingua pour avoir mené à bien une campagne de vaccination contre l'épidémie de variole de 1886 (Pankhurst 1990 : 23-30). En effet, bien qu'il existât une méthode de variolisation indigène (Voir *supra* I.1.1 et Pankhurst 1990, 26-30), le sérum importé de France et les méthodes pratiquées par le médecin grec gagnèrent rapidement la confiance de la population au-delà du roi et de la cour.

> « The new technique was however so popular, above all during the smallpox epidemic of 1886, that the Emperor Yohannes, his commander, Ras Alula, the Abuna, or head of the Church, King Menelik of Shoa and King Takla Haymanot of Gojam, all agreed to be vaccinated, as were 'many other generals, officials, soldiers and numerous children'. The Emperor, according to Parisis, was also convinced of the superiority of vaccination over the old system of variolation which was traditional in Ethiopia, that he issued the decree forbidding his subjects from employing the old practice »
>
> (Pankhurst 1965 : 121)

Sous le règne de Mənilək II (1889-1913) les interventions sanitaires destinées à la population commencent à s'inscrire de façon plus structurée dans les pratiques de gouvernement. En effet, l'introduction de la médecine moderne fonctionna comme un instrument parmi d'autres dans l'œuvre de modernisation de l'État qui fut envisagée entre autres par une œuvre de laïcisation des secteurs de l'éducation et de la santé, alors qu'ils avaient été l'apanage jusque là des congrégations religieuses parmi lesquelles l'Eglise Orthodoxe täwahedo se distingua pour sa nette suprématie (Pankhurst 1965 ; Markakis 1974 : 91-110). Mənilək II s'efforça d'élargir l'accès aux soins à des segments de plus en plus larges de population et lança plusieurs campagnes de vaccination. En outre, en vue de compléter l'appareil de la cour impériale, il apporta des reformes institutionnelles importantes telle que la création de divers départements gouvernementaux comme celui de la santé et de l'éducation.

Les premiers contacts de Mənilək II avec des médecins étrangers remontent à une mission médicale italienne qui précéda de quelques années le conflit italo-éthiopien. À l'époque où les rapports entre les deux pays étaient sous le signe de l'entente et de la coopération, quatre médecins visitèrent l'Éthiopie et accompagnèrent Mənilək II et son armée dans les expéditions militaires à Arussi (1886) et à Harär (1887). Leurs rapports sont parus dans le Bulletin de la Société Géographique Italienne, mais ils relatent très peu les maladies endémiques du pays, les conditions sanitaires de la population, ni leurs fonctions de médecins (Pankhurst 1965, 124). En effet, l'événement qui a déclenché la réalisation progressive, quoique discontinue, d'un système de santé publique fut l'intervention de la Croix-Rouge russe au lendemain de la bataille d'Adwa (29 février 1896). Or, cette intervention de la Croix-Rouge impériale russe en Éthiopie n'était certes pas une exception pour la Russie. Elle réfléchissait en revanche son orientation générale en matière de relations internationales. Des détachements russes furent envoyés aussi bien que sur des champs de bataille dont la Russie était officiellement absente comme dans les Balkans ou par la suite en Afrique du sud où les *Boërs* affrontèrent les Anglais en 1899 (Hocquet-Von Raesfeldt 2012 : 228). Pour l'Éthiopie, l'acceptation de cette intervention humanitaire ne signifiait pas seulement l'opportunité de faire soigner les blessés de guerre. Elle a de fait contribué à la respectabilité internationale du pays, car l'acceptation des opérations de la Croix Rouge russe a été l'occasion pour l'Éthiopie d'adhérer à la Convention de Genève. Alfred Ilg, un ingénieur suisse que Mənilək II avait engagé comme conseiller en 1879, avant d'accéder au trône impérial, revint à plusieurs reprises sur ce thème ainsi qu'en témoignent ses lettres adressées à Leontiev depuis l'Europe et conservées aujourd'hui à Zurich :

> « Le 8/04/1896 : "je viens d'écrire à Sa Majesté pour la question de la Croix-Rouge ; il est absolument nécessaire et urgent que Menilek demande pour l'Éthiopie l'adhésion à la Convention de Genève 20/08/1867" et encore le 8/05/1896: "Les journaux italiens disent également que beaucoup de prisonniers italiens et indigènes ont été mutilés et évirés sous les ordres de l'Empereur...Nous défendons ici tant que nous pouvons mais il nous faut des documents de là-haut...N'oubliez pas d'insister sur la nécessité de faire accepter la Croix-Rouge, c'est absolument nécessaire et urgent" ».
>
> (Hocquet-Von Raesfeldt 2012 : 229)

Une mission se composant de 5 officiers, 6 médecins, 4 étudiants de l'Académie médicale militaire, 6 assistants médicaux, 2 pharmaciens, 12 infirmières, 21 paramédicaux, et même 2 interprètes d'amharique ainsi qu'un un aumônier, partit le 30 mars 1896 et arriva à atteindre Harär le 27 mai (Ibid. : 229-230). Cependant, Mənilək II probablement sous la pression de quelques ras se montra réticent à autoriser l'entrée de la mission humanitaire à Addis-Ababa alors que ras Mäkonnən et Ilg prônaient la poursuite des opérations[68]. La Croix-Rouge quitta enfin Harär le 30 juin en y laissant une partie du personnel médical à la demande de Mäkonnən qui tint à exprimer ses remerciements dans une lettre à Nicolas II :

> « De Makonnen à l'empereur de Russie. Harär, le 10 HAMLE 1888 E.C (16 juillet 1896), Que ceci parvienne à sa Majesté l'Empereur de Russie, Roi de Pologne et Grand-Duc de Finlande. Je vous présente avec respect mes salutations courtoises. Auparavant, alors que j'entais sur la route avec Ǧanhoy [Sa Majesté l'Empereur Ménélik] je vous avais adressé mes salutations par télégramme et fait savoir que j'allais bien. Vos respectueuses salutations me sont parvenues en réponse par télégramme, que Dieu vous en remercie. Et maintenant, c'est pour vous faire savoir que je suis rentré dans ma juridiction de Harär en bonne santé [que je vous écris]. Mais surtout, je vous écris pour vous communiquer mes remerciements et ma joie que vos compatriotes [« vos personnes »] soient venus [« par leur venue »] depuis la Russie pour soigner nos blessés. Tous les Éthiopiens n'oublieront jamais vos bienfaits. Que Dieu donne une longue vie et la santé à Votre Majesté, pour [que soit] la gloire de tout le peuple russe et pour [que soit] la joie de l'Éthiopie. Ecrit à Harär, le 10 Hamle 1888 E.C [16 juillet 1896] ».
>
> (Hocquet-Von Raesfeldt 2012 : 232)

Le détachement de la Croix Rouge débarqué sur la Côte des Somalis en mai 1896 réussit à parvenir à Enṭoṭṭo, près d'Addis-Abeba, le 7 août. Elle y reçut un accueil solennel et chaleureux. Après avoir monté un hôpital de campagne, la mission commença à traiter malades et blessés selon une moyenne de 350 patients par jour. Entre Harär et Enṭoṭṭo les Russes soignèrent près de 14 000 personnes dont quelques centaines sur le trajet entre les 2 villes et effectuèrent 460 opérations dont une seule se solda par une

[68] Il est difficile d'expliquer cette réticence de la part de Mənilək II alors que la Russie était un pays ami. Probablement cette intervention était vécue avec une certaine crainte et ambivalence en regard de la possible atteinte à la souveraineté de l'Éthiopie. Ainsi avait été perçu le fait que Švedov ait fait hisser le drapeau de la Croix-Rouge au-dessus du camp où résidait la mission. Cela renforçait chez les Éthiopiens la crainte de revivre ce qui s'était passé avec le Portugal au XVI siècle, quand suite à l'intervention militaire contre les musulmans de Graññ, les jésuites avaient cherché à rattacher l'Eglise orthodoxe éthiopienne à Rome. Selon d'autres analyses, Mənilək II aurait craint qu'une intervention humanitaire de ce type incite à une demande de soins réguliers au sein du peuple (Hocquet-Von Raesfeldt 2012 : 230-231).

issue mortelle (Ibid. : 233). Or, pour une part importante les patients soignés souffraient de maladies endémiques comme la syphilis, des infections dermatologiques et gastriques. Les blessés de guerre ne représentèrent que 4,4 % des cas. L'équipe médicale s'attira aussitôt la sympathie de la population et celle du couple impérial à tel point que Mənilək II demanda à Nicolas II de pérenniser cette présence. Un étudiant russe, Piotr Ščusev, fut chargé de rédiger un manuel de médecine élémentaire traduit en amharique et les médecins du détachement donnèrent des cours aux jeunes éthiopiens en vue de préparer une relève locale pour les soins de base. Lors du départ qui eut lieu le 25 octobre 1896, une partie du personnel soignant y resta avec tout le matériel. Ils furent par la suite rejoints par un nouveau médecin et un pharmacien. Après avoir contribué à relever le prestige de l'Éthiopie aux yeux des autres puissances (Ibid. : 235) les relations avec la Russie se renforcèrent. Sur la demande de l'empereur lui-même la coopération sanitaire avec la Russie fut prolongée par l'envoi de nouveaux médecins et l'ouverture d'un hôpital russe à Addis-Abeba en 1898 qui resta opérationnel jusqu'à 1906 avec des effectifs russes. Les patients y étaient soignés gratuitement et en 1899 il se dota d'une structure en dur à Addis-Alem. Le général Kaufman, directeur alors de la Croix-Rouge russe pouvait ainsi se vanter de *« laisser une trace durable de leur présence en Abyssinie »* (Ibid. : 236).

> « Le souvenir de l'action russe *'désintéressée'*, allait marquer profondément les Éthiopiens à tel point que, pendant la guerre russo-japonaise, Menilek préleva sur ses fonds pour faire un don à la Croix-Rouge russe et qu'en mai 1945 Haylä Sellassé, dans son télégramme de congratulations à Staline, lui exprima la demande de poursuivre l'œuvre de la Croix rouge impériale. L'hôpital soviétique Balča qui fut ouvert à la suite de cette demande en 1947 fut maintenu pendant toute la guerre froide bien qu'il servît aussi évidemment de centre de propagande et de renseignement »
>
> (Ibidem)

Or, dans un premier temps ces initiatives provoquèrent des attitudes ambivalentes de la part des autres puissances coloniales allant de l'hostilité à l'éloge de la conduite de la mission russe. Ainsi, un journaliste français en poste à Addis-Abeba écrivit-il dans *Le Temps* que les Russes, par les services rendus, leur conduite et leur discipline, avaient élevé le prestige de l'Europe (Prouty 1986 : 185, cité in Hocquet-Von Raesfeldt 2012 : 234). Du côté italien, les opinions furent contrastées. Certains racontars de prisonniers de guerre soulignèrent la négligence du personnel soignant à leur égard et insinuèrent que la raison de cette intervention russe était bien autre que d'ordre humanitaire, et ils parlèrent de convois d'armes et de trafic d'ivoire (d'Amato 1898 : 102-103 ; 198 ; Prouty 1986 : 173 ; 182, cités in Hocquet-Von Raesfeldt 2012 : 234). Par ailleurs, les Italiens ne furent pas les seuls à voir dans l'intervention de la Croix Rouge russe et dans la successive installation d'un hôpital des visées politiques qui allaient bien au-delà d'une

intervention strictement humanitaire. R. Pankhurst rapporte les commentaires de deux britanniques, Powell-Cotton et Wylde, sur cet hôpital :

> « The doctors, he claimed, did not have 'a very high reputation for medical skill', though they had done 'much useful surgical work for the natives', especially for those wounded in the then recent war with Italy. For Russia, he declared, the hospital was thus 'a means of ingratiating herself with the natives and showing how dear is their welfare to the Czar'. … Wylde, also looking at it from a purely British standpoint, observed that the Russians, who had so kindly and disinterestedly come to the aid of the Abyssinians' with pills and bandages, had thus made their 'firstfootsteps' in Africa, 'opening perhaps, under the cloak of charity and humanity what may become a foundation to build a right to interfere in the politics of Abyssinia and the north-east of Africa and also on our line of commerce to the east' ».
>
> (Pankhurst 1990 : 173)

Cependant, d'autres Italiens furent témoins reconnaissants et admiratifs de l'intervention humanitaire russe (Zaghi 1973, T.II : 251) et selon ce qui rapporte R. Pankhurst même avant la fin des hostilités la population locale[69] put bénéficier des services offerts par une mission médicale que l'Italie envoya pour soigner les prisonniers de guerre italiens. D'autres sources se limitent à relater que le dispensaire de la Croix Rouge italienne ouvert à Harär du 11 janvier au au 2 mai 1897 fut à l'intention des prisonniers italiens libérés, et ferma après le départ des derniers contingents. Ce fut plus tard, en 1901, après la proclamation de la paix, que les Italiens établirent une clinique à Addis-Abeba qui fut décrite par Etienne Mérab, médecin personnel de Mənilək II, comme un *endroit très fréquenté (« a busy place »)* enregistrant en moyenne cinquante patients par jour (Pankurst 1990 : 174). Les médecins italiens recueillirent également la faveur de Mənilək II, de sa conjointe et du reste de la cour. R. Pankhurst écrit à cet égard :

> « Some impression of how pleased Ménilik, his consort Queen Taytu, and members of the court were with the Italian doctors can be obtained from the letters which De Castro received. Some were entirely matter-of-fact requests for medical assistance while others were messages of greeting, enquiring after the doctor's health or thanking him for favour received. In the traditional Ethiopian manner, such communications were often accompanied by gifts of livestock ».
>
> (Pankhurst 1990 : 174)

Cette entrée de la diplomatie dans le domaine médical était bien appréciée par la population locale qui, selon l'opinion du médecin italien Annaratone, préférait se faire soigner par les étrangers, et, comme De Castro l'observa, était déjà accoutumée au

[69] « Italian medical endeavors, which were the most significant after those of Russians, started even before the end of the hostitilities. During the Ethiopian siege of Mäqäle, which took place between December 20, 1895, to January 7 1896 (two months before the clash of arms at Adwa), the Ethiopians requested that an Italian doctor treat Ras Mangasha Atikim who had been injured by a fall from his horse. Eliseo Mozzeti, the only doctor at Maqalé, therefore crossed the lines on December 30 and visited the Ethiopian camp. Not long afterwards, the italian government sent a medical mission under Dr Angelo de Martini to treat the prisoners captured by the Ethiopians. It established itself in Harär, where it remained five months and catered to members of the public as well as to prisoners, 3,432 people were treated between January and May 1897 » (Pankhurst 1990 : 173).

traitement gratuit (Ibid. : 174). La défaite des Italiens à Adwa fit donc de la coopération dans le domaine médical le terrain privilégié de la construction de l'entente internationale entre l'Éthiopie et les autres puissances étrangères. Il devint même un véritable espace de compétition pour les puissances coloniales. Les efforts de la France et de la Grande-Bretagne dans ce sens furent également très importants. Les Français rattachèrent un médecin au personnel de légation et en 1898 envoyèrent une mission médicale sous la direction du chef du laboratoire de pathologie expérimentale de la faculté de médecine de Paris pour étudier l'éruption de peste bovine, suivie par la Grande Famine de 1890. Les Britanniques installèrent un cabinet médical dirigé par un chirurgien euro-asiatique qui parlait couramment amharique et attira une large clientèle provenant aussi des zones rurales qui avait déjà pu bénéficier de soins et de la pharmacopée occidentale grâce aux voyageurs étrangers qui pratiquèrent presque tous des activités médicales en amateurs (Pankhurst 1990 : 175-176). Les seules formes de résistance attestées furent celles du clergé. L'Eglise Chrétienne Orthodoxe est en effet dépositaire de plusieurs savoirs, pratiques et moyens de guérison auxquels les Éthiopiens n'arrêtèrent pas d'avoir recours[70]. En outre, impliquée à différents niveaux dans le secteur de l'éducation, elle exerçait un pouvoir politique et social important que les réformes étatiques et sociales de Mənilək II, parmi lesquelles l'institutionnalisation de la médecine moderne, étaient en train de contrer. Ainsi, concernant les aspects plus institutionnels de l'introduction de cette forme de médecine, il est utile de rappeler qu'en 1901, en accord avec le projet de modernisation de l'État, une Direction de la Santé est créée au sein du Ministère de l'Intérieur. Le gouvernement lança divers édits pour promouvoir des campagnes de vaccination. Ecrits dans un langage simple mais convainquant, ils visaient à persuader et à exhorter la population à se faire vacciner contre la variole qui au début du XX siècle se manifesta sous la forme de plusieurs flambées épidémiques (Pankhurst 1990 : 178-179). Des structures sanitaires furent établies même en dehors de la capitale où à l'hôpital russe s'ajoutèrent des cliniques et des cabinets médicaux gérés par des Italiens et des Britanniques. Deux cliniques, l'une à Gondär, l'autre à Däsé, furent établies par les Italiens avant l'éclatement de la Première Guerre Mondiale. Un hôpital fut construit à Harär en 1901 sur les dépenses personnelles de Ras Mäkonnən, puis il fut acheté et géré par les Français qui tout en le laissant ouvert à la population locale voulurent faciliter la prise en charge et les consultations médicales des français résidant dans leur protectorat de la Côte française de Somalie (CFS). Un autre hôpital de province fut ensuite établi à Dire Dawa en 1911 en concomitance avec la construction de la voie ferrée franco-éthiopienne Djibouti-Addis-Abeba. À Addis-Abeba, à la clôture de l'hôpital russe en 1906

[70] *Mənəlik* II dont les conditions de santé empirèrent sérieusement pendant les dernières années de sa vie, tout en ayant été soigné par plusieurs médecins étrangers fît également recours à un rite chrétien orthodoxe censé avoir un pouvoir miraculeux, le *ṭäbäl* (Pankhurst 1965, 135). Je reviendrai sur ce rite plus loin car il a fait également l'objet d'un recours important de la part des personnes atteintes par le VIH/sida.

(un an après la tentative de révolution contre le tsar), la construction du premier hôpital gouvernemental, Menelik Hospital fut entreprise en 1909. Samu Negus, Gisaw de Tegugat et Dagne d'Allobarat, qui avaient étudié la médecine en Russie mais on ne sait pas exactement jusqu'à quel niveau y exercèrent (Zervos 1936 : 394, cité in Hocquet-Von Raesfeldt 2012 : 273). Concernant les autres mesures de santé publique prises pendant le règne de Mənilək II, il est intéressant de remarquer qu'en parfaite cohérence avec un projet sanitaire dont les formes médicales ne semblent avoir eu aucun caractère de coercition ou de violence vis-à-vis de la population, Mənilək II s'opposa à la construction d'autres lazarets après celui construit à Harär en 1901, alors que les missionnaires en furent de fervents promoteurs.

> « Despite the missionaries' success, no other leprosaria were set up for several decades. This delay was partly due to consideration of cost, but also to the widespread Ethiopian belief that leprosy was a God-given inherited disease, and not contagious. Ménélik, in particular, was said to have been opposed to the founding of further leprosaria. When it was proposed to him that lepers should be segregated, he is said to have objected to the idea, which he considered unnecessarily cruel, and declared, 'Have I not enough other thing on my conscience ?' ».
>
> (Pankhurst 1990 : 182)

Mənilək II mourut très malade en 1913, mais l'Éthiopie avait déjà bien entamé la voie vers sa transformation en un état moderne, « responsable » et « rentable ». La montée au pouvoir de Ras Täfäri Mäkonnən en 1916, qui fut officiellement couronné roi des rois sous le nom d'Haylä Sellasé en 1930, ouvrit une période dense et controversée d'événements. C'est à cette époque là, avant que le pays soit occupé par l'Italie fasciste, que *« l'Afrique fit son entrée dans la représentation internationale de l'Éthiopie »* (Lecoutre 2007 : 154).

I.2 La modernisation de l'Éthiopie au miroir de l'Afrique

La régence de Ras Täfäri Mäkonnən (1916-1930) et la première période de son règne sous le nom d'Haylä Sellasé (1930-1935), interrompu en 1936 par l'occupation italienne (1936-1941) se caractérisent par de grands efforts de modernisation de l'État et de la société. Dans son autobiographie, l'empereur écrit qu'entre 1916 et 1935 trente-deux initiatives de reformes furent prises pour développer et moderniser le pays et pour *« permettre à la civilisation étrangère de pénétrer l'Éthiopie »* (Haylä Sellasé 1976 : 65-76, cité in Henze 2004 : 204), dont l'émanation d'une constitution qui fut approuvée en novembre 1931[71]. Dès sa régence Täfäri poursuivit le développement du système

[71] Il ne s'agissait pas bien entendu de répondre à une exigence quelconque de participation populaire au pouvoir, et l'empereur dût même vaincre la résistance des grands de l'aristocratie. En dotant l'Éthiopie d'une constitution, Haylä Sellasé tenait à légaliser et sécuriser les bases d'un pouvoir centralisé, réglementer les formes de gouvernement et par là poursuivre son but de conformation aux autres états-nations. La constitution qui fut formellement approuvée en novembre 1931 était profondément conservatrice. Elle *« confirmait le droit divin de l'empereur de gouverner en rendant 'la personne de l'Empereur … sacrée, Sa dignité inviolable, et Son pouvoir incontestable' »* (Henze 2004 : 208). Cette

sanitaire, mais ce domaine ne représenta jamais une priorité de sa politique. Les réformes sanitaires ont plutôt répondu à une volonté de modernisation s'adressant plus particulièrement aux centres urbains et visant à donner une image de l'Éthiopie à la hauteur de sa position dans le système international. Après la fin de la première guerre mondiale, la victoire de la Grande-Bretagne, de la France et plus particulièrement de l'Italie qui dans le passé avait menacé l'indépendance de l'Éthiopie, accrut les préoccupations de Ras Täfäri Mäkonnən sur la situation de l'Éthiopie à la fois exceptionnelle et précaire car le pays se situait dans un continent africain presque entièrement colonisé par les nations européennes. Devenue membre de la Société des Nations (SDN) en 1923, nouvelle organisation internationale, qui était censée défendre la sécurité collective et plus particulièrement celle des états dits « faibles », l'Éthiopie accéléra sa modernisation et intensifia les échanges avec les pays étrangers. À la fin des années 1920 et pendant les années 1930, beaucoup de Russes, Américains, et Européens furent recrutés comme techniciens, conseillers, enseignants et médecins. Afin de doter le pays d'une classe dirigeante crédible et respectable au niveau international, Täfäri s'investit dans le développement de l'éducation moderne (Balsvik 2007). La participation des missions étrangères dans ce domaine fut parfaitement tolérée voire encouragée[72] ; une taxe de 6% pour l'éducation sur les exportations et les importations fut créée. En outre, afin de promouvoir la scolarisation il pourvut d'aides spécifiques les familles les plus démunies pour lesquelles les enfants étaient une ressource pour le travail des champs et le pastoralisme. Dès les années 1930, les étudiants les plus doués étaient envoyés à l'étranger pour étudier grâce à des bourses mises à disposition par l'empereur qui se présenta comme leur père intellectuel. Dans la plupart des cas ils appartenaient à des couches sociales modestes. Ceux qui survécurent à la guerre de libération de 1941 constituèrent une ressource pour le recrutement aux fonctions d'État. Haylä Sellasé put ainsi équilibrer l'influence de la noblesse sans pour autant permettre que la nouvelle classe éduquée à l'occidentale puisse organiser une opposition à son pouvoir, du moins jusqu'à la fin des années 1960 (voir *infra* § I.5.1). En ce qui concerne plus précisément le développement d'un système de soins et de prévention accessible à toute la population Haylä Sellasé promut l'implication de médecins et de missions provenant de l'étranger. Parmi ces missions, la plus importante fut l'United Presbyterian Church of North America déjà opérant au Soudan et arrivée en Éthiopie en 1918 suite à l'épidémie de grippe (Voir *supra* I.1.1 et Pankhurst 1990 : 206-207 ; 45-69). Le Menelik Hospital fut dirigé par des médecins français et suisses ; le Bet Sayda Hospital établi en 1924, fut dirigé jusqu'à

constitution instituait un parlement bicaméral comprenant un sénat nommé par l'empereur au sein de la noblesse et une chambre de députés élus au suffrage indirect sur la base de critères de propriété foncière. La promulgation des lois relevait du roi.

[72] En 1946 à l'initiative de l'empereur des enseignants jésuites franco-canadiens furent invités en Éthiopie pour l'organisation de l'école primaire secondaire et professionnelle. Ils avaient promis de ne pas faire de prosélytisme et en public ils ne portaient pas de vêtements religieux.

l'occupation italienne (1936-1940) par un médecin suédois et il fut pourvu d'un autre médecin et de deux infirmiers de la même nationalité ainsi que d'un ingénieur-électricien allemand. Il fut l'un des principaux centres d'inoculation du vaccin contre la variole qui était relayé par l'Institut Séro-Vaccinogène fondé en 1924. Un projet de vaccination obligatoire fut proposé par un médecin étranger sans pour autant entrer en vigueur (Pankhurst 1990 : 216). L'achèvement de la voie ferrée entre Addis-Abeba et Djibouti facilita aussi l'introduction de l'inoculation antirabique disponible au Caire et à Alexandrie. Puis, dès 1927 le vaccin contre la rage commença à être produit à Addis-Abeba. Dans ces mêmes années on assiste à une implication très significative dans le secteur sanitaire de missionnaires étrangers[73]. Particulièrement présents dans les provinces non-chrétiennes selon la volonté de l'empereur, ils furent également responsables dans la capitale de trois hôpitaux et d'un lazaret. Les années qui précèdent l'occupation italienne sont également importantes en raison des initiatives prises en matière de législation visant à réglementer l'exercice des professions de médecin, de sage-femme, de vétérinaire et de dentiste, ainsi que la vente de médicaments (Pankhurst 1990 : 218-219). En outre, tandis qu'un certain nombre de jeunes étaient envoyés étudier la médecine dans des pays étrangers, une école pour des auxiliaires médicaux fut annexée à la Menelik School à Addis-Abeba. Par ailleurs, la menace d'invasion provenant des armées italiennes présentes en Érythrée, colonie italienne depuis 1890, amena à la formation en 1935 de deux nouvelles institutions, l'Ethiopian Red Cross Society et l'Ethiopian Women's Work Association qui eurent la fonction de pourvoir les troupes de bandages et d'assistance médicale. Ces mesures de santé publique ne furent toutefois pas suffisantes pour améliorer les conditions sanitaires du pays même pas dans la capitale Addis-Abeba où la croissance de la population ne fut pas suivie de mesures d'hygiène publique efficaces et significatives[74]. Le manque d'eau courante et la pénurie de puits conduisirent à l'utilisation de l'eau impure des fleuves et des rivières. L'absence d'un système de drainage, le nombre fort limité de latrines publiques et une certaine résistance à leur utilisation contribuèrent significativement à la détérioration de l'environnement urbain et des conditions de vie des habitants qui s'approchaient par ailleurs de connaître ensemble au reste des Éthiopiens une nouvelle phase de l'histoire politique de leur pays. Car à cette même époque, l'Italie sous le régime fasciste de Mussolini fut saisie par un délire nationaliste et décida ainsi de se donner un empire colonial en préparant l'invasion de l'Éthiopie. Sous la pression de l'invasion italienne, Haylä Sellasé dans le souci de garder une attitude conciliante fit appel à la Société Des Nations, puis aux Etats-Unis qui ne faisaient pas

[73] Les missions religieuses les plus importantes furent United Presbyterian Church of North America, l'American Seventh Day Adventist Mission et l'Italian Catholic Mission (Pankhurst 1990 : 207-208).

[74] « Thus conditions in the capital all in all were far from healthy and may well have actually been deteriorating. That at least was the opinion of Christine Sandford, a not unperceptive observer, who declared that the prevalence of smallpox, venereal diseases, typhus, trachoma, and leprosy 'increased' as a result of the rapid growth of the city's population' » (Pankhurst 1990 : 221).

partie de la SDN sans aucun succès. Il prit officiellement position contre la colonisation de l'Afrique. Son fameux discours prononcé le 30 juin 1936 devant la SDN en est l'acte politique principal[75]. Cependant, le 5 mai 1936 les troupes de Badoglio entrèrent triomphalement dans Addis-Abeba décrétant ainsi par la conquête de l'Éthiopie la formation de l'empire de l'Africa Orientale Italiana (AOI)[76]. Comprenant les colonies de l'Érythrée et de la Somalie Italienne qui furent unies à l'Éthiopie, l'empire africain de Mussolini dura seulement cinq ans.

I.3 L'occupation italienne : la médecine moderne comme médecine coloniale

Le début des hostilités entre les troupes italiennes et l'armée éthiopienne, le 3 octobre 1935, fut suivi par l'arrivée de plusieurs missions de la Croix Rouge provenant de la Suède, de la Grande-Bretagne, de l'Égypte, de la Hollande, de la Finlande, du Soudan et de la Norvège. Victimes des bombardements des forces aériennes italiennes, la plupart de ces missions furent retirées selon la décision du siège de la Croix Rouge de Genève seulement quelques mois après le début de leurs interventions. La mission britannique en revanche, s'installa à Addis-Abeba où elle resta jusqu'à l'arrivée des troupes italiennes le 5 mai 1936. Se composant d'un grand nombre de soldats non-africains (500 000), l'armée italienne quant à elle avait été équipée d'importants lots de médicaments, d'hôpitaux de campagne, et disposait d'un personnel soignant comptant 2 484 médecins, 188 pharmaciens, 384 infirmières, 200 religieuses et 16 139 agents hospitaliers et infirmiers (Pankhurst 1990 : 226). Des mesures préventives furent plus spécialement prises contre les maladies vénériennes, la dysenterie et la malaria. Les soldats furent régulièrement vaccinés contre le typhus et le choléra (Pankhurst 1990 : 226). Une fois le pays occupé, le gouvernement italien instaura un système de santé typiquement colonial envisageant des mesures de ségrégation raciale telles qu'un accès différencié aux structures sanitaires pour les colons et les natifs, l'expulsion d'une grande partie de la population locale des villes vers les zones rurales. Dans la capitale des mesures furent prises pour l'élimination de la population canine, la construction des premiers abattoirs publics, l'imposition de véhicules dûment couverts pour le transport de la viande ainsi

[75] Néanmoins, la brutalité de l'invasion italienne provoqua des réactions très critiques et de protestation dans plusieurs secteurs de la société américaine et plus particulièrement parmi les afro-américains. Un comité américain dédié à la crise éthiopienne fut créé par les Noirs, les Protestants et les groupes pacifistes auquel les Italo-américains opposèrent une association unifiée en faveur de l'Italie. Des émeutes éclatèrent dus à la tension croissante entre les deux factions et en juin 1936 le traité italo-américain de commerce et de navigation de 1871 fut abrogé (Dugan, Lafore 1973 ; Harris 1964). Par ailleurs, c'est pour remercier les Noirs du monde de leur soutien lors de la guerre italo-éthiopienne que l'empereur Haylä Sellasé leur offrit des terres près de *Šaššämänne*, une ville à 250 kilomètres au sud d'Addis-Abeba, en les invitant à venir y habiter pour contribuer au développement du pays (Bonacci 2008 : 20)

[76] Si toutes les puissances européennes importantes accordèrent leur reconnaissance à la conquête italienne, les Etats-Unis, le Mexique, la Nouvelle Zelande, et l'Union Soviétique refusèrent de reconnaître l'Africa Orientale Italiana.

que la construction d'un certain nombre de puits. La plupart des hôpitaux d'Addis-Abeba furent rebaptisés et réservés aux blancs. D'autres établissements furent convertis en structures hospitalières. Dans l'ancien Mənilək Hospital rebaptisé Duca degli Abruzzi Hospital deux sections séparées furent mises en place, l'une pour les « blancs » avec une disponibilité de 700 lits et une autre pour les « natifs » pouvant disposer, selon un rapport municipal de 1938, de 150 lits (Pankhurst 1990 : 227). La « Consolata Missione » qui avait pris en charge presque exclusivement des Éthiopiens jusqu'au moment de l'occupation, servit par la suite comme hôpital pédiatrique pour les enfants blancs et comme clinique pour les cas de trachome, considéré par les médecins italiens comme l'une des plus graves maladies contagieuses de laquelle il fallait protéger les colons. De progrès très importants furent ainsi effectués dans le domaine ophtalmique.

> « Dr. Pasquale Guerra, a notable specialist, claimed that by May 1937, a 'regular service' had been established and that evidence collected by it demonstrated that medical facilities were 'truly necessary not only for the assistance of the patients, but also to give an idea of the grave dangers to which our compatriots were exposed 'by the widespread diffusion of trachoma, which he termed 'one of the most serious and contagious' of disease. It was therefore to take action with the 'greatest possible speed' to shield Italians from 'the great threat'. Seven eye clinics were soon established. … Provision was made for the free treatment of trachoma and other eye-diseases every Tuesday ».
>
> (Pankhurst 1990 : 230)

En outre, quatre cliniques et un dispensaire médical pour les maladies vénériennes furent destinés à la population locale. Le Täfäri Mäkonnən Hospital qui avait été géré avant l'occupation italienne par la United Presbyterian Church of North America, fut rouvert en 1938 comme Ospedale per Capi e Notabili Indigeni. À l'automne de la même année, un nouvel hôpital fut ouvert pour les Éthiopiens, Hemanuel Ospedale per Indigeni de Tecla Haimanot. Il était situé dans la zone ouest d'Addis-Abeba qui avait été réservée pour la population locale. En effet, les formes de violence et de ségrégation raciale qui accompagnèrent les actions de médecine préventive destinées à la population locale ainsi que les mesures d'hygiène publique confirment clairement que l'intérêt principal de ces formes de santé publique était de protéger les garnisons militaires et les colons italiens qui vinrent progressivement s'installer dans le pays.

> « The need for widespread preventive medicine, primarily in the interest of the European population, was constantly affirmed. A fascist report on the 'First Year of the Empire' emphasized the necessity to 'protect the health of nationals (i.e., Italians) from infections by 'natives' ... while another italian physician, Dr. Mariani, contended that it was necessary to fight against 'typhus' not only because of the danger which it represented for the natives and nationals of Italian East Africa, but above all because of the danger of importing the virus in the Mother Country' »
>
> (Pankhurst 1990 : 228)

Les règles de ségrégation se durcirent en fonction des risques de contagion concernant les maladies infectieuses. Les zones habitées par les natifs, Təklə Haimanot et Märkato, furent strictement interdites aux Italiens. Également, des mesures de ségrégation furent prises dans les écoles, les lieux de travail, les magasins et les moyens de transport. Les Italiens qui avaient des contacts fréquents avec les Éthiopiens étaient régulièrement vaccinés. Un grand nombre d'Éthiopiens résidant à Addis-Abeba furent envoyés vivre dans les zones de campagne. En effet, essentiellement installés dans la capitale ainsi que dans les autres cinq villes principales de district, Harär, Dire Dawa, Gondär, Däsé et Ğəmma, les Italiens y établirent des hôpitaux et des cliniques visant à satisfaire essentiellement leurs besoins sanitaires. Après la libération du pays ces hôpitaux et cliniques intégreront le système de santé publique national. D'autres services bien moins efficaces et très mal équipés furent à la disposition de la population locale, alors que les missions étrangères protestantes, œuvrant dans la prise en charge des Éthiopiens, surtout en zone rurale, furent expulsées. Dans les villes, et plus particulièrement dans la capitale, différentes mesures sanitaires et médicales furent prises pour contrôler les maladies vénériennes. Ces dernières qui étaient déjà largement répandues dans la population native augmentèrent significativement leur incidence pendant les années de l'occupation en raison du développement de la prostitution que la présence de soldats et de colons italiens encouragea grandement. Selon le témoignage d'un médecin hongrois (Pankhurst 1990 : 234) à Addis-Abeba le premier bordel destiné exclusivement aux Italiens fut mis sur pied seulement deux jours après l'officialisation de l'occupation. L'administration coloniale fit quelques efforts pour réglementer la prostitution. Les professionnelles du sexe dont les clients étaient des italiens étaient soumises à des contrôles médicaux réguliers et même celles exerçant dans les rues devaient posséder un permis officiel. En outre, l'administration s'efforça d'assurer la fourniture de médicaments contre les infections sexuelles. Des cliniques spécifiques pour les professionnelles du sexe éthiopiennes et pour celles italiennes furent établies à Addis-Abeba aussi bien que dans les autres villes où malgré ces efforts l'incidence des maladies vénériennes continua d'augmenter. Le taux d'infection le plus élevé fut enregistré pour la syphilis suivie par la blennorragie.

Diverses flambées épidémiques sévirent pendant les six ans de l'occupation italienne. Une épidémie de typhus sévit dans Addis-Abeba dans l'automne 1937, une de méningite dans le Tigray et à Däsé dans le printemps de la même année et une exceptionnelle de variole, maladie qui était désormais endémique, à Gondär et à Addis-Abeba également au printemps 1937. Des campagnes de vaccination furent lancées auprès des Italiens et de la population locale, mais en suivant des méthodes différentes. Ainsi pour l'épidémie de typhus la commission chargée de son endiguement utilisa deux vaccins différents, l’un pour les Éthiopiens, l’autre pour les Italiens et les autres étrangers non-africains.

> « The commission recommended that the entire 'white population' was given Weigl vaccine, which was efficacious and not harmful, while the 'natives' should receive the 'easiest vaccine' to prepare ».
>
> (Pankhurst 1990 : 237)

Des mesures de contrôle du typhus et d'isolement des malades furent constamment prises au sein de la population locale même en dehors des épisodes épidémiques, car les Italiens étaient particulièrement vulnérables à la maladie (Pankhurst 1990 : 238). Un nombre important d'hospitalisations d'Italiens fut également dû à la malaria. En 1938 dans Luigi Razza Hospital d'Addis-Abeba furent hospitalisés plus de 400 Italiens qui avaient attrapé la malaria soit dans l'aire des rivières Awash et Omo soit dans la zone des lacs de la Rift Valley (Pankhurst 1990 : 237), la capitale étant à l'abri de cette maladie en raison de son altitude, 2 600 mètres au-dessus de la mer. La malaria fit ainsi l'objet d'une attention prioritaire dans le champ de la recherche biomédicale. Des recherches sur d'autres maladies infectieuses furent également engagées auprès du Bacteriological and Micrography Institute, auprès de l'Istituto Sieroterapico Milanese, et auprès d'un institut de recherche spécifique sur le typhus fondé en 1939. À cette même époque remonte une thèse de médecine tropicale menée par un médecin français. On peut y lire :

> « Au point de vue médical, son histoire est encore plus obscure et même aujourd'hui que l'Éthiopie est conquise par une nation européenne, il n'y a pas un ouvrage qui traite des maladies que se trouvent dans ce pays. […] Nous avons interviewé nombre d'Abyssins sur les maladies qui sévissent dans leurs localités, mais leurs renseignements étaient rudimentaires et souvent ils ont décrit une maladie sans pouvoir la nommer. Donc, nous avons été forcés d'écarter de tels renseignements. Nous avons interviewé certains membres de l'ancien gouvernement éthiopien qui nous ont donné des renseignements sur les sources et les conditions hygiéniques dans le pays, ainsi que sur les progrès qui ont été réalisés dans cette voie. La guerre est venue tout disloquer. […] Maintenant tout est à construire et à reconstruire. […] Nous espérons ardemment qu'un jour l'Éthiopie sera pourvue d'une organisation médicale suffisante pour protéger sa population contre les maladies qui la ravagent et dont les enfants sont les premières victimes ».
>
> (Diggs 1937 : 21)

Dans des termes assez révélateurs du projet philanthropique, en réalité fort ambigu, de la médecine tropicale, instrument de connaissance et de contrôle des peuples colonisés dans les mains des puissances occidentales, le passage ci-dessus rapporté anticipe les enjeux idéologiques de la coopération internationale en matière sanitaire telle qu'elle s'est progressivement instaurée après la fin de la seconde guerre mondiale. C'est à partir des années 1950 que grâce à des aides techniques et financières des organisations internationales commencèrent à s'intéresser à l'Éthiopie et promurent ainsi, avec la coopération d'organisations nationales la formation d'un personnel soignant et auxiliaire local comprenant essentiellement des infirmiers et des inspecteurs sanitaires

(Chang 1969 ; Kloos 1998). Les médecins italiens restés en Éthiopie constituèrent une partie importante du personnel médical du pays. Tel fut l'un des quelques héritages de la colonisation italienne. Les Éthiopiens n'avaient bénéficié que des effets marginaux du système médical et sanitaire mis en place par leurs colonisateurs. Les conditions sanitaires du pays n'avaient pas été améliorées. R. Pankhurst rapporte :

> « Gandar Dowe, another British officer arriving in the colony with the forces of liberation in 1941, exclaimed - 'Everywhere ... enteric fevers and dysentery were endemic … Flies were regarded as inevitable natural phenomena'. This was perhaps not surprising, for, as Margery Perham, the well-known expert on colonial practice, argued, the Italians were 'not predominantly concerned with the interests of the Ethiopians', who therefore benefited only from 'the marginal effects' of Italian medical activity ».
>
> (Pankhurst 1990 : 238)

Après la fin de l'occupation italienne les questions sanitaires de la population furent remises à l'ordre du jour de la monarchie éthiopienne restaurée. Quelle place prirent-elles dans le projet politique du roi des rois ? Furent-elles l'objet de revendications de la part d'autres forces politiques et sociales ?

Pour répondre à ces questions il convient d'évoquer très brièvement les événements politiques qui ramenèrent Haylä Sellasé au pouvoir et la nouvelle situation politique dans laquelle l'Éthiopie se trouva au lendemain de la seconde guerre mondiale, une monarchie théocratique en pleine éclosion des mouvements de libération.

SECTION II

L'AFRICANISATION DE L'ÉTHIOPIE ET SON ENTRÉE DANS LE TIERS MONDE : LA SANTÉ COMME ENJEU POLITIQUE AUX FACETTES MULTIPLES

I.4 L'entrée de l'Éthiopie dans le Tiers Monde et son positionnement en Afrique

Pays historiquement aligné sur les puissances occidentales qui avait cherché l'appui des Etats-Unis et des pays membres de la SDN contre la menace italienne, l'Éthiopie fut le seul pays africain qui entra directement dans le champ des affrontements de la Seconde Guerre Mondiale. L'intervention de la Grande-Bretagne en Éthiopie fut en effet la réponse à la déclaration de guerre que le dictateur italien avait lancée également à la France, le 10 juin 1940. La Grande-Bretagne voulut attaquer Mussolini là où il était le plus vulnérable, son empire africain. À la fin des hostilités en 1941, l'Afrique Orientale Italienne était sous l'occupation britannique. Cependant, alors que les Britanniques avaient établi un gouvernement militaire, l'empereur revenu en Éthiopie de son obscur exil à Bath en Angleterre, s'efforça de réaffirmer son leadership sur le pays et de redéfinir progressivement son orientation pro-occidentale en choisissant comme « patron » les Etats-Unis et en gardant des liens avec la Grande-Bretagne, la Suède, la France mais également avec des pays du bloc de l'Est comme l'URSS et la Yougoslavie de Tito (Keller 1991, Marcus 1983, Spencer 1984). En effet, la position dans laquelle se trouva l'Éthiopie vis-à-vis de la Grande-Bretagne[77] au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale contribua indirectement à renforcer ses relations avec les États-Unis. À cette époque la position ouvertement anticolonialiste de Roosevelt cachait des intérêts politiques bien précis. En première instance, s'investir dans un programme de réhabilitation économique de l'Éthiopie aurait servi d'encouragement aux autres pays

[77] L'accord anglo-éthiopien signé le 31 janvier 1942 reconnaissait l'Éthiopie comme un *« Etat libre et indépendant »*, mais les Britanniques détenaient encore beaucoup de privilèges, comme le contrôle des finances et du commerce, l'administration de l'Ogaden et de toute la zone du chemin de fer Addis-Abeba - Djibouti (Marcus 1983 : 12-13). En outre, les questions territoriales n'avaient pas été définies. Certains responsables britanniques prônaient une grande Somalie et donc le rattachement des régions éthiopiennes habitées par les Somalis au Somaliland britannique et à la Somalie ex-colonie italienne qui deviendraient indépendants. Concernant l'Érythrée les opinions officieuses des diplomates britanniques allaient de l'annexion de l'Érythrée à l'Éthiopie à une partition des basses terres récupérées par le Soudan.

encore occupés. Elle fut ainsi insérée dans le programme *Lend-Lease*[78] et bénéficierait plus tard du programme d'aides et d'assistance UNRRA (UN Relief and Rehabilitation Administration). En outre, entre les années 1950 et 1960 divers événements[79] amenèrent progressivement l'Éthiopie vers une entente avec le Tiers Monde[80] et à vouloir *« assumer un rôle effectif dans l'inévitable évolution de l'Afrique »* (Lecoutre 2007 ; Spencer 1984 ; Marcus, 1983). Contre l'alignement sur les pays occidentaux choisi au lendemain de la fin de l'occupation italienne, une nouvelle tendance progressiste s'était formée, guidée par le Ministre des Affaires Etrangères, Ketema Yirfu, qui avait étudié aux Etats-Unis où il avait côtoyé le mouvement panafricaniste. Au cours de années 1960, Addis-Abeba abritait une cinquantaine d'ambassades, les sièges de la Commission Economique pour l'Afrique (CEA) et de l'Organisation de l'Union Africaine OUA, devenue aujourd'hui UA. La ville put jouer ainsi le rôle de « capitale de l'Afrique ». À cette même époque, Haylä Sellasé consolida son image de leader panafricaniste incarnant le mythe d'une Afrique aux Africains. Il fut non sans ambivalence[81] la figure politique la plus représentative de tout

[78] Lend-Lease (Prêt-Bail) est le programme d'armement mis en place par les Etats-Unis afin de fournir les pays amis de matériel de guerre sans intervenir directement dans le conflit. La loi voté le 11 mars 1941 autorise le Président des États-Unis à *« vendre, céder, échanger, louer, ou doter par d'autres moyens »* tout matériel de défense à tout gouvernement « dont le Président estime la défense vitale à la défense des États-Unis. »

[79] Ces événements furent le processus de décolonisation des pays africains ; la libération des pays du Proche et du Moyen Orient ; l'apogée du panarabisme avec une propagande très hostile à l'Éthiopie sur l'affaire érythréenne menée tant par l'Egypte, que par la Syrie et l'Arabie Saoudite.

[80] La conférence de Bandung tenue en Indonésie du 18 au 24 avril 1955 marque l'entrée du Tiers Monde sur la scène internationale. Vingt-neuf pays africains, asiatiques et arabes indépendants se réunissent et prennent position contre le colonialisme et les projets d'essais nucléaires dans le Sahara. Ils choisissent le non-alignement vis-à-vis des deux blocs, occidental et soviétique, et se prononcent pour l'admission de la République Populaire de Chine aux Nations Unies. Le cinq pays organisateurs, l'Inde, Ceylan (actuel Sri Lanka), le Pakistan, la Birmanie et l'Indonésie s'étaient rencontrés une première fois à Colombo en 1954 en vue d'établir les stratégies nécessaires à l'accélération du processus d'indépendance de l'Indochine. Ils se rencontrèrent à nouveau quelques mois plus tard pour décider la liste des pays invités à prendre part à la formation d'une zone de paix fondée sur la coexistence pacifique. L'objectif principal était d'inhiber la propagande arabe en faveur de l'indépendance de l'Érythrée et la formation d'une Somalie indépendante incluant tous les territoires peuplés de somalis en dehors de l'ancienne colonie italienne et du Somaliland anglais. L'Éthiopie visait également à limiter le soutien chinois et soviétique à l'Érythrée en s'appuyant sur la Yougoslavie de Tito, l'Inde, Ceylan, l'Indonésie.

[81] Ainsi que le note D. Lecoutre la visite officielle de Haylä Sellasé aux Etats-Unis au moment où la lutte d'émancipation des noirs américains se trouvait à son apogée mit au jour les ambivalences de l'identification de l'état éthiopien à la cause des noirs dans le monde et par là celles de son support aux pays africains sur la voie des indépendances. Lors de sa visite aux Etats-Unis, l'empereur « se trouva tenu à un devoir de réserve vis-à-vis de l'administration américaine au moment de la signature – le 22 mai 1953 – de deux accords déterminants pour la sécurité de l'Éthiopie dans le cadre de la guerre froide, l'un de coopération militaire et l'autre pour l'installation de la base militaire de Kagnew (Erythrée). D'autre part, l'Empereur – en sa qualité de monarque dirigeant l'un des seuls pays indépendants d'Afrique, porteur des espoirs d'indépendance de tout un continent – ne voulait guère être assimilé à un 'nègre' en raison de la signification péjorative que ce terme emportait alors aux Etats-Unis, où il restait associé aux « gens à l'aspect déclassé » à cause du commerce des esclaves, et cela d'autant plus qu'il existait traditionnellement au sein de la population éthiopienne un sentiment négatif communément répandu à l'égard des gens à la peau foncée » (Lecoutre 2007 : 162). À son tour John H. Spencer remarque : « Such an adjustment was difficult for Ethiopians who had always regarded themselves as non-African, looking to their cultural and linguistic origins in the Arabian Peninsula and the relationship between the Amharic and other semitic languages such as Arabic and Hebrew. 'I am not a Negro at all; I am a Caucasian', the Emperor Menlik told the West Indian pan-Africanist Benito Sylvain who had come to Addis Ababa to solicit the Emperor's leadership in a society for the 'Amelioration of the Negro Race' » (Spencer 1984 : 306).

un continent encore en pleine lutte pour l'indépendance, contre la discrimination raciale et pour l'obtention de droits économiques et sociaux. Cependant, malgré cette place d'exception au sein du système international, dans l'imaginaire des mondes noirs (Bonacci 2008) et dans le mouvement panafricaniste (Asante 1977), à l'époque de Haylä Sellasé l'Éthiopie était encore un empire anachronique dont le fonctionnement reposait sur une machine bureaucratique complexe et sophistiquée ainsi que sur l'autorité absolue de l'empereur (Keller 1991 : 15-16 ; 45-46). Mis à l'épreuve des changements politiques et économiques survenus en Afrique après la seconde guerre mondiale, l'empire de Haylä Sellasé ne put se prolonger que jusqu'au milieu des années 1970. À cette époque, l'objectif principal de Haylä Sellasé fut de faire de l'Éthiopie, qui était un pays basé sur une économie « féodale » et caractérisé par une structure étatique encore très faible, un pays industriel parfaitement inséré dans le système du capitalisme mondial avec un État très fort et centralisé (Keller 2006 : 94). Il ne chercha pas cependant à éliminer tout ce qui dans les domaines politiques, économiques et culturels pouvait être considéré comme relevant de la tradition. Il entama plutôt la voie de la conciliation et du compromis. Ainsi, parallèlement à ses efforts de laïcisation du système éducatif il renforça les alliances de la couronne avec l'église *täwahedo* et il conserva le christianisme orthodoxe comme religion d'État. En outre, tout en perpétuant le caractère théocratique de la monarchie, Haylä Sellasé s'investit énormément dans la formation d'une bureaucratie moderne avec des Éthiopiens éduqués dans les Universités occidentales destinés à intégrer la classe dirigeante. En 1950, il introduisit les études universitaires avec la création de University College of Addis Ababa dont le corps enseignant était constitué d'un groupe de jésuites canadiens. Entre 1950 et 1968 les diplômés issus de cette université, plus de deux mille, furent pour une bonne partie employés dans l'administration publique. Enfin, tout en promouvant une économie de marché basée sur la circulation d'une monnaie éthiopienne, il conserva le système de privilèges de l'économie féodale pour s'assurer l'allégeance de l'aristocratie foncière et plus particulièrement des administrateurs des provinces du Sud (*balabbat*)[82]. Haylä Sellasé chercha à diversifier les sources de l'aide étrangère[83], mais les Etats-Unis continuèrent de représenter la puissance la plus influente sur la politique interne car Haylä Sellasé était bien conscient que la « reconstruction de son pouvoir autocratique ne pouvait se faire qu'en liant le sort de l'Éthiopie à un allié généreux tel que les États-Unis » (Clapham 2002 : 17). La générosité américaine s'est d'abord manifestée dans le *« Point Four Agreement »* de 1952, qui prévoyait des

[82] *Balabbat* : « (lit. : qui a un père) notable indigène du Sud qui s'est soumis à Menilek et a récupéré un tiers (siso) des terres mängest lors de l'Aqänna (Reconquista du Sud par Menilek II (1880-1904) », Gascon 2006, 297-98.

[83] « What is most important to note here is that in the formative years of the absolutist state, Haylä Sellasé skillfully used U.S aid to strengthen both the state's military and economic capacity. Other aid donors were involved, but none with the scope of influence that the Americans had. Haylä Sellasé worked hard at diversifying the sources of his foreign aid – even taking aid from such diverse donors as the U.S and the USSR – but in the end, he became inordinately dependent on the United States » (Keller 1991 : 81)

interventions en matière d'éducation, de santé, de lutte contre les locustes et dans la formation de l'administration publique, ainsi que dans la coopération militaire, dans l'aviation civile, dans le domaine des télécommunications et de l'éducation, grâce à la présence massive des *Peace Corps* et l'octroi de bourses (Fantini 2008 : 125). Toutefois l'Éthiopie put bénéficier aussi de l'aide provenant de la Suède et des pays socialistes comme l'Union Soviétique. Des relations diplomatiques furent à nouveau établies avec cette dernière en 1943 car les Russes autant que les Américains représentaient un contrepoids significatif face aux Britanniques dont la présence après la libération du pays était devenue trop envahissante. Dans son télégramme de congratulations à Staline, en 1945 Haylä Sellasé exprima la demande, vite exaucée, d'un hôpital « afin de poursuivre l'œuvre de la Croix Rouge impériale ». Par la suite quoique l'Union Soviétique ait réclamé un temps la tutelle sur la Libye et l'Érythrée, et bien que la Pravda ait écrit au début des années cinquante qu'Haylä Sellasé *« n'était pas le lion de Juda, mais le chacal de l'impérialisme américain »* (Yakobson 1963 : 334) l'Éthiopie maintint des contacts importants durant toute la guerre froide en particulier sur le plan médical et culturel (Ibid. : 324). Apparu à Bandoeng comme l'un des leaders du Tiers Monde, capable de servir de relais avec le reste de l'Afrique, Haylä Sellasé fut invité en URSS par Khrouchtchev en 1959 et ne manqua pas de rappeler dans son discours les bienfaits de la Russie tsariste à la fois pour l'armement et pour l'aide médicale apportée en 1896 lors de la bataille d'Adwa (Ibid : 325).

Au milieu des années 1950 il était évident que si des infrastructures modernes existaient dans la capitale et dans d'autres centres urbains, les zones rurales et périphériques de l'empire se trouvaient dans une situation d'extrême abandon. En outre, si Haylä Sellasé avait été habile à orchestrer l'aide internationale, l'économie du pays reposait sur un système agricole très arriéré et sur l'exploitation de la classe paysanne. Le coup d'état manqué de 1960 révéla le danger potentiel que représentait le mécontentement ressenti à plusieurs niveaux de la société et dans les différentes provinces de l'empire envers Haylä Sellasé à cause de cette politique. Jusque là l'empereur avait réussi à tenir sous contrôle la situation et cela en dépit de l'opposition d'une certaine élite au pouvoir et malgré la survenue d'émeutes organisés par des groupes d'étudiants, des associations d'entraide, de corporations à base ethnique. Haylä Sellasé avait alors cherché à faire œuvre de médiation entre l'élite au pouvoir, l'aristocratie foncière et ces mouvements sociaux de plus en plus nombreux qui demandaient des réformes importantes aussi bien dans le domaine agricole que dans les domaines sanitaire et social. En décembre 1960, en profitant de l'absence de l'empereur qui était en voyage en Brésil, Gärmame Nəway, un gouverneur de province appartenant à une famille très importante du Šäwa et son frère, Mängestu Nəway, chef de la Garde Impériale, organisèrent un coup d'état (voir *infra* § I.6). Ils invoquèrent la stagnation de

l'économie éthiopienne et son sous-développement en regard des autres États africains désormais indépendants, le niveau très élevé de pauvreté et de l'illettrisme et les conditions sanitaires déplorables dans lesquelles se trouvait la majorité de la population ; accusant les élites de népotisme, d'avarice et cupidité et le régime politique de négligence (Keller 1991 : 132). Les conditions sanitaires et la situation de « sous-développement » de la population rurale et plus spécialement des peuples habitant les régions périphériques de l'empire furent des enjeux importants de la contestation politique. Avant d'en expliquer la raison, il convient d'illustrer les résultats principaux de la politique sanitaire de Haylä Sellasé.

I.5 Le droit universel à la santé : des politiques sanitaires et de développement à la famine de 1973-74

À la fin des années 1940, en suivant les directives de l'OMS, l'Éthiopie commença à mettre sur pied un système moderne de santé publique. L'élargissement de l'accès aux soins à des segments plus larges de la population et des campagnes de vaccination plus massives furent les principaux objectifs. Cependant, en l'absence de personnel soignant, et en raison de ressources techniques et financières fort limitées, le gouvernement éthiopien se vit dans l'obligation de recourir à l'aide de l'OMS, UNICEF et USAID (U.S. Agency for International Development). Le Ministère de la santé fut créé en 1948 et une taxe de santé fut introduite en 1959. Les 1980 médecins opérant dans les trente-huit hôpitaux du pays étaient tous de nationalité étrangère et dans la plupart des cas il s'agissait de missionnaires. C'est pourquoi, l'un des premiers engagements de l'État éthiopien fut la formation d'un personnel soignant indigène. Trois écoles d'infirmiers furent créées entre 1949 et 1951. En 1952, en vue de rendre opérationnels soixante-quatre centres de soin ruraux et quatorze départements de santé de province dans la région amhara, l'OMS, l'UNICEF et l'ICA (International Cooperation Administration des États-Unis) participèrent à l'organisation du Public Health College and Training Center dans la ville de Gondär pour la formation de fonctionnaires de santé, hygiénistes et infirmiers (voir *infra* § III.5). La première et plus importante école de médecine du pays fut fondée en 1966 à Addis-Abeba, suivie en 1970 par l'établissement de différents centres de formation pour infirmiers, assistants sanitaires et pharmaciens dans les villes principales. En 1950, l'établissement du premier Anti-Epidemic Service permit la mise en œuvre de différents programmes verticaux visant au contrôle voire à l'éradication de maladies endémiques comme le trachome, la tuberculose, la malaria et la variole. Il fut suivi par l'établissement d'Ethio-Swedish Child Nutrition Programme et All Africa Leprosy Rehabilitation and Training Center (ALERT). À cette même époque, en raison d'une croissance démographique très élevée, des agences internationales et des experts en santé publique étrangers s'efforcèrent d'introduire des politiques de planification

familiale, mais celles-ci rencontrèrent une très forte résistance de la part du gouvernement et des autorités sanitaires locales. Cependant, malgré cette résistance, un groupe d'Éthiopiens dont des médecins membres de la Ethiopian Medical Association, créèrent la Family Guidance Association of Ethiopia (FGAE) en 1963. Celle-ci commença à offrir des services de planification familiale à Addis-Abeba et des formations en la matière pour des professionnels médicaux. Le témoignage d'A. Carlson, un médecin américain qui exerça dans l'hôpital de Gondär et conduisit des recherches dans le domaine sanitaire avec son fils, lui aussi médecin, dans le district de Gondär, rend compte de l'inefficacité de ces mesures et des hauts niveaux de résistance rencontrés dans la société éthiopienne.

> « Observing the large size of families in Kossoye and other rural areas, Carlson attempted to engage teaching staff and students in conversations about key issues and implications of rapid population growth for Ethiopia. He met strong resistance especially from male teachers on the college faculty. He also raised the issue in conversations with both men and women in Kossoye. Most men and women were socially and economically conservative. At the family level, parents counted on their children to work at home to care for siblings, prepare food, carry water, and assist with herding and agriculture. With frequent deaths of infants and children, they could not risk having fewer children. Many did not want to change their way of life or status in the community, which they often believed was related to the number of children they could raise. … Almost no rural women used family planning methods anywhere in Ethiopia in the 1960s. Few had even heard of methods of consciously limiting the number of pregnancies by safe and effective means. Rural and small town clinics, such as in Ambaghiorghis, had no trained staff or materials to offer such services ».
>
> (Carlson, Carlson 2008 : 102-103)

Pour ce qui concerne la planification de l'organisation du système de santé publique, celle-ci fut intégrée dans les trois plans quinquennaux du développement que le pays s'est donné entre 1963 et 1974. La première politique de santé fut formulée en 1963, au sein du *« Second Five-Years Development Plan »*. Les mesures de santé publique prévues par ce plan, étaient destinées à renforcer le système de médecine préventive du pays et à faciliter l'accès aux soins. Les buts prioritaires étaient d'établir un centre de soin pour 50 000 habitants et une clinique (« health station ») pour 5 000 (Kloos 1992 : 136). Comme pour le plan de développement qui le suivrait en 1968, la population cible était celle rurale. Néanmoins, l'orientation de l'organisation sanitaire essentiellement basée sur l'assistance de programmes bilatéraux d'aide internationale resta centrée sur le développement des hôpitaux présents surtout dans les centres urbains et le renforcement des programmes verticaux de lutte contre des maladies infectieuses comme la malaria par exemple, qui bénéficia d'un programme vertical de lutte spécifique jusqu'en 1988 (Kloos 1992 : 136). En 1967, le personnel médical comptait 365 médecins dont seulement 65 étaient éthiopiens et dont 191 exerçaient leur profession à Addis-Abeba.

I.5.1 Le coup d'état manqué de 1960 et les enjeux politiques de la situation sanitaire du pays

Ainsi que nous l'avons évoqué plus haut les conditions sanitaires et la situation de sous-développement du pays alimentèrent des formes de contestation politique amenant au coup d'état manqué de décembre 1960. En effet, pendant les années 1960 l'affirmation des États-nations africains indépendants alla de pair avec la volonté de leurs chefs politiques de donner l'image d'une Afrique complètement libérée de la tutelle coloniale et dont les politiques de développement et sanitaires étaient à contrecourant des politiques coloniales. Les présidents africains s'engagèrent alors dans la création d'une certaine unité entre le pouvoir et le peuple et s'investirent dans la formulation de politiques publiques visant à la création d'un état-providence (Lofchie 1971 ; Keller 1991). Pour ce qui concerne l'Éthiopie, au cours de ces mêmes années, l'Université Haylä Sellasé d'Addis-Abeba fut l'espace de formation d'un mouvement étudiant considéré comme l'un des plus radicaux d'Afrique (Markakis 1978 ; Balsvik 2007). Influencé par les idées véhiculées par des groupes et des associations d'étudiants éthiopiens à l'étranger, c'est vers les années 1970 que ce mouvement se radicalisa en s'inspirant plus particulièrement des théories du marxisme-léninisme, des expériences de la Chine de Mao, du Vietnam de Ho Chi Minh et de l'internationalisme de Che Guevara (Bahru 2007 : 244). Différents groupes révolutionnaires prirent alors vie, parmi lesquels le Front Populaire de Libération du Tigray (TPLF : Tigray People Liberation Front), qui de concert avec le Mouvement National Démocratique Amhara (ANDM : Amhara National Democratic Movement) est l'un des fondateurs du Front Populaire Démocratique Révolutionnaire Éthiopien (EPRDF : Ethiopian People Democratic Front), une coalition de partis qui est resté au pouvoir de 1991 à nos jours (voir *infra* § I.4.2). Ces groupes étaient tous, à différents égards, animés par la ferveur révolutionnaire de transformer l'Éthiopie considérée comme un pays pauvre et arriéré non seulement par rapport à l'Occident mais même au égard aux autres pays africains. Le régime impérial de Haylä Sellasé avec son anachronisme et la perpétuation de diverses formes d'injustice sociale devint ainsi leur cible, mais l'empereur, étant par ailleurs le principal promoteur de la formation d'une classe éduquée à l'occidentale, n'incarna pas l'ennemi qu'il fallait éliminer de façon rapide et sanglante. Tel que nous le verrons plus loin, jusqu'à février 1975, l'Éthiopie révolutionnaire demeura juridiquement une monarchie (voir *infra* § I.3.2). L'organisateur principal du coup d'état manqué de 1960, Gärmame Nəway, a été généralement décrit comme un panafricaniste radical (Marcus 1983 : 118 ; Keller 1991 : 132-135). Gärmame poursuivit ses études aux Etats-Unis où il obtint un master en sciences politiques de la Columbia University en 1954. Sa thèse/son mémoire de master[84] portait sur l'impact du colonialisme européen au Kenya. Alors qu'il avait entamé son doctorat il fut appelé en

[84] Bahru s'y réfère, mais il la considère une thèse de doctorat (Bahru 2007 : 241)

Éthiopie pour recouvrir une charge au sein du Ministère de l'Intérieur. Nommé gouverneur du Wälamu dans la province du Sidamo, il eut l'occasion de mettre en œuvre ses idées sur le développement économique et social. Ainsi, il encouragea la construction de routes, de ponts, d'écoles, de centres de soin dans les zones rurales, et s'efforça de rassembler des fonds pour la réalisation de projets locaux. Il créa des comités de surveillance contre les abus de la police amhara, distribua des terres aux paysans démunis et interdit le travail non payé ce qui souleva l'ire des propriétaires qui perdirent la possibilité d'exploiter une main-d'œuvre occasionnelle et employée à des tarifs très bas. Sous la pression de cette aristocratie foncière Haylä Sellasé réaffecta Gärmame à Ğəğəga dans l'Ogaden, région habitée par des pasteurs somalis. C'est dans cette région que les conditions de pauvreté et de sous-développement et plus particulièrement l'inefficacité voire la déliquescence des structures sanitaires mises au service de la population attirèrent l'attention de Gärmame.

> « In Jijiga, Girmame was immediately confronted with the abject poverty and underdevelopment of the region and with obvious signs of official neglect. He discovered clinics and hospitals unoccupied and in a state of decay. On a visit area in the early 1950s, the emperor had promised to show his regime's concern for the welfare of Somali subjects by improving social services in the area. As result, health facilities were built. The Ministry of Public Health, however refused to staff or equip these facilities, allegedly preferring to concentrate its efforts in more population area ».
>
> (Keller 1991 : 134)

En effet, malgré les efforts de Haylä Sellasé de suivre les recommandations provenant de l'OMS, la situation sanitaire du pays présentait des inégalités frappantes entre les zones rurales et les centres urbains. Les insurgés, notamment les cinq mille hommes de la Garde Impériale, le commissaire de la police et le commandant de la force de l'ordre promettaient d'assurer la liberté d'expression et de presse, le multipartisme, une augmentation de salaire pour les militaires, le maintien de la monarchie mais avec une nouvelle constitution plus démocratique que celle de 1955 et enfin le développement de l'agriculture. Le nouveau régime aurait concentré ses efforts essentiellement dans les réformes économiques et sociales pour aider l'Éthiopie à être compétitive avec les autres États africains désormais sur la voie de l'indépendance (Keller 1991 : 132-133). Néanmoins, le manque de soutien de la part des leaders religieux et des officiers des armées régulières et territoriales suivis par leurs troupes causa l'échec du coup d'état. Gärmame se suicida et son frère fut publiquement exécuté le 30 mars 1961. L'effervescence sociale et politique ne s'estompa pas, le mouvement étudiant et les premiers mouvements nationalistes à base régionale (Oromo, Somali de l'Ogaden, Érythréens, et Tigréens) constituèrent les principaux groupes d'opposition politique. Haylä Sellasé fut enfin la victime de l'un des principaux produits de son propre programme de modernisation du pays : la réforme du système éducatif et plus

particulièrement le programme de bourses pour les étudiants éthiopiens à l'étranger (Balsvik 2007). Des protestations furent organisées par les étudiants dans la capitale et par les mouvements nationalistes dans les régions périphériques. En effet, jusqu'aux années 1960 Haylä Sellasé considéra les populations non-Amhara comme des sujets subalternes à contrôler et les seules politiques d'intégration s'adressèrent à des membres des élites locales en vue de les amhariser pour les inclure dans la classe dirigeante (Keller 1991 : 136). En mai 1962 le gouvernement essaya de donner plus d'autonomie aux gouvernements locaux des provinces en vue de promouvoir l'éducation, la construction de routes et la gestion des centres de soin. Des ONG internationales commencèrent alors à pénétrer le pays et d'autres nationales proliférèrent en appui aux politiques de modernisation voulues par Haylä Sellasé (Clark 2000 ; Daniel 2005). Cependant, malgré le plan de développement 1963-1967, qui prévoyait par ailleurs la première politique de santé (voir *supra* § I.5) la croissance économique continua d'être poursuivie aux dépens des réformes sociales et les progrès en matière d'éducation, de santé et de réduction de la pauvreté furent négligeables. Keller observe à ce propos :

> « In spite of the enormous poverty, illiteracy and poor health in the Ethiopian countryside, the Haylä Sellasé regime accorded a limited role for the central government in the provision of social services … illiteracy still remained as 90 percent. … The enormity of social neglect under Haile Selassie could be seen in a brief analysis of the impact of his regime's policies on the provision of formal education and health care ».
>
> (Keller 1991 : 138)

Concernant la situation sanitaire, il est intéressant d'observer que le gouvernement montra un engagement important dans la lutte contre la variole et la malaria, dont les financements provenaient essentiellement de l'aide internationale, mais il alloua très peu de fonds et de ressources humaines pour la médecine préventive. En outre, la concentration de services sanitaires dans la capitale et dans les autres centres urbains, le manque de personnel soignant dans les campagnes et les régions périphériques de l'empire suscitèrent le mécontentement de certains groupes sociaux, mais leurs demandes pour des centres de soin modernes ne furent jamais prises en compte par le gouvernement central (Keller 1991 : 141). À cette époque, une très grande partie de la population eut exclusivement recours à la médecine traditionnelle (Carlson, Carlson 2008 : 92-95). En outre, les mauvaises conditions de santé de la population étaient aussi la conséquence de déficits nutritionnels.

> « Vitamin and mineral deficiencies affected large parts of the population in both the lowlands and highlands. As most households consume few vegetables or fruit, vitamin A and C deficiencies are prevalent ».
>
> (Ibid. : 97)

En effet, d'importantes couches de la population devaient faire face à une insécurité alimentaire structurelle dont les causes principales allaient des conditions climatiques et environnementales aux pratiques agricoles et aux politiques gouvernementales. Celles de développement rural furent malencontreuses et la formation d'une nouvelle classe foncière répondit presque exclusivement à l'exigence d'Haylä Sellasé de s'assurer l'allégeance des administrateurs des provinces du Sud à travers une politique de concession de terres déjà entreprise par Mənilək II[85]. Cette politique s'accompagna de stratégies de développement rural menées grâce à l'aide internationale provenant de la Suède et de la Banque Mondiale et visant en principe à une réforme du système foncier et agraire, mais ne fut pas mise en œuvre. La politique de développement rural entreprise par l'empereur se révéla enfin contradictoire et inconsistante. En effet, l'investissement dans la nouvelle technologie agricole aux dépens de la classe paysanne et l'inclusion des exploitants précaires *« dans le système de production des cultures de rente et notamment le café »* (Gascon 1995 : 107) se révélèrent catastrophiques. La crise du pétrole et plus particulièrement la famine de 1973-74 contribuèrent enfin à nuire résolument à la crédibilité internationale de l'empereur et de son gouvernement. Non seulement, le gouvernement éthiopien fut accusé d'avoir censuré les informations sur la portée réelle de la famine sévissant plus particulièrement les régions du Wällo, du Tigray, Harär, Šäwa, Bale, Sidamo, et Gamu-Gifa, situées dans le Nord du pays, mais les pays donateurs et les organisations internationales intervenues devinrent bientôt très critiques sur la gestion de l'aide fournie au gouvernement éthiopien.

I.5.2 La famine de 1973-1974 : pourquoi et comment politiser la faim ?

Au début des années 1970 selon des dynamiques se répétant depuis des siècles, le déficit pluviométrique avait commencé à affecter les districts montagneux enclavés entre les deux routes reliant Addis-Abeba à Asmara. Les régions touchées par la sécheresse se situaient tout au long de la *strada della Vittoria* qui traverse Däsé, chef-lieu du Wällo et Mäqäle, chef-lieu du Tigray. Au milieu de l'année 1973, les populations affamées commencèrent à gagner la grande route à la recherche de secours. Elles furent regroupées par les autorités à la périphérie des villes au nord d'Addis-Abeba (Dawit

[85] Ainsi que Keller l'observe : « The mere 'fact of conquest' in the south in the late 1800s and early 1900s began the process of modern class formation in Ethiopia … Land in conquered areas was usurped by the state, and those who occupied it were made tribute payers. At first this process simply made the feudal nature of the society more pronounced. The agents of the state, who were mainly Amhara, Tigre or Amharized Oromo bureaucrats in the service of the Crown, or neftgňyas of similar origin who manned garrisons in peripheral areas, became the landlord class in the south ... In contrast to the peasantry, the politico-administrative classes created by the expansion and the centralization of the state benefited immediately from Haile Selassie's land grant and rural development policies. Grants of government land had always been an important flexible resource at the disposal of Ethiopian monarchs. With the drive to centralization and modernization between 1961 and 1971, however, this practice accelerated. Land grants were seen as a way of winning political support among the new and increasingly entrepreneurial classes while at the same time promoting the commercialization of agriculture » (Keller 1991 : 142 ; 144).

1989, cité in Gascon 2006 : 169) en même temps que l'arrivée des affamés à Däsé fut dissimulée isolant cette ville de la capitale (Ibid. : 169). Des initiatives de secours furent prises par la Croix Rouge Éthiopienne qui avait organisé des camps alors que jusqu'au milieu de 1973 des organisations et des agences internationales comme la World Food Program, l'UNICEF, l'USAID et le PNUD furent appelées à intervenir de façon discrète pour éviter d'effrayer les touristes dont les devises étaient très précieuses pour l'économie du pays et pour contenir le risque d'émeutes. En mai de la même année, un groupe d'étudiants basés à Addis-Abeba mais originaires du Wällo, rejoignit Däsé, soutenus par un professeur de géographie, Mäsfən Wäldä Maryam, lui aussi originaire de cette région se réunirent pour manifester et solliciter une intervention plus significative et efficace du gouvernement, mais des troupes furent envoyées et la manifestation fut réprimée dans le sang (Gascon 2006 : 169). En avril 1973 l'empereur fit appel au National Emergency Relief Committee, une agence établie en 1971 pour gérer une éruption de choléra. Cependant, les mesures prises n'avaient pas été à la hauteur de la situation d'urgence. La famine attira également l'attention de l'opinion publique internationale. Pendant l'été de 1973, l'UNICEF conduisit une enquête indépendante, et bien que le gouvernement interdit de la rendre publique, sa parution dans un quotidien britannique entraina l'intérêt du journaliste Jonathan Dimblebly qui avait été aussi alerté par les voyageurs. Il tourna un documentaire sur les programmes d'aide et de secours mis en place. La situation des camps infestés par le choléra et la typhoïde était dramatique. Le documentaire choqua le public étranger et plusieurs organisations internationales intervinrent comme Oxfam et Save the Children Fund UK. Elles purent ainsi observer les actions du gouvernement éthiopien et son engagement effectif et furent très critiques à son endroit. Keller écrit :

> « Foreign donors became increasingly critical of what was perceived to be the limited and largely wasted efforts on the part of the Ethiopians. Private citizens appeared to be more concerned than the government or the Orthodox Church. For example, in spite of the vigorous efforts of foreign based missionary groups in late 1973 and 1974, the Orthodox Church said and did nothing. A 1975 report by the U. S. Inspector General of Foreign Food, and Energy revealed that in February 1974 the United States and other foreign donors spent about $25 million for food relief while the Ethiopian government spent nothing – and this at a time when the Imperial regime had sufficient reserves to purchase large quantities of commercial imports and possessed enough domestic grain surpluses to alleviate immediately the burden of famine ».
>
> (Keller 1991 : 170)

En effet, jusqu'en 1973 la famine engendra des formes variées de spéculation et de corruption. Alors que les besoins alimentaires internes des régions du Tigray et du Wällo n'étaient pas satisfaits, l'Éthiopie continua d'exporter du blé, du sucre et d'autres produits agricoles et même le grain reçu comme aide alimentaire de l'étranger (Keller 1991 : 167). Les secours furent effectués essentiellement grâce à l'intervention

d'organisations internationales et à la coopération d'organisations humanitaires religieuses et la Croix Rouge éthiopienne. Entre 1973 et 1974 fut mis en place CRDA (Christian Relief Development Association) pour la coordination des activités et la synchronisation des interventions internationales et locales. Sur le site de l'association, devenu désormais CCRDA (Consortium Christian Relief Development Association) on peut lire :

> « When rains failed in most parts of former Wollo and Tigray provinces of Ethiopia in the 1970s, famine set in and reached a critical stage in 1973. The then existing government of Ethiopia finally acknowledged the existence of one of the worst famines the provinces had ever experienced. About that time, Government officials approached church agencies for the latter's assistance in the relief efforts. A meeting of churches was summoned to discuss the matter. The meeting was called and thereafter participants continued to meet regularly, resulting in the establishment of the Christian Relief and Development Association (CRDA), in May 1973 »[86]

L'église orthodoxe *täwahedo* n'y participa pas. Cependant, après avoir constitué la *faith-based organization* EOC-DICAC (Ethiopian Orthodox Church-Development Inter Church Aids Commission) en 1972, elle se distingua pour sa contribution aux opérations de secours lors de la famine de 1983-84. Certes, celle de 1973-1974 ne représentait pas une exception dans l'histoire éthiopienne. La dernière grave disette dont le pays avait souffert remontait juste à 1958-1959. Mais celle de 1973 toucha *« des districts denses, peuplés de sédentaires dans des régions historiques fondatrices de l'Éthiopie »* (Gascon 2006 : 170). Son impact fut médiatisé et entraina des mouvements de protestation contre le gouvernement dans un contexte de mécontentement généralisé et d'incertitude quant au successeur au trône (Henze 2004 : 283-284). De plus, si la famine elle-même, tout en ayant provoqué des contestations étudiantes en mai 1973, ne joua aucun rôle dans les mutineries qui se sont ensuite succédées jusqu'à la déposition du *Nəgus*[87], elle fut en suite utilisée par le Därg qui se servit des scandales liés à cette catastrophe afin de détruire l'image de l'empereur aux yeux de la population des villes. Car jusqu'à février 1975, l'Éthiopie révolutionnaire demeura juridiquement une monarchie. Le Därg craignait en effet des réactions populaires contre son abolition. Le régime passa en boucle le film que Jonathan Dimblebly avait tourné pendant la famine pour la BBC et afficha dans la capitale à plusieurs endroits l'image désormais célèbre du souverain nourrissant ses chiens à côté d'un enfant décharné au ventre gonflé (Gascon 2006 : 371). Quant aux citadins, plus que la mauvaise organisation des secours, ils n'avaient apprécié ni l'indifférence du souverain face aux affamés ni le fait d'avoir appris la catastrophe par

[86] http://www.crdaethiopia.org/aboutCRDA.php consulté le 22 octobre 2014

[87] En février de cette même année, la mutinerie qui survint dans une région du sud disputée entre les Oromo et les Somalis et celles organisées par les marins et les soldats en Érythrée, donc bien loin des zones sinistrées, se répandirent jusqu'à la capitale où les mutins prirent le contrôle des grèves des étudiants et de la fronde des taxis contre l'augmentation du prix de l'essence (Gascon 2006 : 170). Le *Nəgus* fut finalement déposé par les militaires mais *« sans verser de sang »* (Gascon 2006 : 170 ; Keller 1991 : 191-192).

des journalistes étrangers. Comme A. Gascon le souligne la « réaction patriotique » de Dawit Wolde Giorgis, qui dix ans plus tard fut le responsable de la Commission de secours et de réhabilitation (RCC) mise en place lors de la famine de 1983-1984, rejoint les remarques entendues à l'occasion de la catastrophe de 1973-1974 :

> « The international community had declared the emergency before it was declared by the Ethiopian government. The Ethiopian people had never been told the maginitude of the problem : now it was (sic) being told to them by the world (Dawit, 1989, 1999) »
>
> (Gascon 2006 : 171)

Haylä Sellasé fut arrêté le 12 septembre 1974 et le prince héritier Asfa Wossen en état d'incapacité à Londres fut proclamé « Roi d'Éthiopie ». En réalité, quand Haylä Sellasé mourut étouffé, en août 1975, la dynastie salomonienne toucha à sa fin et avec elle l'histoire d'un empire millénaire et légendaire dont les héritages principaux pour le Därg résidèrent dans la spécificité des relations liant l'Éthiopie aux puissances de chacun des deux blocs, la question nationale et la nécessité de la création d'un nouveau « mythe social » (Keller 1991 : 191).

I.6 Le Därg : de la construction d'un nouveau « mythe social » à une autre crise humanitaire

La question nationale fut sûrement l'un des défis majeurs et des plus urgents auquel le Därg fut confronté. *« L'illusion lyrique »* (Gascon 2006 : 172) d'une révolution pacifique se déroulant sans verser de sang, fut en effet vite dissipée avec l'éclatement des hostilités en Érythrée en 1974 et avec l'émergence à partir de 1976 d'une opposition politique menée par les nombreux mouvements nationalistes et par l'EPRP (Ethiopian Poeple's Revolutionary Party). C'est dans un contexte de guerres internes et de terreur[88] que le Därg s'attacha à bâtir tout de même un nouveau « mythe social » basé sur des principes idéologiques communs à d'autres formes de socialisme africain, notamment l'égalité, la justice, l'autonomie, la dignité du travail, la coopération, l'orgueil culturel, et surtout l'unité nationale (Keller 1991 : 193). Deux slogans servirent de devise à cette philosophie politique *« Ethiopia Təqdäm »* soit - l'Éthiopie tout d'abord- et *« Märet lä arrashu »*[89] soit - *la terre à celui qui la cultive*. Dans le champ du développement économique et social, plutôt que la croissance liée à l'exploitation capitaliste, la « pauvreté », appréhendée dans les termes de l'exploitation de la classe paysanne fut l'un des problèmes le plus urgent à affronter. La junte militaire songea aussi au développement du système éducatif et du système sanitaire. Le Därg cherchait en effet à asseoir son pouvoir et sa légitimité en tirant parti de la demande de *« state welfarisme »*

[88] Les actions et les tactiques de l'EPRP furent labellisées de White Terror. Le Därg y répondit par des actions de répression violente (Red Terror). Entre 1977 et 1978 furent tués bien cinq mile jeunes.

[89] Slogan utilisé à partir du milieu des années 1960.

(Keller 1991 : 213) qui provenait de certaines fractions de la société éthiopienne en termes d'accès aux services et plus spécialement de redistribution des ressources, en l'occurrence la terre. Il allait ainsi dans la sens de la rhétorique développementiste produite au cours des années 1960 au nom de l'émancipation des États africains de la tutelle coloniale (voir *supra* § I.3.1). Dès son instauration en 1975, le Provisional Military Government (PMG) eut comme objectif de mettre fin aux injustices sociales perpétrées par l'ancien régime. Le démantèlement de l'ordre féodal et la nationalisation des terres s'imposèrent comme une mesure prioritaire, suivie par la nationalisation du secteur industriel. Il fallait cependant bâtir un consensus populaire solide pour garantir la réalisation de ce mythe social d'inspiration maoïste. La junte militaire prit alors l'initiative de la *zämächa*, la « campagne révolutionnaire pour le développement et la culture ». Les étudiants, les élèves et les professeurs furent envoyés loin de la capitale sur le terrain pour faciliter les différentes stratégies de développement. Sans entrer dans les détails des effets qu'eurent ces réformes, je me limite ici à attirer l'attention sur le fait que l'application du décret qui avait aboli toutes les formes de tenure en octroyant à tout Éthiopien une exploitation de 20 hectares au maximum accentua le fossé entre les vieilles provinces du Nord où les paysans prirent les armes pour défendre le *rest*[90] et les nouvelles provinces du Sud où la reforme agraire fut accueillie avec enthousiasme (Gascon 2006 : 172-176). En outre, en reprenant un ancien projet de transfert des populations des hautes terres du Nord vers le Sud d'abord conçu par USAID pendant l'empire d'Haylä Sellasé, la RRC (Relief Rehabilitation Commission) lança à partir de 1974 des programmes de sédentarisation des éleveurs et de réinstallation. Ce ne fut qu'en 1978 dans l'Ogaden, et en 1982 au Goğğam, au Wällo, au Tigray, à Gondär et en Érythrée que cette réforme imposée par l'armée entra en vigueur. Par ailleurs, déjà en 1975 en vue de se concilier la paysannerie des hautes terres méridionales le gouvernement décentralisa à l'extrême l'administration publique en lui confiant la charge de l'administration locale par l'institutionnalisation des *qäbäle*. Existant déjà sous la forme de comités de quartier dans les villes, ils devinrent par la suite le premier échelon politico-administratif dans les zones rurales aussi (Gascon 2006 : 176 ; 302). Les *qäbäle* étaient censés s'occuper de l'état civil, de l'emploi, de la scolarisation, de la santé, du commerce. Ils avaient en outre, la faculté d'infliger des peines de prison et des amendes (Ibid. : 176). Tel que nous le verrons plus loin dans cette thèse (voir *infra* chapitre IV) ils ont continué à jouer un rôle crucial dans la lutte contre le VIH/sida et plus généralement dans la mise en œuvre des politiques de santé publique. Concernant les stratégies administratives mises en œuvre dans les zones rurales, les paysans finirent par rejoindre par la contrainte ou pas des associations conçues par le Därg comme un autre échelon administratif. En 1984 il y avait presque vingt mille associations paysannes assurant la

[90] Rest : tenure lignagère héritée et inaliénable chez les Amhara et le Tigréens (Gascon 2006 : 302)

mise en œuvre des politiques gouvernementales, le respect de la loi et de l'ordre, l'endoctrinement de leurs bases. Cependant, ni la nationalisation des terres ni celle du secteur industriel ne suffirent au Därg pour faire face à la pénurie des ressources qui étaient en revanche nécessaires pour la mise en œuvre des politiques sociales et des stratégies de développement. En outre, le Därg privilégia les dépenses militaires et celles destinées à l'expansion de la bureaucratie au détriment du renforcement du secteur social et public. Il s'investit cependant dans des programmes d'alphabétisation et dans l'amélioration de l'accès aux soins et à la santé. En effet, quand le Därg arriva au pouvoir le taux d'illettrisme était très élevé et il descendit de façon significative (Keller 1991 : 220). La campagne d'alphabétisation réalisée par le régime socialiste fut saluée comme un succès remarquable et en 1980 l'Éthiopie reçut le prix International Reading Association décerné par l'UNESCO[91]. Concernant les politiques sanitaires, le Därg choisit l'alignement avec les recommandations provenant de l'OMS et afficha un engagement significatif, mais il se donna en même temps des objectifs très ambitieux et de fait irréalisables.

I.6.1 La politique de santé du Därg : une réforme manquée

En accord avec le Programme National Révolutionnaire de 1976 et après avoir adopté en 1978 la Déclaration d'Alma Ata, « La santé pour tous, à partir de l'an 2000 », le régime socialiste s'engagea dans la promotion des soins de santé primaire, la participation de la communauté, l'intensification des centres de soins en zone rurale et la prévention et le contrôle des maladies les plus répandues dans la population. Les objectifs très prétentieux que la politique de santé comptait réaliser par la mise en œuvre de trois plans à moyen terme de deux, trois et cinq ans, consistaient à renforcer et à étendre des services de santé maternels et infantiles (MCH), à vacciner toutes les femmes enceintes et tous les enfants en dessous de deux ans, à augmenter la fréquence du recours aux services de santé de 0,5% à 2,5% per an, à diminuer la mortalité infantile de 145/1 000 à 95/1 000, à augmenter l'espérance de vie de 42 à 55 ans (Kaisse, Kloos 1992 : 137). Le Därg entama aussi une réforme structurelle du système de santé publique, notamment en organisant les services de santé communautaires (Community Health Service), censés couvrir les besoins primaires de santé de 1 000 habitants. Des agents de santé communautaires (Community Health Agent, CHA), dotés de compétences limitées pour des activités de prévention primaire et une accoucheuse

[91] « Government officials claimed that in the first five years of the literacy campaign, some twenty million people became literate. It said this was made possible not only by good organization, but also by the mobilization of a large number of instructors at a low cost. By 1980 fifteen million copies of literacy materials had been distributed at a cost of about US$6 million (2 percent of annual government expenditures). The cost of the campaign was kept low because many of the instructors are youth from Revolutionary Youth Ethiopian Association (REYA) cells who act as literacy instructors during the summer months. Others include teachers and soldiers who do volunteer work as literacy trainers » (Keller 1991 : 220).

traditionnelle dûment formée (Traditional Birth Attendant) constituaient le personnel médical de ces services. Ils visaient à promouvoir la participation de la communauté pour le contrôle des maladies transmissibles, la promotion de la santé maternelle et infantile et la prestation de soins de santé primaire. Les services de santé communautaire (Community Health Service) étaient suivis par les Health Stations et les Health Centers directement dépendant du Ministère de la Santé. Ils étaient répartis dans les zones rurales, dans les villages et les petites villes et étaient censés couvrir les besoins d'un minimum de 10,000 habitants dans un rayon de 10-12 km. Ils étaient dotés d'un ou deux assistants sanitaires (Health Assistants) et en fonction de leur taille, d'un infirmier. Ils offraient des soins ambulatoires ordinaires, avec pour objectifs de développer et améliorer la situation sanitaire et contrôler le travail des agents de santé communautaire et des sages femmes. Les centres de santé (Health Centers) étaient dotés d'infirmiers, de techniciens de laboratoire, et dans certains cas d'un ou deux médecins. Ils étaient censés couvrir les besoins d'une population de 100,000 habitants au minimum et pourvoyaient la population concernée de soins ambulatoires plus spécialisés que ceux offerts par les centres de soins (Health Posts). Néanmoins, l'accessibilité limitée en raison du coût du transport et des autres dépenses, et le manque chronique de médicaments contribuèrent à leur inefficacité. Se situant en tête du système de santé publique, les hôpitaux, répartis en hôpitaux de district, hôpitaux régionaux et centres hospitalo-universitaires, représentaient les structures les mieux équipées et les plus spécialisées. En effet, malgré les efforts de la part du gouvernement pour développer les structures de base du système de santé et promouvoir les activités de médecine préventive et la participation de la communauté, ce furent les structures hospitalières situées dans les villes principales du pays qui se développèrent et augmentèrent en nombre. Cela augmenta les inégalités de santé entre population urbaine et population rurale. Des améliorations des conditions sanitaires et d'hygiène publique dans les zones rurales furent néanmoins atteintes grâce à deux campagnes de *zämächa* en vue de faire face aux problèmes sociaux les plus urgents du pays. Mises en œuvre par des étudiants de l'école secondaire et de l'université, les *zämächa* de 1978-79 et de 1984-85 aboutirent dans la construction d'une centaine de postes de santé (Health Stations), un millier de puits et de latrines. Ces étudiants menèrent également des programmes d'alphabétisation destinés à la population rurale et contribuèrent à l'établissement d'écoles de formation pour le personnel soignant. Entre 1974 et 1984 le nombre d'opérateurs sanitaires diplômés passa de 766 à 1.627. En l'absence de données statistiques concernant l'état de santé de la population au niveau national[92], il est difficile de pouvoir dresser un bilan. Néanmoins,

[92] Les premières collectes de données statistiques en Éthiopie furent effectuées dans les années 1960. Les premiers recensements de la population, et collectes de données démographiques de base sur la fécondité, la mortalité et les migrations ont été recueillies à Addis-Abeba et Asmara en 1961 et 1963. Concernant plus particulièrement les données sur les indicateurs de santé de la population relatives à ces années, il est utile de rappeler que le manque d'information est dû tant au développement tardif du système de santé publique, qui remonte aux années 1950 qu'aux trois changements de régime

l'augmentation du taux de croissance annuelle de la population qui est passé de 1,8% en 1950 à 3,1% en 1990 témoigne d'une baisse de la mortalité et d'une lente augmentation de la fertilité (Kloos 1990 : 84). Des enquêtes sur la santé et la nutrition ont également été menées dans les années 1980 et 1990, comme celles sur la santé de la population rurale (*1982-83 National Rural Health Survey*), et sur la nutrition de la population rurale (*1982-83 National Rural Nutrition Survey*). L'enquête nationale menée entre 1982 et 1983 sur les services de santé dans la zone rurale du Käfa, démontra qu'au sein de 13,000 ménages sélectionnés de façon aléatoire, seulement 13% des personnes malades avaient eu recours aux services de santé publique. Dans un article paru en 1990 H. Kloos attire l'attention sur le rôle des facteurs socio-économiques dans l'accès aux services. En prenant en considération les différentes justifications apportées par les interviewés à leurs décisions prises face à la maladie, H. Kloos compare les résultats de cette enquête à ceux issus d'autres recherches menées dans d'autres pays comme le Burkina Faso, et l'Egypte. Il souligne qu'à l'instar des régions rurales du Burkina Faso et des centres urbains de l'Egypte en Éthiopie les dépenses pour la santé comprennent non seulement le coût du traitement, mais aussi les coûts du transport, l'hébergement, la nourriture, et le temps soustrait à la production, et au soutien familial. L'auteur conclut que ces barrières économiques ensemble à d'autres socio-culturelles sont responsables de la sous-utilisation des services gratuits de santé maternelle et infantile (Kloos 1990 : 102).

Au début des années 1980, deux projets, *Rural Integrated Basic Services (RIBS)* et *Urban Integrated Basic Services (UIBS)*, furent mis en place avec la coopération de l'UNICEF. Ils visaient à mobiliser les ressources des communautés de base pour réaliser des programmes de prévention largement accessibles aux groupes de population considérés vulnérables et plus particulièrement aux femmes et aux enfants. Entre 1975-76 et 1985-86 on a enregistré une augmentation significative de l'utilisation des services de maternité et des hospitalisations. Le nombre de visites auprès des services prénataux et des services de santé pour la première enfance est passé de 339,400 en 1975-76 (1.0 visite/100 population) à 1.5 million (3.4 visites/100 population) en 1985-86 (Kassie, Kloos 1992 : 147). Les principaux facteurs de l'augmentation significative de l'utilisation des services de maternité ont été leur progressive expansion sur tout le territoire et les activités d'éducation sanitaire adressées à la population. En outre, la famine de 1984 à 1985, les guerres civiles avec l'Érythrée au Nord et l'Ogaden au Sud, les programmes de réinstallation et de villagisation semblent également avoir contribué de façon variée à l'utilisation accrue des services de santé (Kassie, Kloos 1992 : 148). Cependant, malgré cette augmentation, les conditions de santé infantile et maternelle n'améliorèrent pas significativement. Les résultats de recherches menées dans les zones rurales du Šäwa et de l'Arsi au milieu des années 1980 mirent en avant que plusieurs obstacles d'ordre

politique survenus entre 1974 et 1991 (Kassie, Kloos 1992 : 147).

social et économique empêchaient les femmes d'utiliser des services de maternité. Ces études soulignèrent la pénurie de services de santé communautaire, l'absence de transport motorisé, et le recours à la médecine traditionnelle. Des données plus précises, issues d'une étude menée dans deux communautés rurales dans le sud du Šäwa et dans l'Arsi (Kassie, Kloos 1992 : 148), montrent que dans la première communauté 86% des 156 mères dont les bébés étaient morts n'avaient jamais fréquenté de consultation prénatale, 88% avaient été assistées par des accoucheuses traditionnelles non formées, 9% par des voisins ou bien elles avaient accouché seules. Seulement 3% avaient eu recours à des centres de santé. La plupart des femmes qui ne s'étaient pas adressées aux centres de santé ont attribué la maladie et la mort de leurs enfants à des forces surnaturelles. Dans une autre étude menée dans une zone rurale de l'Arsi : 26% des 420 mères avaient eu recours aux services prénatals pendant la grossesse de leur dernier enfant, 4% avaient fréquenté des établissements de santé, et 15% avaient utilisé des accoucheuses traditionnelles dûment formées, 29% avaient utilisé une clinique établie depuis moins de cinq ans, et 22% avaient reçu les vaccins prévus au cours de leur grossesse. Le recours à la médecine traditionnelle était encore très important. Une enquête menée en 1980 montrait que ce recours était dû à la mauvaise qualité des services offerts dans les centres et les postes de santé, au manque de médicaments et aux difficultés d'y accéder (Ibid : 147). En effet en 1975, en suivant les orientations de l'OMS pour la mise en place de soins de santé primaire, un bureau de médecine traditionnelle avait été établi au sein du Ministère de santé. Les buts étaient l'analyse photochimique de la pharmacopée ethnobotanique, l'évaluation clinique des tradipraticiens, leur recensement, leur éventuelle intégration après formation dans les services de santé publique. Cependant, seulement les accoucheuses traditionnelles purent bénéficier d'une formation adéquate pour être intégrées dans les services maternels. Très peu de plantes aux pouvoirs médicinaux furent examinées. En 1988, après avoir reconnu le problème de la sous-utilisation des services sanitaires et médicaux, le Ministère de la Santé s'impliqua dans des projets de décentralisation. Il s'engagea à développer des programmes de services sanitaires au niveau des districts (*awraǧǧa*) dans le but de surmonter les principaux obstacles au développement des soins de santé primaire. Des médecins furent formés en tant que gestionnaires de santé de district pour promouvoir le renforcement des relations entre le gouvernement et les communautés et harmoniser les politiques des autorités centrales avec des initiatives et des programmes locaux. Le Ministère de la santé visa également à promouvoir la collaboration du système sanitaire public avec l'UNICEF et d'autres organisations non-gouvernementales déjà opérant sur le territoire. Une étude portant sur le développement d'un modèle intégré de soins se basant sur la coopération entre organisations non-gouvernementales et les départements régionaux de santé fut réalisée sous le patronat

de l'UNICEF et du Ministère de la Santé dans la région du Wällo (Walley, McDonald 1991). Publiée sous forme d'article en 1991 sur la revue Tropical doctor, l'étude se fit promotrice d'un modèle de services de santé intégré visant à améliorer l'accessibilité, l'acceptabilité et l'optimisation des services de santé maternelle et infantile à travers l'intensification de la coopération avec les ONG. Un projet de réforme fut formulé pour les programmes verticaux de contrôle de la malaria et de la tuberculose visant à les intégrer au niveau administratif et économique des districts. En effet, le Ministère de la Santé ne constituait que formellement le fournisseur principal de services médicaux et sanitaires. L'œuvre de nationalisation du régime socialiste n'avait pas intégré les nombreux fournisseurs secondaires tels que des cliniques privées, des centres de vente de médicaments au détail, et des organisations non gouvernementales. Ces dernières ont été progressivement intégrées dans le système de santé par les politiques de décentralisation réalisées après le renversement du régime socialiste. Par ailleurs, ainsi que nous le verrons dans le paragraphe qui suit, la famine de 1983-1984 a constitué un événement crucial pour la structuration d'un champ permanent d'organisations humanitaires et non-gouvernementales et de mise en place de plans d'aides bilatérales et multilatérales qui ont par la suite participé entre autres au développement du système sanitaire local.

I.6.2 La famine de 1983-1984 : « longue vie à la dépendance »

Alors que la réforme agraire fut réalisée dans le cadre d'autres mesures importantes, notamment la Révolution Verte (Gascon 2006 : 178-181) et la réalisation de fermes d'État (Ibid. : 182-185), ces dernières ne furent que des « vitrines de l'agriculture moderne, intensive et mécanisée » (Ibid. : 182). Elles se révélèrent incapables de produire les matières premières nécessaires à l'industrie nationale et à l'exportation et n'arrivèrent pas à réduire l'insécurité alimentaire d'une très grande partie de la population. La politique économique du Därg provoqua plutôt une détérioration rapide de l'économie éthiopienne dans son ensemble. Le pays qui avait perdu dès 1977 l'aide militaire et économique des États-Unis (Keller 1991 : 199-200) ne pouvait compter que sur des relations commerciales avec l'URSS, Cuba, la Corée du Nord, et d'autres pays du bloc de l'Est comme la Roumanie et la Yougoslavie ainsi que sur leur soutien militaire et en moindre mesure sur l'aide financière[93]. Entre 1982 et 1983 les signes d'une crise climatique bien plus grave que la sécheresse de 1973-1974 se multiplièrent. Les aires touchées formaient un anneau mordant sur les hautes terres du Nord, de l'Est et du Sud-Ouest (Gascon 2006 : 185). Cependant, le Därg opta pour l'inaction car Mängestu,

[93] « La production de céréales par habitant tomba de 172 à 146 kilogrammes de 1974 à 1984. Pendant la même période les exportations baissèrent de 67%. La part du budget miliaire grimpa de 49.2% à 59.1%. En 1984 les importations de carburant absorbaient 47.5% des revenus de l'exportation. … L'Union Soviétique continua à faire affluer des fournitures et de l'équipement militaires ... mais l'assistance économique était dérisoire » (Henze 2004 : 307).

occupé par la préparation du 10ème anniversaire de la révolution et par la création du parti marxiste-léniniste d'avant-garde, estimait que « les gens affamés auraient moins de volonté pour aider des mouvements guérilla qui se renforçaient » (Henze 2004 : 308)[94].Au printemps 1984, la situation était très grave et elle s'exacerba à la fin de l'année. Selon les observations de la Commission de Secours et de Réhabilitation (RCC) le nombre de morts par semaine passa d'une moyenne de 10.000 à 15.0000, 16.0000. Le responsable du RCC, Dawit Wolde Giorgis, qui a laissé un récit détaillé des faits dans son ouvrage *Red Tears : War, Famine and Revolution*, prit l'initiative d'autoriser l'entrée des organisations étrangères et des journalistes. Les reportages réalisés par les médias anglo-saxons et allemands firent le tour du monde et provoquèrent une très grande émotion. Ils donnèrent en même temps une image très négative de l'état éthiopien, car le Därg s'obstinait à refuser les interventions humanitaires.

> « Quand les organisations internationales entrèrent en Éthiopie, le Därg tenta de réveiller le syndrome de l'encerclement, le syndrome de Graňň, jouant de la méfiance vis-à-vis des färänj. Sa propagande donna un large écho aux maladresses des humanitaires et aux outrances de la campagne contre l'aide ».
>
> (Gascon 2006 : 186)

Mängestu se vit enfin contraint d'accepter l'intervention humanitaire et de prôner sur les conseils de Dawit une répartition des tâches dans la mise en œuvre des secours entre les organisations éthiopiennes et étrangères (de l'Est notamment polonaises comme de l'Ouest qui coopérèrent) (Dawit 1989 : 190, cité in Gascon 2006 : 187). L'Église täwahedo, membre du CRDA (voir *supra* I.3.2) de concert avec des organisations gouvernementales et sous la direction du RCC, joua alors un rôle crucial dans la coordination des opérations de secours menées par des organisations religieuses et laïques étrangères. En effet, la médiatisation de la famine généra une réponse très généreuse de la part de la communauté internationale avec une floraison sans précédents d'initiatives de solidarité organisées par des musiciens, des athlètes et des églises, comme par exemple Band-Aids en Angleterre et USA for Africa aux États-Unis (Keller 1991 : 224). Ces initiatives qui générèrent des millions de dollars furent accompagnées d'autres formes d'aide technique et financière fournies essentiellement par des pays occidentaux comme le Canada, la Scandinavie, l'Angleterre, l'Italie et les États-Unis.

[94] À la même époque le Kenya éprouva une sécheresse et des pertes de récoltes plus aiguës et plus étendues qu'en Éthiopie, mais le gouvernement de Nairobi y avait fait face en important des céréales et en les distribuant aux sinistrés par le biais des autorités locales.

> « More than $2 billion in foreign assistance was needed to bring the catastrophe under control. … By 1987 the physical impact of this massive influx of aid to Ethiopia over such a short time was noticeable not only in the abatement of famine, but also in what seemed to be a permanent establishment of donor agencies prepared to assist Ethiopia in long-term famine prevention and development ».
>
> (Keller 1991 : 225)

Ainsi un certain nombre d'agences intervenues lors de la famine, s'établirent dans le pays de façon permanente : des organisations comme World Vision, Save the Children Fund, Oxfam (UK), Oxfam America et d'autres agences de la coopération bilatérale et multilatérale européennes et américaines orientèrent leur attention vers les champs de projets de développement à long terme.

> « The huge influx of famine relief aid between 1984 and 1986 served almost as blessing in disguise for the Därg. The enormity of the crisis and the regime's apparent willingness to deal with it seemed to minimize in the eyes of many Western critics the fact that Ethiopia's problems were as much due to flawed or ill-timed policies as anything else. Even the United States provided millions of dollars in relief aid to Ethiopia while criticizing the policies of the Därg. Funds and other resources that might have been used to purchase food for the starving continued to be used for social, political and military purposes ».
>
> (Keller 1991 : 225)

De plus, en dépit de sa condamnation publique de la dépendance du capitalisme occidental, le Därg bénéficia de l'aide provenant de bailleurs de fonds multilatéraux comme la Communauté Economique Européenne (CEE), le Fonds Monétaire International (FMI) et la Banque Mondiale. Par exemple, la Banque Mondiale après avoir refusé, entre 1975 et 1981, l'octroi de toute forme d'aide a par la suite financé 250 millions de dollars destinés à divers projets. Le Fonds de Développement Européen quant à lui s'impliqua dans un financement de 300 millions de dollars, et le FMI octroya un prêt de 100 millions de dollars que le Därg accepta tout en déclarant être en désaccord avec ses politiques (Keller 1991 : 270). Cependant, dans un contexte d'effondrement général des régimes communistes dans le monde entier, le Därg qui avait été transformé par Mängestu dans la République populaire démocratique d'Éthiopie en 1987 s'apprêtait désormais, lui aussi, à être renversé.

I.7 Du renversement du Därg vers l'instauration de la RFDE

Vers la fin des années 1980, les deux mouvements de guérilla de l'Érythrée et du Tigray guidés respectivement par le FPLE (Front Populaire de Libération de l'Érythrée) et par le FPLT (Front Populaire de Libération du Tigray), qui s'étaient montrés inlassables et avaient déjà obtenu pendant dix ans de résistance des victoires militaires contre Mängestu, remportaient la victoire définitive contre le régime socialiste. Le 21 mai 1991, le lieutenant-colonel Mängestu s'exila au Zimbabwe mettant ainsi fin à une expérience

politique d'une durée de 17 ans. Les vaines tentatives de négociations politiques voulues par les États-Unis entre les groupes de rebelles et le gouvernement furent suivies, en juillet 1991, par la rencontre des représentants de 27 organisations et groupes politiques éthiopiens sous la houlette d'observateurs de quinze pays étrangers et d'institutions internationales. À l'issue de cette rencontre une charte de gouvernement fut adoptée pour la période de transition politique. Elle prévoyait l'acceptation de la sécession de l'Érythrée, une réforme du système politique et administratif. Le Gouvernement de Transition d'Éthiopie (GTE, 1991-1995) guidé par le FDRE et sous la présidence de Mälläs Zenawi, leader du FPLT, héritait d'un État centralisé et autoritaire et d'une situation économique et sociale complexe qui nécessitait des changements importants. En effet, les deux mouvements de libération du pays les plus importants, le FPLE et le FPLT qui avaient initialement adopté le marxisme-léninisme, vers la fin des années 1980, parallèlement à l'effondrement du bloc soviétique, abandonnèrent le socialisme dogmatique admettant les avantages d'une économie mixte, d'une démocratie multipartite et d'une société ouverte. Ainsi, une fois parvenus au pouvoir, ils choisirent comme modèle politique la démocratie libérale adoptant le multipartisme, un législatif élu au suffrage universel et un exécutif caractérisé par une justice indépendante. Ce changement politique s'accompagna de la promotion d'une économie libéralisée et privatisée. Pour ce qui concerne la question nationale et la reconnaissance politique et culturelle des divers groupes ethniques, le gouvernement de transition s'inspira de l'idéologie léniniste des « nations », des « nationalités » et des « peuples » (Barhu 2007 ; Barnes, Osmond 2005). Selon cette idéologie, l'autonomie culturelle implique le droit à l'auto-détermination politique et in extremis à la sécession (Calchi Novati 2004). La réforme politico-administrative redécoupa les frontières politiques et administratives afin de former des unités fédérées sur la base des groupes considérables au niveau ethnique ou linguistique comme des « nations », des « nationalités » et des « peuples ». Bien soixante-dix groupes ethniques de taille extrêmement différente furent identifiés essentiellement en suivant le critère linguistique (Vaughan 2007 : 375), mais aucune définition claire des concepts politiques de « nations », « nationalités » et « peuples » n'a été jusqu'ici fournie (Fantini 2008 : 81-82).

> « La charte attribua de larges droits d'autodétermination à tous ces groupes, c'est-à-dire des droits de préserver, promouvoir, développer et utiliser leur propre culture, leur histoire et leur langage ; le droit de gérer leurs affaires sur leurs propres territoires ; celui de participer équitablement au gouvernement central, et même celui de faire sécession s'ils sentaient que leurs droits étaient déniés ou abrogés ».
>
> (Vaughan 2007 : 370)

La Constitution de la République Démocratique Fédérale d'Éthiopie (RDFE) ratifiée en décembre 1994 et devenue effective après les élections fédérales de 1995, a formalisé la division du pays en neuf États régionaux fédérés,

> « … délimités sur la base des structures d'habitation, d'identité, de langage et sur l'assentiment des populations concernées' (art 46 et 47) … qui partagent dans une large mesure une culture commune, ou des coutumes similaires, une mutuelle compréhension de la langue, une croyance et une identité commune ou apparentée et qui habitent un même territoire continu (art 39) ».
>
> (Vaughan 2007 : 370-371)

Comme S. Vaugham le souligne (2007 : 371), les indicateurs sociaux, le profil et la distribution démographique, le niveau de développement et les ressources sont très inégaux d'un État régional à l'autre. Loin de vouloir engager une analyse de ce système politico-administratif s'inspirant du fédéralisme ethnique, je me limite à souligner ici que plutôt que représenter une solution définitive voire idéale aux anciennes questions de l'ethnicité et de l'État, il a fait l'objet de diverses controverses tant au niveau national qu'international (Vaughan 2007 ; Barnes, Osmond 2005 ; Calchi Novati 2004). Parallèlement à la lutte contre la pauvreté (voir *infra* chapitre IV) la question du fédéralisme ethnique a occupé le discours politique de légitimation du gouvernement de la RFDE et plus particulièrement de l'ancien leader, Mälläs Zenawi, décédé en août 2012. En revanche, le VIH/sida dont l'expansion est contemporaine de la transition politique (voir *infra* Chapitre II) est resté toujours dans les coulisses du discours d'affirmation et de légitimation du régime démocratique et cela bien que la politique publique de santé fût l'une des priorités de l'agenda du GTE.

I.8 Le gouvernement provisoire de la RFDE et la politique de santé publique de 1993

La politique de santé publique de la RFDE a été lancée en 1993. Elle réaffirme l'interdépendance entre le développement social et économique du pays et l'amélioration des conditions de santé de la population. Plus précisément, elle vise à développer les composantes de prévention et de promotion de la santé, à distribuer de façon équitable les services de santé et à en faciliter l'accès, à promouvoir la collaboration intersectorielle avec d'autres politiques sociales, à prévoir et à planifier le paiement des usagers selon leurs possibilités. Elle vise également à l'autosuffisance en matière de développement sanitaire national et à une collaboration étroite avec les pays voisins, les organisations régionales et internationales. Ainsi, cette politique ne se démarque ni d'un point de vue théorique ni dans les termes des objectifs préfixés de celle élaborée par le régime socialiste. Elle a néanmoins introduit des éléments innovateurs en ce qui concerne les stratégies et les modalités de sa réalisation.

« The derg regime that came into power in the mid-seventies formulates a more elaborated health policy that gave emphasis to disease prevention and control, priority to rural areas in health service and promotion of self-reliance and community involvement. But in practice the totalitarian political system lacked the commitment and leadership quality to address and maintain active popular participation in translating the formulated policy into action. In addition, the bulk of the national resources were committed to pursuit of war throughout life of the regime which left little for development activities in any sector. In health as in most other sectors, in both of the previous regimes there was no meeting ground in declaration of intent and demonstrable performance. Furthermore, the health administration apparatus contributed its own share to the perpetuation of backwardness in health development, because like the rest of the tightly centralized bureaucracy, it was unresponsive, self-serving and impervious to change ».

(MOH 1993 : 3 ; 5)

Les éléments d'innovation principaux sont représentés par les stratégies de décentralisation, de démocratisation et plus particulièrement par la promotion de la participation du secteur privé et des organisations non gouvernementales dans le domaine sanitaire, ainsi que l'introduction de l'intersectorialité entre politiques sanitaires et politiques sociales. Pour ce qui concerne la décentralisation, la politique de santé publique de 1993 s'est engagée à décentraliser la gestion des services sanitaires, c'est-à-dire à transférer le pouvoir de décision et la responsabilité administrative du gouvernement central vers les organes administratifs périphériques (Rondinelli 1989 ; Bossert 1998). Ce transfert de compétences se traduit dans un ensemble de responsabilités régissant l'affectation budgétaire, la planification publique, la prestation de services et la gestion des systèmes (Bossert 1998).

La démocratisation du système de santé repose sur la formation de conseils de santé avec une large représentation communautaire présents à tous les niveaux du système fédéral, et par la formation de comités populaires de santé, censés participer à l'identification des problèmes de santé majeurs ainsi qu'aux activités de budget, de monitorage, de planification et d'implémentation des activités de santé.

Articulée sur neuf points différents, l'« intersectorialité » de la politique concerne la planification familiale, la nutrition en lien avec les politiques de production alimentaire, l'hygiène en lien avec les conditions environnementales, les habitats et les conditions de travail. Les objectifs principaux des politiques intersectorielles concernent l'expansion des services sociaux et des opportunités d'emploi, la création de communautés de base pour la prise en charge des handicapés physiques et mentaux, des enfants sans domicile et des personnes âgées. Elle participe à la conception de programmes d'éducation à la santé dont les acteurs sociaux principaux identifiés sont les mass media, les leaders religieux et politiques, des associations professionnelles et/ou d'entraide, les écoles et d'autres organisations. S'adressant essentiellement à l'individu, ces programmes d'éducation à la santé consistent à inculquer des attitudes de responsabilité concernant le soin de soi et le

respect de l'environnement, à encourager le développement de styles de vie sains en insistant sur l'hygiène personnelle et la salubrité de l'environnement ; ils visent également à accroître la conscience et la connaissance des maladies transmissibles et les moyens pour les prévenir, à inculquer des attitudes de participation au développement communautaire de la santé, à décourager les habitudes nocives (telles que la cigarette, la consommation d'alcool, l'abus de médicaments et les comportements sexuels irresponsables), à identifier et à décourager des pratiques traditionnelles nuisibles, tout en promouvant celles bénéfiques, à former une conscience dans l'utilisation rationnelle des médicaments. L'article 10 du texte de la politique de la santé concerne plus particulièrement les services de santé familiale. Il s'articule autour de neuf points qui mettent bien en avant la place de choix occupée par les femmes et les enfants en matière de santé familiale :

- *Assurer les services de santé maternelle et les infrastructures de référence pour les grossesses à risque*
- *Intensifier la planification familiale pour optimiser la santé de la mère, de l'enfant et de la famille*
- *Inculquer les principes d'une nutrition maternelle adéquate*
- *Maintenir l'allaitement, soutenir la préparation ménagère de la nourriture, la production et l'accès aux aliments de sevrage à un prix soutenable*
- *Diffuser et renforcer les services d'immunisation, optimiser l'accès et l'utilisation*
- *Encourager l'utilisation précoce des services de santé infantile pour la gestion des maladies ordinaires de l'enfance, particulièrement la diarrhée et les infections respiratoires aiguës*
- *Traiter les problèmes spécifiques des adolescents et leurs besoins*
- *Encourager l'implication paternelle dans la santé familiale*
- *Identifier et décourager les pratiques traditionnelles nuisibles tout en encourageant leurs aspects bénéfiques*

Ces stratégies ont fait l'objet d'un renforcement significatif dans les plans multi-sectoriels d'action de lutte contre le VIH/sida (voir *infra* Chapitre III, Section II et Chapitre IV, Section I). Par ailleurs, dès 1986 un programme de développement de santé infantile supporté par l'UNICEF fut mis en place en vue de renforcer l'utilisation et la couverture sur le territoire éthiopien de centres de soins maternels.

CHAPITRE II

RASSEMBLEMENTS AUTOUR D'AFFLICTIONS : L'ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

SECTION I

LE SIDA EN ÉTHIOPIE : HISTORIQUE DE L'ÉMERGENCE D'UN FLÉAU

II.1 Le sida en Afrique : l'histoire politique de l'apparition d'une maladie nouvelle

En Éthiopie les deux premiers cas de VIH-1 furent détectés à Addis-Abeba dans les échantillons de sérum d'un jeune homme et d'une jeune femme collectés en 1984. Il s'agissait d'échantillons de sérum de 167 patients hospitalisés pour cause de paralysie de Bell qui furent testés pour des anticorps VIH-1 (Tsega *et al.* 1988, in Tully, Wood 2010 : 1). Le premier cas cliniquement manifeste de sida a été diagnostiqué en 1986 dans l'hôpital Yekattit d'Addis-Abeba (Lester *et al.* 1988). En 1988, une étude sérologique de 6234 professionnelles du sexe dans 24 villes différentes a révélé des taux d'infection entre 1,3% et 38,1%. Le taux d'infection moyen était de 18,3% pour passer à 29,2% un an plus tard. Des taux de prévalence du VIH supérieurs à 20% ont été retrouvés dans les groupes de prostituées sur les grandes routes entre Addis-Abeba et Assab et entre Addis-Abeba, Bahr Dar et Mäqäle (Mengistu *et al.* 1990a). Dès la seconde moitié des années 1980, le test de dépistage fut rendu disponible dans un certain nombre d'hôpitaux et dans les centres de soin d'Addis-Abeba et d'autres villes (voir *infra* § II.2), mais il existe très peu d'informations fiables sur son utilisation effective et les modalités de communication des résultats aux patients[95]. En effet, selon les dires de plusieurs Éthiopiens que j'ai interrogés à ce sujet et d'après les souvenirs d'autres chercheurs qui ont séjourné dans le pays à cette époque, en dépit de l'alignement du Därg sur les recommandations provenant de l'OMS, sous le régime socialiste le sida resta un événement entouré de silence, voire une maladie mal connue pour la majorité de la population. Ce qu'un médecin du service de médecine interne du North Gondar University Hospital, a rapporté, lors d'un entretien[96], confirme la véridicité de ces dires. Son témoignage fait aussi écho au cri d'alarme que les agences internationales de la lutte

[95] Plusieurs études s'accordent sur le fait que jusqu'au début des années 2000 la maladie faisait presque régulièrement l'objet d'un non-dit entre les professionnels de santé et les malades auxquels le test de dépistage du VIH n'était pas proposé ou dont le résultat était souvent passé sous silence (voir *infra* chapitre III).

[96] L'entretien s'est déroulé en anglais. L'extrait rapporté est la transcription de l'enregistrement.

contre le sida lancèrent au début des années 1990 face à ce qu'elles-mêmes identifièrent comme le « déni » de la part de plusieurs gouvernements africains et de leurs populations de l'existence de cette nouvelle pathologie :

> **Médecin -** « Une fois que nous avons reconnu la maladie au sein du milieu médical, les gens n'acceptèrent pas le fait que le VIH était aussi notre maladie, parce qu'au début, nous n'avions pas assez de patients atteints du sida à présenter. Donc quand nous leur avons dit que la plus importante voie de transmission était sexuelle, et qu'ils devaient être très prudents, personne ne nous écouta. Ils dirent : « Non, c'est une maladie de Blancs, une maladie de pays étrangers. Nous avons des modes de vie très différents, nous mangeons des plats très différents », et donc les gens renâclaient à l'idée que le VIH existait réellement, et ils n'étaient pas prêts à changer leurs comportements sexuels ».
>
> (North Gondar University Hospital, avril 2008)

Toutefois, les interprétations du VIH/sida produites par les sociétés africaines, leurs réactions et les réponses politiques ne peuvent pas être analysées sans d'abord les contextualiser dans l'histoire de la recherche biomédicale sur cette épidémie en Afrique. Cette histoire rend bien compte de la complexité des liens entre les pratiques de la biomédecine, la santé des populations africaines et leur accès différentiel à la recherche et aux soins au sein de contextes sanitaires à la fois structurellement déficients et historiquement dépendants de projets de partenariat avec les pays dits développés. Elle laisse aussi entrevoir en filigrane la place mouvante et ambiguë qu'ont occupée dans la construction des connaissances scientifiques sur le VIH/sida des catégories de malades considérées comme « subalternes » (Desclaux *et al.* 2011 : XIX), à savoir les malades des pays à ressources limitées, dont plus particulièrement ceux africains, et les femmes. Ces dernières ont par ailleurs représenté en Afrique la catégorie la plus touchée par le VIH/sida dès les années 1980. Peter Piot, épidémiologiste et biologiste, directeur exécutif de l'ONUSIDA de 1995 à 2008, dans son ouvrage de 2005, *L'épidémie de Sida : mondialisation des risques, transformation de la santé publique et développement*, rapporte :

> « Je me rappelle, à Kinshasa, plusieurs médecins belges traitaient tous les jours des gens qui mouraient du sida et ils ne se posaient même pas la question de savoir quelle en était la cause. C'étai sidérant d'observer le manque de réaction de ces coopérants médicaux, à de notoires exceptions près. Cela a changé maintenant, avec une nouvelle génération, mais dans les années 1980, beaucoup de ceux qui géraient la coopération venaient encore de l'administration coloniale ».
>
> (Piot 2010 : 25-26)

Déjà vers la fin des années 1970 à l'hôpital général de Brazzaville, cette fois dans la République du Congo, fut observée une recrudescence de syndromes diarrhéiques intenses et mortels. Ils furent généralement interprétés comme une conséquence de malabsorption intestinale due à la sprue tropicale (Fassin 1994 : 749). À peine quelques

années plus tard, en juin 1981, une équipe de médecins américains publia le premier rapport d'une épidémie de pneumonie interstitielle à Pneumocystis Carinii parmi des homosexuels américains, bientôt identifiée sous l'appellation de syndrome de l'immunodéficience acquise (S.I.D.A)[97]. Plus précisément, à fur et à mesure que d'autres cas furent cliniquement observés, cette pathologie émergente fut d'abord labellisée *gay cancer*, puis parallèlement à sa dénomination scientifique, (S.I.D.A), elle fut connue aussi comme la maladie des 4 H voire 5 H (homosexuels, héroïnomanes, notamment des drogués par voie intraveineuse, Haïtiens et *hookers*[98]). L'usage officiel du sigle S.I.D.A débuta à l'été 1982 et se répandit rapidement grâce aux rapports du Centers Disease Control (Grmek 1995 : 71). En 1983 le virus responsable fut isolé, mais on n'admit son rôle étiologique qu'à partir d'avril 1984. L'isolement du virus permit un an plus tard de mettre au point des tests sérologiques de dépistage, disponibles comme procédés de routine.

En Ouganda, une épidémie de *« slim »*, nom vernaculaire, survint dans la région sud-ouest du pays dès l'automne 1982 (Hopper 1987 ; Thornton 2008 cités in Démange 2011 : 149) et donna lieu à une mobilisation importante de la population locale et à la constitution progressive d'un forum associatif (Démange 2011 : 147-152) alors que la biomédecine occidentale restait réticente à reconnaître la *« slim »* comme un cas d'épidémie de sida. En effet, ce ne fut qu'un an plus tard, entre février et mars 1983, que le Groupe de travail français sur le sida formula l'*« hypothèse africaine »* des origines du sida (Grmek 1995 : 65 ; Dozon 2005 : 211). À cette époque, l'équipe scientifique de Robert Gallo rattachée au National Institut of Health (NIH) cherchait à démontrer que l'agent du sida était un rétrovirus identique ou du moins très proche de celui déjà identifié par son directeur, à savoir le rétrovirus HTLV-1 (Grmek 1995 : 109). Cette équipe, pour lesquels les patients étrangers atteints du syndrome nouveau étaient essentiellement des Haïtiens, croyaient en outre que l'agent pathogène responsable du sida était nouveau venu en Amérique. La présence du rétrovirus HTLV-1 en Haïti renforçait à leurs yeux l'hypothèse, cependant erronée, de son rôle étiologique du sida (Ibidem). L'*« hypothèse africaine »* fut présentée par Jacques Leibowitch lors d'un séminaire tenu à Boston en février 1983, puis par Jean-Baptiste Brunet et Odile Picard, lors d'un symposium à New York en mars de cette même année (Grmek 1995 : 65). Cependant, le rapport de 1983 rédigé par P. Piot sur la base de ses observations effectuées au sein d'un projet réalisé par deux équipes basées à Kinshasa sur des patients atteints par le sida fut rejeté dans un premier temps par les revues scientifiques américaines et il ne paraîtra qu'un an plus tard dans la revue *The Lancet* (Piot *et al.* 1984). La transmission par voie hétérosexuelle constitua dans cette première phase de la

[97] Afin de contrer la portée stigmatisante de l'acronyme S.I.D.A, celui-ci fut transformé en sida.

[98] *Putains*

recherche sur le sida, l'obstacle majeur à l'identification du syndrome observé en Afrique avec celui observé dans les pays dits développés[99]. En outre, l'alarme de la diffusion d'une maladie inconnue donné par les CDC des Etats-Unis, où les premiers cas avaient été identifiés parmi des patients américains et haïtiens, avait finit par orienter les médecins d'autres pays vers la recherche de contacts éventuels que leurs patients avaient eus avec l'Amérique du Nord et les Caraïbes. La notification de ces contacts se retrouve dans l'anamnèse de la majorité des homosexuels parisiens ; il fut de même en Danemark, en Allemagne, en Grande Bretagne. Des cas observés en France et en Belgique entre la fin des années 1970 et la première moitié des années 1980 qui pointent vers l'Afrique équatoriale sont complètement négligés jusqu'en 1982. Il s'agissait notamment d'un chauffeur d'origine portugaise ayant séjourné en Afrique, observé par Jacques Leibowitch en 1979 et dont le sérum congelé montra dix ans plus tard la présence d'anticorps anti-VIH2. Dans le courant de 1982 trois malades hospitalisés à Paris, dont deux de sexe féminin, présentaient des symptômes indéniables de sida. Leur anamnèse témoignait des liens avec l'Afrique. Le patient de sexe masculin n'était pas homosexuel ; aucun d'entre eux n'était toxicomane et n'avait séjourné en Amérique ou aux Caraïbes. Concernant la Belgique, où les médecins ayant observé des patients africains ont joué un rôle crucial dans l'identification du foyer africain, les deux premiers patients montrant des symptômes du sida furent une secrétaire d'une compagnie aérienne de Kinshasa qui était allée à Louvain en 1977 et une autre Zaïroise, âgée de 23 ans qui était allée en Belgique en 1981. En 1982, cinq patients venant d'Afrique centrale ni homosexuels ni toxicomanes furent hospitalisés à l'hôpital universitaire de Saint-Pierre de Bruxelles. Le tableau clinique de ces patients africains observés en Europe était conforme à celui repéré chez les homosexuels américains. Néanmoins, ces observations européennes n'étaient qu'un pâle reflet de la situation épidémiologique (Grmek 1995 : 66). Le rapport de P. Piot, médecin et épidémiologiste d'origine belge, se basant sur les résultats d'études conduites par des équipes de médecins dans les hôpitaux de Kinshasa entre 1982 et 1983, rendait compte de bien trente-huit cas de sida dont vingt femmes et dix-huit hommes. Vingt-neuf patients étaient originaires de cette ville tandis que les autres provenaient d'autres endroits du pays. Le témoignage très explicite de Joseph McCormick, médecin de l'une de ces équipes, sur la condition des malades en phase terminale nous offre un aperçu de ce que sera très vite la condition de millions de personnes attentes par le sida en Afrique :

[99] « Reactions abroad to evidence that the disease was widespread in a heterosexual population were equally hostile » (Iliffe 2006 : 13).

> « Some developed such exquisitely sore mouths and tongues that they were unable to eat. Those who could manage a few bites of food were suddenly stricken by cramps and disgorged a copious amount of diarrhoea ... None of the victims could comprehend in any way what was happening to them or why. And we ? All we could do was watch in horror, our roles as physicians reduced to scrupulous observers and accurate recorders of documentation. Our one hope was that if we could understand the processes we were observing, someone, somewhere, might find some solutions ».
>
> (Iliffe 2006 : 13)

Les résultats de ces enquêtes furent présentés dans un symposium médical dans l'hôpital Mama Yemo le 3 novembre 1983. À cette occasion, les chercheurs soulignèrent qu'il s'agissait d'une maladie sexuellement transmissible, incurable et mortelle. Cependant, le président Mobutu, dont l'impopularité était à son acmé, bannit le VIH/sida de la presse et de tout autre moyen d'information. Au silence dans l'espace public fit alors écho le non-dit en milieu hospitalier (Fassin 1994). Néanmoins, ce sida dont l'annonce venait de l'étranger finit par occuper les discours et l'imaginaire d'une très grande partie de la société congolaise sous la forme des représentations et des métaphores les plus variées allant du détournement de l'acronyme S.I.D.A en « syndrome inventé pour décourager les amoureux » à toute une série d'images et représentations reflétant ses associations avec le sexe et la mort et qui finirent par ressusciter aussi le spectre de la violence de la médecine coloniale (Ibid. : 758). C'est seulement en 1984 que ce sida atypique, négligé par la majorité des scientifiques, commença à faire l'objet d'une attention de plus en plus soutenue de la part d'épidémiologistes et biologistes. La découverte de Luc Montagnier et Françoise Barré-Sinoussi rattachés à l'Institut Pasteur de Paris de l'existence d'un rétrovirus jusque là inconnu, responsable du sida (Grmek 1995 : 113-130) encouragea les recherches sur le continent africain, depuis des siècles, envisagé comme *« le berceau de germes étranges »* (Grmek 1995 : 63). Le *Projet Sida* monté par des équipes américaines, congolaises et belges sous la direction du spécialiste de santé publique Jonathan Mann fut mis en place à Kinshasa en juin 1984. La prévalence du VIH parmi les femmes enceintes dépistées dans cette ville fut estimée être entre 6% et 7%. L'incidence était estimée entre 0.5% et 1.5%. Dans ces mêmes années l'un des chefs de service de l'hôpital principal de Brazzaville amena à Kinshasa dans le laboratoire de J. Mann l'un de ses patients. Des thèses en médecine sur des maladies opportunistes gastroentérologiques et neurologiques dues à l'infection à VIH furent réalisées à Brazzaville dans le plus grand secret. Un article paru dans la presse écrite locale à la fin du mois d'octobre 1985 interrompit enfin le silence sur la nouvelle pathologie en la présentant toutefois comme la *« peste des occidentaux »* (Fassin 1994 : 750). Plus tard, des cas datant des années entre 1970 et 1950 firent l'objet, rétrospectivement, de diagnostics identiques (Iliffe 2006 ; Selik *et al.* 1984 ; Nahmias *et al.* 1986). Au milieu

des années 1980, 672 spécimens de sang congelés par un chercheur américain en 1959 qui s'était rendu à Kinshasa pour étudier la malaria furent testés pour les anticorps du VIH. Un seul spécimen se révéla positif au test du VIH. Également, Luc Montagnier reconduisit des cas observés en France pendant les années 1950 et 1960 à la nosologie du sida (Iliffe 2006 : 4) [100]. Dès la seconde moitié des années 1980, deux types de VIH furent identifiés. Le VIH-1, étant le plus virulent, est responsable des épidémies de sida de par le monde, alors que le VIH-2, beaucoup moins pathogène, est confiné sur la côte entre le Sénégal et la Côte d'Ivoire (Anastassopoulou, Kostrikis 2006 : 365). Trois sous-groupes de VIH-1 furent retrouvés, M, N et O. L'Afrique équatoriale de l'ouest fut enfin identifiée comme la terre d'origine de la maladie et cela pour deux raisons d'ordre différent. Comme d'autres zoonoses telles que la fièvre jaune, la maladie du sommeil, des formes de grippe dont le berceau est l'Afrique, le VIH est le résultat de la transmission à l'homme de l'immunodéficience simienne (SIV) par contact sanguin. L'immunodéficience simienne (SIV) est une infection des singes qui se diffusa également dans les chimpanzés. Les modalités précises de cette transmission restent incertaines. J. Iliffe reprenant un article paru sur *Lancet* en 2004 (Wolfe *et al.* 2004) évoque l'éventualité qu'elle se soit effectuée au cours de séances de chasse dans la forêt équatoriale. Plus récemment, la recherche de Nuno Faria et de ses collègues, publiée en octobre 2014 dans la revue américaine *Science*, trace la lente propagation de l'épidémie depuis la République Démocratique du Congo (RDC) et sa capitale, Kinshasa, à partir des années 1920, principalement par le biais du chemin de fer (Faria *et al.* 2014). Les auteurs reprennent et développent ultérieurement la thèse présentée par J. Pépin dans son ouvrage, *The Origins of AIDS* (Pépin 2011). Si des hommes en contact des chimpanzés contractaient le SIV de façon épisodique bien avant la propagation du VIH-1, celle-ci fut favorisée par des phénomènes tels que l'urbanisation, le travail migrant et le commerce du sexe caractérisant les changements sociaux et économiques liés à la colonisation européenne. À ces facteurs de propagation il faut ajouter l'impact que l'utilisation de seringues et aiguilles non stériles dans les hôpitaux et les centres de santé a eu sur la multiplication de cas de sida observée à partir des années 1960.

En 2005, 60 millions de personnes de par le monde étaient infectées par le VIH-1 M (Iliffe 2006 : 4). Celui-ci se différencie à son tour en divers sous-types (A, B, C, D, F1, F2, G, H, J et K) qui ont été retrouvés dans leur totalité exclusivement en Afrique équatoriale de l'ouest. Les modalités de propagation depuis le berceau congolais vers les sous-régions du continent à savoir l'Afrique de l'ouest et centrale, puis l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe (Iliffe 2006 : 10-64) et les autres aires géographiques de la planète

[100] « How such a transmission took place with HIV will never be known, but one possibility may have been infection by blood in the course of hunting as men penetrated the equatorial forest. One study of 1,099 people engaged in hunting and butchering in Cameroun, published in 2004, found ten who had contracted simian viruses, although in this case not HIV. Aids is a by-product of the human mastering of the natural environment that has been the core of African history » (Iliffe 2006 : 4).

tiennent aux mouvements de populations et aux façons dont les facteurs sociaux, économiques, géographiques et culturels de chaque pays ont déterminé la prédominance d'un sous-type ou bien d'une combinaison de sous-types plutôt qu'une autre. Les sous-types A et D sont prédominants en Afrique de l'Est ; une combinaison des sous-types A et G dans l'Afrique de l'ouest ; B en Europe et en Amérique du Nord ; C en Afrique du Sud, en Éthiopie, et en Inde. Or, Depuis le milieu des années 1990 l'Afrique subsaharienne représente l'aire géographique la plus gravement touchée par l'épidémie.

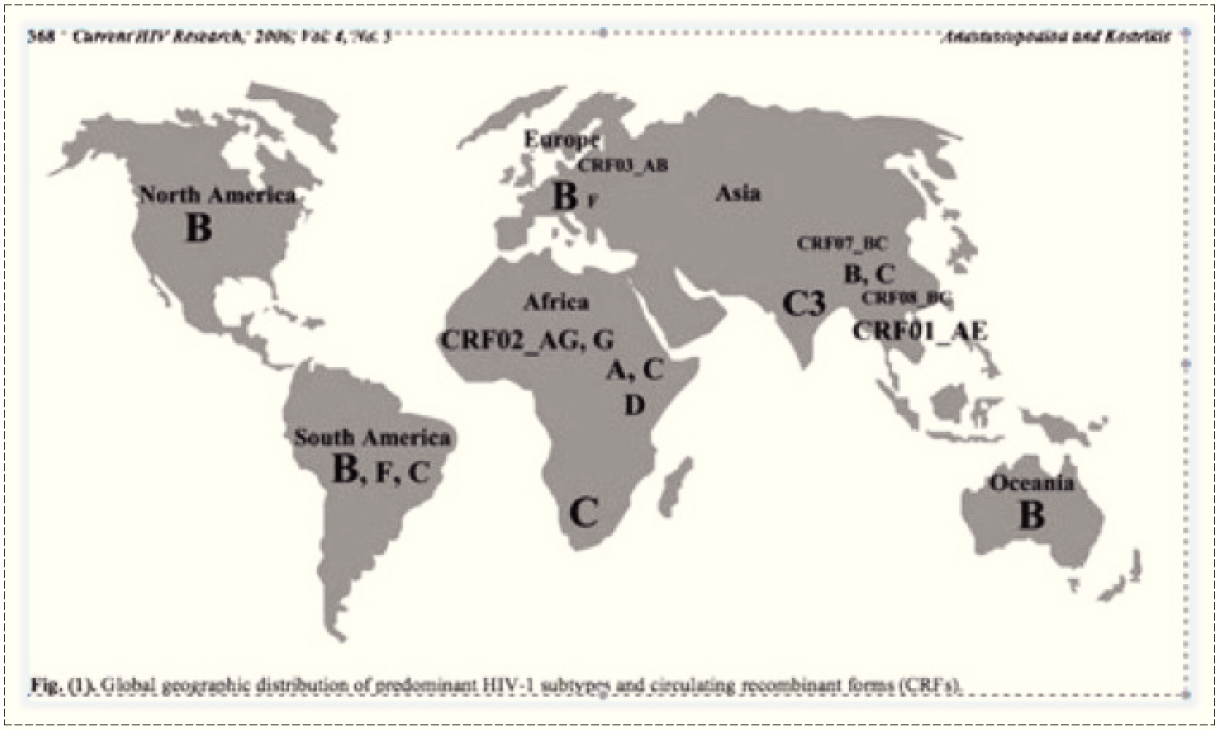


Fig. (1). Global geographic distribution of predominant HIV-1 subtypes and circulating recombinant forms (CRFs).

Figure II A

Distribution géographique de par le monde des sous-types prédominants de VIH-1 et leurs CRFs (circulating recombinant forms).

Source : (Anastassopoulou, Kostrikis 2006 : 23).

Le rapport ONUSIDA 2001 montre que sur 40 millions d'infections enregistrées de par le monde, 28,5 millions (71,3%) étaient en Afrique subsaharienne. Seulement en 2001, 2,2 millions PVVIH, entre adultes et enfants, ont décédé du sida et bien 3,5 millions nouvelles infections ont été enregistrées. En Afrique il y avait douze pays dans lesquels plus de 10% de la population adulte d'âge compris entre 15 et 49 ans était infectée par le VIH. Dans les cinq pays de l'Afrique du Sud une personne sur cinq vivait avec le VIH. Au Botswana 39% des adultes étaient affectés par le VIH, qui était la séroprévalence la plus élevée.

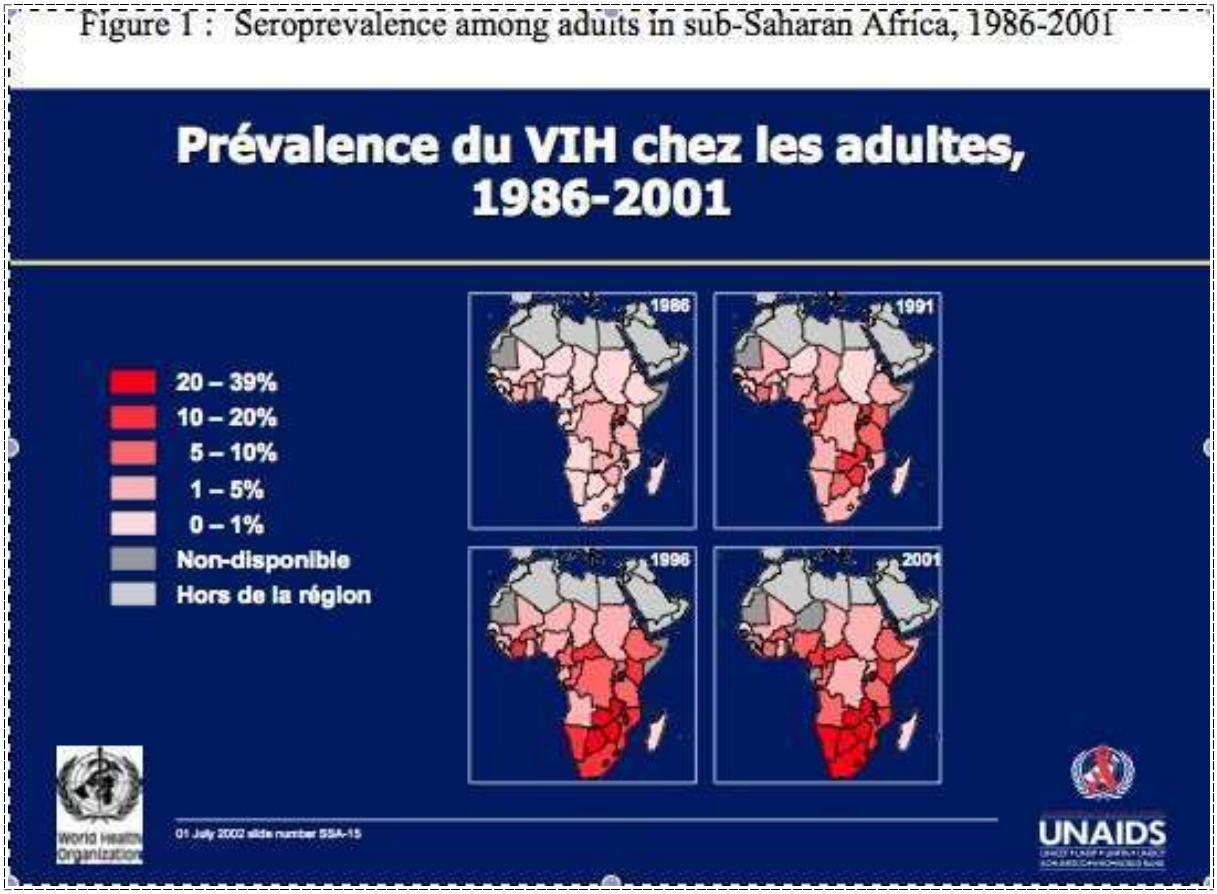


Figure II B

Prévalence du VIH chez les adultes en Afrique subsaharienne (1986-2001).

Source : Becker *et al.* 2006 : 35

Quant à l'Éthiopie, selon l'étude de Abebe *et al.* (2001), les résultats de tests rétrospectifs sur des bancs de sang montrent que le virus du VIH-1 y a été introduit en 1983 (Abebe *et al.* 2000, cité in Iliffe 2006 : 30). Dans une étude plus récente Tully et Wood (2010) ont avancé la thèse que probablement le VIH commença à circuler en Éthiopie vers le début des années 1970 parallèlement à sa diffusion dans les autres pays de l'Afrique de l'Est.

> « The Reconstruction of the epidemic history in Ethiopia revealed that subtype C likely originated from either a single lineage or multiple descendants in the late 1960s or early 1970s where it grew exponentially throughout the mid-1970s and early 1980s, corresponding to a wave of urbanization and migration. In light of these findings we suggest that subtype C strains were circulating at least a decade before previous estimates and the first recognition of symptomatic patients in Ethiopia. The timing of the Ethiopian epidemic is also in agreement with similar HIV-1 epidemics in sub-Saharan Africa ».
>
> (Ibid. : 1577)

Indépendamment de la chronologie suivie pour expliquer l'introduction du VIH dans le pays, on considère que l'explosion d'une épidémie généralisée est presque exclusivement attribuable au sous-type C dont la transmission se fait essentiellement par contact hétérosexuel et dans une moindre mesure de la mère à l'enfant. À la différence des autres pays de l'Afrique de l'Est où prédominent les sous-types A e D, en Éthiopie on retrouve la même prédominance du sous-type C observée en Afrique du Sud et en Inde. Les voies d'introduction restent encore mystérieuses (Iliffe 2006 : 30). Dans un premier temps, l'infection à VIH se répandit dans la capitale, Addis-Abeba, et dans d'autres villes situées le long du raccord du réseau routier éthiopien comme, Däsé, Nazareth, Mäqäle, Bahr Dar et Gondär d'où le sida s'est progressivement étendu dans le reste du pays. Il existe peu d'indications fiables sur cette phase initiale de diffusion de l'épidémie et sur la première décennie de son expansion. Cela, malgré la rapidité avec laquelle le Därg signa un accord de coopération avec l'OMS (1984-85) en s'engageant ainsi à mettre en place des activités de collecte de données statistiques et d'informations sur les comportements sexuels dans les principaux groupes à risque, notamment les professionnelles du sexe, les chauffeurs de camion et les soldats.

II.2 Le VIH/sida en Éthiopie : dès son identification aux premières mesures de contrôle

En 1985, sous l'égide d'une équipe de l'OMS le Ministre de la Santé créa un comité scientifique de diagnostic et de lutte contre le sida. Durant la même année, un laboratoire pour le dépistage du VIH fut implanté dans le Centre de santé national d'Addis-Abeba et l'unité de surveillance du Ministère de la Santé pour les maladies transmissibles fut utilisée aussi pour cette pathologie nouvelle. À l'exception d'une étude menée à échelle nationale sur 5,265 recrues militaires, jusqu'à la fin des années 1980 la collecte de données épidémiologiques se limita à la ville d'Addis-Abeba. La plupart des tests du VIH furent effectués sur des sérums stockés pour le contrôle d'autres maladies et l'utilisation du test de dépistage volontaire resta fort limitée. Ce ne fut que vers la fin des années 1980 que ce type de test fut utilisé dans des enquêtes épidémiologiques et des sites sentinelle furent établis dans les services prénataux (Mengistu, Khodakevich 1990 : 36). Des équipes mobiles furent organisées en vue de collecter des données dans divers sites du pays. Leurs organisation et activités sont ainsi décrites :

> « At various times three to four mobile teams were formed under the surveillance division. Each team consisted of a team leader, a social worker, 4-5 interviewers who were rehabilitated sex workers specially trained for this purpose, a laboratory technician, and a driver. Many health workers both from the Ministry of Health, the National Research Institute of Health (NRIH) and other health institutions have also been involved in these activities. (…) The blood samples, (from 300-350 individuals in each area) were collected in about ten days in each town, except Addis Ababa which took six weeks to organize and collect a sample of 2700 ».
>
> (Ibid. : 38 ; 39)

Des enquêtes épidémiologiques furent aussi menées auprès des travailleuses du sexe dans 24 centre urbains, dont Addis-Abeba, et auprès des conducteurs de camion dans des villes situées tout au long du raccordement du réseau routier éthiopien, comme Däsé, Nazareth, Mäqäle, Bahr Dar et Gondär entre 1989 et 1990. Les résultats de ces enquêtes révélèrent l'alarmante progression du VIH/sida dont la prévalence moyenne pour les chauffeurs de camion était estimée à 13% (Mengistu *et al.* 1990b) et pour les professionnelles du sexe variait entre 14.7% retrouvé à Gondär et 38.1% à Däse (Mengistu *et al.* 1990a). Sur la base de ces résultats, des estimations ont été faites concernant le nombre possible de personnes séropositives et de cas de sida. En 1990, les patients suspectés de sida étaient estimés être plus de 2000 (Muluaeta *et al.* 1990 : 54). Selon Mengistu, Khodakevich (1990 : 36) les programmes de surveillance de l'épidémie ont ainsi significativement contribué à motiver le gouvernement, les organisations non-gouvernementales et internationales ainsi que les bailleurs de fonds à s'investir dans la lutte contre le VIH/sida. Cependant, entre 1989 et 1991 les cas de sida rapportés furent seulement 808. Deux-tiers de ces diagnostics avaient été effectués à Addis-Abeba (Hailu *et al.* 1990 : 47).

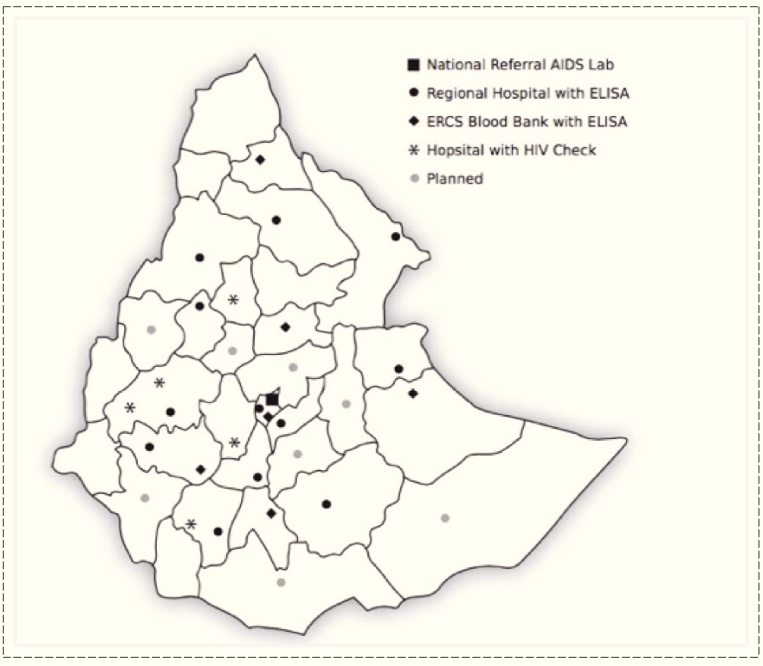


Figure II C
Distribution des sites où l'on pouvait réaliser test de dépistage du VIH (août 1990)
Source : Muluaeta *et al.* 1990 : 61

À cette époque, la plupart des structures sanitaires manquaient des instruments nécessaires pour le test de dépistage ; très peu de médecins étaient qualifiés pour reconnaître la symptomatologie associée au syndrome l'immunodéficience acquise. Dans

les structures sanitaires où le test était disponible (voir Fig. IIC), en l'absence de moyens et d'infrastructures permettant de traiter une maladie s'avérant finalement mortelle, le dépistage de l'infection n'était même pas conseillé. Dans d'autres cas, les résultats des tests s'avérant séropositifs étaient passés sous silence ou bien le diagnostic était rapporté différemment, le paludisme, les maladies infectieuses de la peau, l'hépatite, la pneumonie, et plus particulièrement la tuberculose (TB) étant les coïnfections les plus communes associées au VIH. Par ailleurs, les médecins ayant reçu une formation pour le diagnostic du sida (Physician Responsible for AIDS Diagnosis (PRAD)) n'étaient rattachés qu'aux hôpitaux de référence (*referral hospitals*) et aux hôpitaux spécialisés (*specialized hospitals*) dont l'accès est très difficile pour une très bonne partie de la population et où on estime que seulement 20% des décès a lieu. Au cours de l'année 1989, mis à part les hôpitaux d'Addis-Abeba, de Ǧəmma et de Nazareth dans les autres, y compris l'hôpital de Gondär qui est un hôpital de référence de la Gondar Zone (voir *infra* § III.5) aucun cas de sida ne fut diagnostiqué (Hailu *et al.* 1990 : 49). Par ailleurs, encore en 2004, le système de surveillance du sida du Ministère de la Santé, qui est basé sur des rapports mensuels des hôpitaux, ne couvrait qu'une petite fraction de tous les cas de sida à échelle nationale (Kloos *et al.* 2007 : 41).

L'infection à VIH se répandit donc de façon silencieuse au cœur d'une situation sociale et politique très délicate où la vulnérabilité de la population était aggravée par le contexte de guerre civile, le déplacement forcé des populations du Nord vers le Sud et par l'insécurité alimentaire dont souffrait plus de 60% de la population. Au printemps 1984, c'est-à-dire deux ans avant que le premier cas de sida soit diagnostiqué, le nombre de morts par semaine dus à la famine était passé d'une moyenne de 10.000 à une moyenne de 15.0000-16.0000, en faisant ainsi de cette catastrophe démographique un problème social, sanitaire et politique majeur. Néanmoins, à partir de la seconde moitié des années 1980 des recherches sur le VIH/sida furent menées en biomédecine, en épidémiologie, en santé publique, en démographie, en sociologie ; des articles parurent dans la presse nationale écrite. Mais, ainsi que nous l'avons déjà évoqué, les dires que j'ai recueillis au cours de mes enquêtes s'accordent tous sur le fait qu'à cette époque, le sida demeurait un argument tabou dans le discours public et aucune information n'était transmise ni à la télé ni à la radio. Quant à la presse écrite, la nature autoritaire du régime socialiste a inévitablement conditionné le type d'information que des quotidiens comme *Addis Zemen*, publié en amharique et *Ethiopian Herald*, édité en anglais, ont diffusé sur le sida. Ces journaux ont essentiellement reproduit le discours officiel tenu par le gouvernement qui affichait un engagement important dans la mise en œuvre de mesures de contrôle et d'endiguement de ce nouveau fléau dont l'annonce venue de l'extérieur n'avait pour autant alarmé ni la classe politique au pouvoir ni l'opposition et encore moins la société. Les deux quotidiens accordent cependant un

espace important aux avancées de la recherche biomédicale et aux recommandations provenant de l'OMS. La coexistence de ces perceptions et traitements contradictoires du VIH/sida tient en effet à un paradoxe qui a été observé dans d'autres pays d'Afrique. Dans des pays comme le Congo, la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso ou le Cameroun, le sida s'est au premier abord constitué comme « un problème qui a fait l'objet d'une politique publique sans devenir une question politique ni être débattue dans l'espace public » (Fassin 1994 : 748). Ainsi, de par la production de statistiques et la réalisation d'enquêtes, l'État éthiopien répondait positivement à des sollicitations provenant de l'extérieur. En effet, l'engagement du gouvernement éthiopien dans la lutte contre le VIH/sida n'était que la conséquence de son choix de positionnement stratégique dans le champ de la coopération internationale.

II.3 Appréhensions et interprétations de l'émergence d'un fléau : entre recherche et presse écrite

L'état des lieux dressé dans *Bibliograpy on HIV/AIDS in Ethiopia and Ethiopians in Diaspora* (Converse *et al.* 2003) paru dans *Ethiopian Journal of Health Development* énumère 943 études menées entre 1984 et 2002 sur le VIH/sida en Éthiopie dont un grand nombre font partie d'une littérature grise. Cette bibliographie comprend aussi des rapports du Ministère de la Santé et de plusieurs ONG. Pour se limiter à la première décennie de propagation de l'épidémie qui coïncide de fait avec la phase de déclin du Därg, rebaptisé depuis 1987-1988 République Démocratique Populaire, jusqu'à son reversement survenu en 1991, on compte 20 références bibliographiques dans le domaine de la recherche fondamentale. Onze concernent l'étiologie virale du sida et portent plus particulièrement sur les réservoirs de rétrovirus des primates et sur la transmission à l'homme (Converse *et al.* 2003 : 35). Sous le thème « Socio-economic and Demographic Impacts » on retrouve seulement quatre références dont une porte sur l'impact de la maladie sur le revenu des professionnelles du sexe (Wolde 1990). Sous le thème « Epidemiology and Knowledge Attitudes Practice (KAP) » on compte bien 82 références. Il s'agit d'études, pour une bonne partie, inédites comprenant des travaux universitaires et des participations aux quatre conférences internationales sur le sida qui se sont tenues entre 1988 et 1991. Ces recherches portent essentiellement sur le niveau de connaissance autour du sida, les comportements sexuels et les pratiques des groupes à risque des professionnelles du sexe et des chauffeurs de camion[101] et en moindre mesure sur les jeunes et les femmes en âge reproductif. D'autres études se penchent sur les méthodes de contraception et sur les maladies sexuellement transmissibles en tant

[101] Aucune étude menée auprès des soldats qui furent tout de même identifiés comme l'un des principaux groupes à risque n'est mentionnée pour les années comprises entre 1985 et 1991. Les seules informations concernant ce groupe à risque nous sont parvenues à travers une enquête épidémiologique à échelle nationale réalisée sur 5.265 recrues militaires en 1984-85. Le taux de séroprévalence retrouvé fut de 0.07% (Hailu *et al.* 1989 : 22 ; Mengistu, Khodakevich 1990 : 35).

que cofacteurs de risque. Un numéro spécial de l'*Ethiopian Journal of Health and Development* paru en 1990 est entièrement consacré à la question du sida. Réalisé sous le patronage du Ministère de la Santé, de l'Université d'Addis-Abeba et de la McGill-Ethiopia Community Health Project, ce numéro se compose de 26 articles portant tant sur les mesures prises par le gouvernement y compris le système sentinelle de surveillance, que sur des enquêtes Connaissances Attitudes Croyances Pratiques/Comportements Sexuels menées auprès des travailleuses du sexe (six articles en total, voir *infra* § II.3), des conducteurs de camion (Mengistu *et al.* 1990b) et des jeunes étudiants recrutés dans des écoles secondaires d'Addis-Abeba (Solomon 1990).

Des articles de presse publiés entre 1985 et 1991 dans *Ethiopian Herald*, rendent bien compte de l'extraversion par laquelle le régime socialiste a traité une maladie dont l'annonce était venue de l'étranger et dont les manifestations concrètes à cette époque précise ont commencé à faire progressivement l'objet d'interprétations et de réactions dans la société éthiopienne qui nous restent malheureusement inconnues. L'article « Is nobody safe » tiré du quotidien *The Economist* paru en février 1986, traite le mode de transmission par voie hétérosexuelle et les origines africaines du sida. Diverses hypothèses y sont développées concernant les facteurs favorisant la possible évolution de l'infection à VIH/sida vers une épidémie généralisée dans les pays de l'Europe et de l'Amérique.

> « Heterosexual transmission of AIDS is possible ; that much is certain. But it remains unclear whether, in the absence of gonorrhoea, needles, homosexuality, and extreme promiscuity, sex could sustain an epidemic growth. Suppose that AIDS carriers give the virus to one in 30 of their sexual partners (taking into account that some of the relationships last longer than others). Given these figures, an AIDS epidemic will spread among heterosexuals only if the average person has more than 30 partners in his or her life. But are these suppositions realistic. Nobody can say ».
>
> (The Ethiopian Herald : February 16, 1986)

Bien que ce scénario soit perçu avec un certain scepticisme, l'épidémie de sida n'est pas présentée selon un registre de discours opposant ces deux continents à l'Afrique. Plus loin, l'auteur introduit l'hypothèse des origines africaines du sida. Plutôt que les considérer comme un élément renforçant l'altérité de l'épidémie en Afrique sous le signe des stéréotypes liés à la sexualité africaine, l'auteur suggère qu'étant à un stade plus avancé qu'en Europe et en Amérique, le sida en Afrique pourrait servir à imaginer les évolutions à venir des contextes épidémiques dans ces deux continents.

> « Arguing where AIDS started may seem futile. It is not. If the disease started earlier in Africa, it must also have advanced further there. The African epidemic could, therefore, be a vision of America's and Europe's future. The case for suspecting that AIDS started in Africa is strong. The first cases in Europe were Africans seeking medical treatment ».
>
> (The Ethiopian Herald : February 16, 1986)

Le choix de l'*Ethiopian Herald* de publier cet article paru dans *The Economist*, est fort intéressant car il dénote la différence du positionnement de l'État éthiopien par rapport à la majorité des États africains non seulement envers les directives provenant de l'OMS mais aussi envers les scientifiques occidentaux. À cette même époque, le président du Kenya, Daniel Arap Moi, contestait l'hypothèse des origines africaines du VIH en dénonçant l'attention croissante de la communauté scientifique occidentale pour l'épidémie au Kenya, en Afrique centrale et de l'Est (Fortin 1987 : 908, cité in Démange 2011 : 22). Dans la presse écrite congolaise le seul débat qui émerge est celui autour des origines africaines de l'épidémie, mais dans ce cas les articles montrent une nette tendance à les contester (Fassin 1994 : 757). Tel que D. Fassin l'a remarqué, cette contestation signifie en effet s'opposer au rapport de soumission des Africains à l'*Autre*, le *Blanc*, pour dénoncer le racisme sous-jacent à la vision débridée de la sexualité africaine retenue responsables de l'expansion de l'épidémie. Or, le registre défensif de ce discours plutôt que dépendre de ce que la science dit autour « du sida africain » relève en effet de l'historicité des relations internationales de ces pays et de leur rapport au reste du monde (Démange 2011 : 22). Autrement dit, il ne représente qu'une réaction à la longue histoire de domination et de violence subies que l'hypothèse des origines africaines du sida a été en mesure de raviver. Quant à l'Éthiopie, mise à part la brève période de l'occupation italienne, l'introduction de la médecine moderne s'est déroulée au cœur d'une longue histoire de « diplomatie médicale » sous-tendant des relations internationales multiples et à l'enseigne de l'entente et de la coopération avec les puissances étrangères et coloniales. Peut-être est-ce pourquoi l'émergence du VIH/sida et plus particulièrement l'hypothèse de ses origines africaines, loin de provoquer des réactions critiques voire véhémentes contre les scientifiques occidentaux et les instances sanitaires globales ont été considérées comme des ressources attirant des experts étrangers, de nouvelles technologies et infrastructures et des savoirs innovateurs.

En décembre 1989, paraît l'article « Focus on Women » portant sur les voies de transmission de l'infection de la mère à l'enfant. Un entretien avec le médecin Amani Y. Mgene représentant de l'Éthiopie au sein de l'OMS y est publié. Article faisant essentiellement écho à l'identification, qui était à l'époque encore assez récente, des voies de transmission de l'infection de la mère à l'enfant, il est aussi contemporain de l'essor de diverses voix féministes qui avaient commencé à se lever, plus particulièrement aux États-Unis, pour dénoncer la sous-représentation et la négligence médicale dont les femmes affectées par le VIH étaient victimes (voir *infra* Introduction à la seconde partie). Mais le ton est assez moralisateur et l'accent est mis sur d'autres facteurs de vulnérabilité à la contraction de l'infection à VIH que les comportements sexuels à risque des prostituées. Il s'agit notamment de la situation de subordination des femmes mariées, leur manque d'autonomie économique et la faiblesse de leur pouvoir

décisionnel à l'égard des méthodes de contraception face à leurs conjoints. On peut y lire :

> « Nakajima[102] said that about 500,000 babies would be born carrying the virus by the early 1990s and most of the will die before they are five. It is estimated that every AIDS-infected mother runs a 50% risk in giving birth to a baby which is also carrying the virus. But whatever the mode of transmission, the important point is to realize that bare truth, that AIDS can be transmitted from an infected mother to a child during pregnancy. … The married women tend to be at certain disadvantage compared to their unmarried counterpart as the limitations in applying effective measures. For them it may be impossible to think of abstaining from sexual intercourse (one of the most important bonds of marriage) ... Even the idea of condom use, let alone its application, may be a controversial issue between husband and wife as often experienced in attempts to promote family planning through the use of condom ».
>
> (The Ethiopian Herald : December 14 1989)

Paru en la même année, l'article, « AIDS Control, Prevention Programme under Way » souligne l'un des défis majeurs auxquels était confronté l'AIDS Control Programme mis en place en 1987 au sein du Ministère de la Santé (voir *infra* § II.4), à savoir la formation du personnel soignant. L'article débute en évoquant le propos du *Comrade* Mengistu Mehret, responsable du programme *Surveillance and Research Division* :

> « Education has been identified worldwide as an important component for the prevention and control of AIDS, but despite efforts much remains to be done in making the general public adequately aware of the disease. … The professionals at all levels have to get in-depth knowledge about the disease so to enable them not only to identify cases but also to take care of AIDS ».
>
> (The Ethiopian Herald : September 14 1989)

Il s'agit d'un propos qui tout en reprenant fidèlement les recommandations de l'OMS révèle son total irréalisme par rapport à la situation sanitaire de l'Éthiopie et à l'égard des mesures prises jusque là pour endiguer l'expansion de l'épidémie. Bien que de rares programmes de formation du personnel soignant aient été réalisés jusqu'au début des années 2000 l'accent a été essentiellement mis sur des stratégies de prévention primaire[103]. La formation dont les médecins et le personnel soignant bénéficièrent concerna plus particulièrement la mise en place du système sentinelle de surveillance du VIH/sida, mais plusieurs formes de dysfonctionnement furent observées dans les structures sanitaires de tout le pays. Dans une étude collective menée entre 1989 et 1990 sous le patronage du Department of AIDS Control, de l'équipe de l'OMS impliquée dans la mise en œuvre du programme national de lutte contre le sida, et de l'Armed Force Hospital d'Addis-Abeba, les auteurs soulignaient le malfonctionnement du système

[102] Directeur général de l'OMS entre 1988 et 1998

[103] La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie. La prévention secondaire et tertiaire visent à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié ; ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, au moyen d'une réadaptation efficace, par exemple.

de surveillance en dehors d'Addis-Abeba. Ils mettaient en avant la nécessité d'une révision périodique ainsi qu'une meilleure formation du personnel soignant pour le diagnostic du sida, la proposition du test de dépistage et la compilation des rapports concernant les activités de surveillance (Hailu *et al.* 1990 : 41). En fait, le début des années 1990 qui coïncide avec le renversement du régime socialiste, est marqué par un changement important au niveau des instances et des stratégies de la lutte globale contre le VIH/sida (voir *supra* Introduction à la première partie) ainsi que par l'émergence lente mais croissante, dans le contexte national éthiopien, de tout un ensemble d'acteurs non-étatiques et de bailleurs de fonds préparant leur entrée dans le champ de gestion de l'épidémie nouvelle (De Rosis 2015 : 74-78 ; voir *infra* § II.6). C'est à ce même moment que Helmut Kloos (professeur de géographie de l'Université d'Addis-Abeba à la retraite et chercheur associé au San Francisco Medical Center de l'Université de Californie), Alula Pankhurst et Damen Haile Mariam (sociologues rattachés à l'Université d'Addis-Abeba), ont donné impulsion à une nouvelle orientation de la recherche autour de l'épidémie en Éthiopie, en s'attelant d'abord à compléter les analyses fournies par les recherches épidémiologiques. Deux numéros de *Northeast African Studies*, parus en 2000 sous leur direction ont été entièrement consacrés au VIH/sida en Éthiopie. Treize articles en épidémiologie, en sciences sociales, en anthropologie et en psychologie y sont rassemblés dont cinq ont été coréalisés par des chercheurs en biomédecine, des sociologues et des psychologues. Dans l'article ouvrant le premier numéro (Kloos, Damen 2000) les auteurs ont tracé les perspectives de recherche autour des facteurs socio-économiques, culturels et politiques responsables tant des disparités de la prévalence du VIH/sida sur le territoire national que des inégalités devant la mort, d'exposition au risque et d'accès aux soins et à la prévention, observées au sein de la population (Ibid. : 15). Cependant, les recherches réalisées se sont limitées à l'étude d'une variété de communautés de base (*community-based organizations : « health extension agents »*, programmes de réduction de la pauvreté) susceptibles de prendre en charge des activités de sensibilisation et d'information sur le VIH/sida ou ayant pour but la création de systèmes de micro-assurance (voir *infra* Chapitre III et IV). En effet, malgré les disparités des taux de séroprévalence entre les zones rurales et le milieu urbain et en dépit de l'écart assez significatif entre population féminine et masculine, peu d'études leur ont été consacrées pour en identifier les facteurs explicatifs.

II.4 Le VIH/sida sous le prisme des inégalités : essai d'une épidémiologie sociale

Depuis le début des années 2000, le suivi du développement de l'épidémie à VIH/sida en Éthiopie a été réalisé par l'intermédiaire des enquêtes *« HIV/AIDS-related knowledge,*

attitudes and behaviour » menées à échelle nationale et publiées dans *Demographic Health surveys* (DHS) (Central Statistical Agency (CSA) 2001 ; 2006 ; 2012), et par des enquêtes sérologiques annuelles auprès des femmes enceintes dans les consultations prénatales du secteur public qui ont été mises en place depuis la fin des années 1980 et publiées dans les rapports du Ministère de la santé depuis 1998. En 2002 est menée la première *Behavioural Surveillance Survey* (BSS). Le but de cette enquête était d'évaluer le niveau de connaissance, les attitudes, les croyances et les comportements en regard du VIH/sida dans des sous-populations telles que les professionnelles du sexe, les soldats, les chauffeurs de camion, les populations nomades de pasteurs et les jeunes. En 2005 une deuxième *Behavioural Surveillance Survey* est réalisée dans toutes les régions du pays et donc sur une population beaucoup plus représentative que la première. Les estimations de la prévalence du VIH/sida issues des enquêtes *« HIV/AIDS-related knowledge, attitudes and behaviour »* et des enquêtes sérologiques parmi les femmes enceintes se sont révélées discordantes. En effet, bien que les données prénatales puissent être un indicateur de la prévalence réelle de l'infection dans la population générale elles peuvent conduire soit à une surestimation due à l'auto-sélection des femmes en consultation prénatale en raison de leurs moins bonnes conditions de santé mais bénéficiant d'un meilleur accès aux services de santé, soit à une sous-estimation en raison de l'exclusion de beaucoup de femmes stériles ou d'autres dont l'accès aux consultations prénatales est fort limité. L'estimation de la prévalence du VIH/sida de 1,4% fournie par le *DHS 2005* (CSA 2006) sur la base d'un échantillon très représentatif de la population nationale a suggéré que la prévalence de 3,5% (10,9% urbain ; 1,9% rural) (FMOH, NHAPCO 2005) relevée par les sites sentinelle des services prénataux est le résultat d'une surestimation. En 2007, un groupe de travail a été mis en place pour tenter de concilier l'estimation fournie par le *DHS 2005* (CSA 2006) et celle fournie par le Ministère de la Santé. L'estimation de la prévalence communément acceptée a été de 2,1% (7.7% urbain ; 0.9 rural) (MOH 2007 : 3-4). Au total, l'épidémie de VIH/sida en Éthiopie, tout en étant généralisée n'a jamais atteint les taux de séroprévalence qu'ont connus les pays d'Afrique orientale, ou les pays de l'Afrique centrale, puis australe. Alors qu'au milieu des années 1980 des pays comme le Rwanda, l'Ouganda, la Zambie connaissaient des séroprévalences de 15% à 20% parmi les jeunes adultes des cités (Vangroenweghe 2000 : 32), en Éthiopie, l'épidémie est encore dans sa phase silencieuse et le premier cas de sida est diagnostiqué seulement en 1986. Cependant, dans une ville comme Addis-Abeba le taux de séroprévalence parmi les professionnelles du sexe est passé de 24.7% en 1988 à 54,3% en 1990 et à 73,4% en 1998 (Mengistu *et al.* 1990a ; Akilu *et al.* 2001). En effet, la diffusion du VIH/sida a coïncidé avec une période de transition politique délicate et son émergence est contemporaine de la famine de 1984-85, mais l'épidémie est restée essentiellement concentrée dans les villes où les inégalités

sociales et économiques sont plus criantes et les conditions de vie de la population sont favorables à l'exploitation sexuelle des femmes. En revanche, dans les zones rurales où les indicateurs de développement humain attestent des situations de pauvreté et d'inefficacité sanitaire plus graves, le niveau de diffusion du VIH/sida est resté toujours très bas, notamment à des taux de séroprévalence inférieurs à 4%. Au début de 1993, le taux de prévalence du VIH dans six sites ruraux (Seya Debir, Shola Gebeya, dans le North du Shoa, Enda Mariam Kanaro dans le Tigray, Ayuba dans l'Arsi, Raytu dans le Bale et Beneste dans le Sud Omo) était estimé à 0.7%. Ainsi qu'il a été observé pour d'autres pays en voie de développement, les relations entre pauvreté et modes d'expansion du VIH/sida sont de type complexe et non linéaire (Kirk 2001 ; Schneider 2004). Autrement dit, les plus pauvres et les moins éduqués ne sont pas forcement les plus vulnérables face au VIH/sida (Schneider 2004 : 89). La pauvreté doit être plutôt appréhendée dans les termes d'un « environnement dangereux » (Fassin 2004c : 15 ; Farmer *et al.* 1996 : 53) car les comportements sexuels à risque relèvent aussi de stratégies de survie d'individus qui subissent différentes formes de privation. De la sorte, pays parmi les plus pauvres au monde, avec des taux de mortalité infantile et d'illettrisme particulièrement élevés, l'Éthiopie ne se classe pas parmi les pays africains les plus gravement touchés par le VIH/sida. Alors que l'index 2013 du PNUD concernant le développement humain (IDH)[104] la place en 174ème position parmi les autres 187 pays pris en considération, le coefficient de Gini qui permet de mesurer les inégalités de la distribution des revenus ou des dépenses de consommation est estimé entre 30 et 40%, sachant que l'égalité parfaite correspond à un coefficient de Gini de 0, et l'inégalité maximale se traduit par un coefficient de Gini de 100. Des données plus détaillées sur l'index du développement humain indiquent qu'en 2010 la mortalité infantile au premier an de vie était de 59 morts sur 1000 naissances et au cinquième an, de 88 morts sur 1000 naissances (CSA 2012 : XIX). En cette même année, l'espérance de vie de la population était de 51,4 ans pour les hommes et de 53,4 ans pour les femmes (Ibid. : 3). Le recours aux techniques de contraception [105]était estimé à 29% pour les femmes mariées et à 57% pour les femmes libres sexuellement actives (Ibid. : 93). Cependant, seulement 10% des accouchements était estimé avoir lieu en présence de personnel médical et 6% dans un hôpital ou dans une clinique ; une femme sur 14 était considérée être à risque de mort pendant la grossesse et lors de l'accouchement ; 39,2% des femmes et 22,3% des hommes entre 15 et 24 ans étaient estimés ne pas être en mesure de lire tandis que dans la tranche d'âge 45-49 on estimait que l'illettrisme rejoignait

[104] L'IDH est un indicateur synthétique pour évaluer les progrès à long terme dans les trois dimensions de base du développement humain : une vie longue et saine, l'accès au savoir et à un niveau de vie décent.

[105] Concernant les méthodes contraceptives utilisées, le *DHS 2011* (CSA 2012 : 94) rapporte : « More than nine women in every ten have heard about the pill and injectable. More than nine men in every ten know about the male condom as well as about the pill and injectable. LAM is the least known modern method. Only 3 percent of all women and of all men interviewed have heard of this method ».

86,3% parmi les femmes et 40,6% parmi les hommes (Ibid. : 40-41) ; 25-30% de la population faisait face à une situation d'insécurité alimentaire. Pendant la période de forte expansion du VIH/sida, notamment les années entre 1995 et 2000, l'espérance de vie était estimée à 42 ans, comme en 1980 ; 70% des femmes au-dessus de 15 ans étaient illettrées ; le recours aux techniques de contraception était estimé à 4% ; seulement 8% des accouchements étaient effectués en présence de personnel médical ; 50-60% de la population faisait face à une situation d'insécurité alimentaire (Kloos, Damen 2000 : 15-16). Concernant le processus d'expansion de l'épidémie sur le territoire national, il est utile de préciser que le VIH/sida est entré dans un premier temps en milieu urbain très probablement au courant des années 1970. L'épidémie s'est par la suite étendue dans les zones rurales où le taux de prévalence est resté toujours inférieur à 2% et où vivent plus de 80% de la population mais avec des taux de densité très faibles. La propagation du VIH/sida y a été facilité par les visites fréquentes des agriculteurs dans les villes, par l'émigration temporaire des jeunes étudiants des campagnes vers les centres urbains où ils poursuivent leur éducation scolaire ainsi que par la démobilisation, au milieu des années 1990, des soldats appartenant à l'armée de l'ancien régime socialiste (Ismail 1992 ; Ismail *et al.* 1995 ; Alene 2002). Dans les années 1980 et au début des années 1990, les soldats, un groupe très mobile dont l'exposition au VIH s'explique principalement par le nombre élevé de partenaires sexuels, stationnaient dans de nombreuses villes situées dans les zones de guerre qui ont été particulièrement touchées par le VIH/sida. En outre, les troupes auraient pu également avoir été infectées au cours de transfusions sanguines d'urgence. Le taux d'infection à VIH parmi les nouvelles recrues est passé de 0,8% en 1986 à 27% en 1992 (Abebe *et al.* 2003). Au milieu des années 1990 un demi-million de soldats ont été démobilisés et réintégrés dans la société. Une étude des comportements à risque dans les zones rurales (Ismail *et al.* 1995) a montré que les soldats démobilisés n'avaient pas modifié leur comportement sexuel.

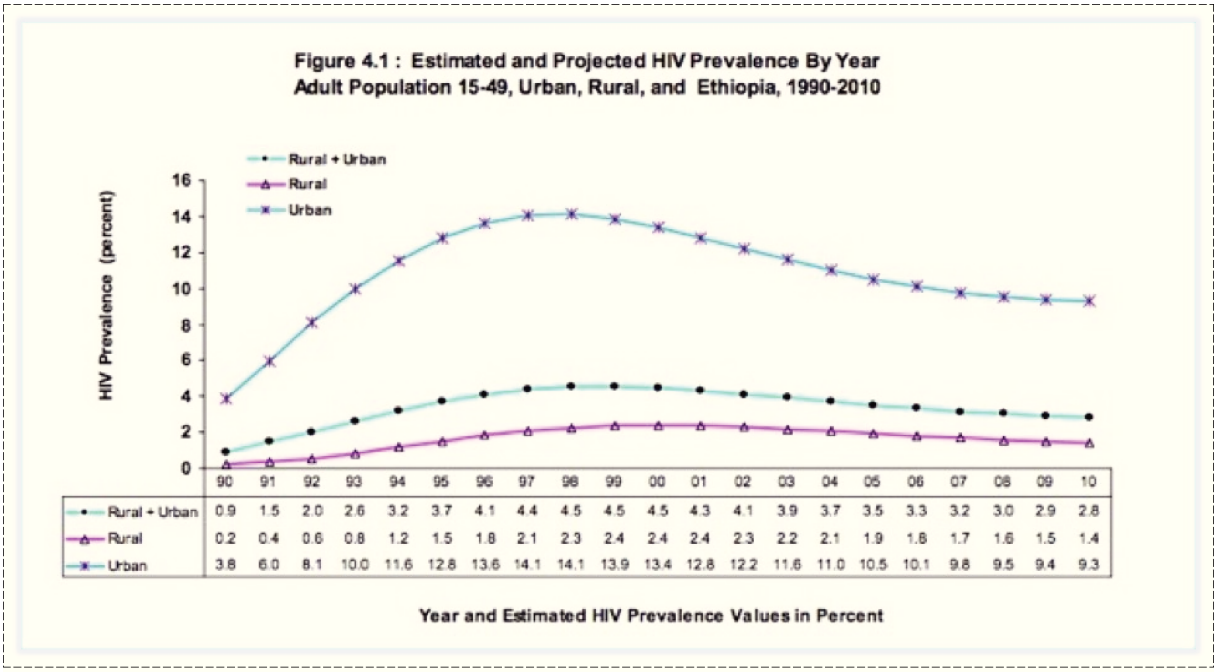


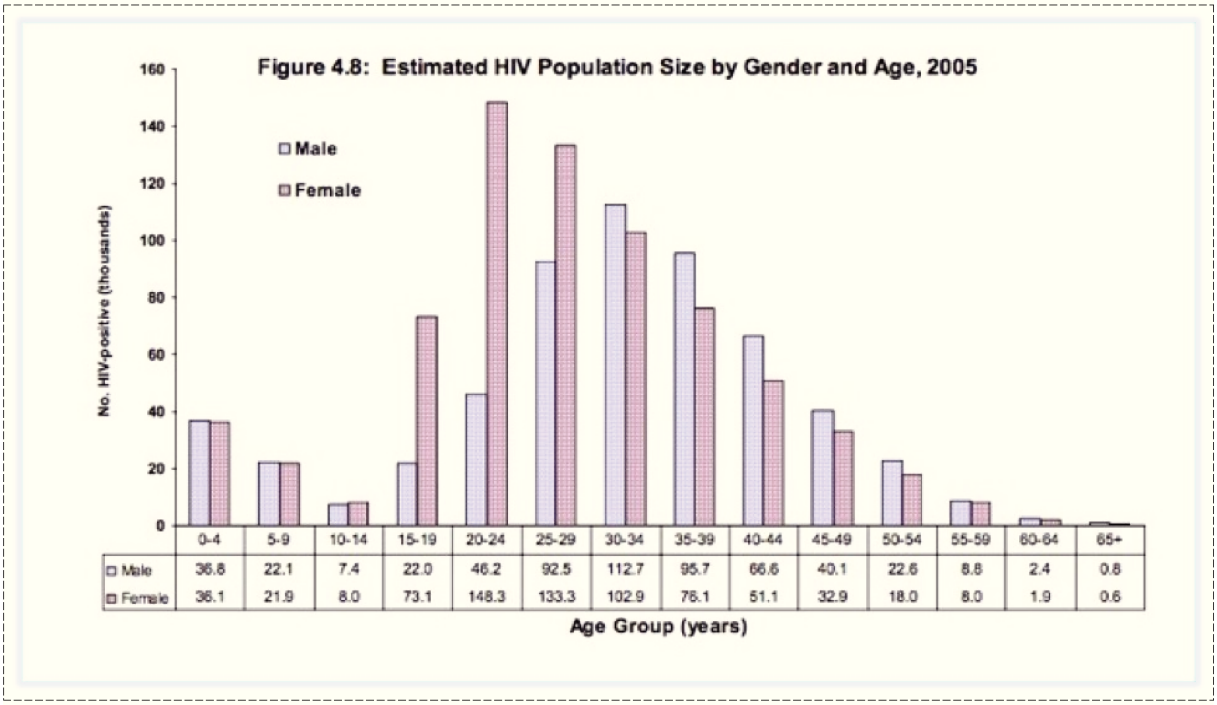
Figure II D

Estimations et projections de la prévalence du VIH par année (1990-2010)
dans la population adulte (15-49 ans), dans les centres urbains, les zones rurales et au niveau national.

Source : (FMOH, NHAPCO 2005 : 21).

Entre 1995 et 2001 le nombre de nouvelles infections dans les zones rurales a dépassé celui des zones urbaines, mais le rapport s'est inversé entre 2003 et 2010 (FMOH, NHAPCO 2005 : 31). Le taux de prévalence du VIH/sida dans les zones rurales en 2007 était estimé à 0.9% et il s'y est maintenu constant jusqu'en 2010. L'épidémie de VIH/sida est ainsi apparue comme un phénomène plus spécialement urbain. Bien que plus étudié que le contexte épidémiologique rural, il y a eu très peu de recherches sur les façons dont les inégalités sociales, économiques et de genre ont conditionné l'extension du VIH/sida dans les villes. Les données disponibles concernant la disparité de séroprévalence entre hommes et femmes attestent qu'entre 2004 et 2010 celle-ci s'est stabilisée autour de 2% en milieu urbain tandis qu'en milieu rural est estimé être à 0.4% (MOH 2007 : 10). D'autres indications sont fournies sur la variation des taux de mortalité et de l'incidence de l'épidémie selon les sexes. Suivant les estimations de 2005 basées sur les enquêtes sérologiques menées dans les centres de consultation prénatale, sur 1,32 million de PVVIH, 730 000 (55%) étaient des femmes (FMOH, NHAPCO 2005 : 25). En 2005, les femmes représentaient également 54,5% des décès dus au SIDA et 53,2% des nouvelles infections. Dans le groupe d'âge 15-29 ans, il y avait plus de femmes vivant avec le VIH/sida que d'hommes tandis que dans le groupe d'âge 30 + ans le

rapport s'inverse (Ibidem). Aucune information n'est disponible sur les façons dont les inégalités sociales et économiques interagissent avec les inégalités de genre.



	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+
Male	36.8	22.1	7.4	22.0	46.2	92.5	112.7	95.7	66.6	40.1	22.6	8.8	2.4	0.8
Female	36.1	21.9	8.0	73.1	148.3	133.3	102.9	76.1	51.1	32.9	18.0	8.0	1.9	0.6

Figure II E
Estimations du nombre de PVVIH selon le sexe et l'âge (2005).
Source : FMOH, NHAPCO 2005 : 26.

Selon Abebe *et al.* (2001) l'épidémie se serait diffusée à partir du *« core group »*[106] des professionnelles du sexe essentiellement concentrées dans les villes. Ce mode de diffusion expliquerait également la prédominance du VIH-1 sous-type C. Cependant, ainsi que nous le démontrerons en détail par la suite, un modèle explicatif de la diffusion du VIH/sida se basant exclusivement sur le groupe à risque des professionnelles du sexe est enfin trompeur. Dans les villes où pauvreté et opportunités économiques sont inégalement reparties entre hommes et femmes, de multiples formes de sexualité monnayée se produisent (échange d'argent, de cadeaux, de biens ou de services contre des rapports sexuels), se déroulant au sein de relations non dénouées d'affects, plus ou moins établies et durables dans lesquelles la femme peut offrir aussi un ensemble de services domestiques contre le soutien matériel d'un homme (Petit, Tchetgnia 2009 : 208 ; Schneider 2004 : 87). Les dynamiques économiques et sociales favorisant le développement de ces multiples formes de sexe transactionnel et de prostitution en milieu urbain font toutefois l'objet d'interprétations assez différentes.

[106] Dans le lexique de l'épidémiologie cette dénomination indique un groupe assez restreint où l'infection est endémique et qui fonctionne comme vecteur de diffusion de la maladie dans le reste de la population.

II.5 Le VIH/sida et phénomène urbain : entre travail du sexe et mobilité féminine interne

Au sein de la littérature sociologique et anthropologique sur le VIH/sida, aussi vaste que diversifiée, le binôme VIH/sida et urbanisation constitue un champ spécifique d'investigation aux approches multiples. Entre la fin des années 1980 et la première moitié des années 1990, un nombre important d'études a fait des centres urbains à haute densité de population et plus particulièrement des villes des pays dits en développement, dont plus spécialement celles de l'Afrique subsaharienne, les milieux écologiques d'élection pour la diffusion de l'épidémie à VIH/sida. Confortée par les données statistiques attestant des taux de prévalence du VIH/sida plus élevés dans les villes à haute concentration de population, cette production scientifique a basé l'analyse des dynamiques sociales de transmission de l'infection à VIH sur la logique des « groupes à risque » (homosexuels, prostituées, usagers de drogue par voie intraveineuse, chauffeurs de camion, soldats) puis en raison du risque de stigmatisation de ces groupes, sur des « comportements à risque ». Le milieu urbain, considéré comme favorable à des situations de "promiscuité" et d'exploitation sexuelles aussi bien qu'à des attitudes individuelles d'"avilissement moral" nettement en contraste avec les valeurs et les coutumes de la population rurale, en serait la « niche écologique » par excellence.

> « While the traditional African mores remain intact in rural communities, increased urbanization, improved road network, increased mobility, and influence of more developed countries through acculturation in the 1960s and 1970s, have brought on significant changes in sexual ethos in urban centers ».
>
> (Pela, Platt 1989 : 5)

En opposition à ces lectures qui, pour s'exprimer de façon synthétique, culturalisent le rural et naturalisent l'urbain, d'autres auteurs ont substitué à la logique des comportements et des groupes « à risque » le concept explicatif d'« environnement dangereux » (Fassin 2004c : 15 ; Farmer *et al.* 1996 : 53). Concernant de villes à haute concentration de population des pays dits en voie de développement, le concept d'« environnement dangereux » renvoie à des espaces urbains dynamiques et en mutation, évoluant selon les relations entre différents groupes sociaux et en fonction des inégalités économiques et sociales, et de genre. Étudiés dans le cadre d'une analyse politique, historique et socio-économique de l'épidémie du sida, tant l'Haïti rural de P. Farmer (Farmer 1992) que les *townships* de l'Afrique du Sud des recherches de D. Fassin (Fassin 2004b ; 2006) et d'H. Schneider (Schneider 2004) et de F. Le Marcis (2004 ; 2010) se révèlent être des réalités sociales complexes profondément marquées par le phénomène du travail migrant. Dans le contexte économique et social éthiopien où urbanisation et industrialisation ne constituent pas deux processus concomitants, les relations entre VIH/sida et urbanisation renvoient à des formes de mobilité internes plus

contrastées. Ainsi, en s'éloignant d'une explication de la diffusion de l'épidémie à partir de la prostitution féminine dans les villes, Tully et Wood (2011) s'efforcent d'en rendre compte dans les termes d'une accélération de l'urbanisation et plus spécialement de l'intensification des flux migratoires internes de la population des campagnes vers les centres urbains. Ces mouvements se sont de fait intensifiés entre les années 1960 et 1980 en atteignant deux pics entre 1967 et 1975 et entre 1975 et 1987 (Tesfaghiorghis 1986) et donc en concomitance avec la première phase de diffusion de l'infection à VIH. Ils ont été dominés par une migration de jeunes femmes adultes. Par ailleurs, déjà l'article de 1991, « AIDS and other STDs in Ethiopia : historical, social and epidemiological aspects », offre une analyse pertinente des liens entre la diffusion du sida et d'autres maladies sexuellement transmissibles, le phénomène d'urbanisation et la migration rurale des femmes vers les villes :

> « Accelerated urbanization rates since 1940s which led to an increase in the proportion of the urban population to 11 per cent by 1984, created at least four new conditions facilitating the spread of STDs. First, a combination of traditional marriage customs, including the young age at marriage (especially in rural areas) and the ease of obtaining divorce, lack of access to land of many divorced women in rural areas, a general neglect of female education, and new opportunities for young women to work as a barmaids and the prostitutes in the rapidly expanding urban centers resulted in heavy rural-urban migration of females ».
>
> (Kloos, Zein 1991 : 36)

Cet exode rural à majorité féminin présente en effet des similarités significatives avec les migrations des femmes vers les villes, observées ailleurs dans le continent africain. Attestées de longue date en Afrique de l'Ouest et de l'Est où elles ont pris une ampleur spécifique après la fin de la Seconde Guerre Mondiale (Coquery-Vidrovitch 1994 : 133-136 ; Bujra 1978 : 23 ; Lecour-Grandmaison 1972 : 88, cités in Vidal 2000 : 28-30 ; 2009 ; 2012) les migrations féminines vers les centres urbains se présentent sous une typologie très variée quant à l'âge des migrantes, les raisons du départ et le projets d'installation dans une résidence citadine. Mais en général, pour reprendre les mots de Laurent Vidal :

> « 'Réaction personnelle, voire sociale, qui pose la question de leur statut dans la société, tout autant que 'stratégie de survie '(Coquery-Vidrovitch 1994 : 140), les déplacements des femmes ont donc répondu à une double nécessité : prendre de la distance par rapport aux contraintes du milieu d'origine tout en espérant pouvoir trouver des sources de revenu ».
>
> (Vidal 2000 : 29)

Cependant, à la différence de la majorité des pays de l'Afrique subsaharienne où les flux migratoires internes de la campagne vers la ville ont été dans la majorité des cas dominés par la migration de la main-d'oeuvre masculine et où les colonisateurs *« ont mis tout en œuvre pour empêcher les femmes célibataires d'émigrer vers les villes »*

(Vangroenweghe 2000 : 43), en Éthiopie la plupart des centres urbains, parmi lesquels Addis-Abeba et Gondär, se distinguent par un excédent de jeunes femmes adultes dont la plupart d'origine rurale. Le géographe J.-M. Prost-Tournier décrit ainsi ce phénomène observé au cours des années 1970 :

> « La grande originalité de la démographie des villes éthiopiennes, ce qui les différencie fortement des autres villes africaines, réside dans la stupéfiante prépondérance des femmes. [...] Il s'agit surtout d'un excédent de jeunes femmes adultes. À Gondär, ville très représentative, il y avait, en 1965, 136 femmes pour 100 hommes, mais dans la catégorie des adultes de 15 à 29 ans, la proportion était de 199 (et 189 dans la catégorie des adultes de 10 à 44 ans). [...] Ce surplus est formé presque uniquement de divorcées et secondairement de veuves. [...] Il y a en Éthiopie — et surtout dans les vieilles provinces d'Abyssinie — une énorme émigration de jeunes femmes divorcées (et secondairement de veuves) vers les villes, surtout vers les petites villes ».
>
> (Prost-Tournier 1974 : 26)

L'étude démographique réalisée en 2001, *Migration and Urbanization in Ethiopia, with Special Reference to Addis Ababa*, montre que les flux migratoires internes sont dominés par la migration de femmes de la zone rurale vers la zone urbaine. Selon cette étude, il s'agit, dans la plupart des cas, de femmes séparées ou veuves (Golini *et al.* 2001). Les régions les plus concernées sont le Tigray et la région Amhara où Gondär se situe. Dans ces deux régions, les femmes représentent entre 15 % et 20 % de la population migrante que cela soit en Éthiopie ou vers l'étranger[107]. Concernant plus particulièrement la situation démographique de Gondär, le recensement de 2007 donne une population de 207,044 habitants dont 98,120 sont des hommes et 108,924 sont des femmes (Central Statistical Agency 2010 : 89). Selon les chiffres officiels, au sein de la population immigrée dans la ville et y résidant depuis plus de dix ans, 18,482 sont des femmes tandis que 13,255 sont des hommes (Ibid. : 531). Il est vraisemblable que le phénomène de migration interne des femmes vers les villes ait commencé vers la fin du XIX siècle alors que l'Éthiopie connaissait un processus d'urbanisation croissante plus ou moins structuré, pour s'intensifier successivement pendant les années 1930 et 1940. Les destinations de la population migrante originaire de zones rurales furent alors les centres urbains qui se formaient par agglomération progressive à partir des garnisons militaires chrétiennes *(kätäma)*[108] établies par les armées de Mənilək II (1889-1913) au fur et à mesure de leur avancée pour le contrôle des territoires au Sud, à l'Est et à l'Ouest des frontières de l'Abyssinie. Généralement situées à l'endroit de marchés ou de points de

[107] « Female population mainly dominates the flows. In fact, about 55 percent of those who move are women and these form about 57 percent of those who leave from a rural area. [...] Women characterised by marriage instability, *i.e.* widows and separated women, still contribute significantly to internal mobility in the country, especially in the north (Amhara and Tigray) where they account for between 15 percent and 20 percent of the total migrants [...]. However, women are less involved than men in the phenomenon of counter-urbanisation, mentioned previously, forming only 44 percent of the flows from urban areas to rural areas » (Golini *et al.* 2001 : 57, 61).

[108] *kätäma* est le terme par lequel on désigne en amharique la ville.

relais routiers, ces garnisons militaires sont devenues des lieux centraux pour des échanges commerciaux et de culte religieux. Organisées en réseau autour d'un chef-lieu de province où résidait le *ras*, elles ont également joué un rôle dans le contrôle territorial (Bezounesh, Raison 2007). Le paysage urbain actuel s'est développé à partir de cette géographie de *kätäma*, dont Addis-Abeba fait partie. Sa fondation comme capitale du Šäwa en 1886 a en effet répondu à des exigences d'ordre économique et politique (Henze 2004 : 155 ; Garretson 2003 : 79-85). D'autres villes de moindre taille[109] recouvrant depuis l'instauration de la République fédérale démocratique (1995) des fonctions politiques et administratives ont été progressivement insérées dans ce réseau urbain. Des établissements urbains plus anciens comme Aksum (iv siècle av. j.-c.), Gondär (xvii siècle), Harär (xii siècle) et Lalibela (xii siècle) ont été investis de façon différente et de manière discontinue par le processus historique d'urbanisation du pays. Depuis le xix siècle, celui-ci s'est caractérisé par la concentration dans les villes d'activités de services publics ou privés. En l'absence d'un secteur industriel développé, la population rurale y est attirée par les occupations informelles que les villes encouragent en tant que lieux propices à une certaine accumulation de richesse, favorisant toutes sortes de demandes de services aux personnes et aux petites entreprises. Il existe peu d'études systématiques sur le type d'activités économiques menées par les femmes dans les villes. Cependant, les recherches de Richard Pankhurst (1957, 1974) et d'autres plus récentes (Cassiers 1983 ; Fekerte 1989 ; Laketch 1978, 1992 ; Teshale 1995) ont mis en lumière un ensemble d'activités qui s'insèrent dans une économie informelle, comme la vente de nourriture et de boissons à domicile, la filature du coton, la poterie, la prostitution, etc. Dans les travaux de R. Pankhurst (1974), de Laketch Dirasse (1978 ; 1992) et de Teshale Tibebu (1995), une attention particulière est portée à la prostitution. R. Pankhurst (1974 : 159-164) en trace une possible généalogie basée sur ses formes embryonnaires et mouvantes décrites par divers voyageurs, missionnaires et explorateurs. Il soutient la thèse que celle-ci s'est progressivement constituée comme une activité lucrative professionnalisée à partir de la seconde moitié du xix siècle en concomitance avec la progression de l'urbanisation et de l'économie de marché au sein d'une société jusque-là essentiellement basée sur une économie agricole (Ibid. : 164-178). S'appuyant sur les résultats de la recherche de Laketch (1978 : 10-11, 35-37), Teshale (1995 : 139) considère qu'en Éthiopie la prostitution a commencé à se développer à grande échelle pendant l'occupation italienne (1936-1941). Sur la base des données statistiques montrant qu'à Addis-Abeba au milieu des années 1970, 42 % de prostituées étaient originaires de zones rurales et que 60,5 % provenaient de la région Amhara (Laketch 1978 : 62, 67), Teshale (1995 : 139-141)

[109] Dans son article, J. Baker (1990 : 59) écrit : « The Ethiopian urban setting, consisting of nearly a thousand towns (925) defined as urban, is mainly characterized by settlements with a very low population size. Nearly 75 percent of the towns consist of settlements with a population of less than 5,000 and it is not uncommon to find towns with less than 200 people. »

établit un strict lien entre prostitution et migration féminine vers les villes. Selon l'historien, la migration des femmes dans cette région est une conséquence de la désintégration des ménages ruraux provoquée par la dégradation de l'environnement et les famines récurrentes (Ibid. : 141-142). En revanche, J.-M. Prost-Tournier (1974 : 27) fait remarquer que ce phénomène migratoire « démontre l'aspect parasitaire de l'économie de ces villes : une très grande partie de la population active (la quasi totalité dans les petits centres) est formée de domestiques, de prostituées et de serveuses de bar ». Appréhendées selon une perspective anthropologique, ces activités supposées « parasitaires » nous introduisent au cœur d'espaces sociaux et culturels multiples et en mutation permanente qui se situent en marge des activités modernes et des organes de pouvoir considérés, selon une vision uniformisante et homogénéisante du phénomène urbain, comme la spécificité de la ville éthiopienne. Ces espaces peuvent constituer autant d'observatoires du phénomène de migration interne féminine et de la sorte permettre l'analyse de l'articulation des rapports sociaux de sexe autour de formes de marginalité sociale et de dépendance économique qui s'inscrivent en dehors du cadre de subordination domestique de la femme mariée et sans profession. En outre, cette forme de migration fragilisant les « filets de sécurité » économiques et sociaux favorise tant des formes de « sexe transactionnel » que de prostitution. Dans la seconde partie de cette thèse j'analyserai le phénomène de migration féminine interne en présentant l'expérience biographique de six parmi les 39 femmes vivant avec le VIH originaires de zones rurales qui à l'époque de mes enquêtes ethnographiques (novembre 2007 - novembre 2010) résidaient à Gondär. Dans le dernier paragraphe de ce chapitre je me pencherai sur la place que la catégorie large et multiforme des professionnelles du sexe, catégorie liée à maints égards à ce phénomène migratoire, a occupée dans les analyses de l'expansion du VIH/sida et dans l'organisation des stratégies de lutte contre l'épidémie. Afin de contextualiser cette analyse dans le cadre plus vaste de l'organisation de la lutte contre l'épidémie, je commencerai d'abord par présenter la réponse de l'État éthiopien et les toutes premières formes de mobilisation des personnes atteintes par le VIH/sida qui ont eu lieu à Addis-Abeba vers la fin des années 1990.

SECTION II

DE L'ÉPIDÉMIE À SON ENDIGUEMENT : ESSAI D'UNE NOSO-POLITIQUE

II.6 L'État éthiopien face au VIH/sida : d'une dépendance active à un retrait pondéré

Alors que la place de choix occupée par l'Afrique dans la recherche sur le le sida et le discours tenu par des organisations comme l'OMS sur les stratégies d'endiguement de l'épidémie ont ravivé, dans des pays comme le Kenya, le Congo ou l'Afrique du Sud, le « spectre de l'impérialisme ou de la domination extérieure » (Lanegran, Hyden 1993 : 254 cité in Démange 2011 : 22) en provoquant la « réaction (parfois véhémente) de certains chefs d'État » (Ibid. : 22), le Därg se distingua par un engagement formel assez précoce sous la forme d'une « adhésion passive » (Eboko 2013 : 215) aux recommandations provenant de l'OMS. En effet, cette adhésion correspond au choix pondéré d'un positionnement stratégique dans le champ de la coopération internationale qui s'est produit en parfaite cohérence avec le projet politique du Därg et en continuité avec la place tout à fait particulière que l'Éthiopie a historiquement occupée au sein du système international (voir *supra* Chapitre I). Ayant embrassé, comme on l'a vu, l'idéologie de l'« État développementaliste », Mängestu avait cherché à asseoir son pouvoir en tirant parti de la demande de *« state welfarisme »* (Keller 1991 : 213) provenant de certaines fractions de la société éthiopienne en termes d'accès aux services sociaux et sanitaires et plus spécialement de distribution des ressources dont la principale était la terre. Cela s'était également traduit dans un engagement très significatif, du moins au niveau formel, dans la réforme du système sanitaire et dans l'élaboration d'une nouvelle politique de santé publique en vue de poursuivre les objectifs fixés par l'OMS dans la déclaration d'Alma-Ata pour améliorer les conditions de santé des pays du Tiers Monde (voir *supra* § I.9). L'investissement assez précoce dans la lutte contre le VIH/sida en fut la résultante. Utilisant des termes qui relèvent d'une propagande politique affichant la volonté de faire de l'Éthiopie un pays modèle en Afrique pour la lutte contre le VIH/sida, le Ministre de la santé de l'époque, Gizaw Tseahi, ouvrait ainsi le numéro spécial de *Ethiopian Journal of Health Development*, entièrement consacré au VIH/sida en Éthiopie :

> « This special issue is devoted to the activities of the AIDS Control Programme. The Ethiopian AIDS Control Programme which was established in 1985 as a national task force, has gone a long way in such a short time to become one of the leading AIDS control programmes in Africa. There are a number of reasons for this ; the first one is the commitment of the Peoples Democratic Republic Government of Ethiopia which had given and still continues to give its unreserved support to the programme. The commitment of all the other ministries, religious organizations and non-governmental organizations to educate the population so that the progress of the disease will be curbed before it reaches uncontrollable proportions ».
>
> (Gizaw 1990 : 6)

En 1987, toujours en conformité avec les stratégies recommandées par le GPA/OMS, un organe exécutif, le Département pour le contrôle du sida (Department AIDS Control, DAC) a été créé au sein du Ministère de la Santé. Deux plans de court et moyen terme furent conçus (Short Term Plan, STP et Medium Term Plan MTP) entre mars et mai 1987 avec la coopération d'experts du GPA/OMS. L'accent fut mis sur les stratégies d'Information, Education Communication (IEC), la promotion du préservatif, la surveillance de l'épidémie, la prise en charge des patients et l'instauration de service de consultation pour le test de dépistage volontaire (Yared 2003 : 21-22). L'objectif principal était la formulation du Plan National de Lutte contre le Sida (PNLS). Concernant plus précisément les stratégies IEC, les organisations non-gouvernementales et gouvernementales ainsi que les « community leaders » furent appelées à jouer un rôle central dans la transmission des informations concernant la maladie tout autant que dans la sensibilisation de la société en regard des personnes atteintes (Debrework *et al.* 1990 : 19). En 1988 et en 1989 deux conférences nationales sur le sida furent organisées en vue d'informer et d'impliquer d'autres acteurs non-étatiques, ONG, congrégations religieuses, communautés de base, dans la formulation et la réalisation des stratégies de lutte contre l'épidémie :

> « Held in 1988, 1989 and planned again for 1991, the National Conference on AIDS brings together people and organizations, all of whom are actual or potential partners in the fight against AIDS. … In 1988 the Conference took the form of an intensive five-day workshop for 133 representatives from 72 organizations. The participants, many of whom had not, at the beginning of the week, yet given time or thought to the issue of AIDS in Ethiopia, found themselves immersed in and soon committed to working to control HIV infection. By the final day of the meeting, most of the represented organizations publicly offered support and collaboration with the ACP (AIDS Control Programme). Their statements of specific support were examples of an unprecedented cooperation with the Ministry of Health and heralded the beginning of a significant and substantial partnership ».
>
> (Tekle *et al.* 1990 : 32)

La deuxième conférence fut l'occasion pour la planification d'une toute première implication de diverses organisations non-gouvernementales déjà présentes et de plusieurs congrégations religieuses dans la mise en place des premiers services sociaux destinés aux personnes déjà atteintes par le VIH/sida. Au début de 1990 six

congrégations religieuses notamment, l'Église Éthiopienne Orthodoxe *Täwahedo* (EOTC-Ethiopian Orthodox *Täwahedo* Church), l'Église Catholique, le Conseil Islamique, le *Kale Heh*ə*ywät* Church, Mekane Yesus Church, Seven Adventist Church, trois organisations non-gouvernementales internationales (World Vision International Ethiopia, Radda Barnen and Save the Children) opérant déjà dans le secteur sanitaire et social ont créé en partenariat avec le Ministère de la Santé l'Organization for Social Service for AIDS (OSSA), la première organisation non-gouvernementale locale de lutte contre le VIH/sida[110]. En Septembre 2010, j'ai rencontré le coordinateur des projets de la branche d'OSSA située à Addis-Abeba. Ibrahim est un clinicien psychologue qui à l'époque du Därg travaillait dans le Département de Contrôle du VIH/sida du Ministère de la santé. Au cours de l'entretien[111], à ma question concernant la formation d'OSSA il a répondu en soulignant tout d'abord le fait que l'émergence de l'épidémie avait été entourée d'informations et recommandations provenant de l'étranger :

> « À cette époque, les nouvelles d'une nouvelle maladie avaient atteint leur paroxysme, au point que les gens étaient très choqués et ne savaient quoi faire : ils ne connaissaient pas le VIH/sida, et nous obtenions juste des informations depuis l'étranger. Pour le ministère, le VIH/sida était un problème de santé sans remède ni vaccination préventive. En 1989, une conférence nationale fut organisée par le ministère de la Santé qui mit au courant l'assistance de l'existence de cette nouvelle maladie sans remède ni vaccination préventive, mais il fut aussi dit qu'elle pouvait être évitée en apprenant aux populations à se protéger eux-mêmes de l'infection. Nous avons donc dit : - D'accord. Que pouvons-nous faire ?- Il y avait besoin d'un programme de sensibilisation de la part d'un organisme qui soit capable de toucher le public. À ce moment-là, aucun organisme n'était constitué à l'exception des organisations religieuses ; elles étaient les seules capables de toucher les classes populaires. Ainsi, quand elles se retrouvèrent au premier plan, elles dirent qu'une organisation devaient être constituée en dehors du gouvernement. Trois organisations humanitaires internationales, Save the Children UK, Save the Children of Sweden et une ONG allemande prirent part à la constitution de l'OSSA sous la supervision du ministère de la Santé, où il y avait une section VIH/sida soutenue par le WHO[112] ».
>
> (Siège d'OSSA à Addis-Abeba, september 2010)

Un an après la chute du Därg, l'organisation humanitaire, Medical Missionaries of Mary (MMM), opérant déjà dans le pays depuis 1962, mit en place des programmes de prise en charge des patients séropositifs et un premier centre de consultation volontaire pour le dépistage du VIH. Cette participation à la lutte contre l'épidémie a suivi une

[110] «An outcome from the second National Conference, which again illustrates the depth and Intersectoral Collaboration in Ethiopia's ACP, was the proposal by a number of NGOs and Church agencies to develop a community based social support programme to focus assistance on HIV/AIDS infected people, their families and communities. As a result of this proposal and the commitment expressed for it, a number of meetings were held which led, in early 1990, to the formation of the Organization for Social Support for AIDS (OSSA) (Founding members of the OSSA: Christian Relief Development Agency (CRDA); Ethiopian Evangelical Mekane Yesus (EECMY); Ethiopian Catholic Church; Ethiopian Orthodox Church; Kale Hiwot Church; Radda Barnen; Save the Children (UK); Seventh-Day Adventist Church; Sudan Interior Mission; and World Vision International, Ethiopia) » (Tekle 1990 : 33).

[111] L'entretien s'est déroulé en anglais.

[112] Ibrahim utilise le sigle anglais pour se référer à l'OMS

dynamique similaire à celle présidant à la formation d'OSSA. En septembre 2010, j'ai interviewé[113] Berahneh, une infirmière éthiopienne qui avait travaillé pour MMM depuis 1980. Elle a ainsi rapporté l'histoire des actions publiques contre le VIH/sida après la chute du Därg :

> « En 1992, le gouvernement éthiopien lança un appel officiel à participer à la lutte contre le VIH/sida, à destination des ONG et organisations confessionnelles. MMM fut l'une des première à répondre à cet appel. En fait, plusieurs nonnes auraient aimé faire quelque chose pour les malades du VIH avant l'appel du gouvernement, mais le VIH/sida avait été pour un temps compris comme une maladie d'homosexuels qui ne concernait pas notre pays ».
>
> (Siège de MMM Addis-Abeba, septembre 2010)

Dans leurs réponses, Ibrahim et Berahneh ont mis en exergue le fait que la participation des congrégations religieuses et des organisations non-gouvernementales dans la lutte contre l'épidémie était la conséquence d'une demande provenant de l'État éthiopien sans pour autant évoquer le changement politique survenu en 1991. Ils ont également souligné au combien l'annonce et les informations sur la maladie provenant de l'étranger avaient conditionné leur propre compréhension du contexte épidémique éthiopien et leur capacité d'initiative. Or, la participation de la société civile, sa représentation au sein du Conseil National du sida (CNS), organisme de la lutte contre l'épidémie qui fut institué tant dans les pays dits développés que dans ceux dits en voie de développement, se constitua comme une mesure recommandée par l'OMS et puis par l'ONUSIDA à tous les États afin de cerner et endiguer la progression de cette pathologie nouvelle[114]. Cependant, la participation des divers acteurs non-étatiques, des communautés de base et confessionnelles aux stratégies de gestion de l'épidémie fait découvrir certaines spécificités de l'histoire politique et sociale de chaque pays. Ainsi, la mobilisation de la société civile et sa capacité d'influencer la réponse politique observées en Ouganda (Démange 2011) trouvent un parfait contre-exemple dans le cas du Botswana (Chabrol 2012) où l'organisation de l'action publique contre le sida a été la prérogative du gouvernement et plus précisément du chef de l'État, père de la nation et leader incontesté de la lutte contre l'épidémie. En l'Éthiopie, la formation d'OSSA à la fin des années 1980 et la participation de MMM dans les tous premiers programmes de prévention et de prise en charge des personnes affectées et des orphelins témoignent de l'histoire plus complexe et de longue durée de l'implication des congrégations religieuses

[113] L'entretien s'est déroulé en anglais

[114] Le témoignage de Françoise Héritier, première présidente du Conseil national du sida en France est très parlant à cet égard : « Je fus la première présidente de cet organisme de réflexion qui devait se saisir des problèmes 'éthiques et techniques' que cette maladie nouvelle posait à La société et qui avait été conçu comme devant refléter la société civile dans sa composition. Ce ne fut par vraiment le cas (agriculteurs, artisans, ouvriers, employés brillaient per leur absence...) mais l'accent était mis sur le fait que ses membres n'étaient pas nécessairement des spécialistes, c'est-à-dire des médecins ou des professionnels de la santé publique. Ils étaient surtout censés être représentatifs de courants de pensée, ce qui justifie la présence de représentants des grandes religions et des grandes associations » (Héritier 2013 : 17).

locales, des missions religieuses étrangères et d'organisations humanitaires à matrice religieuse dans le secteur sociosanitaire du pays (voir *supra* § I.8). Par ailleurs, ainsi que le remarquent St. Ancel et E. Ficquet (2015 : 77-79) en dépit de son athéisme, le régime socialiste ne voulut pas éradiquer le christianisme ou l'islam, au contraire il chercha à transformer ces deux religions, et plus particulièrement l'Église Éthiopienne Orthodoxe Täwahedo d'Éthiopie, dans de véritables instruments de consolidation de son pouvoir. Les auteurs d'un article paru en 1990, tous impliqués à différent titre dans la lutte contre le VIH/sida[115] ont souligné le fait que le Ministère de la Santé ne pouvait pas fonctionner sans la participation des églises et de diverses ONG dans la mise en œuvre des stratégies envisagées par le AIDS Control Programme dont les fonctions principales, à cette époque, ont été essentiellement la prise en charge des personnes affectées (Tekle *et al.* 1990 : 33). De plus, au milieu des années 1990 les églises et les congrégations religieuses, ont été plus spécialement considérées, par l'OMS et l'ONUSIDA, comme les médiatrices idéales de l'information sur le VIH/sida auprès de la population des pays dits en voie de développement (Gruénais 1999). En Éthiopie, certes non sans ambiguïtés avec leurs fonctions plus spécifiquement spirituelles[116], elles commencèrent à s'investir de façon structurée dans la mise en place des programmes d'Information Education et Communication sur l'infection à VIH à partir des années 2000. Dans l'article, *« The Role of Religious Leaders in HIV/AIDS Prevention, Control and Patient Care and Support : A Pilot Project in Ğəmma Zone »*, les auteurs mettent bien exergue les raisons de la participation des églises et des communautés confessionnelles à la lutte contre le VIH/sida :

[115] Trois étaient rattachés au Ministère de la Santé, (Tekle Adgu, Amaale Yilma et Debrework Zewdie), deux respectivement à l'Office du Conseil des Ministres (Elias G. Egziabher) et à la Croix Rouge Éthiopienne (Getachew Gezaw), et deux autres étaient membres de l'équipe GPA/OMS (Lev Kodakevich et Donna Flanaian).

[116] Je tiens ici à souligner plus particulièrement l'ambivalence de la position de l'Église Éthiopienne Orthodoxe Täwahedo (Ethiopian Orthodox Täwahedo Church EOTC) en matière de VIH/sida en raison de l'ampleur du recours des personnes touchées par le VIH/sida au rite du *ṭäbäl*. En amharique, *ṭäbäl* est un mot polysémique qui signifie tant eau bénite que le rite lui-même et qui peut indiquer aussi le site où jaillit l'eau bénite. Les croyants lui attribuent des pouvoirs thaumaturges. Jusqu'en 2007 ce rite a été considéré incompatible avec tout autre traitement médical pour le VIH/sida. En 2004 l'Éthiopie a officiellement obtenu l'accès généralisé aux antirétroviraux grâce au Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et au PEPFAR (President Emergency Plan for AIDS Relief). Sous le gouvernement Bush le PEPFAR s'est distingué pour l'engagement puissant de la droite chrétienne et du néo-conservatisme (Ben Barka 2008). En mai 2007, une rencontre entre le patriarche de l'Eglise orthodoxe éthiopienne, Sa Sainteté Abunä Paulos, et l'ambassadeur américain Don Yamamoto a signifié l'accord quant à la compatibilité de l'eau bénite et la thérapie antirétrovirale dans le traitement du VIH/sida (Communiqué de presse 2007 http://ethiopia.usembassy.gov/pr3007.html). Voir aussi Herman-Mesfen 2012.

> « It is clear that there is an acute need to reach the majority of the population in order to create awareness about HIV/AIDS and begin controlling its spread, particularly in the rural community. Faith-Based organizations wield enormous influence in Africa, and several studies in Uganda and other African and Asian countries have concluded that properly trained religious leaders can be important allies. Given that religion is a strong element of the national heritage in Ethiopia and that leaders hold high status in the community, cooperation with religious leaders and use of their voice to reach the population has great potential to strengthen the national HIV/AIDS prevention and control program, particularly in rural area where access to accurate information is limited. […] The Ethiopian Orthodox Church and the Moslem Supreme Council only began in the mid 1990s to cautiously develop preventive and support programs for HIV/AIDS patients ».
>
> (Surur, Kaba 2000 : 101)

Plus précisément, l'Eglise orthodoxe éthiopienne, qui est la plus ancienne du pays, et plus particulièrement l'Organisation confessionnelle Ethiopian Orthodox Church-Development Inter-Church Aid Commission (EOC-DICAC) s'est distinguée pour son rôle de premier plan dans la lutte contre le VIH/sida, mais jusqu'en 2001 ses interventions ont été faiblement structurées et coordonnées (Gashaw *et al.* 2007). En outre, des entretiens avec les opérateurs sociaux et les personnes atteintes par le VIH/sida qui ont participé à la première phase de l'organisation de la lutte contre l'épidémie il est ressorti que la participation initiale des églises et des organisations confessionnelles (faith-based organizations) s'est essentiellement focalisée sur la fourniture de services spirituels et sociaux pour les malades et dans une moindre mesure sur la promotion de l'une des activités-clés de leur participation à la lutte contre le VIH/sida, notamment le témoignage public de leur état de séropositivité au VIH *(məsəkkər)*. Les églises ont été l'un des lieux principaux où les malades ont publiquement confessé leur état de séropositivité au VIH. Cette activité a été en effet conçue comme l'une des stratégies principales d'information, d'éducation et de communication sur cette pathologie nouvelle. Au niveau des instances globales, elle correspond aux programmes d'intervention dits de « seconde génération » promouvant à travers l'initiative GIPA (Great Involvement of People living with AIDS) lancée en 1994 l'implication directe des personnes atteintes dans la riposte à l'épidémie (Nguyen 2002 : 80-81 ; 2010 : 24-27). Au courant des années 1990 le déni social dont l'épidémie de sida faisait l'objet dans la plupart des pays dits en voie de développement et plus particulièrement en Afrique subsaharienne, l'absence de débat public à ce sujet, incita les agences internationales à « humaniser les statistiques » en « donnant un visage » au sida (Ibid. : 81 ; 26-27). Les personnes séropositives furent alors incitées à révéler leur maladie en reproduisant grâce à des techniques dûment apprises le « coming out » des personnes vivant avec le VIH dans certains des pays dits développés (Ibid. : 80 ; 27-30)[117]. Entre le début des années 1990 et 2003, en Éthiopie la prévalence du VIH est passée de 1,6% à 4,4% (Ministère de la Santé et CPCD 2004 : 7), mais le

[117] Pour une analyse plus approfondie des technologies d'auto-confession voir Nguyen 2010 : 35-60.

gouvernement éthiopien, qui en 1993 lança la politique de santé publique, garda une position de retrait dans l'élaboration d'une réponse à l'expansion du VIH/sida. Le récit de Berahneh laisse penser qu'après la chute du Därg, le Département de contrôle du sida (Aids Department Control, ADC) sous l'égide du Ministère de la Santé continua à solliciter l'intervention d'autres acteurs non-étatiques. En outre, en 1992, une équipe de chercheurs d'Amsterdam[118] fut invitée à travailler en Éthiopie, en partenariat avec des chercheurs éthiopiens pour mener des recherches sur le vaccin contre le VIH et pour aider les autorités nationales de santé à établir une politique publique du VIH/sida. L'un des résultats principaux fut la mise en place du projet ENARP *(Ethio-Netherlands AIDS Research Project)* qui s'arrêta en 2003 sur décision du ministère néerlandais de la Coopération au Développement (Ahmad 2003: 459)[119]. Cependant, celles-ci semblent être les rares initiatives relevant du Ministère de la Santé. À cette même époque, en raison de grands changements politiques survenus dans le pays, le Département de contrôle du VIH/SIDA a fini par s'effondrer (Voelker 2000), alors qu' un certain nombre d'acteurs non-étatiques, bailleurs de fonds internationaux, organisations non gouvernementales locales et internationales ont progressivement planifié leur participation dans la lutte contre le VIH/SIDA (Okubagzhi, Singh 2002 : 1577).

Dans la seconde moitié des années 1990, face à une pression de plus en plus importante de la part des instances globales en charge de la lutte contre le VIH/sida et en présence de plusieurs organisations humanitaires et non gouvernementales locales et internationales (OSSA, MMM, CVM, FHI Ethiopia, Red Cross Ethiopia), de divers bailleurs de fonds internationaux et bilatéraux s'étant déjà investis dans la lutte contre le VIH/sida ou qui allaient finaliser leur programme d'intervention (Okubagzhi, Singh 2002 : 1577 ; Kloos *et al.* 2007 : 451), le gouvernement de la FDRE a formulé la politique publique du VIH/sida de 1998 (MOH 1998). Celle-ci a intégré plusieurs politiques publiques déjà existantes telle que la politique publique de santé, la politique publique dédiée aux femmes (voir *infra* chapitres III et IV) et la politique de l'éducation nationale appelant ainsi à une réponse multi-sectorielle. Elle a aussi garanti les droits pour les PVVIH et a facilité l'élaboration de politiques comme celle concernant l'offre et l'utilisation des antirétroviraux (ARV). En Avril 2000, le Conseil national du sida (CNS) a été créé sous la direction du président de la république d'Éthiopie. Le Conseil se compose de représentants d'organisations gouvernementales, de « faith-based organizations », d'organisations non gouvernementales et privées, de diverses personnalités religieuses et

[118] « The overall goal was to develop research capacity at the Ethiopian Health and Nutrition Research Institute (EHNRI) by improving facilities, training technical and academic personnel at the Ph.D., M.Sc., and M.P.H. levels, establishing cohort studies to study HIV infection progression, and helping the government to implement a national HIV surveillance program » (Sanders *et al.* 2000 : 102).

[119] Le relais fut pris par le Centers for Disease Control and Prevention (CDCP) et John Hopkins University-Information Center. Ils ont plus particulièrement contribué à analyser et comprendre l'expansion de l'épidémie en vue de jeter les bases pour l'introduction des antirétroviraux et des recherches pour le vaccin.

politiques. Devant éclairer le gouvernement, ce Conseil se réunit périodiquement pour débattre des grandes orientations à donner aux plans stratégiques nationaux de lutte contre l'épidémie. En cette même année, un Secrétariat du VIH/sida a également été créé pour coordonner la réponse nationale multisectorielle[120]. En outre, dans le cadre de la réponse nationale au VIH/sida a été lancé le premier plan stratégique national de cinq ans (2000-2004), Ethiopia Multi-Sectoral HIV/AIDS Project (EMSAP I). Il s'agit d'un document d'orientation politique visant à organiser l'action publique contre le VIH/sida dans le cadre de la réponse nationale. Celle-ci repose sur la mobilisation de plusieurs secteurs (tous les ministères, le département de l'information et de la communication, les entreprises privées, les ONG et associations communautaires) sous le « leadership politique » du président de la république. Ce premier plan stratégique a mis l'accent sur la réduction de la transmission du VIH, les taux de morbidité et de mortalité associés à la maladie et la mitigation de son impact sur les individus, les familles et la société. Le cadre conceptuel des stratégies d'action s'articulait autour de l'approche multisectorielle, la participation, le leadership et une gestion efficiente des ressources économiques, techniques et humaines à disposition pour endiguer l'épidémie comprenant un monitorage et une évaluation de sa diffusion. Lors de son lancement, la Banque Mondiale a approuvé pour l'EMSAP I (2000-2004) un financement de 59,7 millions de dollars dont plus de 28 millions ont été destinés au soutien des organisations de la société civile et des initiatives communautaires contre le VIH/sida mises en œuvre par des organisation confessionnelles (Faith Based-Organizations, FBO), des associations de personnes vivant avec le VIH et d'autres organisations de base (Yared 2008 : 11). Un total de 28 projets soumis par des organisations de la société civile (organisations confessionnelles, les associations de PVVIH, les ONG, etc.), avec un coût total de 4,2 millions de dollars, a été approuvé en Janvier 2000 (Ibidem). Cependant, si le gouvernement éthiopien a été félicité pour ses efforts à remplir les conditions requises par la Banque Mondiale pour obtenir le financement, la mise en œuvre du programme a été critiqué à cause de sa lenteur. Une partie du financement restant a été utilisé pendant un an et demi après la clôture de l'EMSAP I pour le renforcement des capacités du diagnostic, y compris l'acquisition d'équipements et la formation du personnel de santé. Le partenariat entre la Banque Mondiale et le Gouvernement d'Éthiopie dans la lutte contre le VIH/sida est connu comme le World Bank assisted Ethiopia Multisectoral AIDS Project (WB-EMSAP). La Banque Mondiale est l'un des bailleurs de fonds principaux de la lutte contre cette épidémie en Éthiopie à laquelle participent aussi le PEPFAR depuis 2004, le Fonds Mondial de la Lutte contre le sida la malaria et la tuberculose depuis 2003 et la Fondation Clinton depuis 2007. Néanmoins, bien avant le lancement du plan multi-sectoriel de lutte contre le VIH/sida couvrant la période 2000-2004, la lutte contre le VIH/sida avait été marqué

[120] En 2002, ce secrétariat a été transformé dans le HIV/AIDS Prevention Control Office (HAPCO) dont la structure a été décentralisée jusqu'au niveau administratif des wäredä et des villes.

par un événement majeur, notamment la création des deux premières associations de personnes vivant avec le VIH, *Täsfa Go (Aube de l'espoir)* et *Mäqdəm (Pionniers)*, établies à Addis-Abeba à la fin des années 1990 par le regroupement d'un certain nombre de bénéficiaires d'OSSA et de MMM, deux organisations qui ont facilité la mise en place des premières formes de prise en charge globale des personnes séropositives, des orphelins et des enfants dits vulnérables.

II.7 L'essor du mouvement associatif de PVVIH à Addis-Abeba

Ayant marqué le début de la mobilisation des personnes séropositives en Éthiopie, *Mäqdəm et Täsfa Go* ont été créées respectivement en 1997 et en 1998. Ainsi que nous l'avons vu dans le premier chapitre, en 1991 le régime politique d'inspiration socialiste, fut renversé et l'Éthiopie a entamé la voie vers la démocratisation et la promotion d'une économie libéralisée et privatisée. Ce changement de régime a coïncidé également avec une situation de vulnérabilité accrue de la population. L'éclatement des hostilités en 1974 avec l'Érythrée et le Tigray, l'invasion somalienne de l'Ogaden en 1978, outre leur impact direct sur les populations concernées, engagèrent le régime socialiste dans des dépenses sécuritaires importantes au détriment du secteur sociosanitaire alors qu'il affichait un engagement formel très significatif en matière de santé publique et successivement dans la lutte contre le VIH/sida (Kloos 1998 ; Kloos, Damen 2000 ; Chakraborty *et al.* 2005). La famine de 1984-85 suivant de seulement dix ans celle remontant à la chute de la monarchie, les politiques de déplacement forcé des populations du Nord vers les basses terres et leur regroupement dans des villages en vue de réaliser un système de fermes collectives de style soviétique, les mouvements de guérilla contre le régime socialiste, tous ces événements exacerbèrent les situations d'insécurité alimentaire et la condition de vulnérabilité de la population que l'épidémie de sida est venue aggraver. Ce contexte social et politique a certainement contribué à déterminer le développement d'une mobilisation de personnes séropositives essentiellement incarnée par des malades en difficulté économique et sociale.

II.7.1 *Täsfa Go* : une prise de parole sur le VIH/sida par le bas

Fondée à Addis-Abeba en 1998 par un premier groupe de onze personnes vivant avec le VIH, (six femmes et cinq hommes), reconnue par le ministère de la Justice comme association nationale peu de temps après, *Täsfa Go* compte aujourd'hui plus de 10.000 membres et opère dans cinq régions du pays. Grâce à un entretien avec Mulugeta, le président de *Täsfa Go*, en mars 2009 j'ai pu reconstituer les circonstances de la formation du regroupement de malades original dont il est le seul survivant. Joueur de football pendant le Därg, veuf sans enfants, en 2009 Mulugeta avait 33 ans. Sa femme, décédée au milieu des années 1990, avait pourvu aux besoins du ménage en travaillant

comme caissière dans un hôtel près d'Addis-Abeba lorsque Mulugeta ne put plus exercer le sport. Ils ont effectué le test de dépistage du VIH en 1991-92 parce que la conjointe de Mulugeta était gravement malade. Chrétiens, ils trouvèrent quelque réconfort dans leur foi et ils furent ensuite dirigés par leur père spirituel vers OSSA.

> **Mulugeta -** « Après avoir découvert que nous étions malades de VIH/sida, nous nous sommes tournés vers l'Église à la recherche d'un peu de réconfort, mais nous n'avons rien dit au prêtre de notre situation. Nous allions à l'église juste pour prier et assister à la messe. Mais quand nous avons parlé au prêtre de notre maladie et nos préoccupations. À cette époque je n'avais pas un travail et ma femme travaillais comme caissière dans un grand hôtel et nous vivions de son salaire, mais elle tombait souvent malade. Ainsi le prêtre nous a parlé de l'existence d'OSSA à Addis-Abeba et sur son conseil nous avons déménagé à Addis-Abeba et nous avons commencé à travailler comme conseillers pour OSSA ».
>
> (mars 2009, Täsfa Go)

C'est ainsi qu'ils participèrent à la mise en place de *Täsfa Go* :

> **Mulugeta –** « Un opérateur social d'OSSA nous a suggéré d'établir l'association. Nous étions onze et nous étions tous bénéficiaires d'OSSA ».
>
> (mars 2009, Täsfa Go)

Selon le récit de Mulugeta, il y avait quatre ou cinq hommes qui étaient des soldats et parmi les six femmes certaines étaient veuves et d'autres étaient seules avec des enfants à charge. Tous étaient bénéficiaires d'OSSA. L'inauguration de *Täsfa Go* en mai 1999 fut très significative de l'engagement des pouvoirs politiques et religieux et de quelques autres acteurs qui ont facilité sa création et qui ont ensuite œuvré à son développement. Au cours de l'entretien, en parlant de la première phase des activités de *Täsfa Go* Mulugeta a décrit cet événement :

> **Mulugeta -** « Tout d'abord nous avons informé la société sur le VIH comme un problème qui concernait le monde entier c'est-à-dire que ce n'était pas qu'un problème de notre pays. Avant de nous installer dans ce bureau il y eu une fête très importante à l'Hôtel Shäraton[121]. Le Président de la République et Abunä Paulos étaient là ainsi que le président de l'ONUSIDA, Peter Piot. Le lendemain, nous nous somme installés dans ce bureau. Dès que nous étions onze, nous sommes très rapidement devenus une centaine. Moi, par exemple j'ai été dans six

[121] Mulugeta se réfère à la cérémonie d'inauguration de *Täsfa Go.* « On May 8, 1999, Ethiopia's first national association of people living with HIV /AIDS was launched. The inauguration of "Dawn of Hope" was attended by the President of Ethiopia, Negasso Gidada, Sheik Abudurahman Hussein, Chairman of the Ethiopian Islamic Affairs Supreme Council, the Patriarch of the Ethiopian Orthodox Church, Abunä Paulos, and Dr. Peter Piot, Executive Director of UNAIDS. The launch marked the first time in Ethiopia that those who have been infected with the HIV virus have organised themselves with the purpose of sending out a message to the larger society. At the launching ceremony, the founder of Dawn of Hope, said that an estimated three million Ethiopians were exposed to the disease, with over 600,000 children made orphans and one third of Ethiopia's hospital beds used by carriers of the virus. The organisation aims to be a source of hope for Ethiopians who live with HIV/AIDS, providing affection, compassion and relief from depression for those who are associated with it » (UN Team Country Ethiopia, Office of the UN Resident Co-Coordinator, 1999. « Consolidated UN report prepared by the Information Section of the UN Emergencies Unit for Ethiopia from information and reports provided by specialised UN agencies, media sources, the Ethiopian Government and NGOs » http://www.africa.upenn.edu/eue_web/strp0499.htm, consulté le 19 mai 2017).

pays dont le Kenya, l'Ouganda et le Mali et alors, enfin, les gens qui nous haïssaient ont finalement dû admettre que nous n'étions pas des gens mauvais, mais des héros. Le gouvernement nous a soutenus et les gens ont commencé à nous regarder différemment. Néanmoins, tous les onze premiers membres de l'association sauf moi sont morts, moi je suis le seul à avoir survécu ».

(mars 2009, Täsfa Go)

Après avoir souligné l'importance du rôle joué par le gouvernement, les églises et les organisations internationales dans le processus de formation de l'association, Mulugeta a fait référence à son expérience personnelle qui révèle l'ordre complexe et ambivalent des relations entre les discours parallèles sur la maladie et les personnes touchées par le VIH/sida, celui de la lutte globale contre l'épidémie et les autres produits par la société éthiopienne. Or, ce que Mulugeta a rapporté au cours du même entretien nous permettra d'explorer à la fois la pluralité de ces discours et le sens qu'il attribue à son implication dans de plus amples détails. À ma question concernant les raisons du changement de leur considération de la part de la société qui a fini par les reconnaître comme des héros, Mulugeta a répondu :

Mulugeta - « Dans notre société, les personnes qui détiennent de bonnes positions, surtout dans la fonction publique ne parlent pas d'eux-mêmes. Je veux dire, même si ces personnes étaient séropositives elles ne le révéleraient pas au reste de la société. J'ai fait les témoignages et ai enseigné des sujets tels que Positive Living avec HIV[122] et beaucoup de gens ne me croyaient pas quand je disais que j'étais séropositif[123] car je semblais être en très bonne santé. Les gens pensaient que les personnes séropositives mourraient immédiatement, ne-c'est pas et alors, quand ma femme et moi avons parlé de notre situation à ses parents, ils lui ont dit qu'elle n'était pas une femme éthiopienne parce qu'elle avait décidé de parler de choses honteuses. - Pourquoi n'as-tu pas gardé le secret ? Pourquoi as-tu parlé de ta situation en compromettant ainsi la réputation de toute la famille alors que tu aurais pu mourir en silence sans rien dire, sans ruiner notre réputation. Il aurait suffi de garder le secret -ont-ils dit. Quand les enfants voient un étranger, ils les pointent du doigt en disant färänǧ[124]. À cette époque des gens nous appelaient 'HIV'. Nous louions une maison - je vais te raconter seulement deux choses parce que c'est une très longue histoire. Nos voisins ne voulaient pas que leurs vêtements touchent les nôtres et quand ma femme étendait notre linge elles le jetaient à la poubelle et après que nous avions utilisé les latrines ils mettaient de la cendre tout autour pour les désinfecter. Et laissez-moi vous dire une autre chose, j'attendais de donner mon témoignage à la télévision et ai demandé à quelqu'un de me prêter sa veste. Il m'a prêté sa veste, mais quand j'ai fini mon témoignage et j'ai essayé de lui rendre la veste il ne l'a plus voulue et je pense que c'était parce qu'il avait peur de la transmission du virus ».

(mars 2009, Täsfa Go)

[122] Mulugeta s'exprime en amharique mais il utilise l'expression anglaise "Positively Living". Il se réfère à une stratégie de sensibilisation et information basée sur l'appréhension du VIH comme une maladie de long terme potentiellement mortelle. La finalité principale de cette stratégie d'information est de réduire la stigmatisation et la discrimination dont les personnes vivant avec le VIH peuvent être victimes. Elle vise ainsi à développer dans les personnes affectées une attitude de confiance et d'espoir qui puisse encourager l'acceptation de la maladie et des malades dans la société.

[123] En amharique on traduit le terme « séropositif », qui est en réalité une synecdoque de l'expression séropositif au VIH, par l'expression *« bädämu west' vayräs yaläbbät, bädämwa west' vayräs yaläbbat »*, c'est-à-dire, dans une traduction littérale, « celui qui a le virus dans le sang ; celle qui a le virus dans le sang ».

[124] Mot amharique par lequel on désigne les étrangers non-africains.

Mulugeta explique sa participation et celle de sa femme dans la lutte contre le VIH/sida dans les termes d'une recherche de rédemption d'une condition de marginalité qui n'était pas exclusivement due à leur maladie. L'apparition du VIH semble en effet avoir exacerbé une situation de précarité économique liée tant à la perte de la part de Mulugeta de son travail comme joueur de football qu'au fait que sa femme tout en étant employée comme caissière dans un hôtel, était souvent malade. Cependant, dans le récit de Mulugeta le renversement du stigmate associé au VIH/sida semble être le résultat ultime d'un engagement qui au début a été cause de discrédit, d'exclusion et de marginalisation tant pour lui que pour sa conjointe. Les attitudes de ses voisins, l'épisode lié à l'emprunt de la veste lors de son apparition à la télévision, le scepticisme quant à la véracité de ses confessions et les différentes formes de stigmatisation et exclusion subies, rendent bien compte de la pluralité des discours existant autour du VIH/sida dans un *« contexte de radicale incertitude »* (Comaroff 2006 : 202, la traduction de l'auteure) caractérisant cette phase d'expansion de l'épidémie. Le *« coming out »* de Mulugeta et de sa conjointe se sont de fait produits dans cet espace de sens du VIH/sida à la fois complexe et contradictoire. Autant que dans d'autres pays africains (Fassin 1994 : 748 ; Dozon 2005 ; Gruénais et al 1999), en Éthiopie aussi, l'émergence du nouveau phénomène morbide et sa progressive expansion dans la population ont été accompagnées par une riche floraison d'interprétations locales. En l'absence de traitements efficaces jusqu'à la première moitié des années 2000, le recours au test de dépistage fut fort limité ou alors l'état de séropositivité au VIH faisait très souvent l'objet d'un non-dit dans la relation médecin-patient (voir *infra* : § III.2 ; De Rosis 2012 : 31-32 ; Kloos et al 2007 : 41). De plus, jusqu'au début des années 1990 les campagnes d'information sur la maladie nouvelle étaient caractérisées par son association avec un squelette ou une défiguration complète du corps humain (De Rosis 2012 : 30-31 ; Herman-Mesfen 2012 : 223-224). Ces représentations du sida, ses manifestations pathologiques s'avérant dans la plupart des cas fatales et les conditions de malades en phase terminale ont contribué à la stigmatisation et à la discrimination des personnes séropositives. Avant la mise en place de l'accès aux antirétroviraux, l'une des appellations locales en langue amharique parmi les plus répandues se référant au sida fut *amänmən*, soit- "ce qui ronge ; ce qui rend émacié, décharné". Réactivant sans doute des perceptions qui auraient eu cours dans le passé à l'occasion d'autres phénomènes épidémiques, les malades furent alors perçus comme des « corps socialement menaçants » (Dreuilhe 1987) et ceux d'entre eux qui révélaient leur statut furent considérés comme des propagandistes d'une maladie les conduisant inévitablement à la mort. Des entretiens avec des personnes séropositives, des soignants et des opérateurs sociaux travaillant dans diverses ONG impliquées dans la lutte contre l'épidémie, que j'analyserai plus loin dans cette thèse (voir *infra* Chapitres III et IV), il est ressorti que

l'apparition croissante de cas de sida contribuait à accentuer un sentiment très fort d'impuissance tant au niveau médical que de la prise en charge, tandis que dans le reste de la société se répandait la peur de la contagion. Comme nous le verrons de façon plus approfondie dans la seconde partie de cette thèse, concernant ceux qui se sont engagés dans des témoignages publics sur leur état de séropositivité au VIH, s'ils ne présentaient pas de symptômes visibles, leur confession sur leur condition de santé faisait l'objet d'une forte incrédulité (De Rosis 2012 : 30-31). D'autres observations ethnographiques ont montré que dans certains cas, ce scepticisme était fondé sur le soupçon que les gens acceptaient de témoigner sur le VIH/sida pour avoir accès à des formes de support de type matériel. Mais j'ai aussi découvert, et nous le verrons en détail dans le chapitre IV, que pour certains l'engagement dans les témoignages publics a signifié une certaine reconnaissance sociale de la part de voisins et d'autres personnes auxquels ils avaient conseillé de faire le test de dépistage du VIH quand ils étaient malades. Or, tous ces éléments soulignent l'ambivalence et l'instabilité des interprétations de la maladie et des types de traitement réservés aux personnes séropositives qui ne peuvent être analysés qu'en les situant dans le cadre concret d'interactions sociales, y compris les cas où la révélation de la maladie a été effectuée dans le contexte de relations intimes. Je voudrais attirer ici l'attention sur le jugement que la belle-famille de Mulugeta a porté sur sa décision de parler ouvertement de sa maladie. Ce jugement rend compte d'une connotation de honte attribuée au VIH/sida et par conséquent à ceux qui révèlent leur séropositivité. Il est aussi significatif du fait que les personnes séropositives étaient marquées par cette sentence de mort. Cette considération des malades s'oppose à leurs efforts de s'engager dans une lutte personnelle et collective contre la maladie, à leur « effort pour se prendre eux-mêmes en charge face au sida » (Comaroff 2006 : 206, traduction de l'auteure) à la place de succomber comme des victimes impuissantes. Le langage de cette lutte, *« les mots et les choses »* sur lesquels il s'est construit se situe à l'interface d'espaces sémantiques différents : celui des organismes internationaux comme les Nations Unies, l'ONUSIDA et l'OMS, celui des personnes touchées et enfin celui des normes et des coutumes de la société éthiopienne. Dans le paragraphe qui suit, j'illustrerai le processus de formation de *Mäqdəm*. On y découvrira d'autres formes de contiguïté et d'imbrication entre les efforts des malades de socialiser leur condition et le « discours » de la lutte globale contre l'épidémie concernant plus précisément le rôle des personnes séropositives dans les stratégies de gestion du VIH/sida.

II.7.2 *Mäqdəm* : de la socialisation de la condition des malades à la construction de la cause sida

> « The foundation of Mekdim was based on people that were unified by common experiences faced when encountering HIV/AIDS at a time of high stigma, ignorance and discrimination. The founders at the beginning used to meet informally in each other's homes or offices to provide

mutual psychological and social support. Cohesion among these individuals was strengthened by the fact that they were either directly infected with HIV or implicitly affected by the epidemic. Consequently, they were able to establish Mekdim (meaning pioneer), which is the first legally registered and presently one of the major PLWHA's associations in Ethiopia »[125]

Légalisée au niveau régional en 1997, devenue ONG locale en août 1999, *Mäqdəm* comptait en mars 2014 six filières différentes situées respectivement à Addis-Abeba, Däse, Bahr-Dar, Ǧəmma, *Šaššämänne* et Nazareth, pour un total de 7,500 membres dont 26% sont des orphelins et 74% des personnes vivant avec le VIH/sida. Les entretiens[126] que j'ai eu avec le président et l'une des membres de l'association, tous les deux appartenant au groupe fondateur de *Mäqdəm* a éclairé les modalités de sa formation. Je les ai rencontrés dans les bureaux du siège de l'association située à Addis-Abeba, en septembre 2010. Yohannes est un homme de quarante ans, né dans un village près de la ville de Gondär, titulaire d'une licence en droit de l'université d'Addis-Abeba. Marié deux fois, il a trois enfants, deux, désormais adultes, nés de son premier mariage, et un autre âgé de trois ans né de sa seconde union conjugale. Tel qu'il me le raconte au cours de l'entretien, après avoir fréquenté la classe huitième dans son village natal, Yohannes s'est rendu à Addis-Abeba où au début il a vécu en travaillant de façon intermittente comme aide-maçon et comme stockeur, jusqu'au moment où, embauché comme ouvrier dans une usine il a poursuivi son éducation jusqu'à la dixième classe, pour obtenir finalement un poste dans la police. Déplacé, pendant le régime socialiste, dans le port d'Assab, Yohannes est retourné à Addis-Abeba lors de l'instauration du Gouvernement de Transition d'Éthiopie (GTE, 1991-1995) qui a succédé au régime socialiste. C'est justement lors de son séjour à Assab que le VIH a commencé à se manifester par l'apparition de différentes maladies opportunistes. Lors de l'entretien à la question concernant les circonstances de son test de dépistage du VIH, Yohannes a répondu en commençant à parler des premières manifestations de l'infection :

Yohannes - « J'ai été très malade, j'étais souffrant, ici autour de mon dos et à ce moment-là, je souffrais beaucoup et je suis allé au Police Hospital, et là à mon insu ils ont pris mon sang pour le test parce qu'il y avait quelque chose comme un herpès génital, comme ça, et à cause de cela, sans ma permission, ils ont pris mon sang, mais je ne savais pas le résultat. Ils m'ont donné des comprimées et une pommade. Le médecin m'a dit de venir à l'hôpital et de donner mon sang pour le test de dépistage, mais il ne m'a pas dit que c'était pour le VIH. À cette époque, il n'y avait pas de consultation pour faire le test de dépistage du VIH. Il n'y avait pas d'infirmiers ou de médecins pour cela et quand j'ai donné le sang, je ne connaissais pas les résultats parce que le médecin m'a dit qu'il était nécessaire de tester environ 100 personnes avant que les résultats puissent être communiqués. À cette époque je travaillais comme un travailleur à la journée et un an plus tard, je suis tombé malade. C'était la tuberculose. Je suis allé à l'hôpital et ils ont commencé le traitement mais j'ai été toujours très malade et après deux mois de traitement je suis allé à l'hôpital pour récupérer mes médicaments et ai

[125] http://www.crdaethiopia.org/ngojapandesk/profiles/Profile-Mekdim.pdf consulté le 28 mars 2014

[126] L'entretien avec le président de l'association s'est déroulé en Anglais, tandis que celui avec l'autre membre de l'association s'est déroulé en amharique avec la coopération d'un interprète

demandé au médecin d'être admis parce que je n'avais pas de revenu pour survivre ou même pour pouvoir prendre mon traitement correctement. Je demandais d'être aidé, d'être supporté parce que je n'avais même pas de nourriture tous les jours. J'étais sans abri et j'avais l'habitude de payer les gens un birr par nuit et pouvoir dormir à l'abris. Je vais arrêter les médicaments - ai-je dit au médecin - car il ne peut y avoir de médicaments sans nourriture. Je l'ai rencontré dans l'après-midi et il m'a dit qu'il était à la recherche d'un réseau pour soutenir les personnes soupçonnées d'être séropositives et dans le besoin. J'ai rencontré le médecin de nouveau et il m'a finalement dit que j'étais séropositif. C'était Septembre 1993. Ouais, c'était Septembre 1993 et finalement il m'a dirigé vers MMM ».

(Mäqdəm, septembre 2010)

Les mots de Yohannes recréent son corps souffrant qui lutte contre la maladie et la faim. À la recherche d'un emploi et d'un logement alors que le système socio-sanitaire éthiopien, déjà très fragile, est mis à dure épreuve par la transition politique et l'impact de la famine, Yohannes mène son combat personnel pour avoir accès à des aides et à un soutien psycho-social. Soumis à des examens médicaux à un moment où les recommandations de l'OMS sur les modalités d'accès au test de dépistage du VIH, formellement acceptées par l'ancien régime socialiste, avaient été complètement délaissées, Yohannes prend connaissance de sa séropositivité au VIH un an après avoir effectué le test de dépistage. Il est enfin dirigé vers MMM pour assistance. C'est là que sa lutte contre la maladie qui a été étroitement liée à celle pour l'accès à des droits « vitaux » (Rose 2006 : 133-134) tels que le logement, un revenu ou du moins la possibilité de pourvoir à ses propres besoins alimentaires, a ensuite évolué dans son engagement plus large visant à apporter un soutien psycho-social à d'autres personnes infectées par le VIH. C'est ainsi qu'il en parle au cours du même entretien :

Yohannes - « J'ai donné aux malades en difficulté un soutien psychologique et aux malades pauvres je donnais de la farine, du lait, de l'huile et des vêtements provenant de l'étranger. Ils étaient effrayés. Ils ne voulaient pas révéler leur maladie car il y avait un niveau très élevé de stigmatisation et de discrimination. J'ai commencé à partager mon état de séropositivité au VIH avec eux et les ai entraînés à vivre positivement[127], je leur ai remonté le moral et ils sont devenus plus forts parce que je leur avais révélé ma maladie ».

(Mäqdəm, septembre 2010)

Selon le témoignage de Yohannes, pauvreté et maladie constituent deux aspects indissociables d'une condition de vie dont la dimension privée est continuellement compromise par une situation de désaffiliation et de précarité incitant les malades socialement défavorisés à rechercher des réseaux sociaux et des formes variées d'aide et de support. Pour des malades en condition de précarité, la solidarité qui découle du partage de secrets, principe défendu par les organisations internationales qui ont promu la pratique de la confession du VIH/sida, finit en effet par investir d'autres aspects de leur situation existentielle. En effet, comme il ressort de l'expérience de Yohannes et

[127] Yohannes se réfère luis aussi aux stratégies de support psycho-social prévues par la campagne « Positively Living ».

d'autres cas que j'analyserai dans le quatrième chapitre de cette thèse[128], la nécessité d'avoir accès à des aides matérielles n'exclut ni le fardeau psychologique de la maladie ni le bénéfice d'une « catharsis personnelle » provoquée par la révélation de la séropositivité au VIH. C'est dans cet espace de solidarité que Yohannes avec d'autres bénéficiaires de MMM a tenté dans un premier temps de recréer une association religieuse locale qui a précédé la formation de *Mäqdəm*.

> **Yohannes –** « Quand j'étais en Ouganda j'ai pris connaissance d'une association de personnes vivant avec le VIH. Quand je suis retournée à Addis-Abeba j'ai voulu former une association mais avant cela j'ai essayé de le faire avec d'autres bénéficiaires de MMM parce qu'il y avait un degré élevé de stigmatisation et de discrimination. J'ai développé plusieurs mécanismes de création d'une association de malades. Tout d'abord nous avons établi une Saint Gabriel Maḫbär[129] dont les membres n'étaient pas seulement des personnes avec le VIH, il y avait aussi des opérateurs d'organisations non-gouvernementales par exemple, une religieuse catholique et il y avait aussi des infirmières, un prêtre hollandais qui étaient également membres, mais voilà en raison de cela, les gens ont commencé à améliorer leurs relations sociales. Ils avaient perdu leurs relations sociales en raison de la maladie, par peur d'être stigmatisés. Ils avaient perdu leur force morale et grâce à l'association ils ont remonté leur moral, et ils ont commencé à révéler leur maladie aux autres. Nous organisions très souvent des groupes de soutien qui devaient amener les personnes séropositives de parler l'un à l'autre. Nous avons aussi invité les médecins à nous donner de la formation sur le counselling. Donc, nous sommes devenus de plus en plus forts et nous avions acquis les compétences nécessaires pour nous ouvrir à la société : je suis séropositif et je vis avec la maladie. Il y avait un degré élevé de stigmatisation et les gens n'étaient pas prêts à nous écouter. Toutefois, à cause de la mauvaise conduite de certains membres nous ne voulions pas qu'ils coopèrent avec nous et nous avons continué nos activités indépendamment de MMM, mais les groupes de soutien ne sont pas légalement enregistrées et c'est pourquoi j'ai essayé de créer une association légalement enregistrée, et j'ai invité deux autres bénéficiaires de MMM à rejoindre l'initiative et intégrer les programmes de soins et de soutien continu pour les orphelins ».
>
> (Mäqdəm, septembre 2010)

Yohannes offre ainsi un autre exemple d'appropriation des principes qui sous-tendent la politique internationale en faveur des témoignages sur le VIH/sida comme une stratégie pour encourager la solidarité et le développement parmi les personnes affectées, d'un sentiment d'appartenance à un même groupe voire à une même communauté. Il souligne que ses multiples tentatives d'établir une association de

[128] Tel que nous le verrons plus loin au travers de l'analyse des entretiens avec les membres de l'association de personnes vivant avec le VIH de la ville de Gondär, *Fəreḥəywät Maḫbär* et ainsi que j'ai essayé de le démontrer dans un article (De Rosis 2012 : 34-35) l'activité de témoignage est très souvent associée à un sentiment de soulagement et au besoin de partager sa propre condition avec les autres malades. En outre, l'observation participante de la vie quotidienne de sept membres de *Fəreḥəywät Maḫbär* a mis en avant que les techniques apprises pour révéler son propre état de séropositivité au VIH sont souvent appropriées par les malades comme des instruments puissants pour reconstruire une nouvelle identité sociale atour de leur maladie.

[129] Il s'agit d'une association chrétienne orthodoxe existante depuis des siècles en Éthiopie. C'est le rassemblement d'un nombre variable de chrétiens orthodoxes qui sont dévoués à un saint. Chaque mois, les membres organisent à tour de rôle une cérémonie en l'honneur du saint. Cette association a progressivement intégré des fonctions supplémentaires telles que l'aide mutuelle fondée sur l'institutionnalisation du paiement d'une somme forfaitaire. Formes de socialisation et de solidarité varient en fonction de la situation sociale de leurs membres (Ancel 2005 ; Korten, Korten 1972 : 277-79).

malades ont visé à recréer un espace où le partage des conséquences et les risques dus au VIH/sida pouvait inciter les membres à réorganiser leur vie sociale. Néanmoins, les efforts pour adapter une forme d'association religieuse locale à l'espace public s'organisant autour de la lutte contre le VIH/sida ont échoué. C'était 1996, et le premier groupe de membres de *Mäqdəm* comprenait aussi deux femmes séropositives et neuf orphelins. Le témoignage rapporté par l'une de ces deux femmes est significatif d'un itinéraire d'adhésion qui se démarque de celui de Yohannes. Âgée de trente-huit ans, lors de notre entretien qui a eu lieu en septembre 2010, Həywäte est née dans la ville de Däsé dans le Wällo où elle a vécu en célibataire au sein de sa famille paternelle jusqu'au moment où elle a découvert d'être séropositive. En 2000, suite à la mort de sa sœur et de son beau-frère à cause du sida, elle a adopté leurs deux enfants restés orphelins. Həywäte a fait le test de dépistage du VIH en 1993, quand elle était encore étudiante et vivait dans son village natal avec son père, séparé depuis plus d'une dizaine d'années de sa mère.

> **Həywäte –** « Comme j'étais malade je suis allée à l'hôpital, et ils m'ont demandé si je voulais faire des examens sanguins. Mais ils ne m'ont pas dit le pourquoi. Ils ont juste dit que j'aurais pu connaître le résultat après un mois. À cette époque, notre sang était envoyé à l'étranger parce que le test VIH n'était pas disponible en Éthiopie. Mais après un mois, ils ne m'ont pas dit le résultat. Comme j'allais mieux j'ai été renvoyée à la maison ».
>
> (Mäqdəm, septembre 2010)

Həywäte n'a connu le résultat de son test de dépistage que six ou sept mois après avoir quitté l'hôpital.

Au cours de l'entretien elle rapporte :

> **Həywäte -** « Le médecin m'a demandé si je connaissais quelque chose sur le VIH. Je lui ai répondu que je ne connaissais rien. Il m'a expliqué ce que c'est le VIH, la manière dont il peut être transmis et la façon dont nous pouvons nous protéger du virus et il a également parlé du "positively living"- Non - lui ai-je dit- je n'ai pas besoin de cela. Vous devriez plutôt le dire aux personnes infectées, quant à moi, il suffit de me dire comment le virus peut être transmis et comment il ne se transmet pas. Je n'en ai pas besoin de ça, moi, lui ai-je dit et je ne vais pas vous écouter. Mais il m'a finalement dit que j'étais séropositive. -Etes-vous sûr ? Je lui ai demandé. Je ne suis pas d'Addis et le VIH est une maladie de cette ville. Après, je ne sais pas ce qui s'est passé. Je me suis évanouie et quand j'ai repris conscience je me suis retrouvée entourée par les médecins ».
>
> (Mäqdəm, septembre 2010)

Après être restée à l'hôpital jusqu'à cinq heures du soir, Həywäte raconte avoir trouvé refuge dans une église jusqu'à sa fermeture, pour rentrer plus tard toute seule chez elle. Hantée par certaines rumeurs circulant sur les personnes séropositives, elle rapporte avoir passé trois jours sans manger et sans boire, ne faisant que pleurer.

Accompagnée à nouveau à l'hôpital par certains membres de sa famille, elle fut orientée par les médecins vers *MMM*, afin de pouvoir bénéficier d'une consultation adéquate.

> **Həywäte –** « Quand les médecins m'ont conseillé d'aller dans une place où j'aurais pu avoir de bons conseils et de bonnes informations sur ma condition, j'ai pensé qu'ils voulaient m'envoyer dans un lieu où j'aurais été tuée. Mais quand je suis arrivée, après avoir discuté avec l'infirmière j'ai rencontré Yohannes. Il était en train de transporter du matériel car il travaillait comme stockeur et il m'a dit qu'il avait le VIH et après quand je l'ai entendu dire ça, je me suis sentie soulagée et depuis lors je suis allée le voir tous les jours au siège de MMM ».
>
> (Mäqdəm, septembre 2010)

C'est la fréquentation quotidienne de *MMM* qu'a conduit Həywäte à participer à la formation de *Mäqdəm*.

> **Həywäte -** « Quand je me suis adressée à MMM, il y avait une Saint Gabriel Maḫbär. J'étais le troisième membre séropositif. À cette époque là la situation des personnes vivant avec le VIH était très difficile et nous étions discriminés partout et alors c'était très bien de se rencontrer le dix-neuf de chaque mois chez quelqu'un de l'association et puis Yohannes a transformé Saint Gabriel Maḫbär dans un groupe de support et enfin dans l'association que nous sommes aujourd'hui ».
>
> (Mäqdəm, septembre 2010)

En définitive, le processus de création de Mäqdəm est un exemple des façons dont la progressive institutionnalisation des stratégies de la lutte globale contre le sida a ouvert la voie à la suprématie du modèle des associations de PVVIH par rapport aux tentatives d'adapter le fonctionnement d'associations locales aux exigences des malades. À la fin des années 1990 les activités menées par les membres de l'association, qui ont vu leur nombre s'accroître rapidement en raison des bénéficiaires envoyés vers l'association par *MMM* et par les hôpitaux où les patients faisaient le test de dépistage, étaient le témoignage public et la prise en charge des orphelins et le support psycho-social des malades nécessiteux. À la différence de *Täsfa Go* qui a occupé le devant de la scène médiatique, *Mäqdəm* a opéré selon une approche plus populaire. Les témoignages organisés sous la forme de drame ont été organisés dans des écoles, dans des quartiers, et dans d'autres endroits de la ville d'Addis-Abeba. Ainsi que Yohannes a tenu à le souligner lors de l'entretien, les membres de l'association ne voulaient pas apparaître dans les media et *Mäqdəm* n'a pas bénéficié d'une inauguration officielle comme celle organisée pour *Täsfa Go*. L'expérience elle-même de Yohannes en tant que leader de l'association se différencie sous plusieurs aspects de celle de Mulugeta. Ces deux trajectoires d'engagement sont en effet significatives des différentes façons dont la condition sociale des malades et leurs vécus entrent en jeu dans leur participation à la lutte contre le VIH/sida. L'expérience militante de Yohannes, telle qu'il l'a restituée au cours de l'entretien, peut être lue comme la réaction à une condition personnelle de précarité et de besoin qui s'est au premier abord manifestée sous la forme d'une

contestation vis-à-vis de l'institution hospitalière et de son incapacité à une prise en charge globale de la maladie pour évoluer progressivement vers un engagement à supporter d'autres malades et plus spécialement ceux socialement défavorisés. En revanche, l'expérience de Mulugeta et de sa conjointe mettent mieux en exergue les tensions entre les différentes appréhensions de la maladie, les façons dont les personnes affectées par le VIH étaient considérées par le reste de la société et les formes variées de résistance et de rejet auxquelles durent faire face ceux qui décidèrent de s'engager dans la lutte contre l'épidémie en rendant public leur état de séropositivité au VIH/sida. Les processus de création de *Täsfa Go* et de *Mäqdəm* rendent compte en effet, du processus d'inscription de la cause sida au sein de questions sociales plus vastes telles que la pauvreté, la fragilité du système socio-sanitaire du pays et des formes multiples de précarité et de désaffiliation sociale de certains groupes d'individus. Pour les malades déjà touchés par d'autres formes d'insécurité matérielle et existentielle, la progression de la maladie exacerba leur état de précarité et affaiblit leurs liens sociaux déjà fragiles. À la recherche de soins et d'un soutien psycho-social, ils s'adressèrent à des organisations humanitaires locales et internationales qui constituaient de fait un espace particulièrement propice à la diffusion des techniques de communication et des stratégies d'auto-support promues par les instances présidant à l'organisation de la lutte globale contre le VIH/sida. Dans le chapitre IV la reconstruction de la création *Fəreḥəywät Maḫbär* qui a eu lieu en 2003 ensemble à la description de son fonctionnement nous permettront d'analyser un autre cas de figure des liens entre marginalité sociale, maladie et engagement dans la lutte contre le VIH/sida. Mais de quelles façons les différentes formes de marginalité sociale et d'inégalités de la santé se sont-elles données progressivement à voir sous le prisme du genre dans les multiples espaces de la lutte contre l'épidémie en Éthiopie ? Pour répondre à cette question j'examinerai d'une part les places et les formes de visibilité ou d'invisibilité que les différentes catégories épidémiologiques construites à partir de la population féminine ont conféré aux femmes dans les espaces médicaux et socio-sanitaires de gestion du VIH/sida. D'autre part, j'étudierai les processus de participation de femmes socialement défavorisées aux stratégies de prévention et de prise en charge du VIH/sida tout en essayant de mettre au jour les effets de cette participation sur leurs statuts et leur condition sociale. Plus précisément, dans le paragraphe qui clôture ce chapitre je focaliserai l'analyse sur les formes variées d'invisibilité des « professionnelles du sexe » dans les espaces médicaux et socio-sanitaires. Cette analyse nous introduira à l'étude plus détaillée des façons dont les stratégies de prise en charge du VIH/sida mises en œuvre depuis 2003-04, parallèlement à l'accès aux antirétroviraux, ont contribué à redéfinir la santé des femmes comme un bien d'utilité publique relevant d'une sexualité féminine normative (procréation et maternité) et des rôles féminins de reproduction sociale.

II.8 Les professionnelles du sexe face au VIH/sida : l'invisibilité d'une catégorie sur-exposée

Ainsi que L. Vidal l'a observé dans son ouvrage *Femmes en temps de SIDA. Expériences d'Afrique*, les deux catégories épidémiologiques de « prostituées » et de « femmes enceintes » utilisées à la fois pour comprendre l'expansion du VIH/sida dans les sociétés africaines et pour l'endiguer ont longtemps occupé la fonction paradigmatique des femmes dans ces mêmes sociétés (Vidal 2000 : 182). Or, en Éthiopie pendant la première phase de la lutte contre l'épidémie (1985-2003), ces « deux figures exemplaires du lien entre femmes et sida » (Ibidem), images convenues des femmes dans l'expansion de l'épidémie, sont restées absentes des grands débats publics. À cette époque par ailleurs les femmes n'ont pas été les cibles de stratégies de prévention et de prise en charge spécifiques. Les premiers programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) ont été mis en place à Addis-Ababa entre 2003 et 2004 (Moland, Blystad 2009 : 447-479) parallèlement à l'introduction des programmes pilotes de distribution des antirétroviraux et ils n'étaient même pas mentionnés dans le premier plan multi-sectoriel du VIH/sida (Yared 2008 : 35). Dans la ville de Gondär, le North Gondar University Hospital a été pourvu du premier service de PTME en 2003-04. En cette même année, Save the Children Norway s'est investie dans la formation de conseillères pour les premiers services de dépistage volontaire (CDV) en recrutant le personnel parmi des jeunes femmes membres d'un club anti-sida qui avaient initialement participé à la création d'une association de jeunes femmes vierges dont je parlerai plus en détail dans le chapitre III (voir *infra* § III.8.3) ; une association de professionnelles du sexe a été établie sous l'égide de l'HAPCO de Gondär, avec la coopération du qäbäle dix et d'un club anti-sida. En effet, bien que la catégorie des « professionnelles du sexe » ait été vite identifiée par les épidémiologistes et les acteurs de santé publique comme l'un des vecteurs principaux de l'expansion de l'épidémie dans les pays de l'Afrique sub-saharienne, elle ne semble pas pour autant avoir attiré l'attention ni du gouvernement éthiopien ni des autres acteurs de la lutte contre le VIH/sida. À l'exception des informations provenant des enquêtes menées auprès des professionnelles du sexe dans les villes principales du pays au début des années 1990, aucune donnée n'a été par la suite produite sur la diffusion de l'épidémie parmi les professionnelles du sexe ; aucune mesure sanitaire spécifique n'a été prise à leur égard. Les auteurs de *HIV/AIDS in Ethiopia : an epidemiological synthesis*, ont ainsi décrit la place que les travailleuses du sexe ont occupée dans les analyses épidémiologiques du VIH/sida :

> « There has been no biological survey among sex workers in the country in the past decade, and estimating the number of sex workers with reasonable accuracy is virtually impossible. The scant data suggest that the demand for paid sex is increasing and the median age of sex workers is decreasing ; anecdotal evidence suggests that the number of sex workers is on the

rise. Data on the "typology" of sex work is also lacking ... Therefore, research on sex workers is urgently needed to update information that is decades old, including to determine current levels, behaviours, and characteristics. Surveillance and special programs directed at sex workers are the only way to monitor the activities and risks of this population ».

(Yemane *et al.* 2008 : XII)

Si l'on exclut les enquêtes épidémiologiques et sociologiques menées sous l'égide du *AIDS Department Control*, jusqu'à la fin des années 1990 la plupart des études portant sur la prostitution sont des travaux universitaires inédits essentiellement réalisés dans la ville d'Addis-Abeba[130]. Les six articles parus en 1990 dans le numéro spécial de *Ethiopian Journal of Health and Development* consacré au VIH/sida en Éthiopie et une étude plus récente publiée en 2002 sous l'égide de FHI, ont mis en avant les difficultés rencontrées à identifier cette catégorie en raison de la variété des contextes et des formes dans lesquels le travail du sexe est pratiqué. Dans l'étude *Sexual Behaviours and Some Social Features of Female Sex Workers in the City of Addis-Ababa*, on peut lire :

« In July 1989 during a survey for HIV infection in Addis Ababa, 2663 randomly selected females working at bars, tej (local wine) houses, tella (local beer) houses, and private red-light houses, who practiced multi-partner sexual contacts (MPSC) were interviewed. The study showed that 7.1% of the adult female population of the capital city regularly practiced multi-partner sexual contacts. More than 85% of them were not married as a result of past divorces. … Full profile of street girls could not be made as they were not easily accessible. Further consideration of street girls needs to be made. The upper class female sex workers (usually bar owners who employ the medium and lower class sex workers) were not included because most of them claimed to be married and not practice multi-partner sexual contact »

(Mengistu *et al.* 1990 : 71 ; 75).

Le rapport *Mapping and Census of Female Sex Workers in Addis-Ababa, Ethiopia* a souligné en revanche les fluctuations de l'estimation du nombre des professionnelles du sexe dans la ville d'Addis-Abeba :

« In Addis Ababa estimates of the size of the sex worker sub-population varied between about two thousand and one hundred and fifty thousand, which was a too wide range to be of any help for program planning and evaluation. No attempt had ever been made to estimate the total size of the sex worker population in the city. After considering several population size estimation methods, it was decided that a census of sex workers would provide the best information for program planning and evaluation. Very few institutions directly target sex workers for behavior change communication and *empowerment* activities. In Ethiopia, partners in the response to AIDS need to give special attention to this target population ».

(FHI, AA 2002 : III ; 16)

[130] Les critiques émises par Bethlehem Tekola (Bethlehem 2005) sur ces travaux ont souligné les difficultés méthodologiques à traiter les liens entre prostitution et VIH/sida car les catégories interprétatives de la santé publique ont appréhendé les professionnelles du sexe comme le groupe vecteur par excellence de la transmission de l'infection. «In fact, another overall characteristic of the literature on commercial sex in Ethiopia has been the fact that commercial sex is framed primarily as a public health problem. It is hardly possible to find a study of 'prostitution' that does not make a reference to this dimension. More than any other idea, the idea that has most frequently figured in studies of commercial sex was apparently posed to the health of the public. It was with this background of themes, approaches and conclusions that Ethiopian scholarship on commercial sex has picked up the issue of HIV and AIDS (Kebede 1993 ; Atakilt 1994 ; Hussein 1998) » (Bethlehem 2005 : 39 ; 41).

Dans les conclusions de ce rapport les auteurs reviennent sur les limites de l'étude réalisée en soulignant tant la difficulté à identifier tous les types de travail du sexe que l'absence de mesures prises en matière de VIH/sida.

> « This study reveals that commercial sex is not limited to establishment and street-based sex workers. Many respondents reported the presence of various types of 'hidden commercial sex worker' in Addis Ababa. It seems that previous clients of sex workers are now targeting high school and night school students, home girls, office girls because of their fears of HIV/AIDS. The extent of commercial sex in these 'hidden' groups is unknown and difficult to investigate. Further work is required to examine the characteristics of these 'hard-to-reach' groups. Currently, there are no data on the prevalence of HIV infection in these groups, despite the perceptions of sex clients that HIV prevalence is lower amongst 'hard-to-reach' groups than in establishment- and street-based sex workers. Careful planning is needed to decide how best to approach these girls and women ».
>
> (FHI, AA 2002 : 67)

Les enquêtes menées à Gondär entre mars et juin 2009 auprès d'une association de professionnelles du sexe et auprès de huit femmes impliquées dans des formes variées de commerce sexuel ont mis en avant que l'absence de toute forme de visibilité de cette catégorie dans le champ de la lutte contre l'épidémie s'accompagnait d'un ensemble de politiques visant à l'éradication de la prostitution plutôt qu'à des actions de prévention et de facilitation de l'accès des professionnelles du sexe aux services de santé. Or, tant dans les États occidentaux que dans les pays africains à l'époque coloniale, les pouvoirs politiques ont historiquement agi sur la prostitution pour un certain nombre de raisons d'ordre moral, sanitaire et social allant du contrôle de la diffusion des maladies sexuellement transmissibles à la protection des femmes de l'exploitation sexuelle. À l'heure actuelle, les actions publiques sur le travail du sexe continuent de changer sensiblement en fonction de l'orientation politique des gouvernements car les débats sur la prostitution et les mesures d'ordre légal et public mises en place pour la « gouverner » investissent généralement des questions beaucoup plus vastes telle que l'organisation de l'espace public, l'hygiène, la sécurité, l'immigration, la drogue, la pauvreté, les libertés individuelles, les formes de sexisme, de racisme, d'homophobie existantes dans une société donnée. Ces débats sur la prostitution continuent de partager l'opinion publique et même diverses franges du féminisme entre abolitionnistes et libéraux. Les premiers prônent essentiellement l'abolition de la prostitution de par la mise en œuvre de stratégies variées dont par exemple la pénalisation des clients, les seconds se battent pour sa légalisation et reconnaissance comme une activité libérale à part entière. En Éthiopie, la diffusion du VIH/sida et la lutte contre la pauvreté se sont constituées comme les deux champs principaux d'inscription de la conception et de la mise en œuvre des interventions politiques sur la prostitution. Mais avant d'entrer dans le vif de cette analyse, je voudrais commencer par prendre en considération les champs de problématisation dont le travail du sexe en Éthiopie a fait l'objet de la part des pouvoirs

publics et plus particulièrement les façons dont il s'est constitué comme un objet d'étude pour les sciences sociales.

II.8.1 Le travail du sexe et ses professionnelles : approches socio-historiques

Les premières études sociologiques sur la prostitution en Éthiopie remontent aux années 1960 mais elles n'ont été réalisées que dans la ville d'Addis-Abeba. Hormis les enquêtes épidémiologiques menées à la fin des années 1980 sur les professionnelles du sexe de Gondär, aucune autre étude n'existe à ce sujet. Les deux recherches inédites de H. Mayor de 1962 et 1963 abordent cette question d'un point de vue plus spécialement médical et portent sur les maladies sexuellement transmissibles. L'article d'Andargatchew Tesfaye, « The Problem of Prostitution in Ethiopia » paru en 1967, est la première étude sociologique sur le sujet, suivie en 1988 par l'ouvrage du même auteur, *The Crime Problem and Its Correction* (dans lequel la prostitution y est également traitée). Au milieu des années 1970 l'article de R. Pankhurst (1974), « The History of Prostitution in Ethiopia » et la thèse de doctorat de Lacketch Dirasse, *The Socio-Economic Position of Women in Addis Ababa : The Case of Prostitution*, soutenue à la Boston University, puis publiée en 1992 sous le titre *The commoditization of Female Sexuality* constituent deux contributions majeures sur le sujet. Elles ont été suivies dans les années 2000 par les recherches de Bthlehem Tekola (2002 ; 2003 ; 2004a, b ; 2005). En dehors de ces études, l'essentiel de la littérature portant sur le travail du sexe consiste dans des rapports inédits répondant à la demande de différentes agences ou bien de travaux universitaires réalisés par des étudiants en licence ou en master de sociologie (Bethlehem 2005 : 39).

Selon la reconstruction historique de R. Pankhurst, les premières références à des formes de prostitution locale remontent au xvi siècle. Dans la relation de son voyage éthiopien intitulé, *Vraie Information des États du prince Jean*, Alvares, missionnaire et explorateur portugais, qui séjourna en Éthiopie entre 1520 et 1527, rapporte avoir noté dans le camp de l'empereur Lebnä Dengel (1508-1540) *« the tents of the prostitutes, whom they call Amaritas »* (Pankhurst 1974 : 159). À la fin du XIX siècle Ignazio Guidi a traduit le terme amarit, par ménestrel ou danseuse (Guidi 1894 : 18, cité in Pankhurst 1974 : 159). R. Pannkhurst observe à cet égard :

> « The Portuguese traveller who fails to give us any details which would enable us to evaluate how far is correct in terming them 'prostitutes', adds that these women were 'numerous', and that an immense number of them were 'rich and well dressed'. These women seem to have formed an integral part of the moving camp, and, we may assume would have spent much of the time, like the camp's population at large in travelling from one site to another, but how far we can consider them in the modern sense as 'prostitutes' is open to question ».
>
> (Pankhurst 1974 : 159-160)

Dans la littérature historique, la première référence à des femmes de petite vertu (Ferret, Galinier 1847-8 : 214, cité in Pankhurst 1974 : 160) désignées comme *galämota*, terme que Guidi a traduit par « prostituée », se trouve dans la Chronique Royale de Iyasus I (1682-1706) où est rapportée la survenue d'un incendie dans une maison de *galämota*. À cette époque Gondär était la capitale permanente et les maisons de *galämota* constituaient probablement une évolution des tentes d'*amarit* décrites par Alvares. Cependant l'activité menée par les *galämota* n'est aucunement détaillée. En outre, bien que ce terme soit considéré dans plusieurs sources (Pankhurst 1974 : 165) comme l'équivalent de « prostituée », I. Guidi a remarqué qu'en dehors du Šäwa, *galämota* était utilisé pour se référer tant aux femmes qu'aux hommes dissolus (Guidi 1901, col. 705). D'autres informations sur la prostitution sont fournies par les voyageurs français Combes et Tamisier qui ont visité le pays au XIX siècle. Ils rapportent qu'en 1830 Gondär était une ville où abondaient les *« courtisanes »*. Ferret et Galinier quant à eux soulignent que « aux yeux des habitants ces impénitentes madeleines ne montrent rien d'honteux ou de dégradant » (Ferret, Galinier 1847-48 : 214 cité in Pankhurst 1974 : 160). Dans le rapport de la mission scientifique française de 1840 (Lefebvre *et al.* 1845 : 342, cité in Pannkhurst 1974 : 161) le terme *zəmmut* est utilisé comme synonyme de prostitution. Tewodros II (1855-1868) est mentionné dans les chroniques royales pour le fait d'avoir publiquement exprimé son dégout en regard de la coutume des moines, des *däbtära* et d'autres membres du clergé de vivre dans la ville avec des *galämota* et d'avoir des relations avec des femmes mariées. À la fin du XIX siècle D'Abbadie (1881 col. 51, 702) rapporte dans son dictionnaire bien cinq termes différents, *galämata, wešema, däŋgäsur, mähäbabaya, zäma* qui sont synonymes de « dissolue ». Le terme de prostitution est traduit par *galämotenät, gəlmutənna* et *zəmmut*. L'existence de prostituées en dehors de Gondär est attestée dans diverses sources comme le récit de voyage du missionnaire Guglielmo Massaia qui rapporte les avoir observées dans la capitale du Šäwa. On peut retrouver d'autres références dans le rapport du géographe Antonio Cecchi. Comme R. Pannkhurst a tenu à le souligner, selon ces descriptions la prostitution n'était pas une activité véritablement discréditée.

> « Antonio Cecchi, also wrote of prostitutes in various parts of the country, and echoing the words of earlier observers, remarked, 'they are not despised as by us'... Combes and Tamisier, who took a keen interest in these women report seeing some of 'marvellous beauty' at the camp in Tigré of Däjazmač Webé and describing the role of such women in general terms, remark : 'There is, in this country, a special class of women who are called courtesanes ; free of all ties and with a rare beauty, these women come from the various provinces of Abyssinia to the towns which serve as the residence of the princes of this country; these women follow the rulers on all their exepditions and neglect nothing to attract their royal favours. The courtisanes enjoy, in general, a great consideration ; this name which has become with us an insult, far from being odious in Abyssinia is an honourable title ».
>
> (Pankhurst 1974 : 163)

Bien que pratiquées selon des modalités différentes, les formes de prostitution observées sur la côte de la mer Rouge et tout au long des routes caravanières vers le Soudan[131] ne sont pas, elles non plus, décrites comme des activités stigmatisantes ou socialement non acceptées. Les voyageurs italiens qui visitèrent le pays vers la fin du XIX siècle l'ont décrite comme une activité parfaitement tolérée. Ils rapportent aussi que de jeunes femmes pouvaient même la pratiquer avant le mariage dans le but de se pourvoir d'une dote.

> « Ludovico De Vito observed that in 'all the villages' of the Saho and Samhar region there were prostitutes who also concerned themselves with the preparation of mead and beer, Pellegrino Matteucci that the women of Arkiko went to Massawa regularly to sell lemons and bread but also to 'offer their honour', Luigi Pennazzi that Abyssinian women at Massawa acted as prostitutes, and that the instituion of prostitution was accepted by everyone, and Pipo Vigoni that 'beautiful Ethiopian women' were 'much sought after and renowned at the towns of the coast', after which they would retourn home to marry with a small hord of dollars. A British visitor A. B. Wyilde likewise reported of this period that at the port as well as the at the island villages of Monkullu and Otumlu there were many Abyssinian women of easy virtue that to do a good trade, save money, and ultimately return to their country, and are immediately marreid and lead a good life ».
>
> (Ibid. : 164)

Ces descriptions laissent ainsi ressortir le caractère à la fois multiforme et indéfini de ce que ces voyageurs ont identifié dans leurs récits comme une activité de prostitution. Ainsi, par exemple M. Leiris dans *L'Afrique fantôme* relate ses rencontres avec des femmes vivant dans la campagne environnante de Gondär et de Mäqäle qu'il appelle *« šärmuta »* (Leiris 2004 : 542 ; 543). Il est toutefois difficile de pouvoir établir le degré de véridicité de l'épithète utilisée par M. Leiris pour identifier ces femmes. Tel que R. Pankhurst l'observe, à cette époque, hormis les centres urbains, cette activité n'était que partiellement commercialisée. L'historien commente ainsi les différentes sources étrangères faisant référence à ce type d'activité :

> « Such written sources have a little to say about the character of pre-war Ethiopian prostitution, though tradition holds that it was only partially commercialised and consequently involved a significant amount of wooing of the woman on the part of the customer ».
>
> (Pankhurst 1974 : 172)

Des formes plus professionnalisées d'échanges économico-sexuels furent observées dès le début du XX siècle à Addis-Ababa et à Dire Dawa. À cette époque, le voyageur allemand Kurt Herzbruch et le médecin grégorien Étienne Mérab observèrent le développement de plus en plus intense dans ces villes de maisons de prostitution ou plus

[131] Depuis 1850 le commerce d'esclaves commença à attirer de plus en plus la vente et l'achat de femmes qui venaient par la suite introduite dans la prostitution.

précisément des « *drinking houses* », notamment des *Tej et ṭälla bet*[132]. Les femmes qui les géraient enrichissaient leur commerce en se prostituant. C'est à partir de ces mêmes années qu'un nouveau terme pour indiquer les prostituées est attesté. Il s'agit du mot arabe *šärmuta*. Selon M. Cohen ce terme a été introduit à Addis-Ababa par les commerçants arabes ou Haräri à provenance du port Djibouti et il a gagné progressivement une large acceptation dans tout le reste du pays (Cohen1924 : 30). Dans *Impressions d'Éthiopie*, E. Mérab (1921-1929) rapporte une description assez détaillée des maisons dans lesquelles les professionnelles du sexe recevaient leurs clients et dont l'enseigne fut jusqu'au début des années 1920, le drapeau de la Croix Rouge[133].

> « He said that they consisted of long barracks, divided into rooms four or five meters deep by not more than four wide, with a single floor. They were rented for one, two, three Maria Theresa dollars a month, and, despite this 'enormous sum', the demand was so great that they were never vacant. Each room would be equiped with a bed and a courtain which was lowered on the entry of a customer after which a small slave would keep away further customers by saying säw allä, i.e. Someone is present ! ».
>
> (Pankhurst 1974 : 169)

Au début du XX siècle l'anthropologue américain C. Coon (1936) mena d'autres enquêtes sur la prostitution à Addis-Abeba. Il avait été attiré en Éthiopie suite à la publication, le 19 juillet 1928 dans le journal *Berhanena Sälam* d'une lettre ouverte à ce sujet écrite par un intellectuel éthiopien, Mahätäma Wärq Ešeté. Celui-ci dénonçait le développement démesuré des maisons de plaisir et tout en montrant une certaine tolérance il en soulignait les dérives et proposait de possibles solutions. R. Pankhurst en rapporte des extraits :

> « At present, the author continued, there is no shame. Even the important men are building houses along the streets, and hire them for the above purposes. Their servants waste their money and even sell the ammunition for their cartridge belts. They get drunk and remain out at night thus disturbing the evenings. … Mahätama Wärq went on to observe that Abba Jifar, the ruler of Ğəmma, had forbidden the sale of liquors in his territory on the ground that it encouraged robbery ... More liberty was however needed in the capital so drinking houses should be situated in special premises on the outskirts of the city, where they should be fenced, and that judges, secretaries and guards be posted there so that statistics could be compiled ».
>
> (Pankhurst 1974 : 170)

C. Coon quant à lui remarqua le mécontentement croissant du reste de la population à l'égard de ce phénomène. Des mesures sanitaires plus efficaces de contrôle des

[132] Tej et ṭälla sont deux boissons alcooliques locales fabriquées par des femmes chrétiennes orthodoxes qui les vendent dans leurs maisons dont une chambre est aménagée comme bar.

[133] «... 'these establishments may be distinguished by the presence of large red crosses on white flags hanging over their doorways'. Adding an anecdotal element he continued : 'it is a well known tale in Addis-Ababa that one of the Scandinavian missions first came there its doctors hung a Red Cross flag outside, and the building was soon filled with perplexed and disappointed Ethiopians who had entered in quest of novelty » (Pankhurst 1974 : 168).

prostituées furent prises pendant l'occupation italienne (voir *supra* § 1.3) alors que la présence étrangère avait encouragé un développement très rapide de cette activité et sa professionnalisation. En effet jusqu'à la première moitié des années 1930 il existait encore une catégorie de prostituées très semblables aux « courtisanes » décrites par les voyageurs qui visitèrent le pays entre le xvii et le xix siècle. Le témoignage recueilli par Laketch Dirasse en 1972-1973, auprès de la propriétaire de l'une de plus fameuses *« drinking house »* de la capitale qui avait atteint l'acmé de sa célébrité pendant l'occupation fasciste en rend bien compte :

> « … we used to make the man daj maTnat (litteraly constant attendance at the gate) just like the palace. They used to bring us sheep, arake (distilled gin) and other presents before we would agree to sleep with them. We were very proud and we were not like the children of today » - et quelques lignes plus loin l'enquêtrice commente - « She explained that courtesanship was an honorable profession then. Not only did these women conduct their affairs as though they were queens, they were also respected and treated as such by the society at large ».
>
> (Laketch 1992 : 26)

La situation changea remarquablement pendant l'occupation italienne. Il convient en première instance d'observer que plusieurs sources témoignent de l'importance que la prostitution joua dans la vie coloniale fasciste. Les observations d'un rapporteur britannique, E. Wiese, sur la ville de Mäqäle tout en étant mêlées d'une certaine ironie sont très parlantes à cet égard :

> « The most noticeable effects of civilisation … were be seen in the amusement quarter. The section consists of more than 200 native huts and contains hundreds of native women, and it is patrolled by Italian police. But the dusky entertainers have come upon prosperous days. The native robes have given way to Japanese silk pyjamas, and their frizzled ebony hair now glisten with European brilliantine instead of rancid butter. So far the real victors of the East African campaign appear to have been these swarthy belles ».
>
> (Pankhurst 1974 : 176)

Addis-Abeba quant à elle - principal centre de prostitution du pays - se distingua plus particulièrement par la présence de professionnelles du sexe en provenance de divers pays européens hormis l'Italie car pour des raisons de *« prestige racial »* (Ibid. : 177) les colonisateurs préférèrent éviter que les premiers contacts entre la société éthiopienne et des femmes italiennes se fassent à travers des prostituées. Cela aurait discrédité l'image de l'Italie aux yeux de la population locale. En revanche, la propagande fasciste n'évita pas de populariser son entreprise de colonisation par la production d'une image érotisée de l'Éthiopie au travers de la représentation de la beauté et du pouvoir de séduction des femmes éthiopiennes.

> « The war had in fact a major effect on Italian thinking on sex in Africa. In the early stages of operations, the fascist authorities, anxious to popularise the idea of Italian expansion, found it

> convenient to sponsor the publication in Italy of numerous erotic or semi-erotic post-cards depicting the beauty of Ethiopian womanhood, while official encouragement was given to the soldier's song 'Faccetta nera'... 'a little black face, beautiful Abyssinian ».
>
> (Pankhurst 1974 : 173)

Or, mis à part la production de cet imaginaire et de ces représentations, à un niveau plus concret l'occupation italienne produisit le cadre social et économique idéal pour la professionnalisation de la prostitution. Outre la demande croissante de la part des soldats italiens et des colons, un nombre important de veuves de guerre et d'autres femmes qui étaient restées seules suite au départ de leurs conjoints sur les fronts de la résistance trouvèrent dans la prostitution une stratégie de survie. Comme nous l'avons évoqué plus haut, cette période historique a également coïncidé avec la mise en place d'interventions politiques et sanitaires de contrôle et de réglementation de cette activité (voir *supra* § I.3). Avec la fin de l'occupation italienne et parallèlement à la reconstruction économique et sociale du pays entreprise sous l'égide de la Grande Bretagne, le travail du sexe attira un nombre grandissant de femmes migrantes originaires des zones rurales. À la fin des années 1940 outre le fait d'être le centre administratif, commercial et industriel principal du pays, avec la plus haute concentration d'écoles et d'hôpitaux, Addis-Ababa devint également le centre diplomatique principal de l'Afrique, siège de l'Organisation de l'Union Africaine et de l'Union Économique pour l'Afrique des États-Unis. Ce nouveau contexte citadin encouragea la prolifération de plusieurs *nightclubs* et par là le développement d'un travail du sexe mené par des prostituées free-lance. Aucune étude sur cette période n'est cependant disponible. Il est néanmoins utile de souligner qu'au cours des années 1960 la condition socio-économique des femmes avait remarquablement changé par rapport à l'époque de l'occupation italienne. Dans la capitale 22.3% de la population féminine au dessus de dix ans disposait de quelque forme d'éducation ; des secteurs comme celui sanitaire, l'industrie textile et l'enseignement offrirent des débouchés d'emploi. Or, tel que Lacketch l'observe dans son étude sur la prostitution à Addis-Ababa :

> « Though there has been considerable change in women's participation in the urban labour market compared to the pre-occupation period, their participation to a large extent is still limited to the informal sector of the economy in which the prostitution is by far the largest occupational category for women ».
>
> (Laketch 1992 : 37)

Menée au milieu des années 1970 dans la ville d'Addis-Abeba, la recherche de Laketch a représenté l'une des premières tentatives de créer une typologie des différentes sortes de prostitution. Cette typologie se fonde sur un constat préalable ensuite réitéré par d'autres chercheurs qui se sont penchés sur ce sujet, à savoir la *« pléthore »* de prostituées présentes dans cette ville ainsi que la variété des formes

dans lesquelles le commerce sexuel y est pratiqué[134]. Dans son ouvrage de 1988 Andargatchew a remarqué :

> « ...these days it is becoming difficult to distinguish who is (a prostitute) who (is not a prostitute) ...Can anything be done to control the problem before it starts knocking at every door and further destabilize the family system ? Can we any more afford to stand and watch ? Are your young sisters and daughters safe ? Can we dare answer these questions positively and live with clear conscience ? ».
>
> (Andargatchew 1988 : 311-312, cité in Bethlehem 2005 : 44)

La critique de fond adressée aux recherches d'Andargatchew est tant la conceptualisation à la fois trop englobante et floue de la notion de prostitution teintée en même temps d'une connotation morale attribuant au phénomène du travail du sexe un pouvoir particulier de subversion du tissu social (Bethlehem 2005 : 44). Concernant l'étude de Laketch, les principales critiques émises (Bethlehem 2005 : 10-12) ont souligné l'absence d'une analyse plus approfondie du vécu des professionnelles du sexe, leurs relations avec la famille d'origine et les façons dont l'argent gagné est investi ou utilisé par exemple pour aider les personnes de leur entourage familial. Les recherches successives de Bethlehem (2005) se focalisant sur les professionnelles du sexe originaires d'Addis-Abeba ont eu le mérite de combler certaines de ces lacunes. Bethlehem reconnaît néanmoins, l'importance des apports de la recherche pionnière de Laketch sur ce sujet. En s'inspirant des travaux de J. Bujra (Bujra 1975) sur la prostitution à Nairobi et en s'appuyant sur la définition anthropologique d'institution formulée par A. Leeds (Leeds 1976), Laketch a tâché d'étudier la prostitution sous l'angle des normes qui informent le rôle social des professionnelles du sexe et qui déterminent en même temps leurs comportements, leurs relations réciproques et leurs rapports avec le reste de la société. Elle appréhende cette activité comme un choix stratégique d'occupation fait par les femmes dans un contexte socio-économique fort inégalitaire[135]. Loin de considérer la prostitution comme un problème social isolé, résultat du comportement déviant des certains individus, Laketch l'analyse en tant que secteur spécifique de l'économie informelle d'Addis-Abeba dont l'incidence et les caractéristiques

[134] « One of the most striking aspects of the urban scene in Addis Ababa, capital of Ethiopia, is the plethora of prostitutes. … Prostitutes of Addis Ababa constitute over 25 percent of the adult female population of the city. The predominance of prostitutes in Addis Ababa is part of another phenomenon that makes the city unique. Contrary to the situation in most African cities, there are more women than men in Addis Ababa. … As of 1967, there have been more women than men migrating into the city. Women predominate among the migrant population in the 15-to-24-year age group » (Lakecth 1992 : 1).

[135] «We will show that the occurrence of prostitution in Addis Ababa can be related to the structural inequalities of the socio-economic system that are manifest in the urban labour market, which is exclusionary and depressed. It is proposed that prostitution provides economic and social opportunities to women under extreme labour market constraints and is one of the very few ways in which Ethiopian women can participate in the urban economy. … We view prostitution in Addis Ababa as an institution. As such we follow Leeds' definition and description of an institution as having norms serving as goals and guidelines for behavior ; roles defined by these norms ; and patterned behavior attached to the roles » (Laketch 1992 : 14).

reflètent les évolutions du système socio-économique de la ville. Après avoir identifié deux catégories principales de travailleuses du sexe, à savoir celles pour qui la prostitution est la seule ressource et celles qui arrondissent leurs revenus par cette activité, Laketch montre aussi que la prostitution est une institution fort hiérarchisée s'organisant autour de six types différents de commerce sexuel. Au bas de l'échelle on retrouve les professionnelles du sexe travaillant dans la rue ; le sommet est occupé par celles appelées « madams ». Ces deux catégories sont ainsi décrites :

> « The group with the lowest prestige are streetwalkers. These are generally young runaway girls between the ages of 13 and 17. Some have run away from their homes in rural areas, others right from the city. Some of these girls get together in groups of three or four and rent small shacks or huts. These huts are almost never used to entertain clients. The poorest of this group sleep in churchyards and spend their days in the streets with boys of their age. … These girls walk the streets at night and solicit customers. They make twenty-five cents to $2 per costumer. The maximum monthly earning of a streetwalker is $20. … The most successful women in the business become madams – the top of the ladder in terms of income and prestige. Those who accept clients for short encounters charge $10. For overnight clients they charge $10 to $25. As a rule, the madams have wealthy clients whom they take on as lovers. The madams have a triple source of income : their liquor trade, the percentage they get from the young bar consorts who work under them, and war they make from their own clientele. Gifts from their lovers are sometime substantial, in the form of gold, jewellery, a plot of land or even a house. The mean monthly income of the madams in the sample is $2,300. The maximum reported is $5,400. The madam usually own property, leas luxurious lives, and as a result have attained high status ».
>
> (Laketch 1992 : 44 ; 46)

La mobilité sociale d'une catégorie de professionnelles du sexe à l'autre, quoique possible, est souvent entravée par la concurrence et par le grand nombre de femmes impliquées dans cette activité. À l'heure actuelle, les termes en usage en amharique pour désigner les professionnelles du sexe sont essentiellement deux notamment *setaña adari et šärmuta*. *Setaña adari* signifie littéralement « celle qui dort comme une femme », et selon l'explicitation de Lakecth, comme une femme libre, sans attaches. Cette absence de stigmate que révèle l'étymologie du terme est aussi reflétée par l'acceptation sociale dont bénéficie l'institution de la prostitution (Lakecth 1992 : 7). Quant au terme *šärmuta*, lors de mes enquêtes, j'ai pu remarquer qu'il gardait encore une connotation péjorative tandis que selon Laketch il l'avait perdue.

À l'heure actuelle, la prostitution et le proxénétisme sont considérés comme des activités illégales. L'article 604 du code criminel de la RDFE affirme :

> "Whoever, for gain, makes a profession of or lives by procuring or on the prostitution or immorality of another, or maintains, as a landlord or keeper, a brothel, is punishable with simple imprisonment and fine."

Mais cet article de la Constitution n'a aucune efficacité concrète car très peu de gens y ont recours. À la différence d'autre pays africains, la diffusion du VIH/sida n'a pas entrainé de processus de criminalisation de la prostitution. Cependant, la propagation de l'épidémie a promu l'implication d'un certain nombre d'organisations internationales et locales dans la mise en oeuvre de programmes de sensibilisation et d'information auprès des travailleuses du sexe visant à leur reconversion professionnelle. Dans le paragraphe qui suit je tâcherai de donner un aperçu du travail du sexe à Gondär en prenant plus spécialement en compte ses liens avec les stratégies de lutte contre le VIH/sida et le phénomène migratoire des femmes des zones rurales vers les centres urbains. Je m'appuierai sur les résultats des enquêtes menées entre mars et juin 2009 auprès d'une association de professionnelles du sexe et parmi huit femmes engagées à différents titres dans le travail du sexe. Deux d'entre elles étaient officiellement embauchées comme serveuses respectivement dans le bar d'un hôtel du centre-ville, dans deux night-clubs ; cinq travaillaient en tant que professionnelles du sexe à temps plein dans des *« red-light houses »* et une était officiellement embauchées en tant que femmes de ménage dans un hôtel très modeste fréquenté essentiellement par la population locale. Les résultats principaux de ces enquêtes montrent que dans le contexte de vie urbaine de Gondär, le travail du sexe peut être considéré comme un choix occupationnel (Bujra 1975 ; Laketch 1992) vers lequel les femmes s'orientent à cause des inégalités sexuelles et socio-économiques de la société éthiopienne sans pour autant en être la conséquence directe et nécessaire. L'analyse ici proposée se veut à contrecourant des compréhensions des prostituées soit comme des sujets déviants soit comme les victimes impuissantes de diverses formes d'exploitation sexuelle. Certes, des formes de prostitution forcée existent et dans certains cas cette activité peut aussi s'inscrire au cœur de vies brisées marquées par la violence et la souffrance physique et psychique. Cependant, ces cas de figure ne recouvrent pas la variété des formes dans lesquelles le commerce sexuel est pratiqué ni la multiplicité des circonstances amenant les femmes à le pratiquer. En confirmant les résultats principaux des recherches menées par Laketch et Betlehem, mes enquêtes ont montré que dans la plupart des cas le travail du sexe peut s'interpréter comme une voie d'affirmation de subjectivités féminines en rupture avec le modèle social normatif dans les marges d'un système hautement contraignant (Guillemaut 2008 : 93).

II.8.2 Les *setäña adari* à Gondär : l'*agency* féminine à l'épreuve des inégalités socio-économiques de genre

Selon les données statistiques du recensement publié en 2007 le nombre de femmes âgées de plus de dix ans résidant à Gondär « économiquement actives »[136] étaient

[136] « Persons aged ten years and over who were engaged or available to be engaged in the production of economic goods and services during a given reference period were classified as economically active, while those who were neither engaged nor available to be engaged in the production of economic goods and services during a given reference period were considered as economically non-active »

seulement 2,498 (Central Statistical Agency, CSA 2010 : 454) contre une population féminine de 108,924 (Ibid. : 533). En effet, le contexte socio-économique d'emploi de la ville reste encore très discriminatoire vis-à-vis des femmes tant à l'égard de l'accès que de la protection de leurs droits. Si l'on exclut des secteurs comme l'éducation et la santé où la présence des femmes éduquées est de plus en plus prépondérante, pour celles qui appartiennent à des couches sociales défavorisées ou encore pour les migrantes originaires des zones rurales, le travail du sexe peut représenter soit un choix occupationnel à part entière soit une activité secondaire destinée à améliorer leurs maigres revenus de serveuses ou de femmes de ménage dans des bars et dans des hôtels. Mes observations informelles dans les divers quartiers de Gondär ont confirmé l'existence des types principaux de travail du sexe identifiés à Addis-Abeba dans la recherche menée sous l'égide de FHI en 2002, selon les différents lieux où cette activité est pratiquée (hôtels, bar, *red-light houses*, ṭälla bet, shiro bet, tej bet)[137]. Les professionnelles du sexe travaillant dans les *« red-light houses »* ont attiré davantage mon attention pour les doubles liens que cette forme de commerce sexuel présente avec la lutte contre le VIH/sida et le phénomène de mobilité interne des femmes. Autant qu'à Addis-Abeba[138] la majorité des professionnelles du sexe travaillant dans ces *« red-light houses »* sont des femmes originaires des zones rurales ou bien nées dans des villes de moindre taille situées dans la Gondar Zone comme Dabat ou Amba Giyorgis. Dans Gondär, le quartier historiquement connu comme celui des professionnelles du sexe est celui d'Ənkoyämäsk (Solomon 2005 : 23). Situé dans le *qäbäle* 10, en direction de l'entrée à gauche du château de Fasilädäs *(gəra bet)*, à la frontière avec la zone touristique entourant le château qui est en expansion depuis 2010 grâce au jumelage de Gondär avec la ville française de Vincennes, le quartier a un aspect très contrasté. C'est juste derrière l'Abyssinia Bank dans une rue bitumée donnant une certaine apparence d'ordre et relative propreté qu'on peut trouver de petites maisons construites en terre et installées les unes à côté des autres où habitent et travaillent les *setäña adari*. En poursuivant son chemin on en aperçoit d'autres, notamment des *« red-light houses »*, des *ṭälla bet et des araki bet* situées dans des endroits très poussiéreux où pendant la saison des pluies les inondations sont fréquentes. Les *« red-light houses »* comportent une chambre de dimensions très modestes, non ventilée, contenant un lit et une petite

(CSA 2007 : 445)

[137] En revanche, je n'ai pas observé de professionnelles du sexe de rue.

[138] « Sex workers in red-light houses The majority of sex workers in red-light houses had moved to Addis Ababa from rural areas because of divorce or family problems, or to search for jobs (e.g. as housemaids). Subsequently, they became sex workers. Many of these sex workers used their earning to support their families in the countryside. Most sex workers reported that initially they appreciated the sex work since it provided a good income; however, gradually over time, most began to dislike the work because it exposed them to different health problems and unfavourable social conditions, including the violent actions of clients and house owners; In red-light houses, the sum of money paid to sex workers by their partners was very small. The clients were from low-income groups and mainly included students, unemployed persons, daily labourers, assistants of taxi drivers and other workers from the informal sector » (FHI 2002 : 33).

table avec des liqueurs. Certaines professionnelles du sexe louent leurs chambres auprès du *qäbäle* pour une petite somme d'argent tandis que d'autres les louent auprès de propriétaires individuels ou bien elles destinent la moitié du payement de chaque client au propriétaire de la maison. Les toilettes sont normalement en commun et il n'y a pas d'accès à l'eau. Ces professionnelles du sexe sont disponibles presque 24 heures sur 24. Les clients stationnent près des portes ou bien ils marchent dans la rue. La clientèle appartient à des groupes sociaux très modestes tels que des travailleurs du secteur informel, des agriculteurs qui viennent en ville pour les marchés hebdomadaires, des étudiants. Le tarif peut varier entre 20 et 50 birr (0.91 euro, 2.27 euro) en raison de la durée et des prestations que chaque professionnelle du sexe offre. En fait, je découvris le quartier d'Ənkoyämäsk par hasard un après-midi de mars 2009 lors d'un de mes promenades solitaires dans la ville et fus attirée par ces maisons. Lorsque je demandai plus d'informations sur le quartier à l'un des opérateurs du CVM/APA, il me le décrivit comme un quartier très pauvre évitant toute allusion aux maisons où les professionnelles du sexe accueillent leurs clients. En effet, bien qu'il ne soit ni le seul quartier pauvre de la ville ni le plus pauvre, c'est la pauvreté que les gens du lieu soulignent lorsqu'ils en parlent, du moins avec les étrangers. Par ailleurs, la condition de pauvreté est la justification normalement apportée par les Éthiopiens au choix occupationnel des femmes de travailler comme professionnelles du sexe. En fait, des entretiens menés avec huit professionnelles du sexe d'âge compris entre 16 et 32 ans il ressort que ce choix occupationnel est dû à un ensemble de facteurs plus complexes et que les contraintes d'ordre économique jouent un rôle important mais non pas exclusif. Six professionnelles du sexe parmi les huit interviewées, étaient originaires de petits villages ou de la campagne de la Gondar Zone. Deux travaillaient dans des *« red-light-houses »* d'Azäzo, trois à Ənkoyämäsk et une était officiellement employée comme femme de ménage dans un hôtel très modeste de ce même quartier. J'ai aussi interviewé une bar-lady et une serveuse travaillant respectivement dans deux night-clubs et dans un hôtel central de la ville qui étaient nées respectivement à Gondär et à Addis-Abeba[139]. Mis à part celles travaillant à Azäzo qui n'avaient jamais été scolarisées, les autres avaient fréquenté l'école pendant quelques années et une d'entre elles avait poursuivi ses études une fois qu'elle avait achevé le cycle d'enseignement obligatoire. Deux professionnelles du sexe avaient un enfant à charge et deux autres l'avaient confié à leurs familles paternelles.

Celles officiellement employées comme serveuses et femmes de ménage sont payées directement par leurs clients qui sont également chargés du payement de la chambre au cas où ils choisissent de rester dans l'hôtel où a eu lieu la rencontre[140]. Leurs tarifs varient sensiblement. Pour la femme de ménage employée dans l'hôtel d'Ənkoyämäsk le

[139] Interviewée en avril 2010, cette dernière avait rejoint Gondär d'Addis-Abeba où elle travaillait déjà comme serveuse depuis quelques semaines. Elle y avait été amené par un proxénète.

[140] Dans l'hôtel très modeste d'Ənkoyämäsk, c'était la norme.

prix de ses prestations était compris entre 50 et 100 birr (2.27 euro, 4.54 euro), tandis que la bar-lady gagnait en moyenne 150 birr (6.82 euro) par client et la serveuse travaillant dans un hôtel central pouvait gagner entre 200 et 800 birr (9 euro, 36.36 euro) par nuit. Les salaires pour leurs emplois officiels étaient respectivement de 100 birr (4.54 euro), 150 birr (6.82 euro) et 300 birr (13.63 euro) par mois. Toutes possédaient des connaissances très précises sur le VIH/sida et les méthodes de protection ; quatre d'entre elles avaient fait déjà le test de dépistage du VIH au moment où elles avaient commencé une relation amoureuse avec l'un de leurs clients. Les autres avaient fait le test de dépistage juste à titre préventif, pour prendre connaissance de leur statut. Sauf la serveuse dans l'hôtel central de Gondär qui a lié son choix professionnel à la perte de sa mère et à de mauvaises relations avec son père et sa belle mère (putative), les autres ont ramené l'entrée dans la prostitution à des raisons d'ordre économique, ou bien à des difficultés de divers type auxquelles elles ont dû faire face en concomitance d'événements précis de leur vie, notamment ruptures conjugales, départ de la famille paternelle pour poursuivre les études, migration vers la ville dans l'espoir d'une meilleure vie, perte d'un proche qui contribuait à pourvoir à leurs besoins et à ceux de leur enfant. L'entrée dans la prostitution n'a pas signifié pour la plupart de ces femmes une rupture définitive avec leurs familles d'origine et dans certains cas le revenu provenant du commerce sexuel était utilisé pour subvenir aux besoins de quelqu'un de leurs proches. Six d'entre elles gardaient toujours des contacts avec leurs familles paternelles et deux d'entre elles envoyaient régulièrement de l'argent pour contribuer à l'éducation et à la prise en charge de leurs enfants qu'elles leur avaient confiés. Comme l'a montré Bethlehem dans son étude sur la prostitution à Addis-Abeba contrairement à l'idée reçue que les professionnelles du sexe sont des femmes « socialement mortes », c'est-à-dire non intégrée socialement, nombreuses d'entre elles ont une vie sociale très active.

> « Contrary to common assumptions that the sex worker is a woman who is socially dead, a closer look at the women who practice the trade in Addis Ababa shows clearly that many of them, in fact, are very much alive socially. One of the conditions dictating this social engagement is the fact that entrance to commercial sex work does not necessarily and invariably entail service of social ties that the women had developed prior to their becoming sex workers. The other is that work in commercial sex does not necessarily and invariably prevent the development of social ties between the women and a host of other people. Owing to these two facts, the average sex worker in Addis Ababa is a woman who is either struggling to maintain old ties or to build and sustain new ones ».
>
> (Bethlehem 2005 : 70-71)

Aussi, les professionnelles du sexe travaillant dans les *« red-light houses »* de Gondär forment souvent des associations entre elles, notamment des *əqqub* (tontines)[141]

[141] Ces associations fonctionnent en cumulant un fonds monétaire qui se constitue des contributions de chaque membre et qui leur est attribué à tour de rôle selon un système de loterie. Les membres gagnants deviennent débiteurs vis-à-vis des autres qui n'ont pas encore été extraits dans le système de la loterie et ils s'engagent à continuer à verser la somme fixée aux échéances établies par

et des *əddər*[142]. Ce qui ne veut pas dire qu'elles ne doivent pas faire face dans leur vie quotidienne à différentes formes de stigmatisation et de marginalisation sociale. Les expériences biographiques de Keder et de Nə'gəst que je vais présenter par la suite en rendent compte. Par ailleurs elles montrent bien que l'engagement dans ce type d'activité peut être aussi la conséquence des nombreuses difficultés et multiples obstacles que les femmes rencontrent dans l'affirmation de leur autonomie économique et sociale étant confrontées à un monde du travail fort discriminatoire à leur égard.

II.8.2.1 Les cas de Nə'gəst et Keder : deux mères engagées dans le travail du sexe

Nə'gəst est née dans la campagne environnante d'Amba Giyorgis, une petite ville rurale à une dizaine de kilomètres de Gondär, en 1984. Troisième fille d'un couple d'agriculteurs, elle a quitté définitivement sa famille paternelle à l'âge de 18/19 ans pour s'installer à Gondär, ville où elle avait déjà vécu pendant sa scolarisation.

> **Nə'gəst –** « Mes parents sont des paysans et ils ont voulu que j'arrête l'école pour que je me marie. J'étais en neuvième classe et j'ai dû quitter l'école pour me marier, mais finalement je n'ai pas voulu et je suis partie à nouveau vers Gondär »[143].

À la question concernant sa vie dans la ville à cette époque, Nə'gəst répond :

> **Nə'gəst –** « Une fois que ma grand-mère n'a plus pu m'envoyer d'argent pour que j'aille à l'école j'ai changé de maison et ai commencé à vivre avec une amie de mon oncle. Elle était comme une tante pour moi. Je payais quelque chose comme 10 birr (0.45 euro) par mois et je vivais en filant et vendant du coton et si je pouvais je lavais le linge pour des familles, je coupais des oignons, j'allais chercher de l'eau. Et après j'ai rencontré un garçon et je suis allée vivre avec lui et j'ai eu cette fille. Quand elle avait deux ans son père est parti pour le Soudan car il était un soldat, j'ai pris ma fille je l'ai amenée chez mes parents et je suis revenue à Gondär. J'avais besoin d'argent pour vivre et ai commencé à travailler comme une prostituée. Au début je trouvais que c'était bien, que cela rapportait beaucoup plus des autres boulots mais puis quand ma fille est venue pour aller à l'école j'ai pensé que ce n'était pas bien pour elle et j'ai arrêté ».

Puis, elle m'explique les raisons son choix de changer de profession :

> **Nə'gəst –** « Tu sais, moi, mon objectif, je le connaissais depuis longtemps, c'était l'éducation. Mais ça ne s'est pas fait. Bref, ne voulant pas m'illusionner sur une possible réussite, je suis

l'association. Une fois que tous les membres de l'*əqqub* ont bénéficié des fonds progressivement cumulés dans le temps, l'association se dissout et les membres sortant peuvent soit constituer une nouvelle association, soit adhérer à un autre *əqqub* naissant (Schaefer, Amsalu 2005 : 346-347).

[142] Pour rappel, il s'agit d'une association locale d'entraide (*märrädağğa maḫbär*) avec le but principal de supporter les membres en cas de deuil, mais qui peut également offrir différentes formes de support en coïncidence d'autres événements comme baptêmes et mariages ou bien en cas d'accident. Chaque membre est censé payer une somme forfaitaire chaque mois qui alimente un fond commun dont des montants préalablement établis sont mobilisés en faveur du ou des bénéficiaires selon les circonstances, (voir *infra* § IV.6).

[143] Nə'gəst a fréquenté la neuvième classe dans la ville de Gondär.

rentrée ici. Après être rentrée, j'ai vu que la situation de prostituée était considérée comme inférieure à celles des autres gens, le sida, c'est horrible, ce que je veux dire, là maintenant, malgré notre liberté de parole, voilà, les gens disent : « cette prostituée », d'un point de vue social et dans d'autres situations, nous sommes vues comme inférieures. Et dans une période où la maladie se répand, la situation de prostituée est mauvaise. Premièrement, ma fille est en train de grandir et une des raisons pour lesquelles j'ai arrêté, c'est pour ma fille. À l'école, les enfants disent « que fait ta mère ? que fait ton père ? etc. », n'est-ce pas ? Tu penses à ce qu'elle pourra bien dire, si je lui dis « prostituée », ça l'affectera moralement. C'est vraiment pour elle que j'ai complètement laissé tomber, c'est exact, je l'ai fait… oui… certes. Mais maintenant, vu que ma fille doit étudier, j'ai arrêté en me disant je ne voulais pas qu'elle connaisse mon sort, mais après tout du fait que je dors chez certaines personnes, avec des amis hommes, on appelle cela prostitution, en fait, c'est juste de nom, je n'ai pas beaucoup de rapports. Je ne fais pas… En revanche, on m'a collé l'étiquette et voyant que ça ne m'était pas bénéfique, j'ai arrêté et vu que cela ne m'apportait pas beaucoup, j'ai décidé de changer ».

Ainsi que nous le verrons plus loin dans ce chapitre, Nə'gəst a pu bénéficier de divers micro-crédits pour démarrer des activités alternatives et s'est également engagée dans une œuvre importante de sensibilisation et d'information auprès d'autres professionnelles du sexe sur la prévention du VIH en vue de les faire adhérer à l'association.

Quand j'ai rencontré Keder, elle venait juste de se prêter à des échanges économico-sexuels avec les clients des deux night-clubs où elle travaillait, pour compenser son maigre salaire mensuel de 150 birr (6.82 euro) perçu en tant que serveuse. Keder est née à Gondär en 1985. Mère d'un enfant de 10 ans, en 2009 elle vivait avec sa mère, une femme âgée de 70 ans. Son père était décédé un mois avant notre entretien. Elle a eu son enfant quand elle fréquentait la huitième classe, d'une relation avec un autre étudiant qui la quitta après son accouchement. Elle a toujours vécu avec sa famille et a commencé à travailler comme serveuse dans deux night-clubs de Gondär au moment où son enfant démarrait sa scolarisation. Ce n'était que depuis quelques mois qu'elle s'était décidé à se prostituer avec des clients de ces deux bars.

Keder – « Avec 150 birr par mois rien ne changeait dans ma vie, ça fait longtemps que là où je travaille les clients me demandaient des rendez-vous pour passer la nuit avec eux. Pour une nuit je gagne 150 birr et parfois plus, et voilà, je peux m'occuper de ma fille et de ma mère ».

Les membres de sa famille[144], sauf l'un de ses frères, n'étaient pas au courant de son activité comme professionnelle du sexe et Keder n'envisageait pas de leur faire savoir. Faire face à ses contraintes d'ordre matériel l'emportait malgré les incitations de son frère à trouver une autre occupation et son aspiration personnelle à ouvrir un petit commerce. À la question concernant son avenir elle a répondu :

Keder – « Personne ne peut prévoir l'avenir, moi je voulais ouvrir un petit commerce mais ce n'est pas facile et là je gagne un peu plus, pour mon avenir je ne sais pas ».

[144] Keder a une sœur et quatre frères.

Les récits de Keder et Nə'gəst nous font découvrir des trajectoires de vie marquées par des événements et des choix qui ne s'inscrivent pas dans des contextes de violence physique ou symbolique se produisant au cœur de trajectoires familiales brisées. Leur choix occupationnel a été essentiellement déterminé par un contexte de travail très discriminatoire envers les femmes et où le potentiel de marchandisation attribué à leurs corps est un facteur facilitant des formes variées de prostitution. Loin d'être des femmes socialement exclues voire déviantes, Keder et Nə'gəst ont un enfant à charge et gardent des liens importants quoique différents avec leurs familles paternelles. Cependant, les formes de tolérance sociale dont l'institution de la prostitution bénéficie ne signifient pas pour autant que les femmes pratiquant cette activité ne soient pas confrontées à diverses formes de stigmatisation et marginalisation. Ainsi, le discrédit porté sur son rôle de mère a conduit Nə'gəst à abandonner l'activité de professionnelle du sexe et à s'engager dans la création de l'association de professionnelles du sexe dont elle était la présidente.

II.8.3 Le travail du sexe à l'heure de la lutte contre le VIH/sida

Les premières mesures de prévention et de contrôle du VIH/sida dans la population des professionnelles du sexe furent prises à Addis-Abeba à partir des années 1980 mais elles furent très limitées et finirent en outre, par être inefficaces compte tenu de l'insuffisance des financements et les nombreuses difficultés rencontrées dans le ciblage des professionnelles du sexe :

> « ... efforts to address the problem among this target population have been limited. Moreover, the problem has been compounded by Ethiopia's poor socioeconomic conditions. Only a few interventions have targeted commercial sex workers. In the 1980s, the Ethiopian Government started a rehabilitation program for sex-workers ; this included vocational skills training and provision of work in various factories. The initiative lacked motivation and eventually failed, partially because the felt needs of the sex workers were not considered in planning the project. Moreover, there was no sustainable budget to support the initiative. Some non-governmental organizations (NGOs), such as the Integrated Community Development Project in Wereda 3, Kebele 34, have initiated very encouraging income generating activities for people in low socioeconomic groups. However, the scale of such initiatives has remained small ».
>
> (FHI 2002 : 16)

À Gondär, c'est parallèlement à l'intensification, entre 2003 et 2004, de la mise en place des programmes de prévention du VIH/sida et de prise en charge globale des personnes affectées (voir *infra* § IV.2) qu'une association de professionnelles du sexe a été créée sous sollicitation d'HAPCO et avec la coopération d'un club anti-sida du qäbäle dix. L'entretien que j'ai eu en avril 2009 avec Nə'gəst en tant que présidente de cette association a été l'occasion pour reconstituer sa genèse à un moment où l'association n'était plus particulièrement active. J'ai rencontré Nə'gəst au siège de l'association, une pièce avec des bancs et un bureau située dans les locaux du *qäbäle* dix. C'est ainsi qu'au cours de l'entretien elle m'a fait le récit du début de l'association :

Nə'gəst - « En fait, quand on nous a informé de créer cette association je travaillais dans le qäbäle, ici donc. Je coupais les oignons, oui, à cette époque, j'avais quitté ce travail-là […] oui, c'est en 1995[145] que j'ai arrêté, oui, j'ai arrêté ce travail en 1995, on m'avait embauchée au château de Fasil pour nettoyer. Là, j'ai arrêté. Je remplissais aussi des caisses de bières. Chaque mois, on payait 100, 200, 300 birr (4.54 euro, 9 euro, 13.63 euro) là-bas. L'association pour les prostituées a été établie donc en 1995, l'association concernait le sida à l'époque où on commençait, quand on nous a donné des enseignements, moi je participais un peu et subitement une offre d'emploi est arrivée. Je suis immédiatement partie, alors même qu'on n'avait pas encore désigné de président. J'allais un peu partout, j'inscrivais les femmes et grâce au soutien, je suis entrée. … Et donc, c'est avec le soutien des jeunes que l'association a été créée, je pense qu'un comité concernant le sida a été établi. Il y avait ici au qäbäle une association pour les jeunes. Lorsqu'on nous a dit de créer, avec leur soutien, une association pour les prostituées, vu que nous étions proches, j'ai inscrit des gens, je suis allée un peu partout, l'association a été fondée et immédiatement, j'ai trouvé ce travail[146], je m'y suis rendue. Quand j'ai commencé à être plus proche du jeune homme, il a dit que l'on allait créer une association et inscrire toutes les prostituées. Oui, j'ai dit que c'était bien, que je participerai à la fondation, que je ferai le tour des quartiers pour inscrire des gens. On a inscrit des gens, on les a faits venir, on s'est réunis, on a parlé de la maladie, du sida, de tout. À l'occasion, on a également appris la manière de collecter des préservatifs dans MaŋbärHəywät[147] et de les utiliser. On a fait en sorte d'établir, avec ce soutien, l'association ».

(Siège de l'association des professionnelles du sexe Gondär, avril 2009).

En 2009 les professionnelles du sexe, membres de l'association, étaient 35. Elles avaient toutes bénéficié d'un micro-crédit en vue d'arrêter leur profession. Cependant, ainsi que Nə'gəst l'a souligné au cours de l'entretien, au moment de sa création, l'un des buts prioritaires était la prévention du VIH/sida.

Nə'gəst - « À cette époque, oui, on n'était pas conscient de la maladie et les médicaments n'étaient pas encore arrivés, et voilà, elles tombent malades et meurent. L'objectif de cette association… en fait, c'est de faire en sorte que les femmes prostituées ne soient pas contaminées par le sida, qu'elles connaissent les modes de transmissions, qu'elles utilisent des préservatifs. L'objectif, principal, c'est qu'elles utilisent des préservatifs, après qu'elles l'aient bien compris, clairement, le but est de les sortir de ce travail. L'objectif principal était néanmoins que les prostituées se servent des préservatifs. … On n'avait jamais vu quelqu'un aller de maison en maison pour soutenir et soigner, pousser à se faire examiner. Il y avait de la discrimination et du favoritisme. Et les gens s'opposaient. Pour ces raisons, c'était difficile de s'en sortir. Mais maintenant, on va volontairement dans chaque maison et parce qu'on explique ce que n'est pas le sida, il y a une prise de conscience et là, on est libre d'agir. Avant, c'était très difficile d'aller dans chaque maison et de demander à une femme d'aller se faire examiner ».

(Siège de l'association des professionnelles du sexe Gondär, avril 2009)

Nə'gəst évoque ainsi la mise en place d'actions de soin à domicile et d'une activité de prévention secondaire visant à encourager le dépistage de la maladie qui sera poursuivie, un an plus tard, par d'autres organisations et associations auprès des malades alités

[145] L'Éthiopie suit le calendrier julien qui introduit un décalage de 7 ans environ par rapport au calendrier grégorien. Suivant le calendrier grégorien la date correspond à 2002-03.

[146] Nə'gəst était rémunérée pour ces déplacements de 10 à 15 birr (0.45 euro, 0.68 euro) par jour.

[147] Organisation non-gouvernementale locale née en 2005 du club anti-sida qui a coopéré à la création de l'association des professionnelles du sexe.

nécessitant des soins et d'un support psycho-social (voir *infra* § IV.4 ; IV.5). Elle souligne aussi que la promotion de l'utilisation du préservatif était une stratégie tout à fait provisoire et que l'objectif principal fut la mise en place de stratégies de réinsertion économique alternatives à leur activité de professionnelles du sexe. Ces dernières ont été ultérieurement développées dans le cadre du PEPFAR (President's Emergence Plan for AIDS Relief) (voir *infra* § III.1.3). Elles s'inscrivent en effet dans une politique d'éradication de la prostitution qui a été aussi embrassée par d'autres acteurs locaux de la lutte contre le VIH/sida dont l'empreinte religieuse est plus ou moins marquée. Le club anti-sida qui a coopéré à la création de l'association de professionnelles du sexe que nous venons de décrire, avait été formé de par le regroupement de 14 jeunes chrétiens orthodoxes. Ces jeunes qui fréquentaient une même église de Gondär s'étaient spontanément engagés dans des activités caritatives s'adressant à des gens nécessiteux, à des enfants de rue, à des orphelins bien avant de former ce club anti-sida. Le groupe se composait plus précisément de huit femmes et de six hommes. À l'époque de la formation du club anti-sida l'âge des membres était compris entre 18 et 22 ans. Ils avaient l'habitude de se réunir de façon informelle dans différents endroits de la ville. Ils furent contactés par le responsable d'HAPCO (HIV/AIDS Prvention Control Office) vers 1991 à une époque où la priorité de cet office était la formation de club anit-sida afin de sensibiliser la jeunesse à la prévention du VIH. Ces jeunes furent formés par l'organisation allemande DSW (Deutsche Stiftung Weltbevoelkerung) qui œuvre sur des questions concernant la santé sexuelle et de reproduction, la réduction de la pauvreté et dont les actions s'adressent plus particulièrement à la jeunesse. Leur participation à la création de l'association des professionnelles du sexe s'inscrit par conséquent dans un double engagement dans la prévention du VIH et dans le support aux pauvres, aux orphelins et à tous ceux qui font partie des couches les plus défavorisées de la société éthiopienne. Cet engagement était essentiellement dicté par leur foi religieuse. Ainsi, activité tolérée et considérée comme apanage des femmes pauvres, le travail du sexe en temps de sida a fini par être investi d'un ensemble d'actions visant à son abolition de par la facilitation de l'accès aux ressources aux femmes qui le pratiquent. Il est également intéressant de noter qu'à la différence d'autres pays d'Afrique (Le Palec 1999 : 343-362) les professionnelles du sexe n'ont pas été identifiées dans l'opinion publique comme le vecteur principal de l'infection à VIH. Cela est bien mis en avant par le témoignage de Nə'gəst :

> **Nə'gəst –** « Pour les personnes vivant dans la maison, même les parents, avant, haïssaient leur propre fils. Bien plus que les prostituées venant d'autres provinces, ils se comportaient ainsi avec leur propre fils. Maintenant il n'y a plus de discrimination, on peut rentrer à l'intérieur, les laver avec un gant de toilette, leur préparer du café, faire ceci et cela. Là, c'est bien, mais avant, leur fils était bien plus méprisé par eux que les prostituées. C'était de la discrimination, clairement. Chez lui, sa mère et son père le voyaient sur le lit mais c'était son

ami proche qui va prendre des nouvelles. Celui vraiment proche de lui, avec qui il buvait du café, etc… et quand nous voyions son ami, on allait prendre des nouvelles auprès d'eux ».

(Siège de l'association des professionnelles du sexe Gondär, avril 2009)

Dans cette réponse Nə'gəst rend compte de son expérience d'absence d'incrimination à l'égard de la transmission du VIH, expérience qu'elle partage avec d'autres professionnelles du sexe que j'ai interviewées. Elle met aussi en avant ses liens d'affection avec des clients malades. En effet, bien que je n'aie pas approfondi le type de relation qu'elle avait avec ces derniers, en Éthiopie il est coutume que les professionnelles du sexe entretiennent des relations plus étroites avec certains de leurs clients habituels pour lesquels elles peuvent préparer à manger ou prendre soin de différentes façons. Elles peuvent également établir une véritable relation intime avec l'un d'entre eux. Puis, Nə'gəst évoque la mise en place des soins à domicile et les formes de solidarité et de soutien caractérisant les relations entre professionnelles du sexe et leurs clients. Or, comme nous le verrons en détail dans les chapitres III et IV, entre 2004 et 2005, le contexte épidémique de la ville de Gondär changea sensiblement grâce à l'arrivée des antirétroviraux. Les activités de promotion de dépistage de l'infection et de soins à domicile ont été alors intensifiées et destinées à un nombre de plus en plus élevé de malades alités de telle sorte que les professionnelles du sexe purent en bénéficier autant que d'autres personnes. C'est à cette époque que le projet de l'association s'est orienté vers des stratégies de reconversion professionnelle basée sur la distribution de micro-crédits aux travailleuses du sexe. En 2004 le financement disponible pour la mise en place de ces stratégies était d'environ 8075 birr (367 euro) provenant essentiellement de l'HAPCO de Gondär avec la contribution technique d'autres ONG et du club anti-sida que nous avons décrit plus haut. Les membres de l'association furent alors formées à la gestion des prêts et à la mise en place d'activités lucratives comme par exemple la vente de boissons, la restauration, l'élevage de poules et de brebis. Cependant, jusqu'en 2009 l'association n'avait plus reçu d'autres financements et la participation des membres était de plus en plus faible. Nə'gəst en a expliqué ainsi les raisons :

Nə'gəst – « L'objectif de l'association, c'est de contenir la diffusion du sida, dire aux gens de faire attention et se soigner. On peut venir après s'être inscrit, le plus important c'est la volonté, leur propre volonté, leur dire ce qu'il y a dans notre association. Si une femme prend part à l'organisation d'une association, cela lui sera plus profitable que de se retrouver seule. On pourra même créer du travail ainsi, les ONG pourront nous aider. Il faut aider les gens en leur expliquant dans un langage qu'ils peuvent comprendre afin de les inviter à rejoindre l'association. Au début il y avait quelques travaux de développement et de nettoyage fait avec le qäbäle. On travaillait en collaboration avec le qäbäle mais ce n'est plus comme avant. La raison est que la personne qui avait reçu un prêt n'est pas sûre de le rendre et cela cause un trouble avec l'association. On avait emprunté à une ONG. Et par conséquent, on ne travaille plus autant qu'avant. Avant on se rencontrait chaque semaine, on ne se séparait pas, on se réunissait et discutait du problème. Mais là en raison de ces quelques problèmes ».

(Siège de l'association des professionnelles du sexe Gondär, avril 2009)

En outre, Nə'gəst a tenu à faire remarquer une certaine inefficacité de ce type de stratégies car selon elle tout en bénéficiant de ressources nécessaires pour mener une activité alternative au travail du sexe, les membres de l'association continuaient à avoir des relations sexuelles contre rétribution.

> **Nə'gəst –** « Elles travaillent, elles vendent des bières, des sodas, là à l'intérieur dans leurs maisons. Enfin, tu te dis que les gens vont arrêter, que personne ne passe la nuit avec. Certains jeunes ont touché un peu d'argent, on se dit qu'elles arrêteront mais parce qu'elles dorment là-bas en laissant la porte de la maison ouverte, on ne sait pas qui y entre. Tu ne peux conclure qu'elles ont arrêté parce qu'elles n'ont pas de partenaire stable, elles ne sont toujours pas mariées. Certaines le sont, elles ont quitté le pays. De plus, je ne peux nullement conclure qu'elles ont arrêté, je me dis qu'elles travaillent. Il y en a certainement certaines qui ont arrêté »
>
> (Siège de l'association des professionnelles du sexe Gondär, avril 2009)

D'autres initiatives auxquelles Nə'gəst a participé en tant que membre d'un comité contre la violence faites aux femmes établi dans le *qäbäle* 10 s'inscrivent dans le cadre des stratégies de lutte contre la pauvreté par accès aux ressources. Au cours de l'entretien en parlant du dysfonctionnement de l'association, Nə'gəst rapporte :

> **Nə'gəst –** « On ne nous disait jamais : - Qu'avez-vous perdu, on veut le savoir. Quelle est votre tâche ? Quel est votre objectif ? Si on peut apporter une aide, nous le ferons. Réunissez les prostituées -, rien de tout ça, on ne nous disait rien » Maintenant, je suis membre du comité contre la violence faites aux femmes avec la police, en l'étant, j'ai organisé une section avec onze jeunes filles, prostituées âgées de dix-huit ans au moins, des jeunes prostituées. Maintenant, c'est leur choix, elles hésitent. Tiens, par exemple maintenant, près de 10 000 birr (454 euro) allaient être alloués. Nous avions fondé pour elles des associations pour apprendre l'économie ménagère. Elles avaient reçu beaucoup de choses, des casseroles et les jeunes filles ont commencé à demander comment elles pourront vivre après avoir arrêté la prostitution, où elles partiront. D'autres femmes ont clairement annoncé qu'elles changeraient, afin de recevoir l'argent alloué pour cela et nous avions eu l'autorisation d'utiliser cet endroit ».
>
> (Siège de l'association des professionnelles du sexe Gondär, avril 2009)

La prostitution est donc appréhendée et traitée dans les termes d'un problème social parfaitement assimilable à celui de la pauvreté féminine et les stratégies envisagées concernent essentiellement son éradication. La catégorie des professionnelles du sexe en tant que telle n'a fait l'objet d'actions de prévention sanitaire que de façon assez limitée voire sporadique. Les stratégies de facilitation d'accès aux soins, si l'on exclut la mise en place des soins à domicile pour les patientes alitées, sont restées de fait inexistantes. Des entretiens avec huit femmes d'âge compris entre 16 et 32 et insérées à différents titres dans le secteur du commerce sexuel de Gondär, il est ressorti que malgré l'accès aux traitements, parmi leur catégorie le VIH/sida continue d'être la cause principale de décès. Entre 2005 et 2010, toutes avaient perdu au moins une de leurs collègues à cause du sida. Également, en 2009 le nombre des membres de l'association était passé de 75 enregistrées en 2003 à 35. La présidente en parle ainsi :

Nə'gəst – « Là en fait, il y en a qui meurent et tout autant qui quittent la ville ; à l'heure actuelle, nous sommes plus ou moins trente-cinq ».

(Siège de l'association des professionnelles du sexe Gondär, avril 2009)

L'échec partiel ou bien les difficultés rencontrées par l'association dans la réalisation de son projet donnent à voir les limites et l'inefficacité des stratégies d'éradication de la prostitution par accès aux ressources. Ces stratégies sont inefficaces quant à la réalisation de leurs objectifs car elles ne garantissent pas l'abandon de la part des professionnelles du sexe de leur activité. D'autant plus elles négligent les besoins effectifs des professionnelles du sexe en matière de santé et plus particulièrement de prévention du VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles. En outre, étant basées sur des stratégies de réduction de la pauvreté par accès aux ressources, elles finissent par esquiver la question des discriminations sexistes subies par les femmes dans le monde du travail.

Dans la seconde partie de cette thèse, en prenant en compte le rôle que l'accès aux antirétroviraux a joué dans la sollicitation de la participation active des malades dans la lutte contre le VIH/sida, nous analyserons les effets que des stratégies similaires de lutte contre la pauvreté par accès aux ressources ont eu sur les conditions de patientes séropositives ayant à leur actif des expériences dans le travail du sexe. Nous démontrerons que leur état de séropositivité au VIH s'est constituée à différents degrés comme un facteur de mobilité sociale. Sollicitées à participer activement à la lutte contre l'épidémie ces femmes ont eu finalement accès en raison de leur condition médicale à de nouveaux espaces pour leur réinsertion sociale et économique. Nous nous pencherons plus spécialement sur les interprétations et les usages que les malades font des différentes ressources matérielles et symboliques mises à leur disposition au travers de leur prise en charge et la place qu'elles reconnaissent à leur état de santé par rapport à la réalisation de leurs aspirations et de leurs projets.

PARTIE II

PRENDRE SOIN DE CORPS QUI NE COMPTENT PAS : MATIÈRE À ANTHROPOLOGIE

INTRODUCTION À LA SECONDE PARTIE

Femmes et VIH/sida : la vulnérabilité en parangon d'une féminité normative

La 9ème Conférence internationale sur le VIH/sida qui s'est tenue à Berlin en 1993 a été la première ayant pour thème la rapide diffusion de l'infection parmi les femmes adultes. À cette époque, 45% de nouvelles infections à VIH dans le monde étaient représentées par des femmes (Schneider, Stoller 1995 : 1). À peu près à la même époque une équipe démissionnaire du Programme mondial sur le sida de l'OMS (GPA/OMS) élabore la notion de « vulnérabilité » pour expliquer l'exposition accrue des femmes au VIH dans les termes d'un risque passif de celles-ci face à la contraction de l'infection. Ce concept de vulnérabilité qui fait écho à celle utilisée dans le champ du développement durable[148] oppose de façon nette la « capacité négative » de l'individu de « se faire blesser »[149] à celle positive de résister et de se défendre des risques et des chocs auxquels il est confronté. Il ouvre en même temps la question de l'« autonomie » et de la « responsabilité » d'un sujet dont la condition originelle est associée à la « dépendance » et à l'« impuissance ». Avant d'aller plus loin, quelques remarques préliminaires s'imposent quant aux changements des orientations interprétatives de l'épidémie de VIH/sida et des stratégies de sa gestion que l'introduction de la notion de « vulnérabilité » a produits. L'appréhension des femmes comme catégorie vulnérable au VIH/sida a tout d'abord signifié un basculement important qui est allé de leur catégorisation épidémiologique comme « vecteurs » de la transmission du VIH en tant que prostituées et en tant que mères à leur caractérisation comme réceptacle passif voire comme victime de l'infection. Analyser de plus près ce basculement nous permettra de circonscrire dans un premier temps les espaces de problématisation de la santé de la femme dans l'épidémie à VIH/sida. Dans un second temps, en prenant en considération

[148] Dans l'ouvrage *Ethique et développement durable* on peut lire : « être vulnérable, c'est être exposé aux risques, aux chocs mais c'est aussi ne pas avoir les moyens de s'en sortir ou de se défendre. Lorsque l'on pense le développement durable, la prise en compte du risque et de l'incertitude est indispensable afin de réduire la vulnérabilité et améliorer la résilience, notions clefs pour réfléchir aux enjeux éthiques ... La vulnérabilité s'oppose à l'autonomie, à la puissance. Une personne ou un système vulnérables désignent des fragilités qui peuvent être exploitées pour détruire ou aliéner. … Dans le vocabulaire du développement durable, la vulnérabilité est une manière de mettre l'accent sur le risque d'accidents, de catastrophes, sur tous les événements que la cyndinique (la science du risque) cherche à comprendre » (Droz, Lavigne 2006 : 151).

[149] Je reprends ici l'étymologie du mot « vulnérabilité ». Le terme dérive du latin *vulnerabilis*, de *vulnerare*, (blesser) et il définit la capacité négative de se faire blesser.

le rôle d'accélérateur qu'a joué l'accès aux antirétroviraux dans l'organisation de la prise en charge des personnes atteintes, je me pencherai sur l'analyse de ce que j'appelle ici une « économie morale de la vulnérabilité » et dont je donnerai une définition plus loin.

Dans l'article « Women : The Missing Persons in the AIDS Epidemic », paru en 1989, les auteurs soulignent à la fois la sous-représentation des femmes dans les données officielles sur le VIH/sida aux Etats-Unis et la *« misrepresentation »* dont le syndrome a fait l'objet dans les observations cliniques des femmes affectées ainsi que leur assignation au rôle de vecteurs de la transmission de l'infection en tant que mères ou professionnelles du sexe.

> « Because those affected first were almost exclusively men, the case definition of AIDS is centered in how the disease has manifested in men, and gynecologic conditions are not included as manifestations of HIV infection. If women's disease manifests with the same infections as it does in men, it may be recognized and reported as AIDS ; if the infections, still HIV related, are different, the women are not considered to have AIDS. … Deeply ingrained societal sexism as well as racism and classism have skewed the public perception of AIDS and HIV infection in women in the United States. Since the first case of a woman with AIDS was reported in the United States in 1981 in the Bronx, women have remained a forgotten group in the AIDS epidemic. They are regarded by the public and studied by the medical profession as vectors of transmission to their children and male sexual partners rather than as people with AIDS who are themselves frequently victims of transmission from the men in their lives. Until recently, one could gain epidemiologic information concerning women and AIDS mainly from perinatal studies and, to a lesser extent, from studies of prostitutes. Women have been defined primarily in terms of childbearing activities, despite the facts that pregnancy lasts a relatively short period of time and most of the serious AIDS-related illnesses in women occur outside of pregnancy ».
>
> (Anastos, Marte 1989 : 6 ; 10)

Cinq ans plus tard C. Patton ouvrait son ouvrage *Last served ? : Gendering the HIV Epidemic* en remarquant l'importance de plus en plus significative que les femmes étaient en train de prendre dans les analyses de l'épidémie et dans l'organisation des stratégies de sa gestion. Mais l'auteur interrogeait également de façon critique cette attention accrue portée aux femmes et plus précisément les logiques de genre qui la justifiaient. Celles-ci reposaient essentiellement sur les constructions historiquement et culturellement consolidées du corps féminin en tant que corps voué à la procréation et à la maternité et de ce fait vecteur potentiel de transmission de l'infection au fœtus et au nouveau-né. Et les stratégies proposées prenaient comme prototype le modèle socialement accepté de la femme monogame et hétérosexuelle. C. Patton, de son côté, s'efforçait de montrer comment malgré l'attention médicale et la visibilité que les femmes se voyaient enfin accordées dans le champ de la lutte contre le VIH/sida, l'oblitération de leurs besoins en matière de santé persistait de façon systématique dans les formes de prévention et de prise en charge du VIH/sida.

« It is now clear that there is significant international concern about women in the HIV/AIDS pandemic. Recent national and international conferences have had unprecedent numbers of presentations about women and AIDS, and there are many formal and informal projects for and sometimes by women at risk of contracting HIV. Once considered an issue marginal to the 'real' thrust of the epidemic, raising the question of women at risk of contracting HIV is no longer controversial. But it is still not easy : getting women's needs addressed is not automatic because conflicting constructions of gender form the basis of the very logic through which science, the media, educators and policymakers operate ... Instead of replacing invisibility with visibility, the analysis here will suggest that the erasure of women's needs is systematic, grounded in a complex array of media representations of the HIV pandemic, cultural beliefs, and research and policy paradigms which are deeply gendered biased and not easily changed ».

(Patton 2005 : 1 ; 3)

Par la suite, S. Msimang, une féministe sud-africaine résidant aux Etats-Unis, soulignait dans un article paru en 2003 la manipulation subie par les femmes enceintes au sein des mobilisations pour l'accès aux médicaments en Afrique du Sud :

« The Treatment Action Campaign (TAC) began their campaign by using pregnant women as their rallying cry. The right to nevirapine for pregnant women opened the door for TAC's broader claims about the rights of all people with HIV/AIDS to HIV medication. […] TAC's strategy needs to be vigorously debated and analysed by feminists. TAC did not use arguments about reproductive and sexual rights. They simply said, 'It is unfair for the government not to give drugs to pregnant women so they can save their babies' lives'. It was a classic 'woman as the vessel' argument. TAC's interest was not in women's rights – but in the rights of people living with HIV/AIDS some of whom happen to be women. […] Our sisters in the North need to develop a consciousness about the fight against AIDS as a feminist fight. We need civil society and feminist voices in developing countries to challenge their governments to tackle HIV/AIDS as a health issue, as a human rights issue, and as a sexual and reproductive rights issue. If we lose this fight, it will have profound effects on the lives of girls and women into the next century ».

(Msimang 2003 : 110-113)

Par ailleurs, sept ans auparavant, était sorti aux États-Unis l'ouvrage collectif *Women poverty and AIDS. Sex drugs and strucutral violence* réalisé par une équipe de l'*Institut for Health and Social Justice*. À une époque où la recherche en sciences sociales portait presque exclusivement sur les comportements à risque[150], les auteurs de cet ouvrage ont focalisé leur analyse sur les liens de causalité entre pauvreté, inégalités de genre et VIH/sida. Ils ont avancé la thèse que les modes de diffusion de l'épidémie sont déterminés par un ensemble de facteurs socio-économiques s'inscrivant dans une histoire de longue durée de rapport de domination, de violence, d'inégalités sociales, sexuelles et raciales. Aussi, ils ont considéré la pauvreté dont les femmes constituent la catégorie sociale la plus touchée de par le monde, comme le plus pernicieux et le moins étudié des

[150] «A look at the AIDS database is instructive in this regard. If one conducts a search using the term "AIDS", over 100,000 references are instantaneously available. In restricting the search by adding the term "women" to "AIDS", one finds, at this writing, well over 2000 references. If you seek to further restrict your search by adding "poverty" to "women" and "AIDS", however, the computer will inform you that "there are no references meeting these specifications» (Farmer *et al.* 1996 : XIV).

facteurs de risque exposant à la contraction du VIH/sida, car au travers d'une myriade de mécanismes elle produit un véritable « environnement dangereux » (Farmer *et al.* 1996 : 53). En France, c'est à partir du milieu des années 1990 que des recherches en sciences sociales commencent à porter sur femmes et sida et cela pour « pallier l'absence de pouvoir d'action (powerlessness) et l'invisibilité des femmes infectées par le VIH » (Pierret 2008 : 161)[151]. En 1997 paraît le rapport ONUSIDA intitulé *Les femmes et le SIDA* où on prend la mesure de l'étroite corrélation entre vulnérabilité et féminisation de l'épidémie. Elle y est thématisée selon une succession de niveaux allant de l'exposition biologique accrue des femmes au risque de la contraction des maladies sexuellement transmissibles à leur situation de subordination et de dépendance économique et sociale, leur difficile accès aux systèmes de soin, à l'éducation et à l'information. À titre préliminaire les auteurs attirent l'attention sur le nombre croissant d'infections à VIH parmi les femmes et plus spécialement sur celles vivant dans les pays dits en voie de développement, particulièrement en Afrique subsaharienne (ONUSIDA 1997 : 2). De plus, en s'appuyant sur les données statistiques qui attestaient une diffusion importante de la maladie au sein de la catégorie des « femmes mariées »[152], ils mettaient en avant les difficultés voire l'impossibilité pour ces dernières de se protéger du risque d'infection au sein de leur relation conjugale[153]. En revanche, les professionnelles du sexe pourraient en effet bénéficier dans certains contextes des formes de protection institutionnalisées concernant l'utilisation du préservatif de la part de leurs clients alors que pour les « femmes mariées » il n' y aurait pas de réels moyens pour « négocier une sexualité à moindre risque »[154].

[151] Au sein de ces recherches, celles sur « sida et femmes immigrées » ont constitué un chapitre à part entière (Fassin 1999 ; Musso 2009 ; 2011). Elles se sont pleinement inscrites dans la problématique plus vaste de l'ambivalence du rapport spécifique de l'État français à la question de l'« immigration » et à son histoire coloniale et postcoloniale.

[152] Je tiens à souligner qu'il s'agit d'une catégorie qui n'est aucunement représentative de la complexité des unions conjugales surtout dans un continent comme celui africain. De plus elle a pour effet de négliger la complexité de la vie sexuelle des femmes en la réduisant à la situation temporellement définie d'une union de couple stable.

[153] « Des études conduites en Afrique et ailleurs révèlent que bon nombre de femmes mariées ont été infectées par leur seul et unique partenaire : leur mari. Le simple fait d'être mariées constitue un risque majeur d'infection à VIH pour les femmes qui n'ont guère la possibilité de demander l'abstinence ou d'instaurer l'usage du préservatif dans leur couple et qui ne peuvent contrôler l'activité sexuelle de leur mari à l'extérieur du couple » (Ibid. : 2).

[154] « La prostitution constitue un autre milieu où les femmes n'ont guère le pouvoir de se protéger contre le VIH. Les filles contraintes de s'adonner à la prostitution ou vendues au milieu de la prostitution, même avant la puberté, ne sont généralement pas informées du risque de SIDA, ne peuvent pas s'enfuir, ni prendre des mesures pour se protéger. … La prostitution n'est pas toujours imposée. Pour certaines femmes, c'est un choix ; mais bon nombre de femmes trouvent dans la prostitution occasionnelle ou régulière une solution à leur situation d'extrême pauvreté, vendant leur corps pour faire face aux besoins les plus élémentaires de leur vie quotidienne et à ceux de leurs enfants. Souvent, il s'agit de femmes dont la vie a été brisée par la guerre, ou de femmes qui, du fait de lois et de coutumes inéquitables, ont perdu leurs biens ainsi que le revenu de leur mari à la suite d'un divorce ou du décès de ce dernier. Si bon nombre de prostituées risquent de subir des mauvais traitements ou une perte de revenu en demandant d'utiliser le préservatif, dans certains endroits les prostituées ont fait front pour exiger de leurs clients qu'ils utilisent le préservatif, ou travaillent dans des maisons de passe où le gouvernement a institué la règle du 'préservatif, sinon rien'. Curieusement, ces femmes jouissent peut-être d'une plus grande protection que les femmes au foyer

Ce nouveau modèle explicatif de la diffusion de l'épidémie a fini par substituer à la logique des groupes et des comportements à risque la représentation médicale, sociale et politique de sujets incapables de se protéger de l'infection à VIH. Il a invalidé les méthodes de prévention jusque là préconisées [155] et a en même temps justifié le déploiement d'une série de « techniques et de procédures destinées à la conduite » (Foucault 1994 : 125) de ces individus particulièrement exposés au risque du VIH mais pour lesquels il paraît impossible de créer des formes institutionnalisées de protection. Six volets d'intervention ont été désignés : « combattre l'ignorance », « offrir des services conviviaux », « développer des méthodes de prévention dont les femmes aient la maîtrise », « établir des normes sociales plus saines », « renforcer l'autonomie économique des femmes », « réduire la vulnérabilité par un changement de politique » (ONUSIDA 1997 : 6). Concernant ce dernier point on peut lire :

> « L'ONUSIDA préconise de réformer l'ensemble des politiques, du niveau communautaire au niveau national, pour réduire la vulnérabilité des femmes au VIH. Cela signifie, entre autres, sauvegarder leurs libertés essentielles et leurs droits fondamentaux et améliorer leur autonomie économique ainsi que leur statut juridique. On ne saurait y parvenir sans donner davantage de poids politique aux femmes ».
>
> (Ibidem)

Cette conceptualisation de l'exposition au risque du VIH dans les termes d'une « vulnérabilité » spécifiquement féminine a été construite à partir d'un modèle de féminité normative qui met en exergue le caractère de passivité qui serait le propre de la sexualité féminine, ses liens privilégiés avec la santé de la reproduction ainsi que plus généralement les fonctions de reproduction des femmes dans la société. Conçue par conséquent comme une fissure au cœur du tissu et de l'ordre social, la vulnérabilité des femmes au VIH/sida a donné lieu à une nouvelle « économie morale » de l'épidémie. Elle a de fait impulsé la production, répartition, circulation et utilisation de certaines émotions et valeurs, ainsi que de nouvelles normes et obligations[156] dans les espaces sociaux et politiques de la lutte contre l'épidémie. Érigée en victime innocente et impuissante, la

qui n'ont pas la 'permission sociale' de demander ou de négocier la sexualité à moindre risque » (ONUSIDA 1997 : 5).

[155] « De par le monde, les taux d'infection ont pu entre abaissés grâce au contrôle du sang destiné aux transfusions, grâce à une information franche sur les modes de transmission du VIH, grâce encore aux messages clairs de prevention invitant à l'abstinence, à la fidélité ou à la pratique de la sexualité à moindre risque, grâce à la promotion de l'usage du préservatif, grâce aux programmes visant à éviter l'échange des seringues entre toxicomanes, grâce enfin aux moyens mis à la disposition des gens souffrant de MST, les incitant à se faire soigner rapidement. Cela entant, les femmes sont des millions dans le monde entier à ne pas pouvoir disposer de bon nombre de ces services, et les messages sont la plupart du temps inadaptés au cas de ces femmes qui ne sont pas à même de les appliquer, ni de s'en prévaloir. Leur statut socio-économique en font des « interdites d'autonomie ». Sans ressources matérielles bien à elles, et craignant d'entre abandonnées ou brutalisées par leur partenaire, elles n'ont guère, voire absolument pas, le pouvoir de choisir les conditions, ni le moment du rapport sexuel ; de ce fait, elles ne peuvent pas contrôler le risque qu'elles encourent de contracter l'infection à VIH. Tel est le sens du mot « vulnérabilité » (ONUSIDA 1997 : 3-4).

[156] Je fais écho ici à la définition de « économie morale » donnée par D. Fassin (Fassin 2009 : 1257 ; 2010 :16).

femme et plus précisément son assimilation à ses rôles sociaux moralement admis de mère et d'épouse, est devenue le noyau de déploiement[157] d'un langage dont les valeurs et les affects servent à définir autant qu'à justifier des pratiques de gouvernement reposant sur un ensemble de dispositifs et d'actions visant à administrer, réguler, favoriser l'existence des êtres humains (Fassin 2010 : 8 ; 9). Il ne s'agit pas pour autant de techniques d'assistance s'accompagnant d'actions paternalistes de protection. Au contraire, ces stratégies visent à « renforcer » les capacités des femmes en vue de faciliter leur responsabilisation, l'acquisition d'autonomie et leur émancipation. Elles ont pour but de garantir le bon fonctionnement de l'institution considérée comme primordiale pour le bien-être de la société, à savoir la famille. Ainsi que nous le verrons en détail plus loin, la lutte contre le VIH/sida en mettant au cœur de ses stratégies, des actions ciblées sur la vulnérabilité des femmes et la protection de la santé maternelle s'est plus largement inscrite dans la droite ligne de la promotion des droits sociaux, économiques et politiques des femmes. L'émanation et affirmation de ces droits se sont réalisées au travers de diverses conventions internationales et de programmes d'action issus des quatre conférences mondiales sur les femmes qui se sont succédées entre 1975 et 1995. Les « femmes du Sud » en tant que sujet théorisé au cours des années 1970 (voir *supra* Introduction Générale) y a occupé une place de premier plan.

Les droits des femmes et la construction de leurs rôles dans les politiques du développement social et économique

Le principe de non-discrimination des sexes tel qu'il apparait dans la déclaration des droits humains de 1948 et antérieurement dans la Charte des Nations Unies de 1945 a marqué un tournant par rapport aux instruments internationaux antécédents qui avaient fait état des droits de la femme dans une perspective paternaliste de protection. La Charte de 1945 commence par affirmer que les Nations Unies ont notamment pour but de

> « réaliser la coopération internationale en résolvant les problèmes internationaux d'ordre économique, social, intellectuel ou humanitaire, en développant et en encourageant le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous, sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion »[158]

Néanmoins en 1945, seulement trente des cinquante et un premiers états membres de l'ONU accordaient aux femmes le droit de vote et les autorisaient à travailler dans l'administration publique. En 1946 est créée la commission de la condition de la femme. À partir de 1949 une série de conventions permettent de défendre l'égalité

[157] Je reprends ici la conceptualisation que D. Fassin a formulée à l'égard de ce qu'il appelle le « gouvernement humanitaire »

[158] http://ultraliberalisme.online.fr/Documents/ONU/1945_06_26.pdf, consulté le 13 mai 2014

professionnelle (1951, 1960), d'affirmer l'égalité politique des femmes (1952), d'énoncer des droits de la personne contre la traite et la prostitution (1949), de prendre position pour la nationalité indépendante de la femme mariée (1957), pour l'autonomie du consentement dans le mariage (1962). Le 18 décembre 1979, l'Assemblée Générale des Nations Unies adopte la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW, *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*)[159], dénommée « déclaration des droits de la femme ». La Convention demande l'abrogation de tous les stéréotypes sur les rôles des hommes et des femmes dans la société. Elle encourage l'éducation mixte, l'égalité des chances pour garçons et filles à l'accès à l'éducation. Elle défend la protection spéciale de la maternité ; elle prévoit que les états signataires prennent toutes les mesures nécessaires contre le trafic des femmes et l'exploitation de la prostitution. En effet, ces conventions quand bien même font-elles référence à l'importance de la participation des femmes à la vie politique, sociale, économique et culturelle, ce sont essentiellement « leurs rôles dans la famille et particulièrement dans l'éducation des enfants » à être socialement valorisés. Ces conventions renforcent donc la répartition des rôles sociaux entre hommes et femmes selon la normativité instituée de l'hétérosexualité et finissent ainsi par témoigner de la longue histoire de la « domination masculine »[160] au cours de laquelle le politique, le public, et au premier abord le langage se sont constitués comme des espaces plus spécifiquement masculins, quoique apparemment neutres[161].

Entre les années 1970 et la fin des années 1990, des formes d'intégration sociale, économique et culturelle des femmes dans les sociétés des pays dits en voie de développement ont été conçues au sein des trois grandes approches d'intégration des femmes dans le processus de développement, notamment *Women in Development (WID), Women and Development (WAD), Gender and Development (GAD) (Les femmes*

[159] Huit états membres de l'ONU (le Vatican, l'Iran, Nauru ; les Palaos, la Somalie, le Soudan, les îles Tonga) n'ont pas signé cette Convention. Les Etats-Unis l'ont signée en 1980 mais ne l'ont toujours pas ratifiée.

[160] En faisant écho au titre du célèbre ouvrage de P. Bourdieu et de l'article qui l'a précédé (Bourdieu 1990 ; 2002), et en me référant plus précisément à certaines études féministes qui se sont penchées sur les rapports sociaux de domination entre genre masculin et genre féminin (Rollins 1990 ; Pinto 1990 ; Ginsburg 1990) j'entends ici par « domination masculine » l'ensemble des pratiques discursives et non-discursives qui dans chaque société participent à la reproduction d'un « ordre institutionnel » hiérarchisé reposant sur une logique binaire. La reproduction de cet ordre s'opère de deux façons : « d'une part, dans les choses, sous forme, par exemple, de divisions spatiales entre les espaces féminins et les espaces masculins, sous forme d'instruments différenciés, masculins ou féminins, etc. et, d'autre part, dans les cerveaux, dans les esprits, sous forme de principes de vision et de division, de taxinomies, de principes de classement qui prennent souvent la forme, dans nos sociétés, de couples d'adjectifs » (Bourdieu 2002 : 227).

[161] Je tiens ici à rappeler que l'instauration d'un genre grammaticalement neutre n'est qu'apparente. Elle s'est opérée au travers de la monopolisation grammaticale que le masculin exerce sur l'universel (Bourdieu 1990) aussi bien qu'au travers de l'« évidence doxique » (Ibidem) du pouvoir de représentation que le masculin a à l'égard de la condition humaine toute entière. En effet, l'instauration d'un genre apparemment neutre dont devrait rendre compte par exemple le substantif « homme » en tant que synthèse dialectique du masculin et du féminin a fini par occulter outre la complexité et la multiplicité des réalités sociales, économiques, politiques et culturelles féminines, l'espace à la fois hiérarchique et multiforme des masculinités (Connell 1987 ; 1995).

dans le développement, Femmes et développement, Genre et développement) (Tiedje 2009). Le premier courant (WID) s'est formé au cours des années 1970. Alors que la critique féministe de l'anthropologie (Rosaldo, Lamphere 1974 ; Reiter 1975) venait de dénoncer ouvertement la sous-représentation des femmes dans la discipline tant en qualité d'enquêtrices que comme enquêtées[162], l'étude de l'économiste danoise E. Boserup, *Woman's Role in Economic Development* (Boserup 1970), mettait au jour les mécanismes d'occultation, d'exploitation et d'assignation de la force de travail féminine dans la spécialisation sexuée des activités agricoles. Tout en ayant attiré un certain nombre d'objections[163], cette étude a inauguré l'essor de recherches essentiellement produites par des anthropologues féministes, portant sur les femmes et leurs rôles productifs dans l'économie des pays en voie de développement (Bossen 1984 ; Quisumbing 1996). La rubrique WID vit le jour au cours de ces mêmes années. Les objectifs principaux étaient une meilleure intégration des femmes dans les activités économiques conçues à tort comme exclusivement masculines, la promotion de leur statut et la réduction des processus de discrimination. Fondée sur la théorie de la modernisation[164] cette approche du développement considérait la croissance économique et la progressive transformation des sociétés agraires en sociétés industrielles modernes comme les facteurs-clé pour une amélioration générale des conditions de vie de toutes les couches de la société y comprises les plus pauvres. Le paradigme WID a également inspiré des études et des stratégies d'action pendant la décennie des Nations Unies pour la femme (1975-85) dont un grand nombre soulignèrent les effets négatifs du développement sur la vie des femmes dus essentiellement au fait que leurs rôles productifs dans les programmes de développement agricoles étaient complètement négligés. Le *Rapport de la Conférence Mondiale de la décennie des Nations Unies pour la*

[162] Les travaux pionniers parus au milieu des années 1970, de Rosaldo et Lamphere (1974) et de Slocum (1975) ont mis bien en exergue la double lacune quant au corpus de connaissances anthropologiques sur les femmes et quant aux approches théoriques nécessaires pour aborder ce sujet. Liés au mouvement des femmes des années 1970, ces travaux portant sur l'anthropologie de la parenté, l'économie, et s'intéressant à d'autres questions d'ordre plus théorique visent à mettre au point une évaluation critique des acquis et des approches existantes sur les femmes et tâchent de frayer la voie à ce nouveau champ de recherche.

[163] Les objections principales émises furent la simplification grossière du rôle et du travail des femmes en Afrique, la réification du patriarcat, la négligence de l'expression des femmes (Beneria et Sen 1981).

[164] L'ensemble des théories dites de la « modernisation » ont expliqué les aspects sociologiques du processus de développement en se basant sur la conceptualisation de deux types idéaux de la société, la « société traditionnelle » et la « société moderne ». Le développement est conçu comme le passage d'une société à l'autre et se caractérise par une phase de transition dans laquelle coexistent dans une même société des traits caractéristiques des deux types idéaux. « La société traditionnelle entre en processus de désagrégation ; il y a une rupture de l'équilibre social sans que la formation de la société moderne soit achevée. Cette coexistence se présente à tous les niveaux de la société en question : c'est le dualisme structurel, qui se reflète dans les structures économiques, sociales, politiques, culturelles et même de la personnalité. Le type 'société moderne' est élaboré en prenant comme modelé les sociétés développées. Les caractéristiques de ces sociétés sont exprimées par des indicateurs (production, emploi, revenu, scolarité, etc.) et une société sera considérée comme moderne ou traditionnelle dans la mesure où elle s'approche ou s'éloigne des indicateurs choisis. Les sociétés qui présentent, par rapport à ces indicateurs, un hybride d'éléments traditionnels ou modernes sont considérées comme des sociétés en transition » (Peixoto 1977 : 609)

femme : égalité, développement et paix publié en 1980 par les Nations Unies, cinq ans après la conférence mondiale qui eut lieu à Mexico, proposait un programme portant essentiellement sur la participation accrue des femmes à la réalisation des objectifs du Plan d'action mondial, notamment égalité, développement et paix. Néanmoins, essentiellement intéressée par l'intégration des femmes dans des projets économiques et visant à accroitre leur liberté économique et l'accès au capital, l'approche WID se basait sur l'acceptation des structures sociales établies sans remettre en cause les inégalités de pouvoir entre les sexes. Sa lacune la plus évidente était la focalisation exclusive sur les femmes sans appréhender leurs rôles et fonctions au sein des relations de genre. Par ailleurs, cette approche ne prenait pas en compte la contribution économique et sociale des femmes de par leurs fonctions de reproduction tout en ignorant les inégalités sociales, économiques et raciales parmi les femmes qui étaient ainsi de fait considérées comme un groupe social homogène.

Au milieu des années 1970, l'approche nommée Women and Development (Femmes et développement, WAD) fut la réponse marxiste au modèle WID. Influencée par le féminisme marxiste, l'approche WAD s'inscrivit dans la théorie de la dépendance[165] en mettant en avant la nécessité de prendre en compte la classe sociale comme outil d'analyse de la condition féminine et masculine dans les pays dits, à cette époque, du Tiers Monde. Néanmoins, autant que l'approche WID, WAD conçut l'amélioration de la condition des femmes comme une conséquence de leur intégration dans l'économie monétaire et de leur accès au capital. En reconnaissant à la séparation entre sphère publique et domestique un caractère universel (Ortner 1972) cette approche ne remit pas en question la condition de subordination de la femme et ne visa pas à une reconnaissance sociale de son rôle reproductif. En outre, en privilégiant l'approche en

[165] La théorie de la dépendance est née de l'analyse du développement en Amérique Latine, puis s'est appliquée à ce qu'on appelé jusqu'au milieu des années 1990, le Tiers Monde. « De façon plus précise, la dépendance est une forme d'articulation entre les pays périphériques et les pays centraux ; cette articulation ne se développe pas de façon linéaire, la périphérie réagissant à des stimulants venant du centre. Elle part du postulat que la domination extérieure s'explicite, à l'intérieur de la structure sociale, par certains mécanismes de domination ; elle a donc un mouvement propre et ce mouvement exprime la totalité des rapports qui existent entre centre et périphérie. Si l'on veut, la théorie de la dépendance cherche à privilégier l'analyse de la dynamique de la périphérie, dynamique qu'elle considère comme le résultat de l'action conjuguée des facteurs intérieurs et extérieurs. Ces mécanismes et leur mouvement (provoqué à la fois par les changements dans le centre et par la dynamique de la périphérie) sont, en dernière analyse, le véritable objet de la théorie de la dépendance. Elle se propose, fondamentalement, d'étudier la périphérie tout en y incorporant le mouvement du centre alors que, la théorie de l'impérialisme a surtout étudié le mouvement du centre hégémonique en ne donnant que quelques indications pour l'étude de la périphérie. L'idée directrice de l'analyse est que la dynamique du processus social est le résultat des rapports entre les groupes et les classes sociales, et que ces rapports sont historiquement déterminés. La configuration que prennent ces rapports à un certain moment de l'histoire définit donc la structure de la société à ce même moment. La structure est conçue comme la cristallisation de l'ensemble des rapports sociaux à un moment donné. De ce point de vue, elle présente, comme toute structure, une certaine rigidité et quelques régularités dans son fonctionnement (patterns). Mais, en même temps (l'influence du marxisme est, à ce moment, directe), la structure est aussi le résultat de la lutte sociale. Elle est donc cristallisation et mouvement dans la mesure où la lutte au sein de la société ne disparait pas au moment où une structure se consolide, c'est-à-dire au moment où les rapports sociaux prennent une configuration notable (la stabilité n'existant qu'au niveau de l'analyse) » (Peixoto 1977 : 617).

termes de classe sociale, l'approche WAD eut tendance à regrouper les hommes et les femmes des pays dits en voie de développement dans une même catégorie construite par contraste avec la richesse globale des pays industrialisés. Au cours des années 1980 l'approche GAD (Gender and Development) née sous l'influence du féminisme socialiste commença à remettre en question le caractère universel et naturel attribué à la subordination féminine. Les relations sociales de genre qui avaient été ignorées par les approches précédentes devinrent le véritable objet d'analyse. Le genre fut plus particulièrement considéré comme une production sociale originée par la séparation entre public et privé, entre naturel et culturel, entre droits sociaux et droits politiques. Ces trois dyades sont en effet emblématiques des façons dont le genre féminin a été historiquement produit par des opérations d'exclusion des femmes de la vie politique et publique et au travers de leur cantonnement dans les sphères du domestique et du privé. De cette façon, les rôles de genre furent interprétés comme des rôles sexués socialement construits et non plus comme la conséquence de la différence biologique entre hommes et femmes. Suivant une perspective holistique l'approche GAD considéra les rapports de genre à partir de toutes les dimensions de l'organisation sociale allant de l'économique au politique et appréhenda la question de leur construction en termes de justice sociale et d'égalité entre les sexes tout en prenant en compte les façons dont les hommes pouvaient y contribuer. L'agenda GAD se rapprocha en outre de celle des partisans du « développement participatif » visant à rendre les groupes sociaux les plus défavorisés acteurs du développement.

Développement participatif et promotion de la santé maternelle

Au cours des années 1970 des recherches radicalement critiques envers les modèles de développement fondés sur la croissance économique prennent le contre-pied des théories de la modernisation et de la dépendance. Aux logiques et savoirs scientifiques sont opposés logiques et savoirs paysans ; aux cultures d'exploitation sont opposées celles de subsistance ; aux grands projets impliquant les institutions on oppose les petits projets dont les acteurs sont par exemple les paysans. Ce sont les « pauvres » généralement assimilés au « peuple », ou bien les « derniers » pour évoquer l'un des ouvrages les plus représentatifs de cette nouvelle approche, *Rural Development : Putting the Last First* (Chambers 2014, initialement paru en 1983), les nouveaux protagonistes du développement. On parle alors de *« populisme développementitste »* (Olivier de Sardan 1995) ou bien, en se référant plus particulièrement à Schumacher et à Freire de *« développement social local »* et de *« développement participatif »* (Schumacher 1973 ; Freire 2004). Suivant ces approches la participation des « pauvres » au développement doit principalement résider dans leur accès au contrôle de leur destinées (Chambers 2014). Cela ne peut se faire que par le recours à une pédagogie de

l'opprimé (Freire 2004) permettant aux « derniers » de porter un regard critique sur leur propre univers et de sortir de leur « culture du silence » (Ibd. : 108). C'est à l'intellectuel d'ouvrir les yeux et les bouches des pauvres et de leur apporter les moyens de la critique (Ibid. : 108). Or cette forme de populisme développementiste n'était pas chose totalement nouvelle dans les pays qu'on appelait autrefois pays du Tiers Monde. J.-P. Dozon et L. Atlani-Duault (2011 : 394) ont retrouvé un exemple de populisme développementiste dans la doctrine du père Lebret. Ressortissant du catholicisme social, le père Lebret fut très critique de l'économisme libéral optant en revanche pour un développement initié par l'État, mais proche des populations et des communautés. Il participa à la création du groupe « Économie et Humanisme » au début des années 1940 qui fut par ailleurs aussi le nom d'un centre de recherche-action et d'une revue. Ainsi que les deux anthropologues l'écrivent :

> « Il eut une forte audience en Amérique latine et en Afrique, spécialement au Sénégal où, au tournant de l'indépendance du pays [1960], le père Lebret travailla au premier plan quadriennal et contribua à l'élaboration de ce qui fut appelé le "socialisme africain" ».
>
> (Ibidem)

Concept critiqué plus tard à cause de son penchant misérabiliste (Grignon, Passeron 1989 ; Olivier de Sardan 1995 ; 2001), il a été paradoxalement repris par des organisations libérales impliquées dans des programmes de développement sous l'appellation de « développement participatif ». Au cours des années 1980, l'idée selon laquelle la croissance économique des pays pauvres ne pouvait plus être considérée comme facteur de développement humain et social, a fait son chemin et a suscité des stratégies alternatives visant à faire baisser les taux de mortalité et de morbidité infantile, indicateurs-clés du niveau de développement humain. Le rapport de l'UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde* de 1982-83 s'ouvre avec un chapitre intitulé *« Un nouvel espoir pour une époque sombre »*. En se référant aux conclusions du rapport précèdent James P. Grant, directeur de l'UNICEF écrit :

> « Le rapport signalait notamment les vastes possibilités qu'offrent la participation populaire et l'organisation communautaire des pauvres eux-mêmes : la formation d'agents para-professionnels du développement destinés à travailler avec les communautés pour mettre sur pied des services de base; et l'interaction bénéfique des soins de santé, de l'approvisionnement en eau, de la nutrition et de l'éducation, qui, si elle est bien comprise et intelligemment exploitée, peut améliorer considérablement le rapport ressources-résultats. Cette année, face à une situation qui, pour les enfants du monde, va en s'empirant, il est encore plus urgent de sonder le passé récent afin de rationaliser nos efforts visant à sauvegarder la poursuite des actions en faveur des enfants, en dépit de la récession internationale »
>
> (Grant 1984 : 4)

En soulignant ainsi l'importance de la participation populaire et de l'organisation communautaire des pauvres eux-mêmes, le rapport adopte clairement la perspective du développement participatif. De plus, comme nous l'avons déjà observé, vers la fin des années 1970 la conception de la santé comme un bien pour tous en tant que produit social rendu accessible par le développement économique des pays pauvres est mise en échec. La tentative d'appliquer aux structures sanitaires des pays en voie de développement et à leurs populations la technologie, les savoirs et les pratiques de la biomédecine se révéla vite défaillante. Après la conférence conjointe de l'OMS et de l'UNICEF qui s'est tenue à Alma-Ata en 1978 préconisant le principe voté à la trentième assemblée générale, la « santé pour tous en l'an 2000 » par la généralisation des soins de santé primaire, les relations entre santé et développement se complexifient. La mortalité infantile en tant qu'indicateur du développement a commencé alors à jouer un rôle primordial dans la planification des politiques de santé publique. Celle-ci est calculée en nombre d'enfants décédés avant d'avoir atteint l'âge d'un an, par rapport à 1000 naissances. Elle permet d'évaluer le niveau de développement humain, l'accès aux soins, la qualité de la médecine obstétrique et pédiatrique, et notamment le niveau de lutte contre les maladies infectieuses pour un pays donné. La réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans implique toute une série d'actions visant à améliorer les conditions de santé et d'hygiène générale de la population et plus spécialement la santé maternelle. La première conférence ayant pour thème la « maternité sans risques » s'est tenue à Nairobi en 1987 *(Safe Motherhood Conference)*. Parrainée par la Banque Mondiale, l'OMS et le FNUAP (Fond des Nations Unies pour la Population), cette conférence a été promotrice de la première campagne mondiale de réduction de la mortalité maternelle. Dès 1985 les spécialistes de santé publique avaient commencé à porter leur attention sur les risques encourus par les femmes enceintes dans les pays en développement. L'article d'A. Rosenfield et D. Maine *« Maternal Mortality - A Neglected Tragedy : Where is the M in MCH? »*, publié dans *The Lancet* en 1985 a d'abord souligné que les programmes de santé maternelle et infantile dans les pays en développement étaient presque exclusivement destinés à l'enfant et ils ne prêtaient presque aucune attention aux facteurs de risque de mortalité des femmes enceintes. En outre, au milieu des années 1980 l'OMS annonçait qu'un demi-million de femmes mouraient chaque année de complications obstétricales. En 1985, la troisième conférence mondiale sur la femme qui s'est tenue à Nairobi, marquant la fin de la Décennie des Nations Unies pour la femme, rendait publics des rapports choc. Ils révélaient que seule une petite minorité de femmes avaient bénéficié des efforts pour réduire la discrimination féminine et améliorer leur statut social. Dans les pays en développement, l'amélioration de leur situation y compris celle concernant leurs conditions de santé avait été extrêmement faible, voire pour ainsi dire nulle. La Conférence de Nairobi fut donc mandatée en vue de

rechercher de nouvelles voies permettant de surmonter les obstacles à la réalisation des objectifs de la Décennie de la femme, notamment d'égalité, de développement et paix. Les Stratégies prospectives de Nairobi incluaient un large éventail de domaines allant de l'emploi à la santé jusqu'aux services sociaux, à l'industrie, à la science, aux communications et à l'environnement. Cependant, ainsi que D. Fassin l'observe :

> « Que, dans cette comptabilité macabre, la justification d'entreprendre des actions en faveur des femmes repose moins sur les bénéfices attendus pour celles-ci que sur les avantages supposés pour leurs enfants ne saurait surprendre l'observateur des politiques de santé ou de développement. Dans les premières comme dans les secondes, la question cruciale est celle de la qualité et de la quantité de la descendance. Le nombre des enfants et leur bonne santé, traduits par mes statistiques en taux de natalité et mortalité, sont au principe de ces politiques qui ont suscité la création partout dans le monde, de dispositifs de santé maternelle et infantile. … Dans ces politiques les femmes ont eu une place essentielle, mais en tant qu'elles assurent la reproduction au sens large, en donnant naissance puis en élevant les enfants, et l'attention qui leur est accordée l'est d'abord sur cette base ».
>
> (Fassin 2000 : 165)

Les documents officiels délivrés à la fin de la Conférence de 1987, *Maternité sans risques*, pour préparer le programme global intitulé *Initiative de la maternité sans risques*, s'accordaient sur le fait que même si la mort d'un enfant n'est pas moins tragique que la mort d'une mère, celle-ci représente une perte triple. Sa productivité est perdue, habituellement le nouveau-né meurt et les perspectives de survie de ses autres enfants sont fortement compromises (Fassin 2000). Le programme global, *Initiative de la maternité sans risques*, a enfin abouti à la création officielle du *Safe Motherhood Inter-Agency Group* dans lequel ont été inclus les organismes qui ont patronné la conférence (Banque Mondiale, OMS et FNUAP) ainsi que l'UNICEF, le PNUD, et deux organisations non gouvernementales internationales, l'IPPF (International Planned Parenthood Federation) et le Population Council. Elle a été suivie par une série d'ateliers régionaux et de conférences nationales qui ont fait de la maternité sans risques une question prioritaire dans le domaine de la santé publique. En 2000, la baisse de la mortalité maternelle a été inscrite parmi les huit Objectifs du Millénaire pour le développement. Le *World Development Report 1993 : Investing in Health* de la Banque Mondiale estimait que dans les pays en voie de développement 34% des maladies des femmes en âge de procréation étaient dues à des problèmes de santé reproductive et 19% des maladies d'enfants en dessous de cinq ans résultent de problèmes périnataux. En Afrique les problèmes de santé reproductive étaient responsables de 60% des maladies dont souffraient les femmes. En 1994, se tient au Caire la troisième Conférence intergouvernementale des Nations Unies sur la population et le développement (CIPD). Au moment de cette Conférence chaque région du monde a tenu une présentation sur la maternité sans risque, cette dernière étant considérée comme une composante essentielle de la santé reproductive. Or, à différence de celles qui l'avaient précédée

(Bucarest 1974 et de Mexico 1984) et qui avaient essentiellement lancé des stratégies visant à la réalisation d'objectifs démographiques, la Conférence du Caire a proposé des stratégies qui ont mis les libertés individuelles au cœur de la question du contrôle des naissances, de la fertilité et de la santé reproductive des femmes et des hommes. Ainsi, après cette Conférence, en s'appuyant sur des arguments sociaux et sanitaires, tels que les conséquences néfastes du nombre élevé d'enfants sur la santé des mères et de leurs enfants, sur l'amélioration de la condition féminine, ou encore sur la dégradation de l'environnement, la communauté internationale a renforcé l'objectif de réduction de la fécondité en termes de libertés individuelles et d'amélioration des conditions de vie. Par exemple les grossesses dites précoces sont considérées comme une entrave à la santé des jeunes femmes et de leurs enfants mais aussi comme un obstacle à l'autodétermination des femmes. Les avortements clandestins ont été reconnus comme l'une des causes principales de la mortalité maternelle et un problème majeur de santé. Pourtant, dans de nombreux pays et plus particulièrement en Afrique où leur impact sur la morbidité et mortalité maternelle et infantile est très grave, l'avortement reste à peu d'exceptions près, un acte illégal et criminalisé. En effet, au moment de la tenue de la Conférence du Caire, plusieurs délégations[166] gouvernementales ont émis des réserves quant à l'emploi des termes « individus » et « personnes » en référence aux droits reproductifs, et insistent sur le fait que la notion de droit reproductif devrait s'appliquer essentiellement à union conclue entre un homme et une femme. La Conférence du Caire a été en effet tant l'espace de prise de parole d'associations féministes opposant à la conception officielle de la santé maternelle les questions de violence, de sexualité et de droits des femmes que la plateforme pour le renforcement de mouvements et de groupes religieux défenseurs des valeurs traditionnelles en matière de reproduction. Ces derniers ont joué un rôle très important dans l'un des plans bilatéraux d'aide internationale lancé par les États-Unis en 2003-2004 et baptisé PEPFAR (Presdient Emergency Plan for AIDS Relief). Par ailleurs, quinze ans après la Conférence du Caire, le rapport de l'OMS *Women and Health, Today's Evidence Tomorrow's Agenda*, plutôt que souligner les besoins de santé des femmes et leurs droits reproductifs met encore une fois l'accent sur leur contribution à la santé plus spécialement des générations futures :

> « Women's health matters not only to women themselves. It is also crucial to the health of the children they will bear. This underlines an important point : paying due attention to the health of girls and women today is an investment not just for the present but also for future generations. This implies addressing the underlying social and economic determinants of women's health – including education, which directly benefits women and is important for the survival, growth and development of their children »
>
> (WHO 2009 : 2 ; 3)

[166] Afghanistan, Salvador, Jordanie, Jamahiriya arabe libyenne, République dominicaine, l'Egypte, Guatemala, Vatican et République islamique d'Iran

En même temps, en prenant en compte les déterminants socio-économiques et de genre responsables des inégalités de santé, des initiatives ont été prises ayant pour finalité l'*« empowerment »* des femmes. Concept indirectement évoqué dans le passage ci-dessus rapporté, en référence aux déterminants sociaux et économiques de la santé des femmes, l'*empowerment* est en effet devenu un processus indispensable dans la mise en oeuvre de toute politique sanitaire et sociale.

L'*empowerment* des femmes séropositives : entre reproduction sociale et participation profane

Notion devenue un incontournable dans le champ des actions (*policies*) internationales et nationales sur les femmes, le concept d'*empowerment* y a été officiellement introduit lors de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes qui s'est tenue à Beijing en 1995. Souvent traduit en français par « autonomie » ou bien « autonomisation » ou encore « renforcement de la capacité d'agir », le terme *empowerment* est en effet polysémique. Ses origines sont anciennes, car le mot *« empowerment »*, dérivé du verbe « to empower », est attesté en Grande-Bretagne depuis le milieu du XIX siècle pour définir à la fois un état et une action, celle de donner du pouvoir (Bacqué, Biewner 2015 : 7). Depuis les années 1990 cette notion est mobilisée dans une multiplicité de champs aussi différents que l'action sociale, l'éducation, le développement international, et utilisée dans des registres variés, universitaire, professionnel ou politico-administratif. De nombreuses définitions, méthodes et critères d'évaluation existent et ce concept a connu un succès important tant au sein de divers mouvements sociaux que parmi les libéraux et les conservateurs. Tout cela est symptomatique de l'ambiguïté conceptuelle qui le caractérise. Cependant, plusieurs modèles théoriques peuvent être dégagés permettant de « situer les pôles du débat et ses enjeux et de dresser une cartographie de la mobilisation de la notion » (Ibid. : 15). Je me limite à prendre en considération ici le « modèle radical » (Ibidem) et celui néolibéral. Le « modèle radical » est lié à des mouvements sociaux comme les mouvements pour la défense des droits des noir-e-s, des gays et des lesbiennes, des personnes handicapées et celui des femmes (Simon 1994 cité in Fortin-Pellerin 2006 : 57). Dans ce contexte l'*empowerment* repose sur un processus d'émancipation individuelle et collective qui débouche sur un projet de transformation sociale visant à l'autodétermination des divers groupes sociaux ainsi qu'à une distribution plus équitable des ressources et à l'exercice du pouvoir par ceux d'« en bas ». En revanche, le modèle néolibéral correspond à une rationalité politique de gestion de la pauvreté et des inégalités sans que la question de la justice sociale soit posée. Cela permet aux individus d'exercer leurs capacités individuelles, de prendre des décisions et d'être intégrés au monde du travail et de la consommation mais sans remise en cause des inégalités

sociales. Plus précisément, dans le champ des politiques de développement, pour lesquelles les programmes de réduction de la pauvreté jouent un rôle de plus en plus important depuis le milieu des années 1990, le concept d'*empowerment* est décliné dans des registres extrêmement divers tels que l'accès à la propriété foncière, la participation politique, l'engagement dans la collectivité, l'accès au microcrédit, la préservation de l'environnement et l'amélioration des services publics (Prévost 2011 : 32). En effet, à la fin des années 1990 la Banque Mondiale et le FMI ont été promoteurs d'une série d'initiatives visant à reformuler leurs rôles et ceux des États et des populations dans l'élimination de la pauvreté. Concernant les rôles des populations, ces institutions se sont appropriées des concepts opérationnels comme « développement participatif » et *« empowerment »*. Concernant les rôles des États, l'initiative « Pays pauvres très endettés » (PPTE) et les premiers « documents des stratégies de réduction de la pauvreté » (DSRP) se sont fondés sur les principes à la fois de participation des populations défavorisées à l'élaboration des politiques dont elles sont censées bénéficier et de responsabilisation des gouvernements. Ces derniers doivent rendre des comptes aux populations et aux bailleurs de fond afin de dynamiser des politiques économiques dont les lignes de base décidées par la BM et le FMI risqueraient d'être *« standard, archaïques et inadaptées »* (Prévost 2011 : 34-35 ; Stiglitz 2002 : 22). Suivant l'analyse de B. Prévost cette nouvelle orientation en matière de politiques internationales du développement a été déterminée tant sous l'influence de la pensée de l'économiste A. Sen et des enquêtes dites *« Poor Voices »* dirigées par D. Narayan mettant l'accent à la fois sur la vulnérabilité et l'importance du renforcement des capacités des pauvres, que sous le signe de l'échec des plans d'ajustement structurel dont les résultats négatifs ont eu un impact remarquable sur la condition des femmes (Beneria 2003 ; PNUD 1995).

> « En particulier les femmes en subissent de plein fouet les effets sur le marché du travail (premières victimes du chômage), la réduction des dépenses sociales (transfert des charges d'éducation et de santé) et la réduction des revenus des ménages (inégalité dans la distribution domestique). Les travaux montrant que la « pauvreté a un visage de femme » (PNUD 1995 : 4) vont se multiplier, donnant ainsi une nouvelle chambre d'écho à des travaux initiés depuis les années 1970 et les années 1980 ».
>
> (Prévost 2011 : 38)

C'est dans ce contexte idéologique et politique qu'il faut interpréter l'impulsion de la part de J. Wolfensohn, président de la Banque Mondiale entre 1995-2005 et de J. Stiglitz qui lui a vite succédé, d'une véritable fondation théorique et pragmatique des politiques de la Banque Mondiale sur le concept d'*empowerment* et sur les questions de genre et de sa convergence avec le PNUD. Combattre la pauvreté[167] est alors devenue une priorité par rapport à la promotion de la croissance en même temps que les inégalités

[167] Tel est d'ailleurs le titre du rapport 2000/01 de la Banque Mondiale sur le développement dans le monde.

économiques, sociales et plus particulièrement les inégalités de genre se voient accordées une attention accrue. Le rapport de 1995 du PNUD (Rapport mondial sur le développement humain) est consacré aux femmes et à la promotion de l'égalité des sexes. Il souligne l'importance de « recadrer les objectifs du développement humain conçu à partir des questions de genre ». Pour ce faire il est nécessaire d'élargir l'indicateur sexo-spécifique (ou gender-related development index, GDI) qui tient essentiellement compte des progrès dans les secteurs de l'éducation et de la santé à l'indicateur de participation féminine (IPF) ou Gender *Empowerment* Measure GEM) qui est révélateur des inégalités les plus criantes entre la participation des femmes à la vie politique, sociale, économique et celle des hommes (Prévost 2011 : 39). En effet, dans la plupart des pays les activités dites « de reproduction » (soin des personnes dépendantes, préparation de repas, ensemble des tâches ménagères pouvant inclure selon les contextes culturels la collecte de bois, le puisage d'eau, la préparation de boissons locales) sont essentiellement assurées par les femmes. Dans les pays dits en voie de développement, les stratégies de réduction de la pauvreté et celles relatives à la lutte contre le VIH/sida se sont basées sur la valorisation des activités de reproduction sociale des femmes. Dans les pays dits développés, le contexte néolibéral du marché du travail et le délitement de l'État social ont favorisé la demande de main d'œuvre dans le domaine des services à laquelle ont majoritairement répondu des femmes migrantes (Falquet, Rabaud 2008 ; Falquet, Moujoud 2010). C'est pourquoi la question de la reproduction sociale et celle connexe des stratégies d'*empowerment* ont soulevé des défis inédits et ont fait émerger de nouvelles formes d'inégalité sociale. Des critiques très poussées se sont exprimées à l'encontre du concept opératoire d'*empowerment*. Selon Allen et Barr (1990) le fait de l'utiliser comme une stratégie-clé dans les politiques sanitaires et de lutte contre la pauvreté peut être vue comme une manière d'évacuer les inégalités et d'alourdir le fardeau des groupes discriminés (Fortin-Pellerin 2006 : 57-58). J. Falquet quant à lui observe :

> « C'est ainsi que les institutions internationales, dans le cadre de cette lutte contre la pauvreté, fournissent des arguments et un arrière-fond idéologique aux tenants du démantèlement et de la privatisation des systèmes collectifs et publics de protection sociale (santé, retraites, etc.). Amartya Sen, théoricien des "capabilités" et inspirateur des actions "pionnières" du PNUD dans les années 90, destinées à "apprendre aux pauvres à se débrouiller par eux - mêmes", nobélisé depuis 1998, est devenu désormais une des cautions intellectuelles de la Banque mondiale en la matière. L'autre n'est autre que Mohammed Yunus, le fondateur de la Grameen Bank, grand pourfendeur des services publics et inspirateur des micro – crédits pour les femmes dont on a vu plus haut les tenants et les aboutissants ».
>
> (Falquet 2003 : 102)

Palliatif des défaillances et des échecs des politiques publiques ces actions (*policies*) œuvrant dans les domaines sanitaires et sociaux et se basant sur le concept opératoire

d'*empowerment* esquivent de fait la question de l'émancipation et de la justice sociale. Elles ont tout de même un impact sur les condtions de vie des Éthiopiens les plus défavorisés[168]. Comment examiner cet impact ? De quelle façon et jusqu'à quel point ces actions d'*empowerment* s'adressant plus particulièrement à des malades socialement défavorisés, et en l'occurrence à des femmes, remettent-elles en question les formes sociales, culturelles, économiques et politiques de la citoyenneté en Éthiopie ?

Ce questionnement sera au cœur de la seconde partie de cette thèse où j'analyserai les formes de prise en charge du VIH mises en œuvre dans la ville de Gondär à l'heure de l'accès gratuit aux antirétroviraux que l'Éthiopie a officiellement obtenu en 2004 grâce au PEPFAR (President Plan For AIDS Relief) et au Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Comme nous le verrons en détail dans les chapitres III et IV, la mise en place de l'accès aux traitements contre le sida a coïncidé avec l'impulsion au niveau national de nouvelles stratégies de prévention du VIH/sida, de soins et des formes de support psycho-social des personnes affectées. Ces dernières ont été impliquées au point de devenir les acteurs principaux de la lutte contre l'épidémie, traduisant ainsi en pratique ce qu'à partir du milieu des années 1990 les programmes des organisations internationales ont choisi comme un principe stratégique prioritaire en matière de VIH/sida, à savoir la « participation profane » des usagers aux programmes de prévention et de prise en charge du VIH (voir *supra* Introduction générale). En rupture avec le paternalisme médical qui a eu pour effet de rendre le malade totalement passif, silencieux et obéissant aux ordres et prescriptions du médecin, le patient est désormais considéré comme un acteur à part entière de sa santé et plus largement de la santé publique. Il dispose d'un certain nombre de droits personnels (droit à l'information, au consentement éclairé, à la participation à la décision médicale) et collectifs (droit des associations d'usagers d'influer sur les choix stratégiques et d'être co-responsables des choix financiers). Il est en même temps chargé d'un devoir individuel de santé ainsi que de responsabilités visant au maintien et à l'amélioration du système sanitaire. Dans des pays comme la France, les États-Unis, le Canada, pour se limiter à quelques exemples, la reconnaissance officielle de cette nouvelle figure du patient a été précédée voire préparée par une série d'expériences dans le domaine médical et associatif qui ont cherché à transformer par le bas la relation médecin-patient et plus largement le rapport des usagers au système sanitaire. En même temps, l'évolution progressive des contextes sanitaires du modèle préventif « pastorien » vers un modèle de type « contractuel » (Dozon 2001 : 37-45) et la pression économique croissante imposée aux systèmes de santé ont à la fois favorisé et légitimé l'institutionnalisation progressive d'une nouvelle relation soignant-soigné basée sur la figure du patient acteur de sa propre santé. Ainsi, par exemple déjà au début des années 1970 Miller et Goldstein (1972, cité in Braud

[168] Je reprends ici en partie les questionnements des auteurs de l'ouvrage *Femmes, économie et développement. De la résistance à la justice sociale* (Guérin *et al.* 2011 : 13).

2012 : 53) réalisèrent aux États-Unis des expériences de formation de patients diabétiques de type 2 issus de milieux socioculturels défavorisés. Le but était d'adapter le suivi thérapeutique à leurs connaissances et conditions de vie afin de les rendre plus autonomes face à une médecine officielle trop coûteuse et expéditive qui les délaissaient (Lacroix et Assal 2011 : 55 cité in Braud 2012 : 53). Les résultats principaux de ce projet-pilote réalisé sur un échantillon assez large de malades furent une stabilisation de leur condition de santé et une réduction du temps d'hospitalisation sans augmentation de la consommation médicamenteuse (Ibidem). La promotion de la responsabilisation et de l'acquisition d'autonomie de la part des patients au sein de projets dirigés par des médecins ou promus par les institutions sanitaires elles-mêmes répondaient en définitive autant à la réaffirmation croissante du modèle de prévention de type contractuel qu'à la nécessité de réduire les coûts de santé de la prise en charge de maladies chroniques. Dans la plupart des pays en voie de développement dont l'Éthiopie, la participation des usagers au fonctionnement des programmes de soin et de prévention et aux dispositifs sociosanitaires de leur prise en charge a été le résultat exclusif de processus verticaux et institutionnalisés que les stratégies de lutte contre le VIH/sida ont propulsés et encouragés. Or, tout en ayant été introduites de par le haut, ces politiques de promotion de l'autonomie du patient et de sa responsabilisation ont contribué, autant que dans les démocraties industrialisées, à une redéfinition du « lien démocratique » entre d'un côté l'État, les pouvoirs publics et d'autres acteurs non-étatiques qui se sont faits garants du « droit à la santé », et de l'autre, un « devoir de santé » auquel seraient tenus l'ensemble des citoyens (Dozon 2001 : 41).

Quels sens prennent ces deux termes complémentaires de « droit à la santé » et de « devoir de santé » dans le contexte épidémique du VIH/sida à l'heure de l'accès gratuit aux antirétroviraux au sein d'un pays comme l'Éthiopie qui se caractérise à la fois par un système sanitaire et un état providence très fragiles et une société dans laquelle une large partie de citoyens restent de fait aux marges de l'exercice et de la jouissance des droits sociaux, politiques et civils ? Quelles sont les nouvelles formes de « citoyenneté » que génère ce modèle sanitaire refaçonnant le « lien démocratique » entre les citoyens eux-mêmes et entre ceux-ci et les institutions, les pouvoirs et les acteurs, « garants de droits » ? Quel rôle joue la condition médicale de ces « patients-citoyens » en rapport aux inégalités de santé et de genre ? Autrement dit, comment se traduisent « droit à la santé » et « devoir de santé » pour des femmes et des hommes en marge de la société et de l'État pour lesquels le statut de « citoyen » représente une condition problématique ?

Repenser la citoyenneté dans les sphères du biologique et du sanitaire

À partir du milieu des années 1990 le concept de « citoyenneté » a connu une très grande popularité dans le domaine politique, au sein des mouvements sociaux au sein du monde académique (Bussemaker, Voet 1998 : 277). À partir de cette époque un grand nombre de sociétés occidentales se sont trouvées confrontées à de nouvelles questions concernant les relations entre l'État et les citoyens en termes de participation politique, de légitimité des politiques sociales, et d'exercice des droits et des obligations du « citoyen ». En effet, les droits ont fait historiquement l'objet de combats pour les défendre, les réinterpréter, les rendre réellement accessibles à tous les membres d'une société et éventuellement les étendre à de nouvelles catégories comme les immigrés, les réfugiés, etc. Également, les questions politiques et sociales liées à des groupes marginalisés et opprimés ont amené à la conception de politiques de « discrimination positive » ou de lutte contre les exclusions. Elles ont ré-ouvert ainsi le débat sur la nécessité de différencier les droits en fonction des inégalités raciales et sexuelles subies par des catégories sociales défavorisées. Au cours des années 2000, la notion de citoyenneté a été utilisée et re-conceptualisée pour rendre compte des transformations sociales et politiques entrainées par des événements et des phénomènes s'inscrivant dans les domaines médical, sanitaire, de la génétique et de la biologie. Dans un article paru en 2005, N. Rose et C. Novas précisent les nouveaux champs de la citoyenneté en tant que produit historique de plusieurs projets investissant la sphère civique, politique, sociale et plus récemment celle du biologique, du médical, du sanitaire.

> « A new kind of citizenship is taking shape in the age of biomedicine, biotechnology and genomics. We term this 'biological citizenship'. Since Marshall's (1950) classic essay it is conventional to think of a kind of evolution of citizenship since the eighteenth century in Europe, North America and Australia : the civil rights granted in the eighteenth century necessitated the extension of political citizenship in the nineteenth century and of social citizenship in the twentieth century. This perspective is useful, to the extent that it breaks with political-philosophical considerations of citizenship and locates citizenship within the political history of 'citizenship projects' ».
>
> (Rose, Novas 2005 : 1)

Plus précisément, le concept de « citoyenneté biologique » a été forgé par A. Petryna pour expliquer l'émergence, dans l'Ukraine de l'après - Tchernobyl, de l'accès sélectif à des « droits vitaux » (accès aux soins, nourriture, hébergement, sources d'un revenu) sur la base de la reconnaissance et la récompense d'un dommage biologique et physique (Petryna 2002). Ce concept a de fait inauguré une nouvelle perspective sur la citoyenneté qui a marqué aussi la recherche sur le sida en Afrique. Ainsi, V.-K. Nguyen a thématisé la notion de « citoyenneté thérapeutique » (Nguyen 2005 ; Nguyen 2010) pour montrer comment le droit aux soins et à une prise en charge globale, que l'introduction des antirétroviraux dans des pays de l'Afrique de l'Ouest a progressivement ouvert à la

population séropositive, a été dans un premier temps réalisé de façon sélective. Les malades ont négocié l'accès aux médicaments de par leur participation responsable et active aux stratégies de lutte contre l'épidémie tels que le témoignage public et l'adhésion aux associations de personnes vivant avec le VIH. St. Robins (2004) de son côté a thématisé le concept de « citoyenneté sanitaire » (*health citizenship*) en lien avec l'émergence de nouvelles « subjectivités politiques » et d'« identités genrées ». L'auteur démontre comment l'idée d'autonomie corporelle associée à des conceptions individualistes libérales de la citoyenneté est entrée en conflit avec l'ordre patriarcal de la société sud-africaine qui empêche de nombreuses femmes d'accéder à la contraception, au dépistage du VIH et aux traitements. Cette seconde partie de la thèse se penche sur la question de la « citoyenneté sanitaire » en prenant en compte le nouveau lien démocratique que le VIH génère de par l'accès pour les personnes affectées à des formes diverses de bien social tant matérielles que symboliques. Ce lien démocratique sera étudié ici à partir des rapports sociaux de sexe en prenant en compte l'ensemble des obligations et des droits que les patientes contractent aussi bien vis-à-vis des institutions étatiques que des acteurs non-étatiques responsables de leur prise en charge et vis-à-vis du reste de la société. L'analyse des observations réalisées dans l'hôpital, auprès de deux centres de soins de la ville de Gondär (Chapitre III : II section), de deux associations de personnes vivant avec le VIH, et des acteurs et bénéficiaires d'un programme de support psycho-social et de soins palliatifs (Chapitre IV : I section) sera suivie par la présentation de six « expériences biographiques » de femmes vivant avec le VIH (Chapitre IV : II section). Nous essayerons ainsi d'étudier la reconnaissance effective de leur « droit à la santé » et leur engagement dans un « devoir de santé ». Nous nous pencherons également sur la manière dont ce modèle de démocratie sanitaire fait l'objet de diverses formes de détournement et de contournement au niveau du système sanitaire éthiopien. Cela revient à interroger d'une part les logiques multiples qui participent au construit de la santé qui est à la fois « social » et « réaliste » (Fassin 2005 : 43) et d'autre part nous nous pencherons sur les relations subjectives des patients à ce construit. Par construit social de la santé nous entendons ce que les agents traduisent dans le langage de la maladie (Ibidem) en termes de souffrance, d'usure, d'handicaps résiduels. Par construit réaliste de la santé nous nous référons à « l'ordre du monde inscrit dans les corps » (Ibidem), ou autrement dit « les conditions socio-économiques de la production de la maladie, les disparités et les violences qui se manifestent dans les corps (Farmer 1992, 1999) » (Ibidem). Nous nous efforcerons ici de mettre au jour la façon dont les conditions socio-économiques des personnes séropositives et plus particulièrement des femmes sont prises en compte par le personnel soignant et se traduisent ou ne se traduisent pas dans la reconnaissance médicale et sociale de leur souffrance et des handicaps résiduels dus au VIH/sida. Nous chercherons plus particulièrement à analyser

les formes concrètes de cette reconnaissance et étudierons la manière dont la situation économique et sociale conditionne les perceptions subjectives que les malades ont de leur état de séropositivité au VIH et les interprétations qu'ils font des ressources auxquelles ils ont accès en raison de leur condition médicale. Il est toutefois utile de faire précéder cette analyse par l'examen des conjonctures politiques et économiques qui ont permis à l'Éthiopie, comme à d'autres pays de l'Afrique sub-saharienne, de bénéficier d'un accès gratuit et généralisé aux antirétroviraux. La distribution des médicaments contre le VIH/sida a en effet joué un rôle crucial dans la mise en place de formes innovantes de la prise en charge globale des malades qui ont facilité l'accès de ces derniers à leurs droits sanitaires et sociaux.

CHAPITRE III

L'ACCÈS AUX ARV
PRÉVENTION ET SOINS DU VIH SOUS LE PRISME DES RAPPORTS SOCIAUX DE SEXE

SECTION I

LE VIH COMME RESSOURCE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE ÉTHIOPIENNE

III.1 Sécuriser l'épidémie à VIH/sida dans les pays en voie de développement

Dans ce paragraphe je voudrais retracer les évolutions majeures du contexte des politiques globales de lutte contre le VIH/sida qui ont rendu possible l'accès à des médicaments très couteux dans des pays à faible revenu. Nous allons voir que plusieurs facteurs allant d'une nouvelle configuration de la « gouvernance mondiale » à l'émergence, sans précédents, de mobilisations de malades, d'associations, d'organisations non gouvernementales et d'États, ont impulsé les processus d'innovation des mécanismes de financement de l'aide internationale ainsi que des modalités d'intervention et de gestion des problèmes de santé dans les pays en développement. La toile de fond de ces évolutions est la progressive émergence à partir de la seconde moitié des années 1990 d'une « santé globale », dans la formation de laquelle plusieurs acteurs comme la Banque Mondiale et des agences des Nations Unies, investis dans des politiques de développement, sont progressivement intervenus en remettant ainsi en cause le leadership de l'OMS dans le champ sanitaire international. À cette même époque, une littérature de plus en plus consistante a commencé à émerger autour d'un sujet nouveau, notamment les « menaces à la santé globale » (*global health threats*) ou plus précisément, les maladies infectieuses comme menaces globales (*global infectious disease threats*). Une nouvelle revue, *Emerging Infectious Diseases*, publiée par le Center Disease Control and Prevention (CDC) voit le jour. C'est précisément dans ce contexte, qu'en 1994, le secrétaire adjoint du State for Global Affairs, Timothy Wirth, recommanda de considérer le sida dans l'agenda politique des États-Unis comme une menace envers la paix. Cette conception de l'épidémie comme une menace contre la paix a pris progressivement place dans un contexte géopolitique d'après-guerre froide en profonde transformation et à un moment où le concept même de sécurité selon sa définition classique est remis en question. Après la fin des années 1980, les questions de la paix et du développement ne s'inscrivent plus dans un ordre mondial réglé par un équilibre bipolaire Est-Ouest fondé sur une posture défensive-offensive qui a fourni le contexte de

l'émergence de la doctrine de la sécurité militaire. Pendant la guerre froide, les questions de « sécurité » au cœur des préoccupations des Nations Unies et plus généralement du système international, étaient restées liées aux sociétés politiques (états, organisations internationales). On parlait alors de « sécurité internationale » et de paix en termes d'absence de guerre et d'agression extérieure. La définition de sécurité renvoyait à la protection du territoire d'un État, de sa population, et de ses intérêts économiques, politiques et militaires contre des menaces extérieures généralement identifiées à des agressions armées. Une mutation importante de contenu s'est instaurée après la fin de la guerre froide. La notion de sécurité humaine a été alors conceptualisée comme la dérivation et l'élargissement du concept de développement humain, essentiellement sur la base de l'indentification d'autres risques et d'autres ennemis de la paix dans le monde. La notion de « sécurité humaine » a fait son apparition officielle dans un rapport du PNUD (Programme des Nations Unies du Développement) de 1994.

> « Il (le Rapport PNUD de 1994) explore les nouvelles frontières de la sécurité humaine dans la vie quotidienne. Il cherche à définir des indicateurs de première alerte susceptibles de déclencher une intervention diplomatique et des mesures de développement préventives alors que la société considérée n'a pas encore atteint un seuil critique. Il esquisse une nouvelle conception de la coopération pour le développement adaptée à l'après-guerre froide. … Aujourd'hui, indique le rapport, pour la plupart des gens, le sentiment d'insécurité naît plus souvent des inquiétudes de la vie quotidienne que de la crainte d'un cataclysme mondial. Sécurité de l'emploi, du revenu, sécurité sanitaire, sécurité de l'environnement, sécurité face à la criminalité : telles sont les formes que revêt aujourd'hui la problématique de la sécurité humaine dans le monde ».
>
> (PNUD 1994 : 3)

L'épithète « humain » reliée au contexte mondial met bien en exergue le fait que la sécurité n'est plus envisagée au seul niveau des États et de leurs territoires, mais qu'elle se réfère plus généralement à l'être humain et à l'humanité toute entière. Cet élargissement de la notion de sécurité à des facteurs de risque comme la pauvreté, les maladies infectieuses et la dégradation de l'environnement, a progressivement déplacé les questions politiques et sociales du gouvernement des peuples à celui des populations. Depuis le rapport du PNUD de 1994 on a observé la mise en place d'un certain nombre d'institutions internationales et nationales chargées de promouvoir et de défendre la « sécurité humaine ». Dans le *Rapport de la Commission internationale de l'intervention et de la souveraineté des Etats (CIISE)*, intitulé *« La responsabilité de protéger »* de 2001 on peut lire :

> « La perception traditionnelle, étroite, de la sécurité fait abstraction des préoccupations les plus élémentaires et légitimes de tout un chacun quant à sa sécurité dans la vie de tous les jours. Elle détourne aussi vers les armements et les forces armées des quantités considérables de ressources nationales matérielles et humaines, empêchant ainsi les pays de protéger leurs citoyens contre des formes chroniques d'insécurité telle que la faim, la maladie, la pénurie de

logements adéquats, la criminalité, le chômage, les conflits sociaux et les risques environnementaux ».

(Evans *et al.* 2001 : 16)

En effet, le déplacement des enjeux sécuritaires du simple domaine des conflits armés vers des questions d'ordre social et humanitaire a impliqué une révision du concept de souveraineté étatique et du principe de non-ingérence[169].

« Il est communément admis que la souveraineté implique une double responsabilité : externe – respecter la souveraineté des autres Etats – et interne – respecter la dignité et les droits fondamentaux de toute personne vivant sur le territoire de l'Etat ... Quand une population souffre gravement des conséquences d'une guerre civile, d'une insurrection, de la répression exercée par l'Etat ou de l'échec de ses politiques, et lorsque l'Etat en question n'est pas disposé ou apte à mettre un terme à ces souffrances ou à les éviter, la responsabilité internationale de protéger prend le pas sur le principe de non-intervention ».

(Evans *et al.* 2001 : XI ; 9)

En définitive, ce sont les populations, les êtres humains dans leur ensemble qui participent à de nouvelles sphères de gouvernance d'un système international au sein duquel la suprématie de l'État-nation est réduite et ses responsabilités à l'égard du bien-être des habitants sont en revanche accentuées. Dans la seconde moitié des années 1990, une riche littérature analysant le concept de sécurité a mis en avant la nécessité de prendre en compte la large gamme de menaces auxquelles sont confrontés les États, les sociétés et les individus. Les conditions d'une approche sanitaire en termes de sécurité humaine se sont aussi esquissées. Dans la décennie suivante, la Commission de

[169] Le principe de non-ingérence est posé en 1945 dans la Charte des Nations Unies comme corollaire de la souveraineté. Cependant ce ne sont que les indépendances entamées au cours des années 1950 à avoir conféré une résonance historique radicalement nouvelle au principe de non-ingérence. *« Dans les années 1960 années 1970, l'Assemblée Générale* des Nations Unies, dominée par les Etats du Tiers Monde, en pleine fièvre indépendantiste, multiplie les résolutions visant à assurer la souveraineté de ces états et est hostile à toute ingérence. Ainsi le 21 décembre 1965, est adoptée par 109 voix contre 0 et 1 abstention, la résolution 213 (XX), "Déclaration sur l'inadmissibilité de l'intervention dans les affaires intérieures des états et la protection de leur indépendance et de leur souveraineté : Aucun état n'a le droit d'intervenir, directement ou indirectement, pour quelque raison que ce soit, dans les affaires intérieures ou extérieures d'un autre Etat. En conséquence, non seulement l'intervention armée, mais aussi toute forme d'ingérence ou toute menace dirigée contre la personnalité d'un état ou contre ses éléments politiques, économiques et culturels, sont condamnés"...Surtout l'ingérence n'est pas acceptée par le consensus onusien dans un cas essentiel : *l'intervention d'humanité*. … Or le Chapitre VII de la Charte des Nations Unies fait du Conseil de sécurité de l'ONU le gardien de la paix mondiale. Une fois constatée l'existence d'une menace contre la paix, d'une rupture de la paix ou d'un acte d'agression, le Conseil de sécurité a à sa disposition un éventail de mesures possibles : recommandations, sanctions, embargo, et en dernier ressort, recours à la force armée. L'idée d'ingérence humanitaire est apparue durant la guerre du Biafra (1967-1970). Cette guerre provoqua une épouvantable famine largement médiatisée par la presse et la télévision occidentales, mais qui fut complètement ignorée par les chefs d'états et des gouvernements au nom de la neutralité et de la non-ingérence. En 1971 est créée l'ONG humanitaire internationale *Médecins Sans Frontières* grâce à l'initiative de certains médecins français qui s'étaient rendus au Biafra avec la *Croix Rouge* pour tenter d'y aider la population de cette région indépendantiste vis-à-vis du gouvernement central nigérian. En 1987 le colloque « Droit et morale humanitaire » tenu à Paris, à l'initiative de Mario Bettati, professeur de droit, et de Bernard Kouchner, personnage symbole des *French Doctors*, préconise le « devoir d'ingérence ». Plusieurs débats s'en suivront. Des textes avec une ambition fondatrice sont adoptés au sein de l'ONU.

sécurité humaine a considéré que les problèmes d'ordre sanitaire dus à une crise humanitaire, à un conflit, liés à une maladie infectieuse ou à la pauvreté peuvent être considérés comme des problèmes nécessitant une sécurisation (Guilbaud 2007), c'est-à-dire un ensemble de mesures à la fois spécifiques et extraordinaires afin de défendre les populations d'événements qui peuvent être considérés autant de problèmes politiques mettant en péril la paix. En effet, outre l'ambassadeur américain Holbrooke auprès de l'ONU qui joua un rôle décisif pour le vote par le conseil de sécurité le 17 juillet 2000 de la résolution 1308 sur proposition américaine concernant le VIH/sida et les forces armées dans le cadre du maintien de la paix (Chabrol 2002 : 132), le vice-président des Etats-Unis et président du Conseil de Sécurité des Nations Unies, Al Gore, lors de la réunion du 10 janvier sur l'impact du sida sur la paix et la sécurité en Afrique recourait à un concept de sécurité plus large que celui de sécurité internationale :

> « Today's historic session not only recognized the real and present danger to world security posed by the AIDS pandemic – it also began a month-long focus by the Council on the special challenges confronting the African continent. By the power of example, this meeting demands of us that we see security through a new and wider prism and, forever after, think about it according to a new, more expansive definition"… It was time to change the nature of the way "we live together on this planet. From that vantage point, "we must forge and follow a new agenda for world security". That agenda included the challenges of: the environment; drugs and corruption; terror and new pandemics »[170].

Depuis lors, plusieurs études se sont focalisées sur les possibles défaillances des État africains face à une crise épidémique (Chabrol 2002 ; Elbe 2002 ; Fourie 2006 ; Heinecken 2001 Tripodi, Patel 2004). Ainsi qu'il a été souligné lors de la réunion du Conseil de Sécurité des Nations Unies de juillet, des ressources humaines stratégiques comme les soldats ou les gardiens de la paix peuvent être de façon disproportionnée affectés par la maladie et, dans certains cas, peuvent en être les vecteurs. En plus de représenter un facteur de diffusion du sida en dehors de l'Afrique, cela réduirait la capacité des États africains à maintenir la loi et l'ordre. Par ailleurs, les États à forte prévalence de VIH, seraient incapables de faire face aux coûts et aux pertes entraînés par la maladie, et finiraient par devenir des états défaillants. La pénurie de capital humain causerait une faible productivité et éroderait les institutions gouvernementales. En même temps, le nombre croissant d'orphelins confronterait les États aux problèmes de la prise en charge d'enfants seuls sous-éduqués, désœuvrés, à leur éventuel enrôlement comme enfants soldats (Singer 2002 : 151) ou encore à la montée de la délinquance juvénile. Dans une étude de 2006, P. Fourie a analysé cette interprétation du sida en Afrique dans les termes d'une menace globale en mettant en exergue les liens entre l'implication de la politique internationale des Etats-Unis sur la question du

[170] Security Council - 1a - Press Release SC/6781 4087th Meeting (AM & PM) 10 January 2000, http://www.un.org/press/en/2000/20000110.sc6781.doc.html, consulté le 2 mai 2017

VIH/sida en Afrique et la lutte contre le terrorisme. L'auteur a essayé plus précisément de démontrer que le département d'état américain a utilisé la prévalence du VIH comme un indicateur pour identifier les États défaillants dans lesquels intervenir au nom du maintien de la paix dans le monde (Fourie 2006). En effet, ainsi que S. Rushton (2010 : 497) l'observe, au courant des années 2000 le VIH/sida a été interprété comme un problème de sécurité à plusieurs niveaux d'analyse : sécurité humaine (Fourie, Schontein 2001), sécurité nationale (Ostergard 2002), sécurité internationale (Singer 2002), sécurité mondiale (Prins 2004). D'un point de vue antrhopologique, l'appréhension du VIH/sida en Afrique comme un problème de sécurité contribue à faire de cette épidémie et des ripostes qu'elle a produites un observatoire pivilégié du rapport du continent africain au reste du monde. Il ne s'agit pas d'un rapport d'ordre relationnel qui relèverait de l'extranéité et de l'altérité culturelle et politique de l'Afrique, mais plutôt de la relation consubstantielle de son histoire politique et sociale avec les évolutions du système-monde (Bayart 1999). Il s'agit donc d'un rapport très complexe qui repose sur les avantages mutuels, l'asymétrie des rapports de force, une condition de vulnérabilité partagée entre l'Afrique et les autres continents de la planète tout aussi bien que la réciprocité des intérêts. Espace habité par des acteurs étrangers et carrefour de plusieurs mouvements de population, site d'*« enclaves d'extraction de ressources »* sur lesquelles se construit l'économie globale (Ferguson 2005: 13), et zone d'importance cruciale pour l'équilibre géopolitique, l'Afrique en temps de sida s'est retrouvée au cœur de diverses stratégies de sécurisation de l'épidémie qui reposent sur la mise en œuvre de politiques d'accès aux antirétroviraux. À la réalisation de ces politiques ont également contribué les mobilisations croissantes de patients, d'associations et d'États, la formation d'associations philanthropiques et la création de fonds et de plans bilatéraux et multilatéraux qui ont été très innovateurs des mécanismes de financement du secteur sanitaire en Afrique. À ce propos, il est utile de remarquer que le Fonds Mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose a été créé en 2001, après la convocation de la session spéciale de l'Assemblée générale de l'ONU sur le sida (United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on HIV/AIDS) qui s'est tenue en juin 2001. Première session de l'ONU dans l'histoire, entièrement consacrée à la lutte contre une maladie infectieuse, elle a adopté à l'unanimité une déclaration d'engagement autour des « stratégies nationales, appuyées par des stratégies régionales et internationales [...], en vue de traiter les facteurs affectant la fourniture de médicaments liés au VIH, y compris les médicaments antirétroviraux » (UNGASS 2001). Suite aux recommandations de l'UNGASS, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est devenu opérationnel en Janvier 2002 avec un budget initial d'un peu plus US$2 milliards dont les deux tiers étaient prévus pour la prévention du VIH/SIDA et des activités de soins (Moatti *et al.* 2003 : 172).

Moment crucial de l'histoire du sida en Afrique, l'accès aux traitements a constitué une véritable césure marquant une progressive bien que toujours incertaine normalisation de la situation épidémique (Hardon, Moyer 2014) et une nouvelle phase des politiques du VIH qui ont signifié beaucoup plus qu'une réponse médicale et sanitaire à un problème de santé collectif. Ces mesures qualifiées d'exceptionnelles (Forman 2011) ont représenté des formes massives d'investissement en termes de ressources économiques, humaines et techniques dans le domaine de la santé en Afrique alors que les politiques sanitaires avaient été menées jusque-là dans le cadre de fortes restrictions budgétaires. Elles peuvent être interprétées comme des formes de régulation des relations d'interdépendance qui lient l'Afrique au monde et vice-versa, par une sorte de *« double bind » (double contrainte)* de « dépendance » et de « responsabilisation » visant à créer par l'aide et la coopération internationale des champs d'action des États, des acteurs non-étatiques et des individus qui puissent assurer une meilleure distribution des ressources et par-delà un relatif bien-être dans les sociétés africaines.

III.1.1 Les politiques d'accès aux antirétroviraux : la solidarité thérapeutique à l'épreuve du marché

La France a été le premier pays à avoir promu la création d'un fonds visant à faciliter l'accès aux antirétroviraux dans les pays pauvres et plus particulièrement en Afrique Subsaharienne, notamment le Fonds de Solidarité Thérapeutique Internationale (FSTI) créé en 1998. Lancée par Aides, l'idée de la création d'un fonds de ce type fut par la suite reprise et développée par Bernard Kouchner qui, en décembre 1997 reçut aussi l'appui du président de la république, Jacques Chirac. Le ministre délégué à la Santé se rendit dans divers pays et auprès de différentes instances pour faire sauter les réticences et promouvoir des mécanismes de financement à la création de programmes pilotes d'accès des traitements contre le sida. L'idée était de collecter des fonds sur la base d'un pourcentage prélevé sur le coût de chaque traitement vendu au Nord. Si les autorités américaines se dirent prêtes à coopérer et si le projet fut enfin parrainé par l'ONUSIDA, d'autres États s'y opposèrent ouvertement. La première ministre anglaise considéra que cette initiative mettait en cause la lutte contre le paludisme alors que la ministre de la Santé d'Afrique du Sud défendit l'idée « que soit on soigne tout le monde, soit on ne soigne personne » en refusant ainsi de donner suite à tout projet de distribution d'antirétroviraux. B. Kouchner justifia la mobilisation collective des États et des organisations internationales en vue d'introduire l'accès aux médicaments contre le VIH/sida dans les pays à ressources limitées, en faisant appel au principe d'« ingérence thérapeutique » qui se transforma rapidement dans l'expression de « solidarité thérapeutique ». Bien que cette terminologie n'ait pas eu beaucoup de fortune et de retentissement au niveau des instances globales, elle relève néanmoins des

préoccupations d'ordre sécuritaire mises en avant par celles-ci. Dans une interview de juin 1998 publiée dans *La vie*, le professeur Marc Gentilini, président de la Croix-Rouge française, spécialiste du sida et ayant à son actif une longue expérience en Afrique mit au jour quelques-unes des raisons d'ordre plus proprement sanitaire voire sécuritaire sous-jacentes à une telle initiative. Je rapporte ci-dessous un extrait de cet entretien.

> « **Claire Legros-** Pour vous, la meilleure des préventions est donc aujourd'hui de traiter les malades ?
> **Marc Gentilini-** Si un traitement est accessible, les gens accepteront le dépistage et vous contribuerez, au-delà de la protection d'un individu, à protéger la société. C'est une démarche de santé publique, à la fois pour le pays concerné et pour la planète entière. Cessons de faire l'autruche en pensant que si on traite chez nous, nous serons protégés. N'importe quel mouvement massif de population peut venir à bout de cette certitude. On parle de mondialisation de l'économie et de la politique, et nous sommes incapables de construire la mondialisation de la santé »[171].

Les clarifications apportées par Gentilini aident, en effet, à comprendre pourquoi la France a fait preuve d'un investissement assez important dans la recherche sur le VIH/sida et a pris très tôt le devant dans l'impulsion des politiques d'accès aux médicaments en Afrique. Elles complètent l'explication de J.-P. Dozon[172] qui a plus particulièrement souligné la volonté de l'État français de défendre son prestige dans le domaine de la recherche biomédicale et des maladies tropicales. Impliquée depuis longue date dans la vie économique et politique de plusieurs pays africains au travers de relations commerciales, par la présence de bases militaires, mais également par le biais de programmes de coopération sanitaires et de développement et d'instituts de recherche, la France a toujours compté un très grand nombre de Français sur le territoire africain. Depuis les indépendances le pays a été également investi de façon de plus en plus importante par des flux migratoires provenant d'Afrique. Vers la fin des années 1990, malgré *« un régime de problématisation inapproprié »* (Musso 2010 : 39), la question formulée en termes génériques *« les immigrés et le sida … accède au statut*

[171] http://www.lavie.fr/archives/1998/06/25/sida-et-l-afrique,2635203.php

[172] « Le retour de cet intolérable qu'a représenté le sida au milieu des années 1980 fut intensément vécu par les médecins eux-mêmes, spécialement en France où la référence à Pasteur et l'existence d'une importante tradition pastorienne, en participant fortement de l'identité nationale, firent dire à ceux qui étaient devenus des spécialistes de l'infection à VIH qu'il était presque impensable qu'on ne trouvât pas rapidement la parade par la mise au point d'un vaccin. N'avait-on pas rapidement découvert son agent pathogène et ses modes de transmission, ne venait-on pas s'établir même si on n'en avait pas complètement fait la preuve que et même si cela risquait de déplaire au continent concerné, que le VIH provenait d'Afrique, là où les rapports entre nature et culture paraissent encore très organiques, autorisant, par l'entremise de primates, qu'un virus mutant aller accomplir chez l'homme son funeste destin ? Bref, on semblait savoir presque tout du sida, ce qui était déjà assez rassurant, et il ne restait en quelque sorte plus qu'à réaliser la promesse pastorienne d'une protection vaccinale pour lui retirer toute cette part d'un retour d'épidémie parfaitement anachronique et intolérable. C'est ce qu'incarna à l'excès, mais souvent sans doute malgré lui, le professeur Luc Montagnier qui, à la tête d'un laboratoire de virologie installé à l'Institut Pasteur de Paris, disputa aux Américains la découverte du VIH et, à ce titre, fut bientôt investi d'un pouvoir quasi charismatique, l'amenant à annoncer à des publics ou à des médias français et étrangers la mise au point, dans un délai assez proche, d'un vaccin contre le sida » (Dozon 2005 : 199)

d'interrogation légitime au sein de la recherche sur le sida » (Ibidem). En 1999 sont publiés les chiffres officiels sur le sida dans la population étrangère en France. Les premières opérations sont lancées en 1999 en Côte d'Ivoire qui était à cette époque le pays le plus gravement touché en Afrique de l'Ouest. Le FSTI intervenait en appui à un programme de Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME). Il s'agissait d'un programme pilote de petite taille visant à démontrer la faisabilité de l'accès aux traitements en contexte africain et à créer ainsi une brèche en faveur d'un accès généralisé à la trithérapie dans les pays pauvres. Mais vers la fin des années 1990, une initiative de tel genre était loin d'être isolée. En 1998, le Sénégal est le premier pays d'Afrique à mettre en œuvre une prise en charge du VIH/sida dans le cadre d'un programme public national baptisé, Initiative Sénégalaise aux Antirétroviraux (ISAARV). À cette époque, la réalisation d'un programme gouvernemental d'accès aux ARV outre de témoigner de l'attention que le État sénégalais accorde à la lutte contre le VIH/sida, traduisait l'influence que la reconnaissance internationale des travaux de virologie sénégalais et la réussite dans le domaine de la prévention du VIH/sida attestée par le constat de la stabilité de la prévalence (Ndoye *et al.* 2002 : 5). En la même année, l'ONUSIDA lançait l'*« Initiative ONUSIDA pour un meilleur accès aux médicaments »* qui a signifié la mise en place de programmes pilotes d'accès aux ARV en Côte d'Ivoire, en Ouganda, au Chili et au Viet Nam. Le choix de ces pays pour la mise en œuvre des programmes pilotes est révélateur de la finalité expérimentale de cette initiative ONUSIDA. Si la Côte d'Ivoire a été choisie en raison de la haute prévalence du VIH/sida, le Chili représentait, en revanche, un pays intermédiaire tant par les chiffres modérés de l'épidémie que par son niveau de développement économique. Son évaluation fut intéressante pour des pays comparables, aussi bien en Amérique du Sud ou en Europe de l'Est. Cependant, avant que le sida ne soit discuté comme un problème de sécurité au sein du Conseil des Nations Unies, plusieurs obstacles ont été mis en avant par les firmes pharmaceutiques à la mise en oeuvre d'un accès généralisé aux ARV dans les pays en voie de développement. Les exigences de santé publique auxquelles ces premiers programmes pilotes durent répondre peuvent se résumer dans les termes de l'équité, d'un rapport coût-efficacité optimal, de l'accesibilité et de l'acceptabilité pour les populations concernées et de la pérennité (Ndoye *et al.* 2002 ; Msellati *et al.* 2001). Dans les pays moins développés les multithérapies antirétrovirales étaient considérées inaccessibles d'un point de vue financier (que ce soit sur la base de fonds privés ou publics) et d'un point de vue structurel au niveau d'une technologie que les systèmes de santé ne sauraient pas mettre en œuvre et à laquelle les citoyens pauvres ne pourraient pas avoir accès (Msellati *et al.* 2001 : 282). En outre, l'efficacité clinique et biologique des ARV pour des patients vivant dans des contextes économiques, sociaux et sanitaires très différents de ceux de leur élaboration, n'était pas prouvée. L'introduction des ARV

dans ces contextes posait de nombreux problèmes liés à la non-observance, aux risques d'émergence de souches virales résistantes aux traitements, à la toxicité et aux effets secondaires. Des préjugés culturalistes à l'égard des populations des pays pauvres, tels que l'illettrisme et une gestion peu rigoureuse du temps furent alors érigés comme de véritables entraves à l'introduction des médicaments contre le VIH/sida. Par ailleurs, en ce qui concerne l'équité, le contre-argument consistait à mettre en avant l'impossibilité de faire accéder aux traitements toute la population affectée par le VIH. Des évaluations économiques, sociales, comportementales et médicales de l'initiative ONUSIDA pour un accès aux médicaments furent réalisées dans les différents sites, y compris le Sénégal, sous l'égide de l'ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le Sida) basée en France et du CDC (Center Disease Control) basé aux Etats-Unis. Un nouveau programme d'évaluation ETAPSUD (Évaluation des traitements antirétroviraux dans les pays du Sud) est mis en place en 2001. Ces évaluations et plus particulièrement celle réalisée en Côte d'Ivoire, outre produire des bilans positifs, ouvrirent des pistes de réflexion importante sur les déterminants des prix des médicaments, les technologies de soin nécessaires, l'optimisation des stratégies thérapeutiques et de prise en charge du VIH/sida dans des contextes de rareté, parfois extrême, des ressources, ainsi que sur les mécanismes de financement visant à satisfaire la demande et les besoins de soin du VIH/sida dans les "pays du Sud" (Msellati *et al.* 2001 : 318).

L'historique de l'évolution des politiques d'accès aux traitements que je vais maintenant retracer nous permettra d'aborder plus particulièrement la question des mécanismes économiques qui ont rendu possible l'accessibilité aux antirétroviraux. Au courant des années 1990 la concomitance de deux événements a marqué significativement l'histoire du sida et de la lutte dans les pays dits en voie de développement. Le premier évènement fut la signature en 1994 à Marrakech de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle touchant au commerce (ADPIC). Il a étendu au monde entier le règlement en matière de propriété intellectuelle réservé jusque là aux pays les plus développés. Ce règlement empêchait de fait aux pays pauvres de pouvoir accéder à la trithérapie antirétrovirale hautement active (HAART) introduite sur le marché en 1996. Le second événement survint en 1997, lorsque l'Argentine, le Brésil, l'Inde et la Thaïlande ont commencé à produire des génériques contre le VIH/sida (Touzé, Ventelou 2002 : 160 cité in Démange 2011 : 295).

> « L'article 31 des ADPIC prévoit qu'il est possible de déroger aux brevets, et donc pour un pays de produire des médicaments génériques 'dans des situations d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence ou en cas d'utilisation publique à des fins non commerciales' ».
>
> (Démange 2011 : 294)

Cependant, malgré une baisse des prix linéaire entre 1997 et 2000, c'est seulement à partir des années 2000 que la trithérapie commença à être accessible pour les pays pauvres. En 2001, on enregistre une véritable accélération de cette baisse de prix, puis sa stabilisation. Plusieurs facteurs y ont contribué. En 2001 la quatrième conférence ministérielle de l'OMC (Organisation Mondiale du Commerce) qui s'est tenue à Doha au Qatar a adopté une Déclaration sur les ADPIC et la santé publique qui donne la primauté à cette dernière sur la propriété intellectuelle privée, et clarifie ainsi les droits des Membres de l'OMC à utiliser la sauvegarde ADPIC en affirmant le droit souverain des gouvernements à prendre des mesures pour protéger la santé publique. Cependant, si cette déclaration a facilité l'accès des pays membres aux produits médicaux, elle n'a pas résolu tous les problèmes liés à la protection de la propriété intellectuelle et à la santé publique. L'échec en matière de production et d'exportation de médicaments génériques vers les pays qui n'en produisent pas est une preuve (t'Hoten 2003 : 59). En outre, à partir de 2001 on assiste à une intensification des négociations entre les grandes sociétés pharmaceutiques, les organisations des Nations Unies et les gouvernements. Elle est la conséquence tout à la fois de la mobilisation de l'opinion publique internationale, de l'action des organisations non gouvernementales (ONG), de la concurrence entre les fabricants de médicaments génériques et les firmes pharmaceutiques, ainsi que des stratégies des gouvernements de certains pays en développement voulant garantir l'approvisionnement des médicaments à des prix différentiels inférieurs. Plus précisément, la mise en œuvre d'une stratégie d'accélération d'accès aux ARV par des agences Onusiennes (IAA[173]) et la production de génériques ont eu des effets indépendants, mais les deux événements ont été concomitants dans l'instauration - à défaut d'un véritable marché concurrentiel - d'une compétition entre les firmes pharmaceutiques détentrices de brevets les amenant à baisser les prix dans le cadre de l'IAA. Leur attitude "philanthropique" peut être interprétée comme une stratégie adoptée en réaction à la pression concurrentielle croissante qu'elles subissaient de la part des producteurs de médicaments ARV génériques et de la mobilisation de l'opinion publique internationale. Depuis lors, l'accès aux traitements a été assuré par la création en 2001 du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et par la mise en place de plans d'aides bilatéraux et des fonds privés. Premier mécanisme financier multilatéral pour la promotion de la santé et de la lutte contre les maladies les plus meurtrières dans les pays pauvres, le Fonds Mondial a pour mission d'attirer des fonds et de les distribuer afin de mettre en œuvre et de soutenir des programmes de prise en charge et de prévention. Son action se fonde sur une démarche novatrice encourageant le partenariat public-privé entre gouvernement, société civile, secteur privé et

[173] L'IAA est une initiative initiée en 2000 par les agences internationales Onusiennes et visant à obtenir des tarifs préférentiels pour les ARV dans les pays dits en voie de développement en supervisant des négociations bilatérales entre les pays participant à cette initiative et les six firmes pharmaceutiques détentrices de brevets.

communautés affectées. Plus précisément, le Fonds Mondial assure le financement de programmes mis en œuvre par les pays eux-mêmes selon leur priorité et sur la base des résultats obtenus. Il œuvre en étroite collaboration avec d'autres organisations d'aide multilatérale et bilatérale. En effet, dans le but de ne pas créer tout simplement une organisation qui délivre de l'aide et pour éviter de redoubler les activités d'organisations déjà existantes, le Fonds Mondial a basé son action sur l'engagement et la coopération de divers partenaires. Le modèle n'était certes pas nouveau, car ainsi qu'il est noté dans un document officiel portant sur la structure de l'organisation, *The Global Fund's Partnership Strategy*, la mobilisation internationale contre le sida a bien démontré que le rassemblement des communautés de différents secteurs autour d'un objectif commun est efficace. Egalement, les politiques du Fonds Mondial reposent sur le plaidoyer de ses partenaires et plus particulièrement des personnes infectées. L'un des résultats de ces formes de plaidoyer est l'importance reconnue aux militants nationaux, aux réseaux régionaux et globaux de communautés considérées comme marginalisées, à savoir les femmes et les jeunes adolescentes, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, personnes trans-genre, travailleuses du sexe, usagers de drogue par voie intraveineuse. Les États-Unis représentent le pays donateur le plus investi dans le financement de ce fonds. Dans le paragraphe qui suit nous verrons que cette participation est très cohérente avec l'engagement dont les Etats-Unis ont fait preuve dans la lutte contre le sida en Afrique et plus spécialement dans la facilitation de l'accès aux antirétroviraux du moins jusqu'à la fin du second mandat présidentiel de Barack Obama.

III.1.2 Sécuriser le sida en Afrique : un enjeu de choix de la politique africaine des États-Unis

L'avènement du sida et les crises épidémiques successives observées en Afrique subsaharienne ont été contemporains d'un changement important de la politique américaine à l'égard de ce continent. En effet, l'Afrique a longtemps représenté plus un problème européen qu'un problème concernant les Etats-Unis (Ambrose 1993), un *« angle mort de la politique extérieure américaine »* (Leriche 2003 : 7). À partir de 1945, les Etats-Unis soutiennent la décolonisation, au nom du droit d'autodétermination des peuples mais ils se montrent très respectueux des "zones d'influence" des partenaires européens (Grande-Bretagne, France, Portugal, Belgique). Les interventions au Congo en 1960, puis à partir de 1975 en Angola, en Namibie et au Mozambique où l'Amérique intervient très indirectement, via l'Afrique du Sud, sont significatives plutôt d'une politique antisoviétique en Afrique que d'une véritable "politique africaine".

> « L'Afrique, à l'instar des autres régions du monde, n'est alors qu'un terrain d'affrontement. En outre, les intérêts économiques y sont relativement modestes, sauf dans quelques cas, comme

en Afrique du Sud (en raison de la richesse minérale du pays) ou en Angola (où la richesse pétrolière intéresse l'entreprise américaine Gulf Oil) ».

(Léricheé 2003 : 13)

La fin de la guerre froide a marqué un changement décisif des intérêts et de l'attitude des Etats-Unis à l'égard de ce continent. Depuis 1990 on a assisté à la fois à l'affirmation de l'enjeu économique que représente la conquête du marché africain et au déplacement des questions géopolitiques des affrontements des deux blocs Est/Ouest vers la lutte contre l'islamisme radical. La promotion du développement et de la démocratie ainsi que la lutte contre le sida en ont constitué alors les stratégies principales. À cette époque, le gouvernement Clinton (1993-2001) s'est distingué par une politique étrangère qui *« se voudrait une œuvre sociale »* (Mandelbaum 1996) et dont la doctrine reprend le thème de la mission américaine en faveur de l'élargissement de la démocratie et des valeurs de la civilisation américaine chère à Wilson et à Truman (Leriche 2003 : 9). Par ailleurs le gouvernement Clinton fut le premier à accorder au sida une place importante dans la politique sanitaire du pays. En 1995 est créé le Presidential Advisory Council on HIV and AIDS (PACHA), suivi en 1999 par la création du White House Office of National AIDS Policy. En 1998, alors que l'épidémie de VIH/sida en Afrique commençait seulement à attirer l'attention des États-Unis, Clinton a proposé un financement de 156 millions de dollars visant à mettre sur pied des programmes de prévention et de traitement spécifiquement pour les minorités afro-américaines et hispaniques, fortement touchées par l'épidémie. Ainsi que l'observe J. Gow dans son article de 2002 :

« Until the late 1990s the African epidemic received little direct U.S. attention outside of health-based organizations such as the National Institutes of Health (NIH) and development organizations such as the U.S. Agency for International Development (USAID). … During the 1990s, as the scale of the epidemic's societywide effects became apparent, the epidemic also came into clearer focus for U.S. intelligence and security. With increasing globalization, the expanding epidemic and its effects posed increasing risks to the United States and its interests. The threat of HIV transmission has increased with migration, as many people from adversely affected countries came to the United States during the economic upswing of the 1990s. Also, low-cost international travel enabled more Americans than ever to travel overseas and potentially come into contact with HIV ».

(Gow 2002 : 66)

En 1999, juste quelques mois avant que le VIH/sida soit discuté aux Nations Unies, le National Intelligence Council américain prit en considération la menace à la sécurité nationale et globale que constituaient les maladies infectieuses. Dans le rapport publié en 2000, on peut lire :

« New and re-emerging infectious diseases will pose a rising global health threat and will complicate U.S. and global security over the next twenty years. These diseases will endanger U.S. citizens at home and abroad, threaten U.S. armed forces deployed overseas, and exacerbate social and political instability in key countries and regions in which the United

> States has significant interests … Although the infectious disease threat in the United States remains relatively modest as compared to that of non-infectious diseases, the trend is up. Annual infectious disease-related death rates in the United States have nearly doubled to some 170,000 annually after reaching an historic low in 1980. Many infectious diseases—most recently, the West Nile virus—originate outside U.S. borders and are introduced by international travellers, immigrants, returning U.S. military personnel, or imported animals and foodstuffs. In the opinion of the U.S. Institute of Medicine, the next major infectious disease threat to the United States may be, like HIV, a previously unrecognized pathogen ».
>
> (National Intelligence Council 2000 : 34)

Dans le rapport de 1999 *A national securety strategy for a new century* est rapporté :

> « Environmental and health problems can undermine the welfare of U.S. citizens, and compromise our national security, economic and humanitarian interests abroad for generations. These threats respect no national boundary. History has shown that international epidemics, such as polio, tuberculosis and AIDS, can destroy human life on a scale as great as any war or terrorist act we have seen, and the resulting burden on health systems can undermine hard-won advances in economic and social development and contribute to the failure of fledgling democracies ».
>
> (Clinton 1999 : 3)

L'épidémiologiste W. Foege, ancien directeur des Centers for Disease Control (CDC), puis directeur du *Carter Center*, qui a rejoint la fondation B.& M. Gates en 1999, fut le premier à avoir utilisé l'expression de « menaces globales liées aux maladies infectieuses » (« global infectious disease threats ») (Brown, Cueto, Fee 2006 : 69, cité in Chabrol 2012 : 120). Cette expression a été reprise dans un rapport de l'Institut de Médecine (IOM) paru en 1997 sous le titre « America's Vital Interest in Global Health ». Les auteurs soulignent le rôle de leader mondial des États-Unis dans le domaine de la recherche biomédicale ainsi que leur engagement dans la solution des problèmes de santé menaçant l'ordre et l'équilibre planétaire et mettant en péril la population américaine tout en nuisant à l'économie du pays. Cet engagement a été motivé par des enjeux de sécurité nationale propre aux États-Unis et vise à préserver leur prestige à l'étranger et sauvegarder leurs intérêts internationaux (Yach, Bettcher 1998 cité in Chabrol 2012 : 103). Le début des années 2000 sont le théâtre d'un véritable foisonnement de rapports publiés par le National Intelligence Council, le Brookings Institution, le United States Institute of Peace, International Institute for Security Studies, de travaux universitaires (De Waal 2003; Elbe 2002; Ostergard 2002; McInnes 2006 cités in Chabrol 2012 : 104) portant sur les fortes corrélations entre les maladies infectieuses, la stabilité politique des États africains et leurs conséquences sur le bien-être de la société américaine. Comme nous l'avons déjà observé plus haut, en 2000, le VIH/sida fut à l'ordre du jour dans trois réunions du Conseil de Sécurité des Nations Unies : celle du 10 janvier, *The situation in Africa: the impact of AIDS on peace and security in Africa*, celle du 28 février portant sur les conséquences de l'épidémie sur le

développement, et celle de juillet, *The Responsibility of the Security Council in the Maintenance of International Peace and Security: HIV/AIDS and International Peace-keeping Operations*. En juin 2001, pour la première fois une assemblée générale des Nations Unies fut consacrée à une maladie infectieuse, en l'occurrence le VIH/sida. Or, concernant plus particulièrement la position des États-Unis, il est important de situer l'intérêt et l'engagement de ce pays dans la lutte contre le VIH/sida dans les pays pauvres et plus précisément en Afrique, au sein de sa politique étrangère. Le milieu des années 1990 coïncide avec une réorientation importante des priorités diplomatiques américaines en Afrique. L'épisode somalien de l'opération lancée en janvier 1993, *Restore Hope*, est significatif de l'objectif géopolitique d'endiguer l'influence islamiste. L'opération s'étant conclue dans la confusion, de manière tragique et humiliante pour les Etats-Unis, Clinton promulgua alors trois principes-guide pour la politique extérieure en Afrique :

- trouver des solutions africaines aux problèmes africains, c'est-à-dire limiter les interventions directes et chercher des relais sur place ;
- intégrer l'Afrique dans les circuits de l'économie mondiale, comme fondement de la diplomatie commerciale de l'après-guerre froide ;
- s'opposer activement au terrorisme islamiste, comme au Soudan ou en Libye ;

Les Etats-Unis affichèrent ainsi leur engagement dans une politique de *« sécurisation préventive »*, donc *« tournée vers le développement économique, le renforcement du processus de démocratisation du continent, et la prévention du sida »* (Leriche 2003 : 15). Cette œuvre de sécurisation masquait à peine les intérêts géopolitiques et économiques des Etats-Unis en Afrique, notamment la guerre contre le terrorisme et l'approvisionnement pétrolier à un moment où la puissance américaine cherchait à réduire la dépendance énergétique du Golfe Persique et à accroître ses importations pétrolières en provenance d'Afrique (Servant 2003). Si entre 1996 et 1999 le montant moyen des financements pour la lutte contre le VIH/sida était de 135 millions de dollars par an, dont 80 millions dévolus à l'Afrique subsaharienne, le lancement en 2000 de l'initiative internationale de lutte contre le sida en Afrique *Leadership and Investment in Fighting an Epidemic* (LIFE) a porté le financement à 100 millions de dollars. Cette initiative a été suivie la même année par celle de l'U.S. *Export-Import Bank* qui a mis à disposition 1 milliard de dollars pour des prêts aux pays africains voulant acheter aux firmes américaines des médicaments contre le VIH/Sida (Démange 2011 : 233). Les attentats du 11 septembre 2001 ayant rendu plus urgentes et aiguës les préoccupations des Etats-Unis en matière de terrorisme et d'approvisionnement pétrolier (Cooke, Morrison 2009 ; Fourie 2006) ont accru encore davantage les stratégies de contrôle américaines sur le continent africain. Après une très courte période (2000-2001) de

relâchement dans sa politique africaine, le gouvernement G. W. Bush s'est en effet distingué par une implication sans précédents dans la lutte contre les maladies infectieuses comme le sida, la tuberculose et la malaria en Afrique. Elle a représenté une priorité dans l'agenda de la politique étrangère américaine et a reposé sur quatre initiatives majeures : la création du PEPFAR (voir *infra* § III.1.3), la réalisation de la *President's Malaria Initiative*, l'élargissement d'un programme de traitement de maladies tropicales négligées sous l'égide de l'U.S. Agency for International Development (USAID) et enfin un support diplomatique et financier significatif au Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria. Ce type d'investissement dans la lutte contre des maladies infectieuses dans les pays à ressources limitées et plus spécialement en Afrique, a été en partie remis en cause voire repensé selon une nouvelle perspective, par la récente crise économique et par la nouvelle vision de la politique étrangère en Afrique des États-Unis à l'époque du gouvernement Obama. Cependant, l'engagement des Etats-Unis dans des politiques sanitaires et de développement en Afrique a continué d'occuper une place de choix dans la politique étrangère américaine. Il a de fait signifié une véritable prolifération, au sein de la société états-unienne, d'organisations non-gouvernementales qui supportent ces activités, des programmes de santé globale dans plus de 60 universités, de nouvelles fondations et d'un nouvel activisme de groupes religieux et d'autres groupes de plaidoyer comme *The One Campaign*, ainsi que de différentes formes de contribution caritative estimées en 2005 à 1 milliard de dollars américains par an (Cooke, Morrison 2009 : 38). Des centres de santé globale d'excellence ont été créé aux Etats-Unis afin de produire de nouvelles connaissances, compétences et emplois. Cet ensemble de nouveaux acteurs, organisations, champs de savoir et de formation exercent une influence incontournable dans la promotion de l'engagement américain dans le domaine de la santé en Afrique et déterminent également de nouvelles relations entre la société américaine et l'Afrique. Il faut également prendre en compte le renforcement d'une philanthropie privée très puissante qui est intervenue à différents titres dans ce champ d'action et dont les acteurs majeurs sont la Ford et Rockefeller Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation and William J. Clinton Health Access Initiaitive (CHAI) lancée en 2002. En définitive, le consensus social et la continuité politique[174] autour de cet investissement américain dans la santé en Afrique se fondent sur un ensemble complexe d'enjeux économiques, politiques et idéologiques. Dans le paragraphe qui suit je traiterai plus en détail ces derniers car ils rendent compte du phénomène plus général d'affirmation de groupes religieux au sein des institutions internationales et de leur intérêt à l'égard de la politique internationale

[174] As Cook, Morrison (2009 : 42) rapportent : « President Bush signed the bill into law on July 30, 2008. Senators Barak Obama, Joe Biden, Hilary Clinton, and John McCain all voted in favor of the bill, which lays out a framework on global health that the Obama administration is likely to adopt, in some modified form, in Africa and elsewhere. The bill authorizes $48 billion for the second five-year phase (FY 2009-2013) of PEPFAR, allocating $37 billion to HIV/AIDS, a combined $9 billion to tuberculosis (TB) and malaria, ad $2 billion to the Global Fund, which addresses all three diseases »

sur la thématique « population et développement ». Je prendrai également en compte les évolutions plus récentes du PEPFAR depuis le premier gouvernement Obama et plus particulièrement ses actions en faveur des femmes.

III.1.3 Le PEPFAR entre œuvre moralisatrice et politiques de développement durable

Lancé un an avant la fin du premier gouvernement G. W. Bush (2000-2004), le PEPFAR s'est tout d'abord inscrit au cœur d'une politique internationale qui se voulait une entreprise à la fois « moralisatrice » et « compatissante ». La réalisation de ce plan d'aides bilatéral s'est en effet nourrie du fort soutien de la droite chrétienne qui constituait la base la plus forte de l'électorat de Bush, et des néo-conservateurs, groupe politique s'intéressant avant tout à la politique étrangère et considérant que la *« remoralisation nationale de l'Amérique requiert en définitive la remoralisation de la politique étrangère américaine »* (Kagan, Kristol 1996 : 31, Cité in Démange 2011). Menée de façon différente, mais reposant sur ces principes, au sein même de la société américaine, l'œuvre moralisatrice avait pour objectif tant chez les néo-conservateurs que pour la droite chrétienne de restaurer la société américaine et l'État selon des valeurs morales religieuses traditionnelles, notamment de mener « une lutte acharnée contre l'avortement, le féminisme, l'enseignement des théories darwiniennes de l'évolution des espèces, le mariage homosexuel et pour le rétablissement des structures familiales traditionnelles » (Ben Barka 2008 : 41 cité in Démange 2011 : 303). L'abstinence sexuelle a fait plus particulièrement l'objet de programmes d'éducation que les gouvernements républicains ont soutenus financièrement avec l'*Adolescent Family Life Act* de 1981 et le *Welfare Reform Act* de 2002. Elle a également constitué la clé des stratégies de prévention du VIH/sida du PEPFAR pendant le gouvernement George W. Bush. Il est important de remarquer que ce type d'engagement ouvertement moralisateur de la droite chrétienne et des néo-conservateurs dans la lutte contre le sida correspond à l'implication plus large des groupes religieux en matière de législation internationale concernant la santé de la reproduction et l'éducation sexuelle qui s'est remarquablement renforcé depuis la Conférence internationale du Caire en 1994 (voir *supra* Introduction à la seconde partie). Troisième conférence intergouvernementale des Nations Unies sur population et développement, (CIPD) après celle de Bucarest de 1974 et celle de Mexico de 1984, cette Conférence du Caire s'en est distinguée pour avoir tenu davantage compte des liens existants entre la population, la pauvreté, les modes de production et de consommation et d'autres menaces pesant sur l'environnement. Elle s'est singularisée par l'attention consacrée à la condition des femmes, à la nécessité de soutenir leur autonomie pour résoudre le problème de la croissance démographique, et par la reconnaissance des droits reproductifs comme droits fondamentaux des individus

autant que des couples. Mais la conférence du Caire a été aussi le tremplin pour des réseaux internationaux inspirés par des mouvements à caractère religieux qui sont engagés dans la défense des valeurs morales comme l'abstinence sexuelle, les structures de la famille traditionnelle, le droit à la vie contre l'avortement.

> « This conference was in many respects the 'birthplace' of the CR UN (Christian Right United Nations) … The preparatory process leading to Cairo reflected the input of feminist organizations, with the result that the language of the reproductive rights was included in the draft Program of Action. … Thus, in the lead-up to the actual Cairo Conference, the draft programme reflected a certain degree of international support for what might be seen as a feminist 'agenda' to introduce a reproductive rights framework. … The perception of the draft programme as a 'feminist blueprint' was of particular concern for 'right-to-life' groups, and more importantly the Vatican, whose subsequent campaign against the draft programme was, arguably, a second important development in mobilizing an international CR (Christian Right) movement ».
>
> (Buss, Herman 2003 : 61)

L'engagement de la droite chrétienne et des néo-conservateurs dans la lutte contre le sida dans les pays pauvres représente donc un cas spécifique de leur engagement préexistant en faveur de la préservation des valeurs propre à leur morale religieuse en matière de santé de la reproduction. Cependant, dès son arrivée à la Maison Blanche (2000), G. W. Bush montra dans un premier temps un net désintérêt pour les épidémies de sida qui sévissaient sur l'Afrique (Demange 2011 : 290) considérant que l'Afrique et les autres catastrophes humanitaires auxquelles le continent faisait face ne constituaient pas une priorité pour la politique américaine (Behrman 2004 : 246, cité in Hermann-Mesfen 2012 : 387). Au cours de la campagne électorale présidentielle de 2000 il avait en outre tenu un discours pétri de « conservatisme compatissant »[175] (*« compassionate conservatism »*, *« compassion in government »*), symptôme que la politique étrangère ne constituait pas pour lui une priorité. En rompant avec la tradition conservatrice défendue par Ronald Reagan dont les politiques sociales avaient été limitées, George W. Bush s'empara de la question sociale en se présentant comme un candidat centriste soucieux du sort des plus faibles et des plus démunis et au service des idéaux américains tels que le travail, la justice, l'égalité et enfin la compassion – mot qui a été prononcé bien seize fois lors de son discours inaugural et à l'occasion de ses trois premiers discours adressés à la nation (Djebali 2011 : 80-81). Cette réforme de la politique sociale demandait en

[175] Il s'agit d'une doctrine politique envisageant la solution des diverses questions sociales (pauvreté, illettrisme, accès aux soin, etc.) de par la mise en place de stratégies respectueuses des valeurs traditionnelles et se fondant sur l'oeuvre d'instances religieuses et d'organisation caritatives. L'expression « compassionate conservatisme » est normalement attribuée à l'historien et homme politique Doug Wead. En 1977, Wead écrit un livre sur Calcutta, en Inde, intitulé *The Compassionate Touch* (Wead 1977). En 1979, il a prononcé un discours populaire intitulée *« The Compassionate Conservative »* à l'occasion du dîner de charité annuel qui se tient à Washington. Dans ce discours Wead encourageait les conservateurs républicains à ne pas protéger le status quo et à s'engager en revanche dans des réformes sociales importantes en se laissant guider par la compassion. À cette même occasion, Wead se déclara *« a bleeding heart conservative »*, notamment un homme soucieux du sort des plus pauvres et des démunis croyant fermement dans les bénéfices que le libre marché peut leur apporter.

effet de repenser les fondements de l'aide publique en se basant sur le programme-phare des *Faith-Based Initiatives*. Il s'est agi de mobiliser les hommes et les femmes « habités d'une grande conviction religieuse et d'un altruisme inébranlable » pour qu'ils remplacent les bureaucrates et les fonctionnaires « insensibles » et « inefficaces » (Ibidem). Les organisations religieuses qui avaient été jusque là confinées dans la sphère privée furent accueillies dans le Bureau *Faith-Based and Community Initiatives* inauguré quelques jours après que George W. Bush eut prêté serment. Au début de son mandat ont prévalu les priorités nationales, notamment la réforme de l'éducation, de la sécurité sociale, de l'environnement, les allégements fiscaux, un plan de relance économique, etc. Quant à la politique étrangère, elle ne pouvait que porter sur des questions en mesure d'affecter de manière assez directe le bien-être économique et physique des Américains telle que par exemple la prévention du terrorisme, les problèmes de l'immigration, les questions de l'énergie, et la stabilité de la monnaie. Après les attentas du 11 septembre 2001 l'engagement des États-Unis dans la lutte contre le VIH/sida en Afrique répondait à la nécessité de préserver les intérêts économiques et politiques américains par des programmes de sécurisation de l'Afrique et de lutte préventive contre le terrorisme (Behrman, 2004 : 278-300, cité in Hermann-Mesfen 2012 : 387). Cet engagement a correspondu au développement de la théorie suivant laquelle les maladies infectieuses constituaient une menace globale. Une littérature très riche et affirmée s'est produite au niveau de plus hautes instances gouvernementales américaines pour prouver l'impact économique et la déstabilisation politique à échelle globale dus à des maladies infectieuses comme le sida sévissant dans des pays à ressources limitées (voir *supra* § III.1.2). Selon l'analyse de plusieurs politologues dont Leriche (2003), Lacoste (2003) et Behrman (2004), l'attaque du 11 septembre s'est traduite par une révision de la politique étrangère américaine au Moyen-Orient et en Afrique. G. W. Bush dut enfin reconnaître la place de plus en plus importante du continent africain pour l'approvisionnement des États-Unis en pétrole ainsi que son rôle stratégique dans la lutte contre le terrorisme. Celle-ci fut vite reformulée dans les termes de la mission messianique américaine à lutter contre le Mal (Hassner, Vaîsse 2003 : 1-2, cité in Hermann-Mesfen 2012 : 370). En mars 2003, les Etats-Unis entrent en guerre avec l'Angleterre et l'Australie contre l'Irak au nom d'une action préventive pour la paix. Trois mois plus tard, le 27 mai 2003, est publié le *United States Leadership Against HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria Act* aussi appelé *Global Aids Plan* qui inclut aussi le *President's Emergency Plan For Aids Relief* (PEPFAR). Dans le rapport annuel de 2009, intitulé *Celebrating Life : The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief* on peut lire :

> « Just 5 years ago, only 50,000 people living with HIV in all of sub-Saharan Africa were receiving antiretroviral treatment (ART). Recognizing that HIV/AIDS was and is a global health emergency requiring emergency action, President George W. Bush and a bipartisan, bicameral Congress reflected the compassion and generosity of the American people ».
>
> (USAID, CDC 2009 : 7)

La compassion et la générosité sont ainsi les valeurs ou les « sentiments moraux » (Smith 1999 ; Fassin 2010) évoqués à la fois pour qualifier le peuple américain et pour justifier l'organisation d'un plan d'intervention d'urgence en cas de menace affectant la santé globale. Les 15 pays bénéficiaires du PEPFAR désignés à cette époque sont : l'Afrique du Sud, le Botswana, la Zambie, le Mozambique, le Rwanda, la Namibie, le Nigeria, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Kenya, l'Ouganda, la Tanzanie, la Guyane, Haïti et le Vietnam. Le choix de ces pays par la Maison Blanche repose sur plusieurs critères conjuguant les intérêts stratégiques et économiques des États-Unis dans ces aires géographiques avec d'autres d'ordre plus technique pouvant garantir la réussite du projet dans des pays particulièrement touchés par l'épidémie de sida. La fiabilité du gouvernement, la stabilité politique du pays, la présence d'un système sanitaire et d'un réseau d'ONG permettant une mise en œuvre rapide et efficace des programmes prévus, tels sont les autres facteurs promouvant l'intervention du PEPFAR. Concernant plus spécialement l'Afrique, M. Rogalski (2009, cité in Hermann-Mesfen 2012) a identifié les intérêts géopolitiques et économiques des États-Unis dans chacune des zones géographiques où le PEPFAR est mis en place. Selon l'analyse de ce politologue, la Corne de l'Afrique joue le rôle stratégique de contrecarrer le développement de l'islam radical en Soudan et en Somalie ; l'Afrique australe représente un potentiel de richesses indispensables de métaux rares et précieux (la platine, le chrome, le manganèse, l'or) et constitue en même temps une zone de passage essentielle des flux commerciaux à provenance des pays occidentaux ; le Golfe de Guinée pour ses pays pétroliers importants tels que le Nigeria et l'Angola (Ibidem : 97). L'investissement financier dans la lutte contre le VIH/sida prévu par le PEPFAR en 2004 était de 15 milliards de dollars américains pour une durée de cinq ans c'est-à-dire 3 milliards de dollars américains par an. Il est de fait passé à 18.8 milliards de dollars américains dont 1,5 milliards US$ ont été par la suite destinés au Fonds Mondial de lutte contre le sida la tuberculose et la malaria. Les financements alloués à chaque pays furent repartis sur de grandes zones d'intervention : 55% est dédié aux soins des personnes affectées par le VIH incluant les antirétroviraux ; 15% aux soins palliatifs ; 10% aux orphelins et aux enfants vulnérables ; 20% est dédié à la prévention dont 1/3 à des programmes promouvant l'abstinence sexuelle et la fidélité. En 2001, seulement 50,000 personnes vivant avec le VIH/sida en Afrique subsaharienne avaient accès aux antirétroviraux. Pendant la première phase de mise en place du PEPFAR (2004-2008), plus de 2 millions de

personnes séropositives vivant dans 15 pays à ressources limitées, dont 12 en Afrique subsaharienne, ont eu accès à la trithérapie ; plus de 10 millions de personnes affectées par le VIH ont été aussi prises en charge dont plus de 4 millions d'orphelins et enfants dits vulnérables. Le PEPFAR a également assuré la mise en œuvre du programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant pour environ 16 millions de grossesses. En juillet 2008, le sénateur Barack Obama, Joe Biden, Hilary Clinton et John McCain ont tous voté en faveur du financement de 48 milliards de dollars américains proposé par le président G. W. Bush pour la deuxième phase du PEPFAR (FY 2009-2013). Mais, une fois au pouvoir comme président des Etats-Unis, Obama et son gouvernement optèrent pour une évolution significative de ce programme humanitaire, qui représente l'investissement le plus important en termes de ressources humaines et économiques s'appliquant à une seule maladie. Le changement radical que le gouvernement Obama avait imposé au PEPFAR correspond à l'engagement plus large que les Etats-Unis avait pris pour la promotion du développement durable dans les pays pauvres. Cela a constitué une véritable nouveauté en matière de politique étrangère américaine. Ainsi qu'on pouvait le lire sur le site du gouvernement :

> « On September 22, 2010, President Obama signed a Presidential Policy Directive on Global Development, the first of its kind by a U.S. Administration. The directive calls for the elevation of development as a core pillar of American power and charts a course for development, diplomacy and defense to reinforce and complement one another in an integrated, comprehensive approach to national security »[176]

Reconnu à la fois comme un enjeu crucial pour la sécurité nationale et un impératif stratégique, économique et moral, le développement des pays à ressources limitées faisait l'objet d'un volet spécifique de la politique étrangère américaine. Ce volet s'articulait autour de trois axes principaux : Global Climate Change Initiative, Global Food Security, Global Health Initiative[177]. À cet égard il est utile de remarquer que la *Global Health Intiative* a été lancée en mai 2009, quelques mois avant la mise au point de la *Presidential Policy Directive on Global Development*. Les principes-guide de la GHI ont complètement déplacé la question de la santé dans les pays pauvres de la sphère de l'intervention d'urgence ciblée sur des maladies spécifiques à celle de la coopération pour le développement humain et social de ces pays. L'importance accordée au renforcement des systèmes sanitaires, à la santé maternelle, à la planification des naissances et à la santé infantile en témoigne. Dans la fiche d'information disponible sur le site du gouvernement américain on pouvait lire :

[176] http://www.state.gov/ppd/, consulté le 1 mars 2015

[177] http://www.whitehouse.gov/the-press-office/2010/09/22/fact-sheet-us-global-development-policy, consulté le 1 mars 2015.

« President Obama's $63 billion Global Health Initiative (GHI), launched in May 2009, partners with countries to improve health outcomes through strengthened health systems, increased and integrated investments in maternal and child health, family planning, nutrition and infectious diseases including HIV/AIDS, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases, and through a particular focus on improving the health of women, newborns and children. A key principle of the GHI focuses on strengthening health systems to save lives and achieve sustainable outcomes. The GHI is a concrete manifestation of the policy in several ways: GHI places a premium on strengthening existing health systems to enable efficient, effective and sustained provision of health care services and public health programs; GHI recognizes that focusing on women, girls, and gender equality is a force multiplier which will improve the health status of women and in turn their families and communities »[178]

Le PEPFAR avait été réorganisé en fonction de ses contributions à la GHI :

« PEPFAR's major goal in its next phase is to support the transition from an emergency response to a sustainable program by increasing engagement and technical support for partner countries. In most countries full transition will likely not be completed over the next five years. However, it is essential for PEPFAR to lay the groundwork now for that transition by supporting countries in building capacity to manage and operate programming for infected and affected communities. A significant part of creating sustainability involves building and strengthening health systems, a heightened emphasis in PEPFAR's next phase »[179]

Le rôle du PEPFAR au sein de la GHI était donc celui de fournir a *« holistic patient response through integrated services »*. En 2014, l'Éthiopie bénéficiait du PEPFAR, de la GHI et de la Malaria Initiative ainsi que de la coopération avec le Fonds Bill & Melinda Gates, la Global AIDS Vaccine Initiative (GAVI) et Bill Clinton Fondation. Dans le paragraphe qui suit on présentera les étapes principales de la mise en place de l'accès gratuit et généralisé aux antirétroviraux en la situant dans le contexte plus vaste d'acteurs œuvrant dans le domaine de la santé.

III.2 L'accès aux ARV en Éthiopie : une œuvre de diplomatie médicale au cœur d'une mesure de santé globale

L'Éthiopie a lancé un premier programme pilote d'accès aux antirétroviraux en juillet 2003, dans le cadre de l'initiative 3x5 de l'OMS. Face à la lente progression vers la déclaration UNGASS et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le Développement 2015, en 2003 le directeur général de l'OMS, Lee Jong-wok avait fait une déclaration solennelle visant à promouvoir de façon effective la distribution d'antirétroviraux aux pays à faible revenu.

« Lack of access to antiretroviral treatment is a global health emergency … To deliver antiretroviral treatment to the millions who need it, we must change the way we think and change the way we act ».

Dr Lee Jong-wok (Babaniyi *et al.* 2004 : 9)[180]

[178] http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/Global_Health_Fact_Sheet.pdf, consulté le 1 mars 2015.

[179] http://www.pepfar.gov/documents/organization/133437.pdf, consulté le 1 mars 2015.

En accord avec le secrétaire général de l'ONU Kofi Annan et le directeur exécutif de l'ONUSIDA, Peter Piot, L. Jong-wok lançait ainsi l'initiative 3x5 dans le but de solliciter les nouveaux fonds et mécanismes de financement qui venaient d'être créés, spécifiquement le Fonds Mondial de la lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, ou dont la création venait d'être annoncée (PEPFAR). L'initiative 3x5 visait à élargir l'accès aux médicaments contre le VIH/sida à 3 millions de personnes séropositives vivant dans des pays à ressources limitées pour la fin de l'année 2005, c'est-à-dire à 50% des personnes infectées dans le monde ayant besoin des médicaments. Le Ministère de la Santé éthiopien fut parmi les premiers à répondre à cette initiative en invitant l'OMS à envoyer une mission dans le pays. En juin 2001, le Conseil national du sida de l'Éthiopie avait reconnu le VIH/sida comme une urgence nationale. En février 2001, un groupe de travail sur la faisabilité de l'accès aux antirétroviraux fut mis en place au sein du Ministère de la Santé comprenant les acteurs suivants : Ministry of Health (MOH), HIV/AIDS Prevention Control Office (HAPCO), Drug Administration and Control Authority (DACA), ENHRI (Ethiopian Health and Nutrition Research Institut), Ministry of Defense (MOD), Addis Ababa University (AAU), World Health Organization (WHO), Center Disease Control (CDC) (Babaniyi *et al.* 2004 : 9). Leurs tâches principales étaient de sélectionner et d'inclure un premier lot d'ARV dans la liste des médicaments disponibles en Éthiopie (Liste of Drugs of Ethiopia). Une politique nationale pour la fourniture et l'utilisation de médicaments antirétroviraux approuvés par le Conseil des ministres prévit l'exonération d'impôt pour les ARV et les fournitures connexes et définit les modalités de la délivrance des médicaments dans le pays. La création d'une brochure répertoria tous les ARV enregistrés en précisant les recommandations cliniques pour l'utilisation des ARV. Les indicateurs épidémiologiques qui décrivaient l'extension du VIH/sida en 2002 et ceux qui mesuraient son impact humain, économique et social étaient alarmants. Car, si le taux moyen de prévalence de l'infection à VIH dans la population adulte n'était pas parmi les plus élevés en Afrique subsaharienne, étant estimé à 6,6% (13,2% en milieu urbain et de 3,7% dans les zones rurales), en nombre de malades, l'Éthiopie résultait parmi les cinq pays les plus affectés dans le monde avec des taux de morbidité et de mortalité très élevés. On estimait en effet que le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida sur le territoire national étaient bien de 2,2 millions dont 220.000 cas de sida effectifs (Babaniyi *et al.* 2004 : 8). En l'absence de stratégies de prévention et de traitement efficaces le nombre de décès annuels dus au sida était estimé à 300.000 en 2010. En outre, l'épidémie avait causé une perte de sept ans de l'espérance de vie à la population générale ; elle avait contribué à l'augmentation du nombre d'orphelins et avait provoqué une perte significative de productivité et des revenus avec de graves conséquences sur les ménages et les communautés. Son impact sur le développement global du pays fut

[180] http://cnhde.ei.columbia.edu/documents/3x5_Country_Emerge.pdf, consulté le 4 mai 2017

alors considéré comme dramatique. Le traitement antirétroviral, outre réduire la morbidité et la mortalité, pouvait avoir aussi des effets importants sur le contrôle de la transmission de l'infection. Voici autant d'éléments justifiant la volonté du ministre de la santé à participer à l'initiative 3x5. En 2003, la mission de l'OMS visita l'Éthiopie pour présenter et discuter cette initiative, en évaluer la faisabilité, identifier les régions d'intervention prioritaire, et enfin établir les étapes nécessaires pour la mise en place d'une réponse d'urgence. Un programme pilote d'accès aux antirétroviraux fut lancé en 2003 dans 37 hôpitaux situés dans huit régions du pays, dont le North Gondar University Hospital. À la fin de juillet 2004 près de 4500 patients étaient sous thérapie antirétrovirale. Le projet était celui d'arriver à couvrir l'ensemble des 115 hôpitaux sur le territoire national. À cette époque, le traitement était payant et la thérapie fut disponible dans un premier temps à un prix compris entre US$289-$346 par mois. Grâce à des négociations entreprises par le gouvernement éthiopien avec les industries pharmaceutiques et par une exemption spéciale de taxes, le coût de la thérapie a été par la suite réduit de façon très significative à US $30-90 avec un coût supplémentaire oscillant entre US$ 36 et US$ 80 pour les analyses de laboratoire du nombre des CD4. À cette époque les dépenses sanitaires par individu étaient de 3.5US$. Jusqu'en 2004, aucun traitement prophylactique post-exposition (PEP) n'était facilement disponible pour le personnel soignant alors qu'il était inclus dans les prescriptions *(guidelines)* d'ARV. Les médicaments furent dispensés par Red Cross Ethiopia et les pharmacies autorisées. Des programmes de distribution gratuite furent mis en place par MSF Holland au Tigray, par Ethiopia Red Cross, AIDS Star, Norwegian Save the Children. Dans la plupart des cas, l'accès gratuit destiné aux patients socialement défavorisés, était facilité de par l'appartenance à une association de personnes vivant avec le VIH. Les hôpitaux des armées distribuèrent gratuitement les médicaments aux militaires et à leurs conjointes[181]. En décembre 2003, le Fonds Mondial alloua pour une durée initiale de deux ans 55 millions US$ destinés à financer un large éventail d'activités liées à la mise en place de l'accès aux ARV, dont 5,2 millions US$ pour faciliter le lancement des PTME. Une partie de ces ressources furent utilisées pour l'achat de médicaments antirétroviraux. Également, une partie du financement provenant de la Banque Mondiale (59 millions US$) pour l'EMSAP I fut destinée au renforcement des capacités de diagnostic, la formation du personnel, l'achat d'équipements dont plus particulièrement des machines de comptage des CD4 et de la charge virale. Le secteur privé, les ONG et les organisations confessionnelles exprimèrent un grand intérêt à participer aux stratégies de facilitation de l'accès aux ARV. Les entreprises privées quant à elles se déclarèrent disposées à fournir un traitement antirétroviral à leurs employés. MSF Belgique se chargea de la distribution gratuite d'ARV à 1.500 PVVIH, y compris des groupes

[181] Dans ces hôpitaux seulement 56 patients étaient sous thérapie antirétrovirale en 2004 (Babaniyi *et al.* 2004 : 12)

marginalisés comme celui des professionnelles du sexe. Depuis février 2004, l'Éthiopie participe au Plan bilatéral d'urgence de lutte contre le sida lancé par G. W. Bush. L'initiative PEFFAR fonctionne à travers la coopération d'USAID, CDC et FHI ainsi qu'avec d'autres partenaires internationaux et locaux dont plus particulièrement l'EOTC via l'ONG internationale IOCC (International Orthodox Christian Charities) (Hermann-Mesfen 2012 : 88). Le choix de l'Éthiopie de la part des États-Unis comme pays partenaire de ce plan bilatéral se justifie pour des raisons d'ordre épidémiologique, technique et géopolitique. D'abord, le nombre très élevé de personnes infectées et la faisabilité du projet prouvée par la mise en place préalable de l'initiative pilote 3x5 ont joué pour l'Éthiopie un rôle spécifique dans l'obtention du PEPFAR. Ensuite, l'exigence de rendre des comptes aux citoyens américains sur l'utilisation des fonds ainsi que sur les résultats obtenus a orienté les États-Unis à choisir des pays où l'existence préalable de structures sanitaires et d'un tissu suffisamment structuré d'ONG pouvant bénéficier de financements tout en garantissant le contrôle de leur utilisation ainsi qu'une probabilité importante de la réussite du projet lui-même (Patterson 2006 : 141-142). Enfin, les intérêts géopolitiques des États-Unis dans la Corne d'Afrique ont joué un rôle de première importance. Tel que nous l'avons souligné plus haut, le PEPFAR répond en effet au principe de l'« engagement sélectif » des États-Unis contre le terrorisme (Stein 2002), engagement qui peut se réaliser selon des modes d'intervention « soft » (plan d'aide humanitaire) ou « hard » (guerre préventive) (Ibidem). L'Éthiopie se situe dans l'une des quatre zones sensibles attirant l'intérêt des États-Unis vers l'Afrique (voir *supra* § III.1.3), à savoir la Corne d'Afrique. La longue histoire d'échanges et de relations diplomatiques avec les États-Unis et leur intensification lors de la montée au pouvoir du premier ministre Mälläs Zenawi (1991-2012) (voir *supra* § I.9) alors que l'Érythrée sous la dictature de Issayas Afeworki devenait de moins en moins fiable et attractive, lui ont fait acquérir le statut d'État « pivot » (Leriche 2003). À cet égard, il convient cependant de préciser que l'Éthiopie n'a jamais joué le rôle d'un simple instrument de la politique des États-Unis en Afrique. Ainsi, par exemple dans la nuit du 24 décembre 2006 Mälläs Zenawi a déclaré la guerre à la Somalie suite à la prise de Mogadiscio par les forces de l'Union des Tribunaux Islamiques (UTI), alors que les Etats-Unis sont intervenus quelques semaines après et à un moment où ils ne cherchaient pas à faire la guerre à un autre « pays musulman » (Prunier 2006).

> « The Ethiopian government has taken self-defensive measures and started counterattacking the aggressive forces of the Islamic Courts and foreign terrorist groups ».
>
> (Fanta 2007)[182]

Telle fut la déclaration officielle du premier Ministre lors de l'éclat des offensives. Cette déclaration de guerre de l'Éthiopie à la Somalie fut justifiée en raison du droit

[182] http://www.bloggernews.net/14238, consulté le 4 mai 2017.

légitime à l'autodéfense sur la base des faits suivants : la déclaration de djihad contre l'Éthiopie par l'UTI ; la présence en Somalie d'insurgés éthiopiens cherchant à renverser le gouvernement de l'Éthiopie par la force ; la présence et l'afflux continu de groupes terroristes étrangers affiliés à l'UTI. Comme G. Prunier le remarque :

> « Meles was a master player of the diplomatic game and he managed both to charm the international community and to use it for Ethiopia's benefit. Contrary to legend he was not the Horn of Africa tool of US policy that his adversaries tried to portray. He was *useful* to the Americans but he certainly got more from them in terms of economic aid and diplomatic support than he provided them with ».
>
> (Prunier 2015 : 435)

En juillet 2014, lors de l'inauguration du *Gondar Hospital Comprehensive Outpatient Center* (COC)[183], service principalement destiné aux patients séropositifs et né du partenariat entre l'Université de Gondär et le PEPFAR, l'ambassadeur Haslach[184] a tenu à souligner la longue histoire de coopération entre le North Gondar University Hospital et le gouvernement américain qui remonte à la création dans les années 1950 du Public Health College (voir *infra* § III.5 ; Solomon 2001). Depuis lors, plusieurs universités états-uniennes, parmi d'autres universités européennes et canadiennes, ont coopéré à la formation du personnel médical et soignant et le North Gondar University Hospital est devenu un véritable pôle d'attraction pour des étudiants et des néo-médecins étrangers (Moges *et al.* 2004 : 45). Mais, l'ambassadeur a tenu aussi à remarquer que les relations entre les deux pays vont bien au-delà de ces formes de coopération évoquant ainsi le fait

[183] « The two-story COC, built on 7,360 square meters, features ample space for patient-health worker interactions and creates a welcoming and safe environment for integrated health services for HIV prevention, care and treatment. The facility includes rooms for the provision of HIV care and treatment services for adult and pediatric patients; examinations rooms for tuberculosis (TB) and infectious diseases, medical and surgical outpatient departments, and a casualty unit to support training and care for medical emergencies. The outpatient center also has an ultrasound department, pharmacy, laboratory, and CT Scan and MRI rooms. In addition, the building is fully accessible to people with physical disabilities designed in accordance with the International Building Code (IBC) standards and the American Disabilities Act (ADA) », http://ethiopia.usembassy.gov/remarks_08.html, consulté le 3 mai 2017.

[184] «Our relationship with the University of Gondar dates back to the early 1950s with the establishment of the Public Health College through a partnership with the U.S. Government's Point Four program, the precursor to USAID, and the World Health Organization (WHO). At that time the focus was on training to respond to severe malaria epidemics in Ethiopia. Today, the University of Gondar is one of the largest public universities in Ethiopia and is a center of excellence for public health research and medical training. The U.S. partnership with the University of Gondar is multi-faceted and goes beyond government bilateral relations. Our U.S. universities have strong technical and programmatic working relationships that include leadership training as well as staff and student exchanges to promote research and higher education. The University of Gondar's partners include, to name a few, the University of Washington, John Hopkins University, Ohio State University, Howard University, Arizona State University, University of Illinois, Dominican University of California, and Oregon State University. We are thrilled that your Dean for the College of Education, Fozya Tesfa, is in the United States right now as one of the Young African Leaders Initiative Washington Fellows. Fozya, along with the Fellows from across Africa, will meet with President Obama at the Young Africa Leaders' Summit on July 28. ... The United States is home to one of the largest Ethiopian Communities in the world. These Ethiopians are now returning to their homeland, many to their beloved city of Gondar, to mobilize human, financial and other resources and to help address human resources constraints in the country, especially in the health sector. I would like to thank them for their contributions » http://ethiopia.usembassy.gov/remarks_08.html, consulté le 3 mai 2017.

que les États-Unis abritent l'une des communautés parmi les plus nombreuses de la diaspora éthiopienne dont une bonne partie est à l'heure actuelle sur le retour. En effet, en plus d'être le principal bénéficiaire du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'Éthiopie a été parmi les premiers bénéficiaires, dans le domaine médical et sanitaire, de ressources techniques, humaines et financières provenant des États-Unis. Ses relations relativement anciennes avec ce pays, comparées à d'autres pays de l'Afrique, ont facilité la coopération avec de nombreuses agences du gouvernement américain travaillant dans les secteurs socio-sanitaires, notamment *Peace Corps*, USAID, CDC. C'est la présence ancienne de ces agences, de centres de recherche biomédicale et d'acteurs américains montrant une volonté réelle de remplir les objectifs chiffrés du PEPFAR qui a facilité sa mise en œuvre rapide (Patterson 2006 : 141-142). En Éthiopie, le PEPFAR est administré conjointement par l'ambassade américaine à Addis-Abeba, l'Agence américaine pour le développement international, USAID-Ethiopia, le Center for Disease Control-Ethiopia (CDC-Ethiopia) le Département américain de la Défense Disease Control and Prevention, et le Peace Corps. Il œuvre en étroite collaboration avec le Gouvernement et le Ministère de la Santé éthiopiens et en partenariat avec la CHAI-Ethiopia (Clinton Health Access Initiative-Ethiopia) et le Fonds Mondial.

III.2.1 La mise en place de l'accès gratuit aux ARV

Le programme d'accès gratuit aux antirétroviraux a été lancé en janvier 2005 et la feuille de route pour l'accélération de cet accès aux médicaments en juin 2005.

> « The government of Ethiopia launched the free ART program in January of 2005 and the "Accelerating Access to HIV/AIDS Treatment in Ethiopia, Road map 2004-2006" in June of 2005. The Road Map targets to put 100,000 persons on ART by the end of 2006. By the end of July, 2006, 45,595 patients had ever started on ART at 132 facilities across the country. Of these, 35,460 were on treatment currently and 18,384 were enrolled in the first six months of 2006. Of the people ever started on ART, 47 % were adult males >14 years of age, 48% were adult females >14 years of age, and 4% were children. Among the children ever started on ART, 69% were among ages 5-14 years, 4% were infants less than 18 months of age, and 27% were children 19-59 months of age ».
>
> (FMOH, HAPCO 2006 : 35)

Les ARV de première ligne sont accessibles gratuitement. Leur prescription se base sur les résultats des évaluations cliniques ou immunologiques des patients séropositifs. L'évaluation immunologique est effectuée par la décompte des CD4. Il est préférable d'entamer la prise des médicaments antirétroviraux une fois que le nombre de CD4 est de 200-350 cellules/ml. Dans les situations où l'évaluation immunologique n'est pas possible, les médicaments sont dispensés sur la base de seuls critères cliniques. Plutôt que d'utiliser des doses d'ARV simples, l'Éthiopie utilise des combinaisons à dose fixe

(doses triples ou doubles) censées favoriser le confort des patients et l'observance au traitement antirétroviral (FMOH, HAPCO 2006 : 63-82). Entre 2004 et 2010, plus de 13 millions de personnes ont fait le test de dépistage du VIH/sida dans le cadre de la *Millenium AIDS Campaign* (MAC). Le PEPFAR a assuré la prise en charge de 444,682 personnes infectées par le VIH/sida. En septembre 2009, 163,106 personnes séropositives étaient sous thérapie antirétrovirale, c'est-à-dire 48.5% des patients ayant besoin de la trithérapie dont 8,961 étaient des enfants (PEPFAR 2010 : 4-5). Outre le PEPFAR et le Fonds Mondial, la Clinton Health Access Initiative – Ethiopia (CHAI) a commencé à fournir en juin 2007 les antirétroviraux pédiatriques et ceux de deuxième ligne indispensables à tout patient sous thérapie antirétrovirale ayant développé une résistance aux médicaments de première ligne. Depuis l'installation d'un bureau en 2005, CHAI-Ethiopia travaille en coopération avec le Ministère Fédéral de la Santé (FMOH) et les Bureaux Régionaux de la Santé (RHB) afin de soutenir le gouvernement éthiopien pour l'amélioration du système national de santé dans la promotion de l'accès généralisé aux soins et à la prévention à toute la population. En 2006, la CHAI a été choisie comme le partenaire principal d'UNITAID, organisation internationale fondée en 2006, chargée de centraliser les achats des médicaments à destination des pays en voie de développement[185]. Un an plus tard, la Fondation Clinton en partenariat avec UNITAID, a obtenu une baisse du prix des traitements contre le sida pour les enfants de 40% et de 25% à 50% pour les traitements de deuxième ligne. En Éthiopie, la fourniture des antirétroviraux s'est accompagnée de l'acquisition d'un certain nombre de produits supplémentaires liés au diagnostic, au traitement et aux soins des enfants sous thérapie antirétrovirale. Ces produits supplémentaires comprennent des tablettes alimentaires thérapeutiques (également connues sous le nom de la marque, *Plumpy'nut*), pour le traitement de la malnutrition sévère chez les enfants ; le co-trimoxazole, un traitement prophylactique destiné à prévenir les infections opportunistes du VIH ; l'équipement de laboratoire pour le diagnostic (décompte des CD4 ; mesure de la charge virale) qui est essentiel dans le processus de détection précoce et du traitement efficace du VIH/sida. Entre décembre 2009 et décembre 2010, la CHAI a arrêté la fourniture des antirétroviraux de deuxième ligne et des médicaments pour les enfants. À la fin de 2011, les dons UNITAID ont été transférés au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. CHAI continue de soutenir le gouvernement éthiopien dans sa mission consistant à renforcer le système national de santé et rendre accessibles les soins à toute la population éthiopienne. En 2009, le PEPFAR et le Fonds Mondial ont pourvu 90% des financements pour la lutte contre le VIH/sida. Les autres bailleurs de

[185] L'UNITAID est financée par une taxe de solidarité sur les billets d'avion adoptée par certains pays. Cette modalité de financement fut proposée par Jacques Chirac et Luiz Ignacio Lula da Silva en 2003 lors d'une rencontre entre chefs d'États. En 2005, alors que Lula était l'un des invités de Chirac à l'occasion des festivités du 14 juillet, le cardiologue et ex-ministre Philippe Douste-Blazy leur a suggéré l'idée d'utiliser ces fonds pour créer une centrale d'achats de médicaments.

fonds sont le Programme commun des Nations Unies, la Banque mondiale, UNITAID, et d'autres donateurs bilatéraux. Le FHAPCO a le mandat de coordonner la réponse de ces bailleurs. Entre 2009 et 2010 la trithérapie était disponible dans 484 Centres de soins et 146 hôpitaux. La mise en place de cette distribution s'est accompagnée par la forte croissance des services CDV qui sont passés de 658 en 2004 à 1525 en 2008-09 et des programmes de PTME qui sont passés de 129 en 2004 à 837 cinq ans plus tard. Le Gouvernement des États-Unis a fourni les antirétroviraux de deuxième ligne jusqu'en 2007 et il est censé fournir ceux de première ligne dans des situations d'urgence provoquées par exemple par un retard des financements provenant du Fonds Mondial ou bien à cause d'éventuelles défaillances dans la fourniture dues à des pics imprévus de besoin en médicaments. Il est aussi chargé de fournir l'assistance technique pour les laboratoires d'analyse. Depuis le lancement de l'accès aux antirétroviraux en 2005 il n'y a jamais eu de rupture de stock sauf quelques épisodes de très courte durée qui ont concerné un nombre assez restreint de malades, mais le système a été remarquablement efficace grâce à un réseau de distribution bien développé et géré par le PEPFAR. Entre 2008 et 2009 ce plan d'aides a dépensé entre 4.3 et 4.4 millions de dollars américains - c'est-à-dire 7% du coût total des antirétroviraux par année - pour acheter des antirétroviraux de première ligne à distribuer en cas d'urgence. Depuis 2007, sur la base du Pharmaceutical Logistics Master Plan (PLMP) structuré au niveau national et supporté par le PEPFAR, USAID et d'autres bailleurs de fonds, le gouvernement éthiopien s'est engagé pour que l'Éthiopie produise les antirétroviraux en cas d'éventuelles ruptures de stocks.

III.3 L'impact structurel de la lutte contre le VIH/sida sur le système de santé publique éthiopien

Jusqu'en 2012, le gouvernement éthiopien pouvait compter sur plusieurs bailleurs de fonds dont certains, comme la Banque Mondiale, ont à leur actif une longue histoire de partenariat et dont d'autres œuvrant dans la lutte contre le VIH/sida sont intervenus plus récemment (voir *infra* fig. IIIA). Le gouvernement a mené des efforts importants pour coordonner le travail des partenaires de développement et de la santé. L'Éthiopie a été l'un des premiers signataires de l'International Health Partnership (IHP+) s'articulant autour des cinq principes-clés en matière d'efficacité d'aide de la Déclaration de Paris

(2005)[186] et du programme d'action d'Accra (2008)[187], notamment « appropriation par les pays » ; « alignement sur les stratégies, les systèmes et les procédures des pays » ; « harmonisation des actions des donneurs » ; « gestion axée sur les résultats » ; « responsabilité mutuelle »[188]. La collaboration et l'harmonisation entre les nombreux bailleurs de fonds travaillant actuellement en Éthiopie sont essentielles pour atteindre les objectifs de santé ambitieux que le gouvernement s'est fixé. Pour favoriser la coordination, tous les bailleurs de fonds sont membres du Federal Ministry of Health's Donor's Joint consultative Forum and Donors Working Group (DAG). Les bailleurs de fonds les plus importants œuvrant dans le domaine de la santé sont multilatéraux (agences des Nations Unies, l'Union européenne, et la Banque mondiale) et bilatéraux (Etats-Unis, Royaume-Uni, le Japon, la Suède, l'Italie, les Pays-Bas, l'Irlande, la Norvège, la France et l'Autriche), auxquels il faut ajouter le Fonds mondial et l'Alliance GAVI.

[186] La préoccupation de l'efficacité de l'aide remonte à la période qui suivit la chute du mur de Berlin (1989). Au lendemain de la fin de la guerre froide, les pays riches se sont interrogés sur la justification de l'aide publique au développement et sur son efficacité, notamment en Afrique subsaharienne. Après la formulation par l'ONU des huit Objectifs du millénaire pour le développement (OMD, 2000), les attentats du 11 septembre 2001 ont rappelé les risques d'un abandon général de la coopération au développement. Le sommet de Monterrey, en 2002, concrétisa un nouvel engagement international soulignant le besoin de montrer l'efficacité de l'aide au développement. Il en est résulté la Déclaration de Rome sur l'harmonisation de l'aide (2003) et puis la Déclaration de Paris (2005) qui a lancé un processus élaboré de suivi de la mise en œuvre. Adopté en mars 2005, la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement est désormais reconnue comme un accord international crucial, visant à améliorer la qualité de l'aide et son impact sur le développement. Elle définit une feuille de route d'engagements pratiques dont l'objectif principal est de réformer les modalités d'acheminement et de gestion de l'aide pour augmenter son efficacité, notamment en matière de réduction de la pauvreté et des inégalités, de consolidation de la croissance, de renforcement des capacités et de progression vers les OMD

[187] Il s'agit d'une déclaration entérinée par les ministres des pays en développement et des pays donateurs chargés de la promotion du développement et les responsables d'organismes bilatéraux et multilatéraux d'aide au développement en vue d'accélérer et d'amplifier la mise en œuvre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide adoptée le 2 mars 2005.

[188] Appropriation : « les pays bénéficiaires de l'APD exercent une réelle maîtrise sur leurs politiques et stratégies de développement et assurent la coordination de l'action à l'appui du développement ; alignement : les donateurs font reposer l'ensemble de leur soutien sur les stratégies nationales de développement, les institutions et les procédures des pays bénéficiaires de l'APD. Dans la continuité du principe d'appropriation, l'alignement suggère que les pays bénéficiaires soient les véritables acteurs de leur développement ; harmonisation : partage des information, simplification des procédures et mise en place des dispositifs en commun ; gestion axée des résultats : réduction de la complexité des procédures d'octroie et de gestion de l'APD grâce à une convergence à la source ; responsabilité mutuelle : les donateurs et les pays bénéficiaires sont responsables des résultats obtenus en matière de développement. Ce dernier principe entend concrétiser un lien réel de partenariat entre les deux acteurs du développement identifiés par la Déclaration de Paris, soit les bailleurs de fonds et les pays bénéficiaires (http://www.afd.fr/home/AFD/developpement-durable/efficacite-aide/declaration-paris)

Donor	Program Area
United Nations Population Fund (UNFPA)	Technical Assistance, Contraceptive
United Nations Children's Fund (UNICEF)	Safe motherhood initiatives, outreach strategy, adolescent reproductive health programs, targeted food supplementation, and technical assistance on child health and nutrition. Finances major rural water and sanitation projects
World Health Organization (WHO)	Policy and strategy development and leads polio, meningitis, and measles campaigns. Safe motherhood initiatives
GAVI Alliance	
Japan (JICA)	Expanded Program for Immunization
The Netherlands	Support activities in family planning, social marketing, post abortion care, youth-friendly services, private sector partnerships, and capacity building
Government of Sweden	Support activities in family planning, social marketing, post abortion care, youth-friendly services, private sector partnerships, and capacity building
Government of Italy	
Government of Ireland	Support activities in family planning, social marketing, post abortion care, youth-friendly services, private sector partnerships, and capacity building
Government of Norway	Support activities in family planning, social marketing, post abortion care, youth-friendly services, private sector partnerships, and capacity building
Government of France	
Government of Austria	
The Bill & Melinda Gates Foundation	Technical assistance and funding for the community health worker program
The Packard Foundation	Support activities in family planning, social marketing, post abortion care, youth-friendly services, private sector partnerships, and capacity building
Canadian International Development Agency (CIDA)	Support vitamin A supplementation and salt iodization
Global Fund for AIDS, TB and Malaria (GFATM)	Total approved funding is $6.2 billion, with $2.6 billion in malaria grants, $420 million for TB, and $3 billion in HIV/AIDS
The World Bank	Provide funding to the Government for procuring key health commodities, including contraceptives. Finance major rural water and sanitation projects
The African Development Bank	Finance major rural water and sanitation projects
The European Union	Finance major rural water and sanitation projects

Figure III A

Les pays engagés dans la coopération bilatérale

Source : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pdacx591.pdf

Concernant plus spécialement le VIH/sida, le GOE (Government of Ethiopia), le Fonds mondial et le PEPFAR ont conclu un protocole d'entente (PE) qui définit leurs rôles complémentaires quant au mode d'utilisation des ressources. Une assistance technique est prévue pour le GOE afin qu'il élabore des propositions à l'ordre du Fonds mondial. Le principal interlocuteur du gouvernement en matière de VIH/sida est FHAPCO. Il organise et participe à des réunions bimensuelles conjointement avec le Ministère de la Santé, le Pharmaceutical Funding and Supply Agency (PFSA), l'Ethiopian Nutrition and Health

Research Institut (ENHRI) et l'équipe du PEPFAR. Ces réunions servent de lieu d'échange d'informations et de coopération en vue de travailler à une meilleure harmonisation des programmes de lutte contre le VIH/sida avec le Fonds mondial et de participer à la réalisation des *Strategic Plan for Intensifying Multisectoral HIV and AIDS Response in Ethiopia* se suivant les uns les autres tous les cinq ans. Il existe aussi le Donor Forum for HIV/AIDS impliquant les bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux du VIH/sida y compris le Fonds mondial qui est actuellement co-présidé par le HSS/CDC (Health Strengthening System/Control Disease Center) et l'ONUSIDA (PEPFAR 2012 : 12). Une part importante du financement national pour la santé a été attribuée à la lutte contre le sida au cours des dernières années. En 2007/2008, les dépenses nationales de l'Éthiopie dédiées à cette lutte ont représenté 20% des dépenses nationales de santé, équivalentes à 248 milliards de dollars américains. La contribution du gouvernement représente 11% du total des dépenses pour le VIH/sida dont les financements proviennent de bailleurs de fonds internationaux. Les deux plus grandes sources de financement contribuant à la lutte contre le VIH/sida en Éthiopie sont le PEPFAR (355 milliards de dollars en 2008) et le Fonds mondial (plus de 1,3 milliard de dollars américains approuvés depuis 2003 dont 590 millions de dollars ont déjà été déboursés). En outre, la Banque mondiale a participé entre 2001 et 2005 à la réalisation de l'EMSAP I avec 60 millions de dollars américains pour la première phase (2001-2005) et 25 millions de dollars américains entre 2007 et 2010 dans le cadre de l'EMSAP II. United Nations Development Assistance Framework (UNDAF) est également un partenaire important pour la lutte contre le sida, avec 64,4 millions de dollars américains financés entre 2007 et 2009. En vue d'assurer une utilisation efficace de ces flux très importants de financement, le gouvernement éthiopien a défini la répartition et l'utilisation des ressources d'une manière pragmatique suivant une « approche diagonale » de la santé publique. L'« approche diagonale » reconnaît la complémentarité nécessaire entre les « programmes verticaux », c'est-à-dire spécifiques à certaines maladies et l'amélioration des systèmes de santé (approche horizontale), ainsi que la nécessité de partager les coûts entre les deux sources nationales et internationales de financement. Cette approche a été formalisée en première instance au niveau des organismes œuvrant dans le champ de la santé globale :

> « In April 2007, the board of the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Global Fund) agreed to consider comprehensive country health programmes for financing. The IHP+ – which embraces the International Health Partnership initiated by the government of the United Kingdom and related initiatives, including the Deliver Now for Women + Children campaign initiated by the government of Norway – will help low-income countries to develop such comprehensive country health programmes. In a joint statement with UNAIDS, the GAVI Alliance, UNICEF, the United Nations Population Fund, the World Bank and the WHO, the Global Fund confirmed its support : "We, as international health partners committed to improving health and development outcomes in the world, welcome and fully support the International Health Partnership's mission to strengthen health systems ».
>
> (Ooms *et al.* 2008 : 2)

Ainsi, le gouvernement éthiopien en accord avec les principaux partenaires plutôt que canaliser les fonds exclusivement dans des programmes verticaux a investi des ressources affectées à la lutte contre le VIH/sida dans l'amélioration du système de santé. À cette fin, ont été négociés les accords suivants : 20 millions de dollars américains financés par la Banque Mondiale pour l'EMSAP et bien 444 millions de dollars américains provenant du Fonds mondial ont été consacrés aux infrastructures de soins de santé primaire ; plus de 200 millions de dollars alloués par le PEPFAR jusqu'en 2010 ont été utilisés pour améliorer le système de santé y compris la rénovation des hôpitaux, des centres de santé, les banques de sang et les laboratoires (Assefa *et al.* 2010 : 3). La *« diagonalisation »* des programmes de lutte contre le VIH/sida s'est traduite par une accélération de la décentralisation de la prestation des soins et dans la spécialisation du personnel de santé. Les résultats principaux ont été en premier lieu l'augmentation rapide de l'utilisation des centres de soins secondaires pour faciliter la distribution des ARV à la population rurale et aux centres urbains de petite taille et périphériques, en deuxième lieu le déploiement massif des agents de vulgarisation de santé communautaires (Health Extension Worker, HEW) et la mobilisation de différentes communautés de base qui ont contribué à une augmentation significative de la couverture des services de soins de santé primaire, en troisième lieu la formation et le déploiement d'un nouveau cadre de suivi et d'évaluation des spécialistes qui travaillent sur le monitorage et l'évaluation des programmes de lutte contre le sida et des services de santé, enfin le développement d'infrastructures, de technologies et de produits médicaux. Plus précisément, le PEPFAR s'est appuyé sur la coopération de plusieurs acteurs hautement spécialisés dont certains participent à la Medical Education Partnership Initiative (MEPI). Il s'agit de John Hopkins University (JHU), Columbia University (CU-IPA), San Diego University (UCSD), Emory University, University of Wisconsin et le centre International Training & Educational Center for HIV (I-TECH)[189] rattaché à l'Université de Washington et de San Francisco. Opérant dans des régions différentes de l'Éthiopie, ces différents acteurs accomplissent des tâches de formation du personnel soignant, des techniciens et des médecins aussi bien que de monitorage et d'évaluation des programmes de soins et de prévention. La Banque mondiale quant à elle a destiné par exemple une partie de la première tranche du financement EMSAP I (2000-2005) à la formation de 20,000 agents de santé communautaire et à la mise en place de cours de formation s'adressant aux médecins, infirmiers, consultants, pharmaciens et techniciens de laboratoire pour le développement d'une distribution structurée et normalisée des antirétroviraux. Dans le document issu en 2011, *The United States Global Health Initiative : Ethiopia Global Health Initiative Strategy*, on peut lire :

[189] International Training & Educational Center for Health depuis 2009.

> « The GOE has taken an active role in addressing the country's health challenges. This includes a doubling of the treasury budget for health over the past five years. Because of the increase in development assistance including the Global Fund and PEPFAR, as well as the GOE budget to the Health Sector, the annual per capita expenditure on health has increased from $7.1 in 2004/05 to $16.1 dollars in 2007/08, although this is still below the World Health Organization's (WHO) recommended $34 per capita. The contribution of the GOE to HSDPIV will increase from $249 million in 2009/10 to $298 million in 2014/15 ».
>
> (GHI 2011 : 6)

Des progrès significatifs ont été accomplis dans le développement des centres de santé qui sont passés de 3,544 en 2004 à 17,300 en 2010. Des résultats importants ont été aussi réalisés dans la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile qui restent tout de même parmi les plus élevés dans le monde. L'enquête démographique et sanitaire de 2011 (CSA 2012 : 109) montre que la mortalité enfantine a diminué de 39% entre 2000 et 2011, (on est passé de 97 à 59 décès pour 1000 naissances), et que la mortalité des enfants de moins de cinq ans a diminué de 47%, (on est passé de 166 à 88 pour 1000 naissances). Concernant la mortalité maternelle on est passé de 1068 morts sur 100,000 naissances en 1990 à 676 morts sur 100,000 naissances en 2011 (Ibid. 21). En même temps, le besoin non satisfait de planification familiale s'est globalement réduit à 25% pour les couples mariés, mais il est resté plus élevé chez les jeunes femmes d'âge compris entre 15 et 19 ans (33%). Ainsi, en 2011 27% des femmes mariées avaient recours à des méthodes contraceptives modernes contre 6% en 2000 (Ibid. : 97). Bien qu'il soit difficile d'identifier l'ensemble de facteurs responsables de l'amélioration de la santé maternelle et infantile, l'accélération de la décentralisation des centres de santé et leur amélioration ont fortement contribué à faciliter l'utilisation de services prénataux. En 2011 34% des femmes enceintes ont bénéficié d'un suivi au cours de leur grossesse contre 28% en 2005 (CSA 2012 : 119). Les efforts dans ce sens ont été facilités grâce aux ressources financières, techniques et humaines provenant de l'aide internationale destinée à la lutte contre le VIH/sida. Il y a eu en effet une augmentation significative d'interventions sanitaires liées au VIH grâce à la décentralisation et à l'intégration des services complémentaires. Ainsi, par exemple, l'expansion des services de dépistage volontaire a contribué à la prévention des maladies sexuellement transmissibles (Assefa *et al.* 2010 : V). Cependant, il convient de souligner qu'en dépit de ces repercussions positives au niveau du système sanitaire et sur le dépistage des maladies sexuellement transmissibles, la priorisation du VIH/sida dans les politiques sanitaires a contribué à négliger le dépistage et la prise en charge d'autres maladies comme le diabète (dont la prévalence est nettement en hausse en Éthiopie), ou comme les infections respiratoires (qui représentent la première cause de décès)[190], et les cancers (pour lesquels le seul centre de prise en charge est le Black Lion Hospital situé dans la capitale, Addis-Abeba).

[190] http://www.who.int/gho/countries/eth.pdf?ua=1, consulté le 26 mai 2017.

III.4 La mise en place de l'accès gratuit aux ARV à Gondär

La région Amhara où la ville de Gondär se situe, se distingue pour être l'une des régions les plus touchées par le VIH/sida. Dans la zone urbaine de cette région, les taux de prévalence du VIH/sida ont varié entre 10.2% en 2004 et 9.8 en 2010 (MOH 2007 : 18). La ville de Gondär, siège du North Gondar University Hospital et de cinq centres de soins, a pu bénéficier d'un premier programme pilote d'accès aux antirétroviraux entre 2003-2004. Plus précisément, seul hôpital de soins tertiaires dans la région Amhara (*tertiary referral hospital*)[191], le North Gondar University Hospital a été le siège de la première clinique d'ART de ce district. Elle a été mise en place en mars 2002 pour être complètement opérationnelle en 2003. Parallèlement au lancement du PEPFAR, la Gondar University (GU) est devenue l'une des partenaires principales d'I-TECH. Ce partenariat a facilité l'enseignement supérieur en sciences infirmières et en médecine pour la constitution d'un personnel soignant et médical qualifié et a assuré en même temps une formation continue sur le VIH/sida. I-TECH, a été fondé en 2002 par le U.S. Health Resources and Services Administration (HRSA) en collaboration avec le CDC et les Universités de Washington et de San Francisco. Il est financé par le PEPFAR et opère dans les Caraïbes, en Afrique et en Asie du Sud. Sa mission est ainsi présentée :

> « To see a world in which all people have access to high quality, compassionate and equitable health care and a mission to serve as a global network that works with local partners to develop skilled health care workers and strong national health systems in resource-limited countries in order to provide effective prevention, care and treatment of diseases, including HIV, in the developping wolrd. I-TECH promotes local owenership to sustain effective health systems ».
>
> (Bulletin I-TECH 2013)[192]

Depuis 2003, I-TECH Ethiopia a travaillé en étroite collaboration avec le FMOH, FHAPCO, le Drug Administration and Control Authority, Regional Health Bureaus, Regional HAPCO et des universités éthiopiennes en dispensant l'assistance technique et financière pour le développement et la formation des ressources humaines dans le domaine de la prévention du VIH, des soins et de la prise en charge. Plus précisément, en vue de faciliter le renforcement des capacités institutionnelles des acteurs locaux de la lutte contre le VIH/sida, I-TECH Ethiopia a institué deux initiatives : Continuous Medical Education (CME) et Quality of Care Improvement (QCI). Depuis 2006, I-TECH a

[191] Services fortement spécialisés habituellement prodigués dans des hôpitaux spécifiques. L'accès est souvent rendu possible par la référence de spécialistes en soins secondaires, par exemple les neurochirurgiens. Dans certains pays, les soins tertiaires renvoient à des services de réhabilitation (prévention tertiaire) et dans d'autres pays, il n'y a aucune division entre soins secondaires et tertiaires, les deux étant classés comme soins spécialisés. En Éthiopie, le système de santé est divisé en 4 niveaux en fonction des compétences spéciales du personnel médical et des technologies disponibles.

[192] http://www.go2itech.org/who-we-are/vision-mission-and-principles/2013%20Vision%20Mission%20Principles%20NEW%208x11.pdf, consulté le 5 mai 2017.

concentré ses activités dans les régions éthiopiennes les plus touchées par le VIH/sida à savoir la région Amhara, le Tigray et l'Afar afin de supporter et renforcer la mise en œuvre des programmes suivants : ART, PTME, CDV, PIHTC (Provider-Initiated HIV Testing and Counselling)[193], TB/HIV, PC (PreciControl HIV), STI (Sexually Transmittable Infections). I-TECH coopère aussi au développement des laboratoires d'analyse grâce à la formation du personnel et leur fourniture d'équipement. Entre 2003 et 2006 I-TECH a formé 586 personnels médicaux et paramédicaux (médecins, infirmiers, pharmaciens et techniciens de laboratoire). Depuis 2006 l'organisation a soutenu la mise en œuvre de 10 programmes de soins et prévention du VIH/sida dans 46 centres sanitaires (Health Centres) situés dans les régions Amhara, Afar et Tigray. À partir de novembre 2009, I-TECH a élargi ses actions dédiées initialement aux programmes de lutte contre l'épidémie du VIH/sida, à tout le système de santé publique éthiopien et la signification de l'acronyme qui signifiait initialement International Training & Educational Center for HIV s'est transformée in International Training & Educational Center for Health.

> « The International Training and Education Center on HIV (I-TECH) is pleased to announce that, it has changed its name to The International Training and Education Center for Health, effective 01 november 2009. … The name change reflects I-TECH's commitment to integrating HIV and AIDS prevention, care, and treatment into the spectrum of health services in the countries where it works. In addition, while HIV and AIDS will remain a central focus of I-TECH's work, the new name and accompanying logo more accurately represent I-TECH's emerging development, clinical informatics, public sector health care system strengthening, tuberculosis care and treatment, and women's health ».
>
> (Bulletin I-TECH 2013)[194]

Dans cette même année, la Gondar University comptait 16,000 étudiants dont près de 5,000 à la faculté de sciences de la santé et de médecine. Rattaché à cette université, l'hôpital est censé desservir une population de 5 millions habitants et jusqu'à 2010 il disposait de 400 lits. En 2009, les patients sous ARV étaient près de 4,000 (PEPFAR 2012 : 246). Grâce à l'assistance technique d'I-TECH l'hôpital a été doté d'une unité de formation de techniciens, de personnel soignant et médical en partenariat avec l'Amhara Regional Health Bureau Centre, qui vise également à l'amélioration des services prodigués par les centres de soin de la région Amhara. En 2010, ont été formés plus de 900 professionnels de la santé. L'Université de Gondär est également chargée du monitorage des activités concernant le VIH/sida et d'assurer les meilleures pratiques en

[193] À la différence du CDV, le PIHTC permet aux patients de passer un test de dépistage du VIH toutes les fois qu'ils se rendent dans un hôpital pour des problèmes de santé. Le test est conseillé tout en laissant libre le patient de ne pas le faire. « As opposed to CDV, PIHTC allows patients to access HIV testing whenever they seek care while maintaining the choice to "opt-out," thus significantly reducing missed opportunities for HIV identification and creating more entry points for all clients attending clinical care to access HIV prevention, treatment, and support services. » http://www.urc-chs.com/sites/default/files/Swazilandtechnicalbrief.pdf, consulté le 8 mai 2017.

[194] http://www.go2itech.org/who-we-are/vision-mission-and-principles/2013%20Vision%20Mission%20Principles%20NEW%208x11.pdf

vue de coopérer à la réalisation des objectifs décidés depuis 2010 en concertation avec le gouvernement éthiopien et la Global Health Initiative (GHI) (PEPFAR 2012 : 245). Ainsi qu'on peut le lire dans le rapport PEPFAR 2012 :

> « Moreover, GU will continue strengthening the youth friendly STI/RH (Sexual Transmittable Infection/Reproductive Health) clinics under the university and increase the promotion and provision of condom use and HTC (HIV Testing Counselling) services across the university population. TB/HIV screening and management will be strengthened at GU student/staff clinics. GU will collaborate with I-Tech to initiate and conduct program evaluations and surveillance activities to generate data and improve performance of the HIV/AIDS program within the hospital and catchment areas. The grantee will document its activities, share best practices, undertake monitoring and evaluation of the program and play its part in the implementation of GHI. The Woreda Health Bureau (WHB) reports a health service coverage rate of 69 percent of the population with access to a health center or health post ».
>
> (Ibidem)

En avril 2010, a été inauguré un nouveau service de l'hôpital entièrement destiné aux malades de tuberculose dont la réalisation a été due au partenariat entre I-TECH, le North Gondar University Hospital et les agences nationales et régionales travaillant dans la mise en œuvre des stratégies de lutte contre la tuberculose (voir *supra* § III.6)

> « The ward was inaugurated with an intensive two-day tuberculosis symposium held at the hospital. The event, hosted by the University of Gondar Medical school, focused on TB prevention and control in resource-limited settings and brought together over 450 participants, including international experts on tuberculosis and leaders from Ethiopia's ministry of health, public hospitals and regional health bureaus. The new ward will be integrated in to the regular management structure of the Gondar University Hospital while I-TECH will continue to support the strengthening of clinical systems at all the public hospitals in the region ».
>
> (Ibid. : 3)

Outre cet hôpital de référence, la ville de Gondär dispose de cinq centres de soins. *T'seda Centre* situé dans la zone d'Aräda, à l'heure actuelle connu sous le nom de Poly Clinic Health Centre, a été la première clinique construite dans la ville de Gondär. Avec l'Health Center d'Azäzo où les patients séropositifs peuvent aussi s'approvisionner mensuellement des ARV, le Poly Clinic Health Center offre les services de PTME et CDV. En 2010 il disposait de 12 lits et 14 infirmiers. Une politique très efficace de décentralisation a assuré l'accès aux traitements contre le VIH/sida dans les centres de soins situés dans les différents wäräda de la North Gondar Zone.

III.5 Le North Gondar University Hospital dès les origines au sida : regards historiques

Le North Gondar University Hospital est situé dans l'ancien quartier de Qusqwam, aujourd'hui plus communément indiqué sous le nom de Čäčäla. Il est appelé aussi *asbedale*, corruption du mot italien « ospedale », et Čäčäla, synecdoque du nom du

quartier[195]. La formation de ce quartier remonte au XVIII siècle. Lieu de passage des commerçants provenant d' Armačəho et Wälqayt, en 1725 la reine Minitab y fit construire une église et en 1759 Qusqwam fut désigné comme le lieu d'un marché hebdomadaire. En 1920, l'établissement d'un consulat italien au sud de Qusqwam a entrainé l'ouverture d'une clinique avec un seul service maternité et une école exclusivement destinée à la progéniture des employés du consulat. Pendant l'occupation italienne (1931-1936), l'hôpital destiné aux blancs fut construit en ce même endroit, tandis que celui à l'usage de la population locale se situait dans la zone de Samuna Bar, dans le *qäbäle* actuel de Maraki. Alors que cet hôpital fut démoli après la libération du pays en 1941, l'autre situé dans le quartier Čäčäla resta toujours opérationnel. En partie endommagé par les raides aériens britanniques, il fut par la suite géré par les Anglais jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale (1945). À cette époque, n'étaient fonctionnels que trois services pour un total de cent lits et une seule salle de consultation. En outre, le jardin entourant l'édifice qui avait été conçu comme une réserve de légumes pour les repas des malades avait été complètement détruit. Lors du départ des Britanniques, vu l'absence d'autre personnel soignant et médical, le Ras Əmru demanda aux infirmiers et médecins anglais de rester pour continuer d'administrer l'hôpital. Cependant, ces derniers refusèrent et furent remplacés par une équipe de cinq médecins et infirmiers étrangers dont la plupart étaient des Italiens. Les données concernant les conditions de santé de la population urbaine de cette époque attestent une prévalence significative de maladies vénériennes et de parasitoses tout aussi bien qu'un nombre très élevé de cas de malnutrition parmi les enfants en bas âge.

> « … due to the prevalence of promiscuous sexual relations, venereal diseases had become rampant in the city. A study which was conducted on the region in the early 50, further confirmed that out of the 50 per cent of the estimated population of the region, nearly 50 per cent of mothers were confirmed to have syphilis and other venereal disease related problems. Moreover, the same study also indicated that out of the region 50 percent children above the age of six months, 90 percent of them has suffered malnutrition. Besides, from the same age group those infected with intestinal parasites were about 85 per cent, while cases of trachoma were estimated between 60 and 75 per cent ».
>
> (Moges *et al.* 2004 : 26)

Au début des années 1950, une épidémie de fièvres récurrentes puis une flambée épidémique de malaria sévirent respectivement dans la ville de Gondär et les zones rurales environnantes. Les causes de l'épidémie de fièvre furent attribuées aux mauvaises conditions de l'habitat et l'épidémie de malaria aux sols saturés d'eau de pluie suite à une saison humide particulièrement pluvieuse. Cette flambée épidémique qui avait initialement conduit à l'ouverture provisoire d'un service de médecine interne et la disponibilité des structures de l'hôpital construit par les Italiens qui demandaient un

[195] Tel que j'ai pu le relever lors de mes enquêtes ethnographiques, ce sont plus particulièrement les Éthiopiens d'extraction sociale très modeste qui utilisent ces appellations.

investissement financier relativement limité pour son fonctionnement furent les éléments décisifs pour que le gouvernement éthiopien préfère Gondär comme site du Public Health College and Health Center (PHC and TC) à la ville de Ǧəmma (Moges *et al.* 2004 : 26). À cette époque, 80% des médecins opérant sur le territoire national éthiopien étaient des étrangers et le ratio médecin/patients était 1/200,000 avec une population estimée à 20,000,000 d'habitants. Plusieurs études et observations scientifiques réalisées au début des années 1950 par des experts étrangers en santé publique d'USAID, de l'OMS, de l'UNICEF et par des experts éthiopiens du Ministère de la Santé Publique convergèrent sur le besoin criant de services sanitaires de la part des Éthiopiens et plus particulièrement de ceux vivant dans les zones rurales dont 95% n'avait aucun accès aux soins (Moges *et al.* 2004 : 29). Un accord pour l'établissement du PHC&TC fut d'abord signé en avril 1951 entre le Ministre de la santé, Marsae Hazan W/Qirqos et le Gouvernement des États-Unis représenté par le directeur du Technical Cooperation Service in Ethiopia, Charles Georges Gordon. En septembre 1952, un accord similaire fut stipulé avec l'OMS et l'UNICEF. L'année suivante, la réalisation du projet du Public Health Centre & Training College (PHC&TC) fut officiellement intégrée au sein du « Point Four General agreement for Technical Cooperation between the United States of America and the Ethiopian Empire. Les objectifs principaux de ce partenariat pour la réalisation du PHC&TC étaient les suivants : le développement d'un système de services sanitaires pour la province du Begämədər et pour la ville de Gondär, la conduite d'enquêtes épidémiologiques pour déterminer un tableau des maladies les plus répandues, la formation du personnel soignant comprenant des officiers de santé, des infirmiers communautaires et des opérateurs sanitaires (*health officers, nurses and sanitarians*). Le PHC&TC fut aussi la première institution sanitaire en Éthiopie disposant d'un programme de formation pour les sages-femmes.

> « The training was nine month course given following completion of the Nursing training. In 1978 G.C. it was stopped from not clearly stated reason despite with high Maternal and child mortality, low family planning coverage, less women *empowerment* and fast population growth in the country. In 1986 E.C. the Gondar University College (GCMS) realize the problem and again started one year post basic diploma training program for those graduated in comprehensive nursing with diploma and some years of services by substantial input from SIDA[196] through ministry of health, 55 Nurse midwives were graduated with in 3 consecutive training (1986-1989) ».
>
> (Moges *et al.* 2004 : 58)

En outre, concernant les professionnels de santé, il est important de souligner qu'au moment de l'ouverture du PHC&CT, l'objectif principal était de former des équipes médicales et sanitaires de niveau moyen plutôt que des médecins spécialisés. Cela se justifiait dans la mesure où la formation d'infirmiers et d'officiers sanitaires prenait

[196] SIDA : Swedish International Development Cooperation Agency

seulement quatre ans. Elle était moins chère et surtout ce personnel soignant était plus facilement disposé à travailler dans les zones rurales du pays. Il s'agissait d'un modèle sanitaire très original[197]. Ainsi, une fois affectées aux divers centres de soins situés dans la zone rurale environnante de Gondär, les équipes étaient plus particulièrement chargées de promouvoir la santé maternelle et infantile, combattre la malnutrition, contrôler la diffusion de maladies comme la malaria, la tuberculose et la lèpre, promouvoir la vaccination d'un certain nombre de maladies, détecter et traiter les maladies, contrôler et renforcer le système d'approvisionnement et distribution de l'eau ainsi que le système d'évacuation des excréments humains et des ordures. Elément encore plus intéressant, ces équipes étaient censées se déplacer elles-mêmes auprès de la population la plus reculée et pour laquelle l'accès aux centres de soins était très difficile.

> « The health teams had to travel on mules or horses back to serve remote communities inaccessible by modern means of transportation : whenever, horses or mules were not able to go, they used to walk on foot carrying their bags ; it was these type of health-team graduates of the PHC&TC who laid the foundation of the current national health care system of Ethiopia ».
>
> (Moges *et al.* 2004 : 30)

Cependant, l'efficience de ce système sanitaire fut de fait très limitée ainsi que le témoigne le nombre élevé de patients résidants dans la zone rurale, surtout ceux souffrant de diabète qui finirent par s'installer dans la ville.

> « Many patients used to come from distant places seeking medical treatment. However, some of them apparently failed to return home for varied reasons. This was particularly the case with diabetic patients. In order to get the medicine constantly, they remained in the city ; and their source of livelihood was reported to be begging ».
>
> (Moges *et al.* : 27)

L'hôpital fut un point important d'attraction de spécialistes et personnel soignant provenant de l'étranger et cela même une fois que le partenariat avec le Gouvernement des États-Unis et USAID toucha à sa fin lors de l'instauration du Därg. Au début des années 1980, le régime socialiste signa l'accord bilatéral entre Addis-Abeba University (AAU) et la Karl Marx University de la République Démocratique Allemande (RDA, Deutsche Demokratische Republik). Selon cet accord la Karl Marx University s'engageait dans la formation du personnel médical et soignant du Gondar College Medical Sciences

[197] « The founders of the PHC&TC believed that the health problems of Ethiopians living in rural areas, can be managed by the health teams trained in four years that by medical doctors who have studied, for many years and are usually unwilling to work in rural Ethiopia. The idea of team training, team assignment and team work in a cooperative spirit to provide basic health services for the rural people of Ethiopia, was generated by the PHC&TC. This unique, original teaching philosophy, which did not exist any where in the world at that time, has qualified the college to be a model for a typical health professional training institute in the developing countries » (Moges *et al.* 2004 : 29).

(GCMS). Un premier groupe de spécialistes allemands fut envoyé pour former *in loco* le personnel soignant et pour remplacer les médecins étrangers provenant des États-Unis, mais aussi de la Russie, de l'Inde et de Cube, dont une bonne partie étaient des chirurgiens. Des étudiants en médecine furent en même temps envoyés en Allemagne de l'Est pour poursuivre leurs études. Cette coopération dura jusqu'au renversement du régime socialiste survenu en 1991. Cette même année, Mälläs Zenawi rencontra le président américain Jimmy Carter pour discuter des façons dont *The Carter Center* pouvait intervenir pour l'établissement d'un système de santé publique efficient dans l'Éthiopie d'après-guerre froide. Après un *workshop* organisé en 1997, visant au développement de la faculté de sciences de la santé (health science faculty) dans quatre universités (Gondär, Ğəmma, Dilla, Alämaya), en 200l une *Memory of Understanding* a été signée entre le Ministre de l'Éducation et *The Carter Centre* pour établir l'*Ethiopian Public Health Initiative (EPHTI)* dont l'objectif principal est de former un personnel de santé hautement qualifié et développer des institutions de formation de haut niveau. Au printemps 2003, le GCMS fut transformé en Gondar University College (GUC). Des recherches ont été conduites plus spécialement dans le domaine de la médecine préventive et curative (Moges *et al.* 2004 : 33). Ces recherches ont été réalisées grâce à la collaboration de plusieurs instituts internationaux et nationaux tels que l'Université de Leipzig, l'Université de Leicester, l'institut Karolinska et l'Université d'Addis-Abeba. Le traitement du VIH/sida a remarquablement contribué au développement d'autres services dans l'hôpital ainsi qu'à l'instauration de différentes formes de partenariat avec des ONG et des Universités étrangères. Ainsi, depuis 2003 le service gynécologique et obstétrique offre aussi un programme de PTME et de consultation sur le VIH/sida. Ces deux programmes sont supportés respectivement par l'UNICEF et par JHPIEGO, une organisation internationale non-profit avec un volet spécifique sur la santé maternelle et infantile, affiliée à la Johns Hopkins University qui est intervenue à Gondär dans le cadre du PEPFAR depuis 2007. Le département de pédiatrie qui est l'un des plus anciens du Gondar Public Health College a joué un rôle crucial dans l'organisation du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Depuis 1990 un programme de réduction de la morbidité et de la mortalité infantile et enfantine intitulé Integrated of Childood Illness (IMCI) y a été mis en place en partenariat avec l'OMS et l'UNICEF. En outre, depuis décembre 2003, le département pédiatrique en coopération avec l'UNICEF a initié un programme de support alimentaire pour tous les enfants présentant un problème de malnutrition. En juillet 2002, Save the Children Norway a financé l'organisation et le fonctionnement du CDV de l'hôpital. Dans le bulletin spécial de l'Université de Gondär, consacré au cinquantenaire du Gondar College of Medical Science, on peut lire :

« Up to now there are three areas which have proved to be successful in the prevention and treatment of AIDS. These are : Prevention through health education and *empowerment* ; prevention of Mother to Child Transmission of HIV ; Anti-retroviral Therapy (ART). The entry point for all the three modalities is CDV. Our college was delivering this service in a very erratic way. As of july 2002 we have a very organised service in the college. It is fully funded by Save the Children Norway as part of the extensive anti-HIV/AIDS activity it runs with the college. The service now has its own separate room are a strategic site in the outpatient with two counsellors and a volunteer counsellor from the peer educators ».

(Moges *et al.* 2004 : 105)

Ainsi, outre le partenariat avec d'autres hôpitaux, universités et instituts de santé de pays étrangers, la coopération avec des organisations internationales et non gouvernementales tels que l'UNICEF, JHPIEGO, CVM et Norwegian Save the Children revêt une importance cruciale pour la mise en place de nouveaux programmes et l'amélioration des services. Ce type de coopération a été remarquablement renforcée à l'heure de la mise en place de l'accès aux antirétroviraux. En effet, même avant qu'I-TECH se soit chargé de la formation du personnel soignant et médical, l'école d'infirmerie du North Gondar University Hospital a travaillé en étroite collaboration avec différentes ONG et plus particulièrement avec CVM/APA et Norway Save the Children pour former les PVVIH en diverses activités les concernant.

« In line with the current public health pandemic-HIV/AIDS, the school of Nursing is working with NGOs such as CVM, Zonal HIV/AIDS secretariat in training prevention and care with the intention of controlling to the epidemic. And, the school in collaboration with the Norwegian Save the Children had carried out a seven day training workshop on Home-Based Care to people living with HIV/AIDS and to anti-HIV/AIDS clubs ; the Regional Health Bureau and the Teda Management Training Center, the school had given 2 major workshops on infection control, Reproductive Health (Family planning, Adolescent health), HIV/AIDS and STIs Diagnosis & Prevention »

(Moges *et al.* 2004 : 60)

Cette collaboration qui remonte à 2002-03 a été induite par la mise en place du premier programme pilote d'accès aux antirétroviraux qui a été lancé l'année suivante (voir *supra* § III.4).

SECTION II

LA PARTICIPATION DES PATIENTS SOUS LE PRISME DU GENRE ET DE LEUR TRAITEMENT DIFFÉRENTIEL À L'HEURE DE L'ACCÈS AUX ARV

III.6 L'annonce de la séropositivité à l'heure de l'accès aux ARV

Tout en variant selon les conditions sociales et économiques et les parcours de vie, les trajectoires des 50 femmes et 20 hommes séropositifs résidant dans la ville de Gondär à l'époque de mes enquêtes ethnographiques (novembre 2007-novembre 2010), avec qui j'ai conduit des entretiens en profondeur, reflètent à différents égards la césure entre les deux histoires collectives du sida et du VIH qu'a représentée l'accès gratuit aux antirétroviraux. Plus précisément, les récits des malades se référant à leur expérience d'être séropositifs avant l'accès aux médicaments, ont mis en avant différentes formes d'exclusion, de marginalisation et de discrimination à leur égard, au sein même des structures de santé. Elles ont été la conséquence de l'incapacité, par manque de moyens et d'infrastructures, du système sanitaire éthiopien à traiter une maladie s'avérant finalement mortelle. Le traitement complètement different réservé aux mêmes malades à l'heure de l'accès au traitement le prouve ultérieurement. Deux représentations du VIH/sida produites au sein de campagnes d'information et de sensibilisation se situant respectivement avant et après l'accès aux antirétroviraux traduisent de façon assez incisive et vigoureuse cette césure entre une réalité épidémique meurtrière et l'affirmation d'un nouveau visage de la maladie. J'ai rapporté ci-dessous un prospectus produit au sein des activités menées par AIDS Control And Prevention/Family Health International (AIDSCAP/FHI) au courant des années 1990.

Figure III B

Source : photocopie d'une affiche conservée par un Éthiopien, Gondär décembre 2007

Dans le prospectus dont l'édition remonte au milieu des années 1990, le sida est représenté métaphoriquement de par une image de la mort qui frappe à la porte d'une maison. L'inscription en bas en amharique signifie : « Sida ! Unissons-nous les uns les autres et faisons en sorte que tu n'entres pas dans notre maison ».

Figure III C

Affiche de la lutte contre le VIH

Source : FAO, MOH 2007

Le poster remontant à 2007-2008 et rapporté ci-dessus affiche une femme vivant avec le VIH bien portante et souriante ; et sur le devant ont voit l'exposition de plusieurs types de nourriture. L'inscription en haut affirme : « En suivant une diète équilibrée je

peux vivre en bonne santé ». L'inscription en bas reproduit le slogan adopté par la politique de promotion de l'accès aux antirétroviraux, à savoir - « il est possible de vivre avec le VIH »[198]. Au moment où les médicaments ont été rendus disponibles ce slogan a constitué aussi l'une des informations principales délivrées par le personnel soignant à l'occasion de la proposition du test de dépistage dans les services prénataux et dans les centres de dépistage volontaire. Il a pris ainsi le contre-pied des informations diffusées lors des premières campagnes de lutte se basant sur des images meurtrières de la maladie et sur des politiques de prévention primaire s'adressant en premier lieu aux jeunes et plus généralement aux personnes non-contaminées. Au cours des entretiens avec les malades, ceux-ci ont mis en avant tant la transformation radicale des messages d'information sur le VIH et le sida que le silence dont ils étaient entourés dans le milieu sanitaire avant l'accès aux traitements. Ils l'ont généralement expliqué dans les termes d'un manque de connaissance à l'égard d'une maladie pour laquelle n'existait aucune forme de remède. Le récit de Ṣähay, une opératrice sociale pour le programme mis en œuvre par des associations locales d'entraide sous le patronage de FHI[199] est particulièrement significatif aussi bien des formes de marginalisation et d'exclusion dont les malades ont été victimes avant la mise en place de l'accès aux traitements que des multiples interprétations locales dont le sida a fait l'objet. Interviewée en septembre 2010, Ṣähay qui est aussi présidente de l'un des *əddər* impliqués dans ce programme de lutte contre le VIH/sida à Azäzo, raconte :

> **Ṣähay -** « Maintenant, lorsqu'un membre de l'*əddər* est malade, cloué au lit, avant de donner priorité à la période de deuil, on emprunte de l'argent, on achète des médicaments[200] et on indique comment les prendre. De plus, l'*əddər* prend soin des orphelins - je t'ai parlé des dix centimes – en septembre, des cahiers sont achetés afin qu'ils puissent étudier. Globalement, c'est pour empêcher le favoritisme et l'exclusion. Par exemple, avant, les malades ne pouvaient être ensevelis correctement comme on le voulait, mais aujourd'hui, grâce à l'enseignement que l'on nous apporte, le principal est que les personnes elles-mêmes le préparent. … Auparavant, pour beaucoup, cette maladie n'était pas connue et bien que l'on s'en doutait… on ne le suspectait pas, enfin, les gens disaient que c'était l'"*amänmən*"[201], qu'ils maigrissaient, qu'ils étaient malades et qu'ils sont morts, en revanche, ce que l'on nomme VIH n'était pas du tout connu à ce moment-là. Et maintenant, beaucoup meurent encore de maladies opportunistes (*aggaṭami bäšətawočč*), celles que tu connais, il y en a une fameuse dont nombreux ont été victimes, une, deux personnes dans mon quartier. Après leur décès, lorsque l'on a demandé à l'épouse, elle seule savait qu'elle avait le VIH, dans mon *əddər*, en tout cas ». - [Plus loin, au cours de l'entretien] - « Il y a ce… ces gens qu'on l'on dit possédés

[198] Tant le mot sida que VIH sont rendus en amharique par leur translitération phonétique de l'anglais AIDS (*eds*) et HIV (*eč ay vi*). Ainsi que nous l'avons déjà expliqué plus haut, le VIH est aussi plus communément appelé *vayräs*, translitération phonétique du mot anglais « virus ».

[199] Je décrirai en détail ce projet dans le chapitre IV (voir *infra* §IV.7).

[200] Ṣähay se réfère aux médicaments nécessaires aux soin des maladies opportunistes que les personnes séropositives peuvent attraper. En effet, bien que selon les programmes de prise en charge établis en partenariat avec le PEPFAR et le Fonds Mondial de lutte contre la tuberculose, la malaria et le sida, les personnes vivant avec le VIH soient dispensées de toute fraie médicale, la pénurie de médicaments oblige les patients à les acheter auprès de la pharmacie de l'hôpital. Des sommes d'argents peuvent être aussi mobilisées pour subvenir aux besoins du malade et de sa famille.

[201] Mot amharique qui signifie ce qui ronge, ce qui rend décharné, émacié.

dans notre quartier, ce sont les gens possédés par le diable, il y a des gens qui meurent, que l'on a immergés dans l'eau bénite[202]. Dans la médecine, les soins que l'on n'a pas trouvés… je veux dire, les maladies que l'on ne connaît pas, lorsque les gens sont examinés et beaucoup meurent sans même avoir été examinés, en plus, de nombreuses personnes meurent sans être examinées, -c'est simplement leur propre maladie, un esprit qui le possède, c'est ce qu'on dit lorsqu'ils meurent ».

(Qäbäle 12 Azäzo, septembre 2010)

Dans le récit de Ṣähay l'accès aux médicaments représente le mobile principal de la prise en charge des malades et des orphelins et plus particulièrement de la promotion de formes de solidarité visant à créer des systèmes de micro-assurance sur la base d'associations locales d'entraide (voir *infra* Chapitre IV ; Damen 2002 ; 2003 ; Dekker 2008). Elle souligne aussi toute la prégnance des liens entre le silence entourant le VIH, le non-dit dont il faisait l'objet et les interprétations populaires du sida. Elle identifie plus particulièrement ce silence et ce qu'elle considère l'ignorance de la biomédecine sur le VIH, avec le manque de remèdes médicaux efficaces. Ṣähay rend compte, ainsi, des difficultés voire des obstacles rencontrés par le personnel médical et soignant à traiter une maladie s'avérant finalement mortelle dont le test de dépistage n'était pas souvent conseillé ou dont le diagnostic était passé sous silence (Kloos *et al.* 2007 : 41). Elle rend compte également des différences de traitement que la société a réservé aux personnes séropositives avant et après la mise en place de l'accès aux antirétroviraux tout en évoquant en même temps la persistance des interprétations surnaturelles de la maladie qui impliquent le recours à la médecine traditionnelle ou bien à des moyens spirituels de guérison tel qu'un rite du christianisme orthodoxe, le *ṭäbäl*, censé avoir un pouvoir miraculeux contre les maladies et autres infortunes. Dans des termes différents, une femme séropositive, membre de l'une des associations des personnes vivant avec le VIH de la ville de Gondär a rendu compte du changement de l'information circulant autour du VIH et du sida survenu parallèlement à la mise en place de l'accès aux antirétroviraux. À la question concernant sa connaissance de cette pathologie avant qu'elle fasse le test de dépistage, Tənsa'e a répondu :

Tənsa'e - « Aujourd'hui on l'appelle avec ce nom[203], mais avant on parlait pour certains malades qui en souffraient d' '*amänmən*', je veux dire pas dans l'hôpital c'était juste comme ça que nous parlions de cette maladie et puis avec les médicaments cela a changé, mais une fois que cette maladie est arrivée il a fallu attendre pour qu'on la connaisse vraiment ».

(North Gondar University Hospital, décembre 2007)

Plus précisément, Tənsa'e a découvert d'être séropositive en faisant un test de dépistage du VIH gratuit[204] en décembre 2003 dans le cadre d'une initiative prise par le

[202] Ṣähay se réfère au rite chrétien orthodoxe auquel est reconnu un pouvoir miraculeux de guérison.

[203] Elle se réfère ici à *vayräs*, translitération phonétique en amharique de l'anglais *virus*.

[204] Jusqu'à 2003 le test de dépistage du VIH a été accessible au prix de 10 birr (0.45 euro).

HIV/AIDS Prevention Control Office (HAPCO) de la ville de Gondär en coopération avec les *qäbäle* qui visait à promouvoir le dépistage parmi tous ceux et celles qui avaient perdu leur(e) conjoint(e).

> **Tənsa'e :** « Deux ans après la mort de mon mari, je me suis mariée à nouveau et après, voilà, ceux qui avaient perdu leur épouse et celles qui avaient perdu leur mari s'ils s'enregistraient volontairement dans le qäbäle ils pouvaient faire les examens du sang. Je ne m'étais pas inscrite, mais quand mon mari est parti travailler dans une autre place, voilà je me suis dit que je devais connaître mon statut et j'ai fait le test de dépistage ».
> **Question de l'enquêteur -** Qu'est-ce que tu as éprouvé après avoir pris connaissance du résultat ?
> **Tənsa'e :** « Je me suis sentie soulagée ».
> **Question de l'enquêteur -** Pourquoi ?.
> **Tənsa'e :** « Nous étions 25 et nous sommes résultés tous avec le *vayräs*. On nous a fait entrer dans une pièce et ils nous ont dit que maintenant nous pouvions vivre longtemps et ainsi j'ai pu me faire une autre idée de la maladie. Après, des employés du CVM et du secrétariat du VIH nous ont dit qu'ils avaient le projet de former une association de malades ».
>
> (décembre 2007 North Gondar University Hospital)

À l'instar de Tənsa'e, Märet, une femme remariée à un homme séropositif, suite à la perte de son premier conjoint, un soldat du Därg, a bénéficié en 2003 d'un test de dépistage gratuit dans le cadre de la même initiative.

> **Märet explique :** « En 1995[205] le secrétariat du VIH[206] a donné de l'argent aux qäbäle pour aider les orphelins et les malades. Ils ont organisé un programme pour le test de dépistage et je me suis enregistrée. Nous étions 26. Ato Solomon[207] nous a réunis dans une pièce. Une seule d'entre nous n'avait pas de *vayräs* et Ato Solomon lui à dit a haute voix qu'elle était saine, sans virus. Elle s'est étonnée de ça, son mari d'après elle était mort de cette maladie. Après quoi, des employés du CVM[208] et du secrétariat sur le VIH nous ont dit que les malades et les orphelins pouvaient recevoir des aides et que nous pouvions former une association ».
> À la question concernant la consultation reçue avant et après avoir fait le test de dépistage, **Märet répond :** « Avant de faire les examens du sang deux hommes et une femme nous ont parlé des médicaments qui allaient arriver et que nous pouvions vivre longtemps ».
>
> (décembre 2007 North Gondar University Hospital)

Märet et Tənsa'e ont donc effectué le test du VIH quelques années après la mort de leurs conjoints dans le cadre d'une initiative sanitaire visant à promouvoir le diagnostic auprès de l'une des catégories considérées à risque (les veuves et les veufs). Leurs récits révèlent le rôle crucial que l'accès aux médicaments a joué dans le déclenchement de la parole autour du VIH, parole qui dédramatise la maladie, promeut son diagnostic précoce et facilite la mise en œuvre d'activités en faveur des personnes atteintes.

[205] L'Éthiopie suit le calendrier julien. Suivant le calendrier Grégorien la date correspond à 2002-03

[206] Märet se réfère à HAPCO

[207] Il s'agit du responsable à cette époque du Gondär HAPCO

[208] Elle se réfère à l'organisation humanitaire internationale CVM Comunità Volantari nel Mondo qui a travaillé en partenariat avec APA (AIDS Partnership with Africa).

III.7 Le test du VIH comme test de routine

Les entretiens avec le personnel soignant du North Gondar University Hospital et des deux centres de soin dans la zone d'Azäzo et d'Aräda ont confirmé la véritable révolution que les stratégies d'information et de sensibilisation autour du VIH/sida et les modalités de proposition du test de dépistage ont connue parallèlement à la mise en place de l'accès aux antirétroviraux. Je rapporte ci-dessous l'extrait d'un entretien avec l'une des infirmières du service prénatal de l'hôpital.

> **Q.** De quelle façon le test de dépistage du VIH est proposé aux femmes enceintes ?
> **R.** Nous informons les femmes enceintes qu'il est important de faire le test pour avoir un enfant sans virus. Avoir le VIH ne signifie rien, c'est comme un rhume – je leur dis - Tu peux vivre comme une femme comme toutes les autres ; tu peux enfanter des enfants sains ; tu peux travailler et voilà tu peux tout faire et c'est grâce aux médicaments - Avant il était difficile, mais maintenant la situation a changé et les femmes font le test sans aucun problème. Grâce aux médicaments tout a changé on se sent plus à l'aise à parler de cette maladie.
>
> (Service prénatal, décembre 2007)

Des propos très similaires ont été tenus par les autres infirmiers que j'ai interviewés dans le centre de soin d'Azäzo et dans le Poly Clinic Health Center d'Aräda. L'infirmière responsable du service de PTME mis en place dans le Poly Clinic Health Center a remarqué au cours de l'entretien :

> **Q.** Quelle est l'attitude des femmes enceintes à l'égard du dépistage du VIH ?
> **R.** Il y a quelques années les femmes n'étaient pas disposées à faire le test de dépistage, mais maintenant c'est différent.
> **Q.** Quelles sont d'après vous les raisons de ce changement ?
> **R.** D'après moi, les média ont joué un rôle très important dans la diffusion des informations et puis il y a aussi d'autres programmes comme les mini-media dans les écoles, ma ce qui a changé beaucoup la situation des malades a été l'arrivée des médicaments. Aujourd'hui personne n'a peur de faire le test de dépistage. Auparavant, pour les personnes séropositives nous n'avions que des conseils à donner, leur recommander de ne pas transmettre le virus tout d'abord, mais aujourd'hui comme il y a les médicaments ils peuvent vivre normalement comme tout le monde. Je dis aux femmes de ne pas avoir peur car maintenant le VIH ce n'est rien, que c'est comme un rhume car il y a les médicaments.
>
> (Service PTME dans le service prénatal, Poly Clinic Health Center Aräda, janvier 2008)

Bien qu'aucune des infirmiers interviewés n'y ait fait référence, depuis 2006-07 l'Éthiopie a adopté la réglementation en matière du test de dépistage du VIH le considérant comme un test de routine. Dans le respect des exigences du consentement éclairé et de la confidentialité du patient, cette modalité de proposition du test de dépistage du VIH vise à faciliter le diagnostic précoce de l'infection pour des mesures préventives et thérapeutiques efficaces (De Cock, Johnson, 1998 ; De Cock *et al.*, 2002). Elle a été conçue par K. De Cock, un médecin belge travaillant au Kenya pour le US CDC. Suite à l'introduction sur le marché des médicaments contre le VIH/sida en 1996, la

progressive normalisation de la condition des personnes affectées et l'institutionnalisation des formes de participation active des malades à la lutte contre cette pathologie nouvelle, ce médecin a fait valoir que le VIH/sida devait être traité « comme les autres maladies infectieuses pour lesquelles un diagnostic précoce est essentiel pour des mesures préventives et thérapeutiques, selon les exigences de consentement éclairé et de respect de la confidentialité » (De Cock, Johnson 1998 : 1500-1501 [dans la traduction de l'auteure]). Tout en attirant des critiques très poussées de la part des défenseurs des droits de l'homme et les tenants du paradigme interprétatif et opérationnel qui a considéré et traité le VIH/sida comme une maladie « exceptionnelle »[209] (Gruskin, Loff 2002; Csete, Schleifer, Cohen 2004), la position de De Cock l'a emporté. En 2006, il est nommé directeur à l'OMS du programme global de lutte contre le VIH/SIDA. De nombreux établissements de santé africains ont adopté le dépistage du VIH avec option de refus, parmi lesquels l'Éthiopie. Dans le bulletin de l'OMS, *Repenser l'exceptionnalisme du VIH : l'éthique de pouvoir refuser un test VIH en Afrique subsaharienne* on lit :

> « Le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), avec option de refus, est incorporé à la procédure habituelle des soins médicaux pour tous les patients, à moins qu'ils ne s'y opposent. L'éthique de cette approche du dépistage en Afrique subsaharienne est source de controverses. On s'attend à ce que le dépistage du VIH avec option de refus améliore la survie en augmentant la détection des cas et donc le rattachement de plus de personnes infectées par le VIH à un traitement précoce ; ceci à condition qu'il y ait un suivi efficace des patients et une durabilité du programme. Au niveau de la population, ces avantages l'emporteront vraisemblablement sur les conséquences négatives potentielles des individus qui éprouvent un stigmate lié au VIH. Ces justifications vont dans le sens de théories morales conséquentialistes pour lesquelles l'acceptabilité d'une action dépend de ses résultats. D'autre part, les théories morales libérales veulent que l'autonomie des individus soit toujours protégée à moins qu'une autonomie restrictive ne soit nécessaire pour protéger le bien-être d'autrui. Le consentement à l'option de refus pourrait restreindre l'autonomie et il est difficile de dire s'il pourrait bénéficier à d'autres personnes que celles testées. Néanmoins […] le consentement à l'option de refus encourage le refus du test tout comme le consentement à l'option de refus encourage à l'accepter. Sur base de ces arguments, l'option de refus du test peut être une politique efficace et moralement acceptable de réponse à l'épidémie du VIH en Afrique »[210]

Ainsi, en Éthiopie le test de dépistage du VIH de routine apparaît comme l'un des multiples examens médicaux conseillés aux femmes enceintes depuis 2007. En outre, grâce à la mesure des Provider-Initiated HIV Testing and Counselling (PIHTC) introduite en Éthiopie en 2009, les patients affectés par d'autres maladies peuvent avoir accès au test de dépistage du VIH en laissant à leur choix l'option de refus.

[209] Pour une analyse critique de l'exceptionnalisme du VIH/sida voir Burris 1993 ; Herzlich, Adam 1997 ; Herzlich 2002 ; Fassin 2000 : 252.

[210] D'April 2009. « Repenser l'exceptionnalisme du VIH : l'éthique de pouvoir refuser un test VIH en Afrique subsaharienne », Bulletin de l'OMS, http://www.who.int/bulletin/volumes/88/9/09-073049-ab/fr/, consulté le 6 mai 2017.

III.8 La prévention du VIH/sida sous le prisme du genre

Les données statistiques recueillies entre 2003-04 et 2007-08 concernant l'accès aux services de CDV, PTME et de distribution d'ARV disponibles dans la ville de Gondär (Tableau IIIA) rendent compte de l'impact positif que l'accès aux médicaments a eu sur la prévention. Le nombre total d'usagers des services de CDV disponibles dans la ville est passé de 7,051 en 2003-04 à 35,183 en 2007-08 ; le nombre de femmes suivant un PTME est passé de 36 en 2003-04, année de la mise en place du service à 170 en 2007-08, alors que les bébés bénéficiant du même programme sont passés de 64 à 1,440.

GONDAR TOWN HAPCO STATISTICS FROM 1996-2000 ETH. C
ON VCT, PMTCT AND ART PROGERAM

		HCT						PMTCT				ART		
Sr. No	YEAR	HIV Tested			HIV positive			Tested	Positive	NVP for Mother	NVP for babies	M	F	Total
		M	F	Total	M	F	Total							
1	1996	3546	3505	7051	613	597	1210	637	71	36	16	45	19	64
2	1997	7154	5540	12694	960	916	1876	281	89	60	34	61	54	115
3	1998	6254	6032	12286	1202	1608	2810	1776	193	143	74	499	713	1212
4	1999	10110	9537	19647	1718	2060	3778	1591	131	79	44	283	385	668
5	2000	18451	16732	35183	1712	2447	4159	1715	151	264	170	630	810	1440
	TOTAL	**45,515**	**41,346**	**86,861**	**6,205**	**7,628**	**13,833**	**6,500**	**635**	**582**	**338**	**1,518**	**1,98**	**3,499**

Tableau III A
Source : Gondar HAPCO 2009

La mise en place de l'accès aux antirétroviraux en 2003-04 a coïncidé avec l'introduction du premier programme de PTME dans le North Gondar University Hospital et a signifié en même temps la gratuité du test de dépistage du VIH qui jusqu'en 2004 coutait 10 birr (0.45 euro). En outre, en accord avec les propos recueillis au cours des entretiens, mes observations dans les services de dépistage volontaire et de PTME ont mis en avant que le message délivré par le personnel soignant à l'occasion de la proposition du test de dépistage du VIH met l'accent sur l'accès gratuit aux traitements et présente cette infection comme anodine. Ce même message revient avec des nuances différentes lors des séances collectives d'éducation thérapeutique s'adressant aux patients sous thérapie antirétrovirale (voir *infra* § III.10). C'est lors de ces séances et au cours de divers entretiens avec les personnes vivant avec le VIH que j'ai pu constater

que les expressions *« mənəm aydälläm »*, *« gunfan näw »*[211], signifiant *« ce n'est rien »*, *« c'est un rhume »*, sont utilisées comme de véritables formules pour parler du VIH tant par les infirmiers et les médecins que par les patients. La restitution des observations conduites en janvier 2008 et avril 2010 respectivement dans le CDV du Poly Health Center et dans celui de l'hôpital nous permettront d'approfondir l'analyse des stratégies de dédramatisation du VIH/sida utilisées par le personnel soignant et les conseillers utilisées lors de consultations collectives et individuelles destinées aux usagers des CDV. Une attention tout à fait spéciale sera accordée aux façons dont les différences de genre sont appréhendées en vue de faciliter la promotion du test de dépistage, le partage de ce choix avec l'éventuel partenaire, l'éventuelle révélation de son VIH à ses proches, et enfin la négociation de la prévention la plus efficace.

III.8.1 Séance de consultation collective sur le VIH

Les séquences que je vais analyser ci-après sont extraites d'une séance de consultation collective sur le VIH/sida destinée à un groupe de patients en attente de prendre connaissance du résultat de leur test de dépistage du VIH effectué auprès du CDV du Poly Health Centre d'Arädа.

Il est environ 11h00 du matin et l'infirmière travaillant dans le CDV que je viens d'interviewer m'invite à assister à la séance de consultation tenue par elle-même et destinée à un groupe de dix personnes d'âge compris entre 30 et 60 ans. Il s'agit de trois hommes et sept femmes qui ont déjà effectué le test de dépistage et qui attendent de prendre connaissance du résultat. Assis sur des bancs de bois disposés en cercle autour d'un bureau derrière lequel est assise l'infirmière, les patients comptent[212] six femmes illettrées, une femme qui à fréquenté l'école pendant deux ans seulement, un homme de 30 ans aveugle qui n'a jamais été à l'école, un commerçant avec six ans de scolarisation et un berger sans aucune scolarisation. L'infirmière entame son allocution[213] :

> -Le *vayräs* se trouve dans chaque part de notre corps et il est très difficile de l'enlever, on pourrait arriver à l'éliminer si on en éliminait notre sang. Le *vayräs* reste dans notre corps jusqu'au jour de notre mort

Après une brève pause elle continue

[211] Dans son étude sur le vécu social et individuel du VIH/sida de malades observés sur le site d'eau bénite d'Ent'ot'o Maryam J. Herman-Mesfen rapporte des expressions assez similaires et notamment l'expressions *« gunfan näw »*. Selon son analyse ces expressions dénotent des stratégies de dédramatisation du VIH/sida adoptés par les malades eux-mêmes sur ce site (Herman-Mesfen 2012 : 222 ; 243-245 ; 261-263 ; 288 ; 503).

[212] L'infirmière a recueilli ces informations avant de commencer son allocution.

[213] Les extraits ci-dessous rapportés sont la traduction en français des extraits de l'enregistrement de cette séance que j'ai pris sur dictaphone avec la permission de tous les participants.

-Jadis nous étions sous la loi de Dieu et nous étions fidèles, mais désormais nous ne suivons plus cette loi. Cependant, cela ne signifie pas que le *vayräs* peut être transmis seulement par voie sexuelle, il peut être aussi transmis par contact sanguin. Par exemple dans cette salle il y a une femme de 60 ans et elle n'a pas attrapé le *vayräs* par voie sexuelle, elle l'a contracté par contact sanguin.

Cette femme qui se trouve assise à côté de moi, en parlant à voix très basse dit à sa voisine :

-Je faisais des tatouages et j'ai utilisé le même instrument pour toutes les clientes.

L'infirmière poursuit son allocution :

Donc elle a attrapé le VIH, peut-être parce qu'elle était une sage-femme ou peut-être parce qu'elle s'est fait arracher une dent. Une autre voie de transmission est celle mère–enfant. Pour l'embryon la probabilité de contracter le *vayräs* et 5%, mais dans l'accouchement est de 11% et pendant l'allaitaient est 30%. Une femme qui a le *vayräs* (dans son sang) ne devrait pas avoir de grossesses. Pour prévenir la grossesse il faut utiliser le préservatif[214] et puis mis à part ça, le préservatif est utile pour se protéger des autres maladies sexuellement transmissibles. Si on ne veut pas utiliser le préservatif il faut s'abstenir des rapports sexuels. En outre, quand deux personnes qui ont le *vayräs* dans le sang ont des rapports sexuels le *vayräs* de la femme passe à l'homme et le *vayräs* de l'homme passe à la femme, donc le préservatif est très utile. Quand deux *vayräs* viennent l'un à contact de l'autre, chacun d'entre eux se renforce … Le *vayräs* en lui-même n'endommage pas le corps humain, ce sont plutôt les maladies comme la toux, la TB, les plaies autour de la gorge et le mal de tête. Le *vayräs* attaque les globules blancs du sang et les maladies concourent à la diminution des globules blancs. À partir du jour où vous allez découvrir que vous avez le *vayräs* dans votre sang vous devez prendre soin de vous-mêmes, manger proprement, éviter la nourriture crue, comme la viande et les tomates, vous devez bouillir l'eau avant de la boire et de l'utiliser dans la nourriture. Vous devez respecter des règles d'hygiène, éviter de mauvaises habitudes, comme fumer et boire de l'alcool. Si vous évitez les mauvaises habitudes vous pouvez prévenir les maladies. En outre il y a des médicaments qui doivent être pris jusqu'au dernier jour de votre vie.

L'infirmière fait une pause, entretemps une autre infirmière entre. La séance continuera pendant 15 minutes, au cours desquelles certains patients poseront des questions et d'autres seront interpellés.

Une dame prend la parole :

F. : J'ai fait l'injection contraceptive et donc si j'ai attrapé le *vayräs* qu'est-ce que je vais faire ?

Une série d'échanges avec l'infirmière ont lieu que je rapporte ci-dessous :

I. : Es-tu mariée ?
F. : Oui.
I. : Alors pourquoi n'es-tu pas venue avec lui ?

[214] En amharique on utilise la transposition phonétique de l'anglais condom

F. : Je ne lui ai rien dit parce que il a été mon seul homme de toute ma vie, je me suis mariée avec lui quand j'étais encore très jeune et donc comment puis-je lui dire ça ?
I. : Tu devrais lui parler et venir avec lui. Si les examens du sang montrent que vous avez le *vayräs* vous pouvez tout de même reconstruire votre vie, commencer à utiliser le préservatif et puis si c'est le cas prendre les médicaments.
F. : D'accord.

Puis, afin de vérifier les connaissances sur le VIH des usagers participant à cette séance l'infirmière leur pose des questions concernant les voies de transmission de l'infection :

Un monsieur répond : - Par voie sexuelle et par contact sanguin.
Une dame : - De la mère à l'enfant

L'échange de questions - réponses est interrompu par la prise de parole d'une autre infirmière qui a rejoint la séance une fois commencée. Elle s'adresse à la dame mariée en lui conseillant de revenir avec son mari.

I (2) - Tu devrais venir avec ton mari et faire le test de dépistage avec lui, si ton mari ne fait pas le test de dépistage et tu as déjà commencé à prendre les médicaments et tu te portes bien il pourrait penser que tu n'as pas contracté le *vayräs* et il omettra d'utiliser le préservatif. Par exemple, il y a des femmes qui ne sont pas séropositives mais leurs maris ont le *vayräs* et ils ne se sont pas séparés, ils vivent toujours ensemble, et il y aussi le cas par exemple des paysans viennent en ville pour vendre leurs produits et ils passent la nuit avec d'autres femmes, ils peuvent attraper le *vayräs* et le transmettre à leurs épouses, mais quand ils viennent ici à faire le test c'est la femme qui a le *vayräs* et non pas l'homme. Il y a aussi des personnes dans des monastères qui contractent le *vayräs*, ou par exemple des femmes qui se sont occupées de l'un de leurs proches qui était malade. Or, si tu penses avoir attrapé le *vayräs* de ton mari, mais il est possible aussi que tu l'as attrapé par contact sanguin et donc même si tu lui as transmis le *vayräs* tu ne pouvais pas imaginer, ce n'est pas de ta faute enfin. Donc, ne sois pas effrayée et parle-lui de tes examens, mais si tu as peur de le faire, alors tu peux lui dire que tu es venue ici pour faire des examens et tu lui dis qu'une infirmière t'as conseillé de faire le test du VIH et tu peux lui proposer de le faire lui-aussi. Si vous résultez séropositifs nous nous prendrons soin de vous et si vous n'êtes pas séropositifs nous vous donnerons de conseils pour vous protéger. Il y a des couples dont l'un est séropositif et l'autre ne l'est pas mais ils vivent toujours ensemble, car la seule chose qui compte c'est l'amour et puis la transparence. Mais malheureusement, il y a des gens qui ne suivent pas nos recommandations. Par exemple ceux qui prennent les médicaments ne doivent pas boire autrement ils oublient le moment auquel il faut prendre les médicaments et en plus de ça les médicaments ne sont pas efficaces pour les personnes qui boivent, fument ou font usage du ʦat. Des grossesses non désirées peuvent survenir si les gens n'utilisent pas de moyens de précaution et le sexe non protégé peut aussi causer la transmission de maladies sexuelles. Même s'il y a les médicaments, nous ne disons pas qu'ils éliminent le *vayräs*. Il reste dans le sang et dans les liquides reproductifs. Mais les malades qui prennent les médicaments peuvent améliorer vite leur condition et peuvent rester impressionnés par le changement, cela ne signifie pas qu'ils sont guéris. Il y a des gens qui ont le diabète et doivent avoir toujours sur eux des morceaux de sucre, et il y a ceux qui sont malade du cœur qui ne peuvent pas entreprendre de longs voyages, donc ceux qui ont le *vayräs* doivent prendre les médicaments correctement pour toute sa vie.

La séance se clôt et les patients seront reçus individuellement pour prendre connaissance du résultat de leur test de dépistage.

Cette séance de consultation collective sur le VIH que nous venons de décrire, est significative à plusieurs égards des constructions de discours autour du VIH qui circulent dans le milieu médical à l'heure où l'arrivée des antirétroviraux a libéré la parole du personnel soignant et des malades eux-mêmes sur une maladie qui était restée jusque là entourée de silence ou bien faisant l'objet de diverses interprétations surnaturelles (Vidal 1996). Elle est plus particulièrement significative de certains effets cacophoniques que la négociation d'une prévention efficace produit autour de certaines représentations des rapports de pouvoir entre hommes et femmes et des sexualités féminine et masculine. C'est sur ces représentations que le discours médico-préventif du VIH/sida s'est appuyé pour corroborer le modèle explicatif de la diffusion de l'épidémie fondé sur la vulnérabilité des femmes à la contraction de l'infection. Les éléments sur lesquels je vais plus particulièrement attirer ici l'attention sont la promotion de l'utilisation du préservatif ; l'accent mis sur les voies non-sexuelles de transmission de l'infection à VIH et les rapports homme-femme et plus particulièrement de couple telles qu'elles ont été appréhendées à différents moments au cours de la séance. Concernant ces deux derniers points, je voudrais tout d'abord souligner le fait qu'en vue de promouvoir le test de dépistage du VIH, un discours visant à mettre l'accent sur le voies de transmission non-sexuelles a été utilisé pour contourner le sentiment de honte associé à la maladie. Il a été approprié par les malades eux-mêmes et plus particulièrement par les femmes car leur vie sexuelle en dehors du cadre conjugal reste un véritable objet tabou. Ainsi, parmi les 50 femmes séropositives que j'ai interviewées, 15 d'entre elles interrogées à ce sujet ont rapporté avoir contracté le VIH par une voie non sexuelle, par exemple pour avoir lavé les draps des lits des chambres des hôtels où elles travaillaient comme femmes de ménage ou pour s'être coupées avec un couteau utilisé par quelqu'un déjà infecté ou encore pour avoir soigné une personne malade. Concernant l'utilisation du préservatif, il est important d'observer que les informations délivrées par les deux infirmières ne sont pas exemptes d'ambiguïté quant aux publics auxquels l'utilisation du préservatif est recommandée. Celui-ci est conseillé tant comme mesure anticonceptionnelle que comme protection contre les maladies sexuellement transmissibles, mais son utilisation est plus spécialement recommandée aux couples sero-discordants ou séropositifs pour éviter selon les cas, la contamination ou la surinfection. Tout au long de mes observations dans l'hôpital, dans les centres de soin, et dans différentes ONG, j'ai pu constater que dans un contexte où la prévention primaire est de moins en moins au cœur des préoccupations des multiples acteurs de la lutte contre le VIH/sida, les voies de protection contre la transmission du VIH/sida plus spécialement promues dans des campagnes d'information grand public sont la fidélité et l'abstinence. Des messages concernant l'utilisation du

préservatif ne sont délivrés que dans le cadre de consultations médicales individuelles ou en présence de publics beaucoup plus restreints. Cela s'explique par la concomitance de plusieurs facteurs. Le seul document officiel qui promeut l'utilisation du préservatif auprès de la population sexuellement active et le *Plan for Accelerated Sustained Devolepment to End Poverty* (PASDEP 2005-2010, voir *infra* § IV.2.3), mais la société éthiopienne est pétrie de morale religieuse, qu'elle soit chrétienne, musulmane ou protestante ; en même temps la plupart des ONG impliquées dans la lutte contre le VIH/sida sont à caractère confessionnel et le PEPFAR, qui est l'un des partenaires principaux de la lutte contre le VIH/sida en Éthiopie, s'oppose ouvertement à l'utilisation du préservatif à l'exception de certains cas tels que les couples séropositifs ou sero-discordants et dans une certaine mesure les professionnelles du sexe[215]. Voici autant d'éléments qui peuvent expliquer le silence autour du préservatif dans les campagnes de sensibilisation et de prévention primaire contre le VIH/sida grand public. Cependant, dans d'autres situations comme par exemple les consultations délivrées dans le CDV du North Gondar University Hospital, le préservatif est souvent conseillé non seulement aux couples discordants et aux séropositifs mais aussi aux hommes célibataires qu'ils soient ou non affectés par le VIH.

III.8.2 Consultations au CDV du North Gondar University Hospital

Il est 9h00 du matin et sur les bancs adossés aux murs de l'antichambre du CDV de l'hôpital un homme et une femme portant dans les bras son bébé, attendent que la conseillère[216] les reçoivent individuellement.

Sara est une femme d'environ 30 ans vivant avec le VIH qui a emmené son bébé de neuf mois à l'hôpital pour qu'il soit soumis à un test de dépistage. La conseillère qui connaît déjà le cas, reçoit Sara en première et l'accueille souriante dans la salle destinée aux consultations, une pièce très étroite sans fenêtre, meublée avec une petite table et trois chaises[217].

C. - Bonjour, comment vas-tu ?
S.- Bien, Dieu soit loué.

Sara s'assoit et l'interprète et moi faisons pareil de suite à elle.

[215] Dans le cas des professionnelles du sexe, les actions du PEPFAR visent à encourager la reconversion professionnelle plutôt que promouvoir l'utilisation du préservatif.

[216] C'est cette conseillère qui m'introduit auprès d'eux en me présentant comme une étudiante qui mène une recherche sur le VIH en Éthiopie. Après avoir échangé quelques mots en amharique, avoir présenté à mon tour l'interprète et leur avoir donné plus de détail sur les contenus et les finalités de ma recherche, je leur demande s'ils permettent que j'assiste à leurs consultations tout en pouvant prendre un enregistrement. Ils consentissent.

[217] Les extraits ci-dessous rapportés sont la traduction en français des extraits de l'enregistrement de cette séance que j'ai pris sur dictaphone avec la permission de tous les participants.

La conseillère prend la parole :

S. - Avant de parler du problème qui t'amène ici, je vais me présenter et te parler de mon travail ; en fait je travaille dans cette organisation, fonctionnant grâce au volontariat[218], qui s'occupe d'étudier le VIH et d'apporter des conseils. Les questions débattues aujourd'hui demeureront confidentielles et parmi nous. Si le résultat des analyses de ton enfant est négatif, cela indique qu'il n'est pas atteint du VIH ; ces données montrent la situation d'il y a trois mois et non pas celle des trois mois derniers. En revanche, si le résultat est positif, cela signifie que le virus est présent dans son sang. Cela ne veut pas dire qu'ils seront malades ou que ça atteindra le stade du sida. L'analyse prend fin aujourd'hui, si tu souhaites faire analyser le sang de ton enfant, on va en prendre une quantité et le résultat sera disponible à 11h30. Est-ce clair ?
S.- D'accord.

Cette introduction de l'infirmière sur le fonctionnement du CDV et la relation pédagogique qu'elle essaye d'instaurer avec Sara répondent à un ensemble de principes propres au « modèle contractuel de prévention » (Dozon 2001 : 41-43) que les stratégies de gestion du VIH ont significativement promu dans les pays en voie de développement et donc au sein de systèmes de santé publique relativement jeunes et fragiles et à l'égard de populations pauvres et vulnérables. La dédramatisation du VIH opérée par la conseillère qui a tenu à souligner la différence avec le sida et l'incertitude de son évolution vers des manifestations proprement pathologiques, sera à nouveau au cœur des conseils délivrés dans la suite de la consultation où Sara aura plus d'espace pour exprimer ses préoccupations et sa sollicitude de mère.

C.- Pour quelle raison, je veux dire, quelle raison t'as conduite à estimer utile de faire examiner ton bébé ?
S.- Et bien, pour m'occuper avec affection de ce qui m'a été apporté par le Seigneur.
C.- Qu'est-ce qui t'a fait penser qu'il puisse être contaminés ?
S.- Par les seins, par la langue, par ce que nous utilisons constamment, cela a pu permettre la transmission.
C.- D'accord Sara. Que feras-tu après avoir fait examiner et obtenu le résultat ?
S.- Que faire, l'élever avec soin.
C.- Et quoi d'autre ? N'aie pas peur d'eux ![219] Ils sont venus pour nous voir, tu ne dois pas avoir peur, considère qu'ils sont avec nous, c'est pour cela qu'il faut que tu exprimes pleinement tes sentiments, d'accord ?
S.- Oh, moi je n'ai pas beaucoup à exprimer. Si mon bébé est atteint, je prendrai soin de lui, je l'élèverai en lui donnant les médicaments que vous me procurerez. Si je vis en m'isolant, ce seront mes enfants qui en pâtiront. C'est pour ça que je suis venue vous voir à l'avance, pour vous rencontrer.
C.- Et s'il n'est pas atteint, que feras-tu ?

[218] Dans ce que la conseillère dit en guise d'introduction à cette consultation, une certaine confusion émerge concernant le sens à donner à l'épithète « volontaire » paraissant dans l'acronyme CDV. En effet, ce terme se réfère plutôt à la liberté du choix effectué par les usagers à l'égard du test du VIH qu'au travail de volontariat accompli par les conseillères du CDV dont fait mention celle accueillant Sara et son bébé.

[219] La conseillère se réfère à l'interprète et moi-même et nous présente comme des experts tandis qu'avant le début de la séance j'avais souligné le fait que j'étais une étudiante qui menait une recherche sur le VIH à Gondär et que j'étais accompagné par un interprète.

S.- S'il n'est pas atteint, et bien, les objets pointus chez moi c'est fini de les laisser trainer et puis je prendrai soin de lui davantage.
C.- Prendre connaissances des résultats te sera très utile puisqu'il y a un médicament contre le VIH pour les enfants en bas âge qui permet à n'importe qui de vivre en bonne santé. Beaucoup de jeunes enfants sont atteints du virus et ils vivent en bonne santé en prenant régulièrement leurs médicaments. […] Tu dois faire attention à leur hygiène personnelle, les nourrir avec des produits bien mûrs, prendre garde à ce que d'autres personnes n'utilisent pas ce qu'ils ont utilisé et à ce qu'un enfant ne donne pas le bonbon qu'il mange à un autre !
Ne leur donne pas ce qui a été préservé plus d'un jour, comme par exemple le wäṭ ; en faisant des choses similaires et en prenant régulièrement les médicaments contre le VIH, ils pourront vivre en bonne santé
Si le résultat au test du VIH est positif, tu dois le préparer afin qu'il puisse prendre soin de lui-même et qu'il n'utilise pas ce que d'autres ont déjà utilisé, tu feras attention à ce qu'il n'utilise pas d'objets pointus.
Es-tu en train de m'écouter Sara ? Maintenant, tu peux nous donner une petite quantité de sang et tu pourras retirer les résultats à 11h30…
S.- D'accord.

Il est utile de noter ici, les deux registres différents des discours tenus par Sara et la conseillère. Alors que les questions de celle-ci visent à solliciter des réponses d'ordre plutôt rationnel, Sara met en avant ses sentiments, l'affection pour son enfant et sa sollicitude. Puis, la conseillère lui pose une question concernant le statut de son conjoint.

C. - Est-ce que ton mari s'est fait examiner ?
S. - Oui, il a été examiné. Il l'a fait trois fois, il n'est pas atteint.
C. - Comment vous êtes-vous rencontrés, je veux dire, ce fut sans préservatif ?
S.- Oui
C. D'accord Sara, un rapport sans préservatif peut conduire à ce que demain on contracte le virus. Ce n'est pas parce que jusqu'à présent il ne l'a pas contracté que ça sera toujours le cas !
S. - C'est ce que moi je lui disais mais il refusait.
C. - Es-tu certaine qu'il n'est pas atteint. Il peut l'être, les résultats peuvent souvent être différents.
S. - Mais moi, je l'ai su moi-même avant de venir ici car il demandait à être examiné et ensuite errait en ville, je ne savais pas si j'avais contracté le virus. Ensuite, en colère, je l'ai poussé pour qu'on se fasse examiner et son résultat était négatif…
C. - Vous êtes-vous fait examiner ensemble ?
S. C'est ensemble que nous avons été examinés.
C. - Ce genre de résultat est possible mais ce n'est pas parce que certains ne le contractent pas avant qu'ils peuvent ne pas le contracter par la suite.
S. -.Je lui ai dit ça et je lui ai demandé d'utiliser un préservatif mais il refusait.

Puis en s'adressant plus spécialement à l'interprète et moi-même, la conseillère commente :

C.-. Oui, d'après tout certains n'ont pas entièrement pris conscience. Certaines personnes se justifient en expliquant que s'ils n'ont pas contracté le virus après avoir passé tant d'années avec la même personne, ils ne pourraient pas le contracter dans le futur mais ce n'est pas comme ça.

La conseillère procède alors au prélèvement du sang, le bébé crie et pleure très fort. Sara a l'air désemparé. À la fin de la consultation, elle évite tout échange avec nous et se dit très inquiète pour son bébé. Je ressens que notre présence lors de l'annonce du résultat du test de dépistage pourrait la troubler davantage et décide avec l'interprète de ne pas assister à la consultation de 11h30. Je lui souhaite bon courage et je lui fais part de ma solidarité[220].

Une fois terminée la consultation de Sara, c'est le tour de Ketaye, un homme célibataire sur la trentaine qui vit dans un village près de Gondär[221].

- Bien, Ketaye, assieds-toi. Bonjour, comment vas-tu ?
- Bien, Dieu soit loué.
- Tout d'abord je vais me présenter et te parler de mon travail ; je m'appelle Fäntanäsh et je travaille dans cette organisation, basée sur le volontariat, qui s'occupe d'étudier le VIH et d'apporter des conseils. Les questions abordées aujourd'hui demeureront confidentielles. Un résultat négatif d'une analyse indique que le VIH n'a pas été contracté ; cela signifie que l'on voit la situation d'il y a trois mois et non des trois derniers. Si le résultat est positif, cela veut dire que le virus est présent dans le sang, cela ne signifie pas que tu seras atteint par une maladie quelconque ou que ça arrivera au stade du sida. Notre travail débutera et sera achevé aujourd'hui. Si tu acceptes de te faire analyser, on te prélèvera un peu de sang au niveau de l'avant-bras et nous verrons le résultat à 11h30
Y a-t-il quelque chose que tu n'as pas compris ?
- Non.
- D'accord, Ketaye, tout d'abord dis-moi ce qui t'as amené ici.
- En 2002, je suis allé à un mariage et dans cette localité, j'ai eu des relations sexuelles et on m'a souvent dit qu'elle l'avait. Beaucoup de personnes disaient qu'elle l'avait et que je commençais à perdre mes cheveux, je pesais 60 kilos et aujourd'hui j'en pèse 55 donc je suis venu pour savoir.
- Ketaye, est-ce que tu étais en couple avant ? Es-tu en couple maintenant ?
- Non.
- D'accord, Ketaye, si tu as des conseils pour se protéger du VIH/sida peux-tu me les dire ?
- Jusqu'à maintenant, pour me protéger du VIH/Sida, j'ai pris garde. Si on me dit qu'une femme a le virus, je n'aurai pas de relation sexuelle avec elle.
- D'accord, Ketaye la fois où tu as eu une relation avec cette femme, as-tu utilisé un préservatif ?
- Je ne l'ai pas utilisé. C'est pour ça que j'ai des doutes.
- Sais-tu comment utiliser un préservatif ?
- Non.
- Veux-tu que je te montre ?
- Oui.
- D'accord, Ketaye, ceci est un préservatif. En as-tu déjà vu ? Avant même de l'utiliser tu dois regarder la date à laquelle il périme, tu dois regarder l'année. Sinon, si tu le prends ainsi, qu'il est glissant et qu'il reste à l'intérieur, cela veut dire qu'il est abimé. Si tu fais ainsi et qu'il ressort, il n'est pas abimé. Rien qu'ainsi, tu dois voir la différence ! Lorsque tu as une érection,

[220] J'étais restée en effet très touchée par l'état émotionnel de Sara. Le choix évoqué lors de la consultation de ne pas vouloir s'isoler à cause de son statut ou en raison de l'éventuel résultat positif au VIH du test de dépistage de son bébé était parfaitement cohérent avec son comportement pleinement responsable en tant que mère et en tant que conjointe. Néanmoins, malgré cette prise de responsabilité, Sara devait faire face aussi bien à son impuissance dans la négociation de l'utilisation du préservatif avec son conjoint qu'à l'impact émotif et à l'élaboration de l'annonce d'une éventuelle séropositivité au VIH de son bébé.

[221] Les extraits ci-dessous rapportés sont la traduction en français des extraits de l'enregistrement de cette séance que j'ai pris sur dictaphone avec la permission de tous les participants.

tu prends cette partie – premièrement, c'est pour que le sperme reste ici, deuxièmement, c'est pour que l'air n'entre pas et que ça n'explose pas – il risque d'exploser. Pour éviter cela, tu presses et tiens le bout ainsi et lorsque tu sens une érection ou que tu l'as déjà, tu le fais entrer. Dès que le rapport est terminé, tu dois le sortir immédiatement, si tu retardes, cela risque de couler, cela risque de s'échapper. Tu l'enlèves délicatement et tu le noues, c'est-à-dire pour pas que le liquide se renverse, tu le jettes dans les toilettes ou la poubelle puis tu le brûles. C'est pourquoi, vu que le préservatif a plein d'avantages, tu dois bien les connaitre. Premièrement, il te protège contre le VIH, deuxièmement il te protège des maladies sexuellement transmissibles en plus, cela protège de manière sûre. Acceptes-tu maintenant de me montrer ce que je t'ai présenté, il n'y a rien d'embarrassant dans la manière d'utiliser un préservatif !
K- Avant tout, je regarde s'il est abimé ou pas de cette manière ; si la date est toujours bonne, on l'ouvre ainsi…

Ketaye reproduit correctement les enseignements reçus.

C- Bon, Ketaye, nous avons beaucoup discuté, comme tu l'as dit, tu as fait une erreur au mariage avec une femme que tu ne connaissais pas, qui peut être contaminée, tu dois être prêt pour le résultat ! Si tu as contracté le virus, que feras-tu ?
- Je vais prévenir mes amis, mes parents, ma famille, mes voisins afin qu'ils fassent attention pour ne pas les contaminer, pour que le virus ne se transmette pas. Pour que ça ne contamine pas mes autres amis, pour ne pas les contaminer.
- Et si le résultat est négatif ?
- Si le résultat est négatif, je le ferai analyser et je me ferai examiner.
- Tu peux vivre en bonne santé avec le sida, comme tu l'as dit, tu feras attention pour ne pas contaminer les autres. Par ailleurs, tu prendras des médicaments contre le VIH, tu feras attention à ton hygiène personnelle, tu mangeras des aliments mûrs, tu ne boiras plus d'alcool ou de boissons alcoolisées et tu pourras vivre.
As-tu compris Ketaye ?
- Oui.
- C'est maintenant que le préservatif te sera utile. Tu peux éventuellement épouser quelqu'un mais tu devras utiliser un préservatif car lorsque le *vayräs* entre dans le sang, il change, et pour ne pas être contaminé par un autre, tu ne dois pas oublier le préservatif. Tu ne dois consommer aucune boisson alcoolisée à commencer par le ṭälla ! Même si tu ne te maries pas, tu dois faire examiner ton amie et si dans les trois mois quelque chose indique la possible présence d'un virus, tu dois la faire réexaminer, et tu décideras un par un tout en faisant attention à toi. Maintenant, tu nous donneras une petite quantité de sang et nous verrons le résultat à 11h30.

Les deux séances de pré-consultation au test de dépistage décrites ici offrent un exemple de l'impact que les stratégies d'information et sensibilisation mises en œuvre parallèlement à l'accès aux ARV ont eu à la fois sur les connaissances concernant le VIH au sein de la société éthiopienne et sur la responsabilisation des comportements individuels et le vécu de la maladie elle-même. Ces deux séances sont également significatives des façons dont les rapports de pouvoir entre sexes conditionnent la prévention et le discours médical y attenant. L'utilisation du préservatif est conseillée aussi bien à Ketaye qu'à Sara. Pour cette dernière cette négociation dans les relations sexuelles avec son conjoint s'avère cependant un échec et cela même si cette méthode de prévention servirait à protéger ce dernier de la contraction du VIH. Le cas de Sara

met plus particulièrement en avant le rôle que jouent les divers processus de responsabilisation dans les rapports de genre. Alors que son conjoint est dans une attitude de déni total du risque d'exposition au VIH, elle se rend toute seule au centre de dépistage volontaire pour soumettre leur bébé au test. Ses sentiments d'affection, sa sollicitude envers son fils, la volonté de lutter contre leur éventuel isolement qui se mêle à la préoccupation et au sentiment d'angoisse qu'elle semble éprouver dans l'attente de la communication du résultat, tous ces éléments donnent à voir la complexité de son vécu du VIH, un état de santé dont elle se rend parfaitement responsable face à elle-même et aux autres. En effet, ainsi que nous le verrons dans le paragraphe qui clôt ce chapitre et plus loin dans le chapitre IV, la grossesse et la maternité sont des expériences cruciales pour la responsabilisation des femmes séropositives dans la gestion quotidienne de leur maladie. Mais ces deux séances de consultation individuelle que nous venons de décrire sont également un autre exemple de la façon dont à la discrétion autour de l'usage du préservatif observée dans l'espace public s'oppose sa promotion dans des espaces pour ainsi dire plus réservés où se joue la relation pédagogique entre le personnel soignant et les usagers du système sanitaire. Le principe d'efficacité des méthodes préventives semble donc l'emporter sur un ensemble de principes normatifs basés sur la morale religieuse. Cependant, loin d'être mis en débat dans l'espace public ces principes moraux sont tout simplement contournés grâce aux marges de manœuvre dont le personnel soignant peut bénéficier au sein du système de soins.

III.8.3 La virginité des femmes contre le sida : bref historique d'un insuccès

Le discours de prévention primaire s'adressant plus particulièrement aux jeunes varie sensiblement selon les sexes. Dans une étude parue en 2002 sur les liens entre la diffusion du VIH et les déterminants socio-culturels de la sexualité parmi les jeunes d'Addis-Abeba, les auteurs font remarquer :

> « As in many societies, there was a feeling of cultural clash between the society and youth that have been exposed to and influenced by "modernisation" and its ideals. Cultural norms of premarital virginity, emphasised more for the females than the males, is still the rule. Nevertheless, discussants generally agreed that practice of premarital sex is widespread among young people contrary to these norms ».
>
> (Taffa *et al.* 2002 : 3)

Et plus loin dans la même étude les auteurs rapportent :

> « Gender identities and stereotypes that took root in early childhood continue to solidify in adolescence. Not only did these socialisation processes impart different social images of being a boy and girl, but also determined the relative privilege of premarital sex practice. A 19 years old male in school had this example to say : -I would choose no sex before marriage for my sister rather than for my brother under the prevailing cultural and family sanctions. Because it

would be taken as self-humiliating or ruffian for girls if they are discovered doing such acts... A 21 years old girl from school also conformed to the above statement and said ... for the boy of same age, they say, he is a male and thus it is his virtue (to have sex before marriage), whereas the girl will bring shame to her family ».

(Ibid. : 4)

En effet, les façons concrètes dont la promotion de la virginité en tant que stratégie de prévention du VIH a été mise en œuvre et l'ampleur qu'elle a prise sur la scène publique de la lutte contre le VIH/sida varient sensiblement d'un pays africain à l'autre. Dans des pays comme le Togo et le Bénin, la promotion de la virginité féminine joue un rôle tout à fait crucial dans les politiques de prévention du VIH et cela pour des raisons historiques et culturelles très complexes. À Gondär, les actrices principales de la diffusion de ces recommandations étaient censées être des jeunes femmes âgées entre 15 et 26 ans, membres d'un type assez particulier de clubs anti-sida, à savoir des associations de vierges, en amharique, *Ləǧagäräd Maḫbär*. L'entretien que j'ai eu en mars 2009 avec l'une des conseillères du CDV du North Gondar University Hospital nous aidera à mettre au jour les différents niveaux de connexion entre la valorisation sociale et culturelle de la virginité féminine et ses usages en tant que précepte médical de prévention du VIH à l'aune des inégalités sociales et des transformations culturelles. Cette conseillère du CDV est une jeune femme âgée de 22 ans en 2009. Membre d'un club anti-sida fondé en 2002-03 dans le *qäbäle* 12 de Gondär, elle a été recrutée par *Ethiopia Family Planning Guidance Association* afin qu'elle suive une formation comme conseillère au sein du centre volontaire de dépistage du VIH du North Gondar University Hospital. À cette époque, les jeunes femmes membres de ce club s'étaient déjà regroupées dans une association dénommée *Ləǧagäräd Maḫbär*, c'est-à-dire l'Association des Vierges. La finalité principale de cette association était de promouvoir la virginité des jeunes femmes (15-26 ans) comme moyen de protection contre le VIH/sida :

A. - Le club anti-sida a été établi en 2002, et puis après, deux filles d'entre nous ont été contactées par *Save Children Norway* et elles nous ont proposé de nous regrouper, nous les filles, qui étions vierges pour former une autre association.
Q. - Combien étiez-vous ?
Nous étions seize.
Q. - Quelles ont été les phases principales de formation de cette association ?
Nous avons organisé des réunions avec Save the Children Norway et nous avons discuté du danger de tomber enceinte quand on est encore à l'école mais aussi d'attraper le VIH et d'autres maladies sexuelles et puis nous sommes venues dans l'hôpital pour faire un test de virginité. Avec les filles qui étaient vierges, nous avons formé cette association. Nous avions l'habitude de nous réunir avec *sister* Fanta.[222] pour apprendre à enseigner aux jeunes filles sur le VIH en leur disant que la virginité sert aussi à se défendre des maladies comme le *vayräs*. Nous avons enseigné dans les écoles et dans le *qäbäle* 12 et puis après *sister* Fanta. nous a informé de la possibilité de suivre une formation donnée par *Ethiopia Planning Family Guidance* pour devenir conseillères dans les CDV.

[222] C'est une infirmière de l'équipe de Save the Children Norway, Les infirmières sont appelées, en amharique, *sister*.

Entre 2002 et 2003, les activités menées par les jeunes femmes vierges furent rares et essentiellement réservées aux membres de la *Ləǧagäräd Maḫbär*. Ces jeunes femmes d'âge compris entre 17 et 26 ans originaires de la ville de Gondär et de religion chrétienne orthodoxe, se réunissaient pour célébrer des anniversaires ou organiser des cérémonies de café[223]. Aucune action de sensibilisation et d'information sur le VIH/sida ne fut menée en dehors des réunions élargies qu'elles organisaient avec d'autres jeunes adolescentes qui faisaient partie de leur voisinage ou qui fréquentaient la même église. Elles étaient devenues membres de cette association après avoir fait un test gynécologique de virginité qui s'était avéré positif. Aucune d'entre elles n'avait effectué le test de dépistage du VIH en cette occasion, car ce test n'est conseillé qu'aux jeunes femmes pour lesquelles le test de virginité s'est avéré négatif. À l'époque de mes enquêtes ethnographiques (novembre 2007-novembre 2010) cette association de vierges n'existait plus, ni d'autres associations du même type dans la ville de Gondär. Plus précisément, selon le récit de l'une des employées de *Norway Save the Children*, l'association de vierges installée dans le *qäbäle* 12 mit un terme à ses activités vers la fin de 2003. Depuis lors, les jeunes femmes voulant participer activement aux actions de lutte contre le VIH/sida, ont été intégrées dans le club anti-sida sans que la virginité ne soit un facteur de sélection[224]. Par ailleurs, la promotion de la virginité ne constitue pas une stratégie de prévention contre le VIH/sida et d'autres maladies sexuellement transmissibles, car la préservation de la virginité ne présuppose pas nécessairement l'abstinence sexuelle. Elle pourrait en revanche même induire à des pratiques sexuelles spécifiques comme le sexe anal et/ou oral[225]. Sans l'utilisation du préservatif ces

[223] Il s'agit d'une cérémonie traditionnelle soumise à de nombreux rites qui diffèrent selon les régions, les ethnies et les religions. Il est très fréquent, même dans l'Éthiopie moderne, que ce soient les femmes qui préparent la traditionnelle cérémonie du café. Elle peut durer des heures et son rôle est de montrer l'importance du café en Éthiopie, de rapprocher les gens dans un cadre détendu, confortable et convivial. Elle se déroule souvent chez des particuliers, dans les hôtels et des maisons du café. C'est une des coutumes liant les différents groupes ethniques en Éthiopie. Elle est pratiquée à travers tout le pays par les musulmans aussi bien que les chrétiens, principalement au moment des fêtes ou pour honorer des invités. Il est également fréquent, après l'office, de visiter les familles victimes d'un deuil récent autour de ce don divin, le café, dont l'Éthiopie serait le pays d'origine. Le mode de préparation mérite de nom de rituel, voire de cérémonie religieuse, non seulement parce qu'on ne saurait l'abréger mais aussi parce qu'il comporte des gestes et des éléments rituels (herbes répandues sur le plateau à café, sur le sol, encens…).

[224] En mars 2015, le club se composait de 118 membres dont 45 étaient de jeunes femmes. L'objectif principal était de contribuer à la prévention du VIH/sida au travers d'actions d'information et de sensibilisation allant de représentations théâtrales dans les écoles ou dans les locaux du qäbäle à la distribution de matériel informatif sur les modes de transmission et de protection. Ces informations ont été obtenues via e-mail par l'intermédiaire d'Alemayehu Mulat, l'un des interprètes qui m'a aidée dans la réalisation des enquêtes ethnographiques.

[225] Ces pratiques sexuelles font en effet l'objet d'un véritable tabou dans la société éthiopienne et aucune forme de stratégie d'information préventive contre le VIH et les maladies sexuellement transmissible ne s'y réfère. Tel que le montre une étude conduite parmi 3840 étudiants des écoles secondaires d'Addis-Abeba : « The overall proportion of people who reported ever having oral sex was 5.4% (190) and that of anal sex was 4.3% (154). Of these 51.6% (98) had oral sex and 57.1% (87) had anal sex in the past 12 months. Multiple partnerships were reported by 61.2% of the respondents who had oral sex and 51.1% of students practicing anal sex. Consistent condom use was reported by 12.2% of those practicing oral sex and 26.1% of anal sex. Reasons for oral and anal sex included prevention of pregnancy, preserving virginity, and reduction of HIV and STIs» Amsale, Yemane (21012), (En ligne)

pratiques peuvent représenter une voie pour contracter le VIH/sida et d'autres maladies sexuellement transmissibles. En tant que norme comportementale la virginité représente en effet un complément à la fonction du mariage en tant qu'institution destinée à contrôler la fécondité des femmes et à les maintenir dans le cycle de reproduction (Coquery-Vidrovitch 1994 ; Tabet 1985). Tant pour les chrétiens orthodoxes que pour les musulmans, la virginité représente le principal don que l'épouse fait à son époux. Bien que ces deux religions la prescrivent également aux hommes, pour ceux-ci elle a perdu son caractère obligatoire bien avant que la virginité des jeunes femmes ait perdu de son impératif, du moins en milieu urbain. Plusieurs études s'accordent sur le fait que dans les villes les jeunes envisagent des relations sexuelles prémaritales comme inévitables (Getnet Tadele 2006 ; Betemariam Wuleta 2002 cités in Hermann-Mesfen 2012). Aussi, pour deux jeunes femmes, qui avaient été membres de l'association de vierges dans le *qäbäle 12* de Gondär, que j'ai interviewées, la virginité représentait une valeur importante pour sceller une union durable avec un homme en vue d'un mariage. Elles ont tenu à souligner qu'elles se démarquaient volontairement de la majorité des jeunes filles de Gondär qui avaient trahi selon leur point de vue les valeurs de la culture éthiopienne en se laissant corrompre par le modèle occidental[226]. J'ai également abordé le sujet avec dix jeunes hommes d'âge compris entre 20 et 28 ans, de religion chrétienne orthodoxe à l'exception de deux d'entre eux dont l'un était protestant et l'autre musulman. Au cours des conversations informelles que j'ai eues avec ces jeunes hommes, il est ressorti que le rapport sexuel avec une jeune femme vierge constituait une expérience ne présentant aucun intérêt particulier mais dont le fait d'en parler suscitait en même temps un certain embarras. Quatre d'entre eux ont évoqué le mythe de guérison du sida par un rapport sexuel avec une vierge en faisant explicitement référence à l'Afrique du Sud, pays où il est plus spécialement répandu[227] ; tous ont rapporté ne pas avoir eu de rapport sexuel avec une femme vierge. Pour deux d'entre eux, l'un musulman et l'autre chrétien orthodoxe, c'était un rapport envisageable lors d'un mariage mais dont l'usage était beaucoup plus répandu dans le passé ou bien d'actualité dans les zones rurales plutôt que dans les villes. Pour deux autres interviewés, l'un protestant et l'autre chrétien orthodoxe, il s'agissait d'un rapport très particulier au cours duquel il fallait faire preuve de grande habilité et force virile. L'un d'entre eux a mis en avant qu'il serait enclin à

http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/5, consulté le 19 mai 2017.

[226] Je tiens à préciser que la considération de la dévalorisation de la virginité en tant que conséquence de l'influence de la culture occidentale est certainement critiquable dans la mesure où par exemple un plan bilatéral d'aides comme le PEPFAR a été réalisé grâce au soutien de la droite chrétienne américaine se distinguant aussi par un mouvement *pro-virginity* très prononcé. Cependant, l'émancipation des femmes éthiopiennes reste liée à l'instruction et à l'accès à l'emploi. Ces deux secteurs outre renvoyer au modèle de société occidentale, sont fortement promus de par la présence d'ONG internationales ou humanitaires particulièrement investies dans des campagnes de sensibilisation sur l'alphabétisation, la construction d'écoles, ou bien offrant différentes opportunités d'emploi aux jeunes femmes diplômées.

[227] L'autre pays africain où ce mythe de guérison est répandu est le Zimbabwe

prendre une plus grande responsabilité vu la pureté et l'innocence de la jeune femme. En définitive, ainsi que nous l'avons observé plus haut, à la différence d'autres pays africains comme le Togo et le Benin, en Éthiopie la promotion de la virginité en tant que voie de prévention contre le VIH/sida n'a pas eu un grand écho dans l'espace public[228]. Bien que la vie sexuelle pré-maritale et extra-maritale des femmes constituent un véritable tabou au sein du discours préventif, la virginité ne représente pas pour autant une valeur sociale et culturelle qui soit en mesure d'incarner une voie de prévention contre le VIH faisant l'objet d'un large consensus au sein de la société éthiopienne.

III.9 L'accès au dépistage du VIH sous le prisme des inégalités sociales et de genre

J'ai rapporté ci-dessous le tableau de données produites dans une étude menée auprès des centres de dépistage volontaire du VIH privés et publics de la ville de Gondär.

Table 1: Distribution of VCT Clients by their socio-demographic and other related variables, Gondor town, October, 2009.

Variables	Frequency(N=47830)	Percent (%)
Place of residence		
Urban	43948	91.88
Rural	3884	8.12
Sex		
Female	24459	51.14
Male	23371	48.86
Age group		
0-4	520	1.09
5-14	1329	2.78
15-19	9540	19.95
20-24	18002	37.64
25-34	8406	17.57
35-49	7227	15.11
50+	2806	5.87
Marital Status		
Never married	29652	61.99
Married	7328	15.32
Divorced	7178	15.01
Widowed	3672	7.68
Religion		
Orthodox	44454	92.94
Muslim	2018	4.22
Others	1358	2.84
Ethnicity		
Amhara	46314	96.84
Tigre	871	1.82
Others	640	1.34
Educational Level		
Illiterate	4266	8.92
Primary	9164	19.16
Secondary	18376	38.42
Tertiary	16024	33.50
Occupational Status		
Housewife	10102	21.12
Private	10308	21.55
Daily laborer	13660	28.56
Governmental institution	5332	11.15
Others	8428	17.62
Types of Testing Institution		
Government	43093	90.10
Private	4737	9.90
Test result		
Positive	9464	19.79
Negative	38366	80.21
Reasons of Test		
To know his/her status	45229	94.56
Provider initiated	1737	3.63
For marriage	864	1.81

Note: N= total number of VCT clients.

Figure III D
Caractéristiques sociodémographiques des usagers des CDV dans la ville de Gondär (octobre 2009).
Source : Taddese *et al.* 2014 : 3

[228] En Éthiopie, nombre d'organisations non-gouvernementales telle que *Norway Save the Children* qui l'ont initialement promue, se sont en effet impliquées davantage dans la mise en œuvre de programmes de sensibilisation contre la coutume du mariage précoce. Cette coutume encore très répandue dans les zones rurales de la région Amhara, a en effet des conséquences néfastes sur la santé reproductive de la femme et exerce aussi un impact négatif sur la stabilité des unions conjugales.

Ces données montrent qu'en 2009 le nombre d'usagers ayant eu recours à ces services était 47,830 dont 24,459 hommes et 23,371 femmes ; 43,093 se sont adressés à des services publics et seulement 4,737 à des cliniques privées (Taddese *et al.* 2014 : 2)[229]. Par rapport à l'état civil, les usagers des CDV sont majoritairement célibataires. L'étude de Taddese et al (2014 : 2) indique : 29,652 célibataires ; 7,328 marié-e-s ; 7,178 divorcé-e-s ; 3,672 veufs/ves. En outre, concernant le niveau d'éducation (Ibid. 2-3), les usagers du CDV illettrés sont minoritaires : seulement 4,266 n'avaient jamais été scolarisés, alors que 9,164 avaient terminé l'école primaire ; 18,376 avaient fréquenté l'école secondaire et bien 16,024 avaient fait des études supérieures. Les raisons les ayant amenés à faire le test de dépistage sont ainsi reparties au sein de l'échantillon : 45,220 ont effectué le dépistage pour prendre connaissance de leur statut ; 1,737 ont été conseillés par le médecin en raison de leur état de santé (*Provaider Initiated*) ; 864 se sont dépistés en vue d'un mariage. La tranche d'âge la plus concernée est celle entre 20 et 24 ans avec 9,329 hommes et 8,673 femmes ayant effectué le test de dépistage (Ibidem). Dans cette catégorie, le taux de prévalence du VIH est 6.3% parmi les hommes et 18.6% parmi les femmes. Pour la tranche d'âge entre 15 et 19 ans, les femmes sont plus nombreuses que les hommes (4,926 femmes et 4,614 hommes), alors que pour les autres tranches d'âge, le nombre d'hommes ayant effectué le test de dépistage dépasse celui des femmes.

Table 2: Age-specific prevalence of HIV infection among VCT clients by sex, Gondar Town, October 2009.

Age Group	Number of clients tested (N=47830)			Number of positive lients(n=9464)			Prevalence (%)
	Male	Female	Total	Male SPm(n1)	Female SPf(n2)	Total	
0-4	195	325	520	(15.4)30	(30.2)98	128	24.62
5-14	788	541	1329	(28.1)221	(26.4)143	364	27.39
15-19	4614	4926	9540	(7.9)366	(7.6)373	739	7.75
20-24	9329	8673	18002	(6.3)590	(18.6)1613	2203	12.24
25-34	4372	4034	8406	(27.6)1208	(35.7)1440	2648	31.50
35-49	3689	3538	7227	(31.4)1157	(39.4)1395	2552	35.31
50+	1472	1334	2806	(29.8)439	(29.3)391	830	29.58
Total	24459	23371	47830	(16.4)4011	(23.3)5453	9464	19.79

Note: N= Total number of VCT clients, n= Total number of sero-positive clients, n1=Number of male sero-positive clients, n2= Number of female sero-positive clients, SPm= Specific prevalence of males, SPf=Specific prevalence of females.

Figure III E

Prévalences du VIH selon l'âge et le sexe des usagers dans le CDV de Gondär (octobre 2009).

Source : Taddese *et al.* 2014 :4

Cette donnée est confirmée pour l'année 2007-08 dans les CDV des deux seules structures sanitaires dans lesquelles j'ai pu avoir accès aux statistiques, à savoir le North

[229] Les statistiques fournies par HAPCO Gondar Town pour l'année 2008 attestent 35,183 usagers des CDV publics dont 18,451 hommes et 16,732 femmes (voir *supra* Table IIIa). L'écart par rapport aux statistiques rapportées dans l'étude de Taddese *et al.* (2014) peut s'expliquer outre que par une augmentation de la prévention par le fait que les auteurs de cette étude ont pris en compte les cliniques privées.

Gondar University Hospital et le centre de soins d'Azäzo. Dans le CDV de l'hôpital, 659 femmes et 250 hommes d'âge compris entre 15 et 19 ans ont fait le test de dépistage. Parmi les femmes 43 ont été testées séropositives, alors que parmi les hommes le test s'est avéré séropositif seulement pour 22 d'entre eux. Dans le CDV du centre de soin, 959 femmes et 596 hommes d'âge compris entre 15 et 19 ont fait le test de dépistage. Le test s'est avéré séropositif pour 15 femmes et pour 2 hommes. Les femmes âgées entre 15 et 19 ans ont plus recours aux centres de dépistage volontaire que les hommes de ce même âge car l'âge moyen des femmes au premier rapport sexuel est plus bas que celui des hommes[230], mais au sein de la population générale elles sont moins nombreuses que les hommes à avoir recours au test de dépistage volontaire. Les femmes peuvent cependant bénéficier d'occasions de dépistage auxquelles les hommes n'ont pas nécessairement accès, par exemple à travers les programmes de prévention de transmission mère-enfant (PTME). Selon les données recueillies par le HIV/AIDS Prevention Control Office (HAPCO) de Gondär, de 2003 à 2007 6500 femmes ont effectué le dépistage dans le contexte d'un programme de PTME (voir *supra* Tableau IIIA). Concernant les 50 femmes et les 20 hommes séropositifs que j'ai interviewés, les circonstances les ayant conduits au test de dépistage sont diverses. À quelques rares exceptions près, ces patients ont effectué le test, à un tournant décisif de l'histoire de l'épidémie et des stratégies mises en place pour l'endiguer, à savoir l'introduction des ARV. Ainsi que nous l'avons montré plus haut l'accès aux médicaments a significativement facilité la prévention secondaire du VIH/sida.

Sexe	**âge : 20 à 30 ans**	**âge : plus de 30 ans**
Effectif femmes	46	4
Effectif hommes	5	15

Tableau III B

Source : enquêtes ethnographiques menées à Gondär décembre-mai 2008 ; mars- juin 2009

[230] Selon les résultats des enquêtes publiées dans le *Demographic Health Surveys* de 2011 : « Among the regions median age at first intercourse for women age 25-49 is highest in Addis Ababa (19.5 years) and lowest in Amhara (15.1 years). Women's median age at first sexual intercourse rises with levels of education and wealth. Women with more than secondary education initiate sex almost six years later than women with no education (21.8 years versus 16.0 years). Similarly, the median age at first sex is more than one year later among women in the highest wealth quintile than among women in the lowest. In contrast, among men there are no substantial variations in the median age at first sexual intercourse by various background characteristics. …. Women age 25-49 living in urban areas marry about two years later than rural women (18.1 years compared with 16.3 years). Median age at first marriage is highest in Addis Ababa (21.4 years) and lowest in Amhara (14.7 years). The median age at first marriage for women age25-49 is higher among the better educated and the wealthier. Variations by background characteristics among men age 25-59 display a pattern like that among women but are not as pronounced. …The median age at first sex for men age 25-49 is 21.2 years, about six years later than for women. The median ages at first intercourse among the different age cohorts suggest no significant change in age at first sexual intercourse for men over the past 20 years. The median age at first sexual intercourse for men age 25-49 years, at 21.2 years, is about two years lower than the median age at first marriage, at 23.2 years. (CSA 2010 : 63 ; 64).

État civil	Effectif Hommes	Effectif Femmes
Marié-e-s	18	28
Divorcé-e-s		
Veuf-ve-s	1	2
Seule-s	1	20
TOTAL	20	50

Tableau III C

Source : enquêtes ethnographiques menées à Gondär, décembre-mai 2008 ; mars- juin 2009

Age	Effectif (F/H) ayant complété l'éducation obligatoire		Effectif (F/H) n'ayant pas complété l'éducation obligatoire		Effectif (F/H) ayant obtenu un diplôme ou une licence ou un master	
	Femmes	**Hommes**	**Femmes**	**Hommes**	**Femmes**	**Hommes**
	5	1	42	19	3	0

Tableau III D

Source : enquêtes ethnographiques menées à Gondär, décembre-mai 2008 ; mars- juin 2009

Effectif (F/H) ayant un emploi		Effectif (F/H) menant des activités dans le secteur informel		Effectif (F/H) étant sans emploi	
Femmes	**Hommes**	**Femmes**	**Hommes**	**Femmes**	**Hommes**
5	2	40	13	5	5

Tableau III E

Source : enquêtes ethnographiques menées à Gondär, décembre-mai 2008 ; mars- juin 2009

Sur les 50 femmes interviewées seulement trois d'entre elles (Asa, Tsega, Beza) ont effectué le test de dépistage du VIH en vue de se marier. Il est aussi intéressant de noter que deux (Tsega et Asa) se sont dépistées pour le VIH avec leurs futurs conjoints qu'elles avaient rencontrés initialement comme clients alors qu'elles travaillaient comme professionnelles du sexe. Plus précisément, Beza qui lors du test de dépistage fait avant le mariage se révéla séronégative tout comme son conjoint, a contracté l'infection plus tard. Elle en a pris connaissance lors de sa première grossesse. Sept femmes ont pris connaissance de leur statut lors de leur grossesse et seulement pour quatre d'entre elles,

les conjoints ont effectué le dépistage à cette même occasion. Deux ont effectué le test de dépistage suite à la perte de leur conjoint ; une femme a effectué le dépistage suite à un diagnostic de VIH pour sa fille ainée. Les 37 femmes restantes ont toutes effectué le test de dépistage à l'occasion d'une maladie opportuniste. Aucune d'entre elles n'a effectué le test suite à l'exposition à un risque de contraction du VIH. Concernant les 20 hommes interviewés à ce sujet, l'échantillon se compose de la façon suivante : 16 étaient les conjoints des femmes participant aux enquêtes, 3 étaient membres de l'association des personnes vivant avec le VIH (*Fərəḥəywät Maḫbär*), un seul participait au programme "Home Community Based Palliative Care for PLWH" sous l'égide de *Family Health International* et il était membre d'une association de personnes séropositives s'étant créée au sein de ce programme (voir *infra* § IV.7). À l'exception de Kebede, président de *Fərəḥəywät Maḫbär* qui a effectué le dépistage dans le cadre d'un projet de mariage qui ne s'est pas réalisé et à l'exception de deux hommes qui ont fait le test du VIH au cours de la grossesse de leurs conjointes, le autres dix-sept ont fait le dépistage parce que malades. Mis à part deux d'entre eux qui se sont dépistés en 2001-02, aucun parmi les hommes et les femmes interviewés n'ont effectué le dépistage avant 2002-03, date à laquelle remonte la préparation de la mise en place du programme pilote d'accès aux antirétroviraux. Je rapporte ci-dessous un tableau détaillé concernant les raisons qui ont conduit les enquêtés à faire le test de dépistage.

Raison du test du VIH	**Mariage**	**Grossesse / Grossesse de la conjointe**	**Maladie**	**Mort conjoint-e et/ou enfant**	**Enfant séropositif**	**Prise de risque**
Effectif F	3	7	37	2	1	0
Effectif H	1	2	17			0

Tableau III F

Source : enquêtes ethnographiques menées à Gondär, décembre-mai 2008 ; mars- juin 2009

Je tiens à attirer l'attention sur le fait que dans la plupart des cas (37 femmes sur 50 et 15 hommes sur 20) ces patients se sont dépistés lors de la survenue d'une maladie et aucun d'entre eux n'a effectué le test du VIH suite à une prise de risque.

III.10 La participation des malades sous le prisme du genre et de leur traitement différentiel

Lieu où les inégalités sociales et de genre se donnent à lire dans toute leur complexité et ambiguïté, l'hôpital de Gondär est aussi le site où les personnes

séropositives sont orientées vers la participation active au fonctionnement des dispositifs socio-sanitaires de prévention, de soins du VIH et de la prise en charge des malades. Comment cette participation s'organise-t-elle ? De quelle façon ces formes variées de participation des patients aux programmes de prévention, de soins du VIH et de support psycho-social se réalisent-elles ? Sont-elles un choix libre de la part des patients ? Quelles sont leurs motivations ? Jusqu'à quel point cette participation peut-elle être interprétée comme étant véritablement en rupture avec le paternalisme médical ? Telles sont les questions auxquelles j'essaierai de répondre ici en m'appuyant sur les observations conduites dans le North Gondar University Hospital. Je tâcherai plus particulièrement de présenter des parcours individuels de santé et de participation aux programmes de prévention et de soins mis en place dans l'hôpital tout en prenant en compte les traitements dont les patients font l'objet en raison de leur condition sociale et économique.

Vers huit heures du matin, l'hôpital a repris son train-train habituel. Le jardin se repeuple lentement de médecins et d'étudiants en chemise blanche, d'usagers déjà en file d'attente devant le bureau d'accueil, des proches des malades provenant de la zone rurale environnante de Gondär. Ils arrivent en ayant pris les transports en commun, en ayant fait le chemin à pied bien avant les horaires de visite et stationnent dans le jardin de l'hôpital assis à l'ombre des arbres. À cette heure-ci les bancs de l'une des salles d'attente de l'hôpital sont déjà tous occupés par les patients sous thérapie antirétrovirale. Ils attendent en silence l'ouverture de la pharmacie d'ARV. Ils y entrent à tour de rôle pour recevoir l'approvisionnement mensuel de médicaments après une visite de contrôle médical au cours de laquelle un infirmier prend leur poids et la pression sanguine. Certains jours, des conseillers thérapeutiques avec une étiquette I-TECH attachée sur leur chemise blanche tiennent à tour de rôle des séances d'éducation thérapeutique. À titre d'exemple je rapporte ci-dessous l'extrait de l'allocution de l'un de ces infirmiers[231] :

> **Infirmière -** « Chacun de nous est responsable de sa propre santé. Si nous nous portons bien nos familles, nos enfants, la société entière va bien. Or, l'État vous pourvoit des médicaments nécessaires et vous pouvez vivre une vie normale, comme tout le monde. Si vous prenez les médicaments tous les jours à la même heure alors vous allez bien. Il y a des montres très peu chères et sinon nous devons être honnêtes avec nos familles et vous devez le dire à vos enfants. Les enfants n'oublient pas ce qu'on leur dit et sinon vous pouvez aussi utiliser le réveil du portable. Vous ne devez pas manger ce qu'il ne faut pas. Il ne faut pas manger la nourriture qui n'est pas cuite, les tomates crues, la viande crue, la salade. Vous devez bouillir le lait avant de le boire. Et puis si vous finissez les médicaments ne les empruntez pas d'un autre. Même avec votre femme il y a des différences. Venez à l'hôpital et nous vous donnerons vos médicaments à prendre. Dites-le aussi aux autres qui ne suivent pas cette règle. Si vous suivez ce que j'ai vous ai dit, comme ça vous pouvez vous porter bien et vous pouvez travailler

[231] Les extraits cités sont les transcriptions traduites de l'amharique au français de l'enregistrement de cette séance d'éducation thérapeutique. Cet enregistrement sur dictaphone a été réalisé avec l'accord de l'infirmière et des patients qui ont participé à cette séance.

et pourvoir à vos besoins et à ceux de vos enfants. Pour ceux qui n'ont pas de travail il y a plusieurs organisations qui s'emploient à prêter de l'argent pour démarrer des activités. Il y a OSSA, Fərehəywät Maḫbär qui peuvent vous aider ».

(North Gondar University Hospital, mai 2009)

Dans ce discours la responsabilité des patients à se porter bien en suivant une correcte hygiène de vie en observant le traitement thérapeutique ainsi que leur autonomie économique apparaissent comme des devoirs sociaux dont l'obligation individuelle est renforcée par la gratuité de l'accès à la thérapie. Lorsque une autre conseillère I-TECH prend le relais, elle s'adresse à la salle en attirant l'attention sur l'une des patientes assises parmi les autres en attente d'être reçue pour le contrôle médical :

Infirmière - « Cette femme qui vit dans une zone de campagne, très loin d'ici est venue ce matin avant que ses médicaments finissent, elle n'a pas donc attendu que ses médicaments finissent et ça, c'est bien. Chacun de vous devrait faire la même chose alors que certains arrivent même quelques jours après avoir fini les médicaments, mais il faut bien prévoir la date et venir quelques jours à l'avance. Si vous avez des problèmes concernant les transports et que vous ne pouvez pas vous permettre de payer, sachiez que nous sommes en train de penser à cela. Dans tous les cas vous devez même calculer la durée du voyage car vous déplacer peut prendre parfois deux ou cinq jours et alors vous devez savoir si vos médicaments vont être suffisants jusqu'au jour de votre arrivée à l'hôpital. Cette femme est un très bon exemple pour tous. Elle prend les médicaments depuis trois ans et maintenant sa condition est bien, elle travaille pour pourvoir à ses besoins et à ceux de sa famille. Avoir un travail c'est très bien, cela vous aide à rester en bonne santé, à prévenir des maladies comme la TB, la pneumonie. Avec un travail vous êtes vraiment autonomes et non pas de simples bénéficiaires, vous avez votre argent et vous pouvez aussi élever vos enfants et vous occuper de votre famille ».

(North Gondar University Hospital, mai 2009)

L'ensemble de pratiques et techniques visant à aider le patient à acquérir les compétences nécessaires pour gérer au mieux sa vie avec le VIH que ces deux éducateurs thérapeutiques se sont efforcés d'apprendre aux personnes séropositives sous thérapie antirétrovirale reposent sur le principe-clé de l'« autonomie » du malade. Ainsi qu'il ressort des extraits de séances d'éducation à la santé ci-dessus rapportés, cette autonomie se construit, cependant, au cœur d'une relation fortement ambiguë entre les deux logiques de l'« observance thérapeutique » et de l'« *empowerment* ». Au cours de mes observations dans l'hôpital j'ai pu constater que l'éducation à l'observance semble en effet se réduire à un ensemble de conseils et prescriptions auxquels le patient doit se conformer sans que le personnel soignant considère ses attentes, ses besoins et son style de vie et encore moins les façons dont la qualité de vie des malades socialement défavorisés peut conditionner leur observance thérapeutique. Au contraire, les difficultés économiques rencontrées par certains patients, leur précarité sociale, pouvant faire obstacle à une correcte hygiène de vie et pouvant entrainer par conséquent des effets non désirés voire des résistances à la thérapie antirétrovirale, ne sont pas considérées

comme des éléments à prendre en compte pour un meilleur suivi de la part du personnel soignant. Comme nous le développerons plus loin, ces patients font l'objet d'un traitement différentiel. Ils sont tout simplement incités à sortir de leur condition de précarité en s'adressant aux différentes ONG et associations où ils peuvent bénéficier de divers programmes de support psycho-social. En ce qui concerne l'*« empowerment »*, il n'est pas véritablement considéré comme la capacité acquise de la part du malade de pouvoir agir sur son état de santé dans le cadre d'un rapport égalitaire ou du moins de dialogue avec les médecins et les autres personnels de santé, mais il est plutôt entendu comme un moyen de responsabilisation des patients dans la réalisation de leur prise en charge globale leur permettant ainsi d'accomplir l'obligation de se porter bien, obligation qu'ils auraient contractée "envers l'État". Celui-ci est présenté comme l'acteur principal de la mise en place de l'accès gratuit aux médicaments contre le VIH, donc comme une sorte de créancier de la santé des patients séropositifs. Leur autonomie économique, telle qu'elle est envisagée par les deux conseillers thérapeutiques d'I-TECH relève d'un véritable détournement du sens des politiques de prise en charge globale des malades.

Depuis 2006 le soutien alimentaire et nutritionnel des personnes séropositives est devenu un élément incontournable dans la riposte globale contre l'épidémie[232]. M. Hunsmann (2010 : 70) a observé à cet égard :

> « Les personnes vivant avec le VIH ont non seulement des besoins énergétiques supérieurs aux personnes non infectées (de l'ordre de 10 à 30 % de plus pour les adultes et de 50 à 100 % pour les enfants), mais le virus modifie aussi leur métabolisme et les empêche de pleinement assimiler les nutriments. D'un point de vue économique, le VIH/sida met en péril la sécurité alimentaire des foyers affectés parce que les personnes atteintes sont moins à même de travailler. Leur production agricole baisse et ils ont de plus grandes difficultés à générer un revenu suffisant pour subvenir à leurs besoins alimentaires. La conjonction de ces facteurs explique les taux très élevés de malnutrition chez les personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne ».

Les politiques de gestion du VIH incluent des programmes d'aide alimentaire spécifiques et innovants qui visent à promouvoir l'autosuffisance des patients grâce à la distribution de microcrédits facilitant la gestion d'activités lucratives ou à leur participation à des projets de production agricole (voir *infra* Chapitre IV). À l'époque de mes enquêtes (2007-2010) l'Éthiopie bénéficiait d'un programme d'aide alimentaire coordonné par USAID Office of Food for Peace (FFP) en coopération avec le PEPFAR. Dans un document programmatique en la matière publié en septembre 2007 on peut lire :

> « While PEPFAR remains focused on supporting food and nutrition interventions in limited, priority circumstances, its strategy also strongly promotes and fosters linkages to food security and livelihood assistance activities. These include, for example, improved agricultural

[232] Assemblée générale des Nations unies, 2008. « Résolution 60/262. Déclaration politique sur le VIH/sida », 15 juin 2006, article 28, <data.unaids.org>, PAM/OMS/Onusida, *VIH, sécurité alimentaire et nutrition*. Politique générale, Genève, <data. unaids.org> cité in (Hunsmann 2010 : 63-64)

practices, and skills training and microcredit programs supported by other donors and USG (United States Government) entities, including FFP, to avoid dependency and address chronic individual and family food needs »[233]

Or, au cours de mes observations dans l'hôpital j'ai pu constater que les risques de malnutrition des patients défavorisés ne font pas l'objet d'une attention véritable de la part du personnel soignant. Bien que le poids de tous les patients soit surveillé, les observations des visites médicales qui accompagnent leur approvisionnement mensuel en antirétroviraux ont révélé qu'aucune question n'est posée sur leur régime alimentaire et aucune attention n'est portée sur leurs conditions de vie. J'ai assisté par exemple à la visite de contrôle d'une femme résidant dans un village à une quinzaine de kilomètres de distance de Gondär. Gidäna a rejoint l'hôpital à pied depuis sa maison après plusieurs heures de marche. Sans chaussures, le visage creusé et l'air très fatigué elle est reçue par l'infirmière. Après un rapide échange de salutations formelles, la visite se déroule dans un silence total. L'infirmière prend son poids et sa pression sanguine. Gidäna se dirige vers la pharmacie où un autre infirmier lui donne l'approvisionnement mensuel de médicaments. Je l'invite à prendre le déjeuner avec moi, mais Gidäna me dit qu'elle va se rendre chez quelqu'un de sa connaissance qui habite Gondär où elle pourra se reposer un peu, avant d'organiser son retour dans son village où elle vit avec sa mère et ses deux enfants. Au cours d'une conversation informelle avec l'infirmière chargée du contrôle médical mensuel des patients sous thérapie antirétrovirale, nous abordons les questions concernant le régime alimentaire et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH socialement défavorisées. L'infirmière focalise son attention sur la malnutrition. Elle tient à me faire remarquer qu'en Éthiopie celle-ci est tellement fréquente que les gens ne s'en aperçoivent même pas et que l'hôpital en lui-même ne peut presque rien faire. Elle donne l'exemple de mères qui amènent leurs bébés quand il est trop tard pour faire quelque chose. Elle continue en soulignant qu'ils n'ont pas les moyens pour rembourser le voyage par les transports en commun[234] ni pour offrir aux patients un support psycho-social et qu'il y a des ONG et des associations de malades pour ça, mais que pour les patients résidants dans les zones rurales, ces problèmes sont toujours très difficiles à résoudre[235]. Dans la plupart des cas, c'est au moment de la prise de connaissance du résultat du test de dépistage du VIH, et plus rarement lors d'une consultation médicale spécialisée[236] que les personnes séropositives en difficulté sont

[233] https://2009-2017.pepfar.gov/reports/guidance/93184.htm (consulté le 11 mai 2017).

[234] Je tiens à préciser que même si la politique de décentralisation a facilité l'accès aux antirétroviraux dans les centres de soins situés dans les chefs-lieux des *wäräda* du North Gondar Zone depuis 2008, pour plusieurs patients qui habitent dans la campagne environnant Gondär il est parfois plus facile de rejoindre cette ville que les chefs-lieux des *wäräda*.

[235] Carnet de note

[236] Ces visites sont effectuées en raison de l'échec thérapeutique ou bien pour les cas de coïnfections et comorbidités.

orientées par les infirmiers ou les médecins vers l'une des deux associations de personnes vivant avec le VIH, ou bien des organisations comme OSSA, ou encore vers des formations réalisées par I-TECH et JHPIEGO qui leur permettent par la suite d'intégrer les deux équipes se composant exclusivement de patients séropositifs, *Out-Reach-Patient* et *Counsellor Mother to Mother*. Le niveau d'instruction des patients parmi ceux qui n'ont pas un emploi est le facteur discriminant décisif pour leur implication dans ces deux programmes (*Counsellor Mother to Mother* et *Out-Reach Patient*). Le contexte associatif de personnes vivant avec le VIH et les autres programmes de support et soins palliatifs attirent en revanche essentiellement des malades appartenant aux couches sociales parmi les plus défavorisées de la société. Tous ces programmes se distinguent en outre, pas la large prépondérance des femmes parmi leurs « bénéficiaires »[237] bien au-delà de la différence de prévalence du VIH enregistrées entre la population masculine et féminine.

III.10.1 La surreprésentation des femmes dans la participation à la lutte contre le VIH/sida

La prise en considération du nombre des bénéficiaires, regroupés selon le sexe, des principaux programmes de lutte contre le VIH mis en place à Gondär nous donnera un aperçu de la surreprésentation des femmes. Les données recueillies en novembre 2010 attestent que parmi les bénéficiaires d'OSSA on comptait 2,891 orphelins et enfants dits vulnérables nés de parents séropositifs ; 481 personnes séropositives âgées de plus de 18 ans, dont 351 femmes et 130 hommes ayant au moins un enfant à charge ; parmi les bénéficiaires du programme *Home-and community-based palliative care for PLWHIV* géré par FHI (Family Health International) et des associations locales d'entraide (əddər, sänbäte et ğäm'əya) on comptait 177 orphelins et enfants dits vulnérables nés de parents séropositifs, 817 femmes séropositives et 299 hommes séropositifs âgés de plus de 18 ans. Selon la déclaration du responsable des projets de *Maḫbär Həywät*[238], les femmes représentaient environ 75% de tous les bénéficiaires de l'organisation. Presque toutes étaient mères d'au moins un enfant. Parallèlement, les femmes enceintes séropositives peuvent outre obtenir des soins et le suivi au sein du PTME de l'hôpital, avoir accès à des programmes spécifiques de soutien matériel en fonction de leurs conditions sociales. En outre, quatre mères séropositives ont été impliquées en tant que conseillères dans le programme *Counsellor Mother to Mother* du North Gondar University Hospital (voir *infra* § III.10). En Novembre 2010, l'association de personnes vivant avec

[237] Il est indispensable de préciser que le terme de « bénéficiaire » utilisé ici ne renvoie pas à des patients réceptacles de soins, d'aides matérielles et de support psycho-social mais se réfère plus largement à leur implication dans des programmes innovants dans lesquels eux-mêmes jouent un rôle de patients-acteurs.

[238] ONG locale qui fournit des soins et du soutien aux personnes séropositives issue du club-antisida ayant participé en 2003 à la formation de l'association de professionnelles du sexe (voir *supra* § II.9.2)

le VIH, *Fərehəywät Maḫbär*, comptait 550 membres, dont 364 étaient des femmes et 186 des hommes. Le nombre total de membres de *Wəgagän*, une association de femmes vivant avec le VIH mise en place dans la ville en 2007, était 213. Cette surreprésentation féminine sur les lieux de prise en charge du VIH/sida est constatée dans de nombreux autres pays africains (Bila 2011 ; Bila, Egrot 2009). Loin d'entrer ici dans le détail des dynamiques et des processus concrets d'orientation et d'adhésion des femmes à ces programmes (voir *infra* § IV.4; §IV.5 ; IV.6), je me limite à souligner que leurs devoirs et droits de santé se construisent en effet autour des rôles cruciaux que les femmes jouent dans la reproduction sociale. Ils sont en même temps déterminés par les risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant associés à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement. Les processus de responsabilisation investissant les femmes dépassent de fait la dimension proprement individuelle d'un devoir et d'un droit de santé car pendant la grossesse et la maternité le corps de la femme est supposé pouvoir transmettre le VIH au fœtus ou au nouveau-né. En outre, leur travail de reproduction sociale comportant des soins aux enfants et aux proches dépendants ainsi que des tâches domestiques et l'organisation familiale, a reçu des formes spécifiques de reconnaissance sociale et économique. Il s'est trouvé au cœur des stratégies d'autonomisation destinées plus spécialement à des femmes séropositives socialement défavorisées. Interrogé à ce sujet, un médecin de l'hôpital de Gondär a répondu :

> **Médecin –** « Bien sûr, j'oriente plus de femmes que d'hommes vers Fərehəywät Maḫbär ou OSSA, bref des organisations qui peuvent les aider, mais voilà, je le fais pour le bien des enfants, même s'il arrive parfois qu'une mère dépense l'argent pour s'acheter des vêtements ou des chaussures, et j'en vois aussi qui arrivent ici avec une nouvelle coupe de cheveux... ».
>
> (North Gondar University Hospital, mai 2009)

En effet, le travail de reproduction sociale joue un rôle crucial dans la protection de la petite enfance et dans les programmes de réduction de la pauvreté, deux domaines dans lesquels la lutte contre le VIH/sida a réinscrit ses champs prioritaires d'intervention (voir *infra* chapitre IV).

III.10.2 Le traitement différentiel des patients dans les structures de soin

J'ai observé qu'au sein de l'hôpital ces patients participant aux programmes de prévention, de soin et de prise en charge globale du VIH, font en effet l'objet d'un traitement différentiel de la part du personnel soignant.

J'ai rencontré Girma lors de mon deuxième terrain ethnographique (mars-juin 2009) alors qu'il avait 40 ans environ. Il était père d'un enfant de deux ans né de sa relation avec Berci, une femme elle aussi séropositive qu'il a rencontrée dans *Fərehəywät Maḫbär*. En juin 2009, ses conditions de santé s'étaient sérieusement aggravées. Sous

thérapie antirétrovirale depuis plus d'un an, à partir du mois d'avril il avait progressivement manifesté des symptômes préoccupants, un amaigrissement de plus en plus sévère et une fatigue très aiguë. D'après Girma et sa conjointe, les médicaments en étaient la cause, car en avril on lui avait remis une boite déjà ouverte. Suite à l'aggravation de son état de santé, le médecin lui avait prescrit des examens spécifiques pour pouvoir évaluer le niveau de charge virale dans son sang, mais à cette époque ce type d'examens n'était faisable qu'à Addis-Abeba. Girma n'avait pas les moyens financiers pour affronter un tel voyage comportant aussi un séjour d'un ou deux jours dans la capitale, à 300 km de distance de Gondär. Je l'accompagnai alors dans *Fəreḥəywät Maḫbär*, en espérant que l'association disposait d'un fonds mobilisable pour ses membres en cas d'accidents ou de maladie. Cependant, rien n'était prévu pour cela. Nous nous adressâmes à une autre ONG qui promit de s'en occuper. Vers fin juin, quelques jours avant mon départ, Girma se rendit à nouveau à l'hôpital pour rencontrer un médecin, car il n'allait pas du tout bien et j'alla avec lui. À la vue de Girma le médecin se montra en effet visiblement ennuyée.

> **Médecin –** « Tu sais déjà très bien ce qu'il faut faire, tu dois faire les examens prescrits, sans cela on ne peut rien décider ».
>
> (North Gondar University Hospital, mai 2009)[239]

J'essaie alors d'intervenir, pour expliquer au médecin que Girma est à la recherche d'une aide financière pour se rendre à Addis-Abeba où il pourra effecteur les examens demandés, mais le médecin m'interrompt et tient à souligner qu'il s'agit de problèmes d'observance que beaucoup de patients comme Girma pauvres et mal instruits rencontrent. Tout échange ultérieur devient impossible car le médecin nous dit avoir une journée très chargée. Je quittai l'Éthiopie quelques jours plus tard. Lors de mon troisième terrain ethnographique en 2010, Berci me fit part du décès de son conjoint.

Le cas de Girma est très significatif de la façon dont malgré l'accès gratuit aux antirétroviraux, les patients socialement défavorisés continuent de subir des inégalités tant dans l'accès aux soins et à la prévention que dans le traitement de la part du personnel soignant et enfin devant la mort. Par ailleurs, Kebede, président de *Fəreḥəywät Maḫbär*, dans son intervention à l'assemblée générale de l'association en décembre 2007, avait évoqué le nombre de décès parmi les membres malgré l'accès aux antirétroviraux. Le cas de Grima met également en avant des lacunes importantes dans le fonctionnement du système associatif de lutte contre le VIH/sida et révèle en même temps les ambiguïtés que charrie la participation des patients à leur prise en charge globale[240].

[239] Notes de carnet.

[240] Nous examinerons ces aspects dans le chapitre IV.

Banci est une femme seule, âgée de 30 ans, vivant avec le VIH, qui doit se soumettre à une visite médicale spécialisée en raison d'une comorbidité qui n'a pas encore été identifiée. Habillée de façon très humble, les cheveux courts et décoiffés, avec un air très fatigué, elle attend que le médecin spécialisé pour les cas de coïnfection et de comorbidité, la fasse entrer dans le cabinet. Après avoir donné son âge, son état civil, son lieu de naissance, le médecin lui demande son niveau d'éducation, mais alors qu'elle déclare avoir fréquenté l'école jusqu'à la huitième, le médecin se montre très sceptique voire incrédule face à sa réponse, jusqu'à lui poser la question deux fois de suite. Puis, il commence à effectuer la visite. Banci est invitée à s'asseoir sur le lit, le médecin ausculte son thorax, puis examine ses yeux et sa langue[241].

Médecin - Nous ne pouvons dire à l'heure actuelle s'il s'agit ou pas de tuberculose ; cela n'a pas été certifié mais tu ne commenceras pas à prendre les antirétroviraux pour l'instant
Banci - Je suis très affaiblie
Médecin – Tu ne verrais pas l'utilité du traitement immédiatement, c'est comme … que puis-je te dire ?, il faut des années pour qu'il soit efficace ... ce n'est pas de l'eau bénite, ça ne sera pas miraculeux ...tu as bien compris, n'est-ce pas ? Cela n'ajoute pas miraculeusement des CD4 ! Tu as compris ce que je t'ai dit ? Si nous sommes ici, c'est pour vous aider et non vous faire du mal. Nous sommes-nous bien compris ? Je ne voudrais pas que tu sois mécontente !
Banci - Ah, ça, c'est parce que je suis seule.
Médecin - J'ai compris, voilà, nous ferons ce que je viens de te dire. Il se peut que ce soit la tuberculose et si on ajoute le traitement, c'est à toi que cela nuira, d'accord !
Banci – Si je prenais un peu de glucose [...] allongée, en me reposant un peu
Médecin – Tu n'en as pas besoin
Banci - Mais je suis très affaiblie !
Médecin - Tu ne manges ?
Banci - Je ne mange pas
Médecin - Pourquoi ne manges-tu pas ?
Banci - Je n'y arrive pas
Médecin - Ah, non il faut manger ! N'y a-t-il personne avec toi qui puisse t'aider ? »
Banci – Non
Médecin - Et si l'on trouvait ici pour toi une association pouvant t'aider, tu dois écouter ce qu'on te dit, il n'y a aucun problème. Si l'on ne soigne pas le premier problème, l'autre te nuira. On le fait en pensant à toi, tu m'écoutes n'est-ce pas ? Est-ce donc pour te nuire que nous sommes ici ? C'est nous qui savons ce dont tu as besoin. Écoute mes conseils
Banci – D'accord
Médecin - Essaye de manger et de prendre les médicaments que je te prescris, correctement, d'accord ?
Banci – D'accord.
Médecin - Bon, c'est fait. Fais attention à ce que je t'ai dit, la prochaine fois que je te vois je veux que tu sois plus en forme. D'accord ?
Banci – D'accord.

Le déroulement de cette visite médicale, les échanges entre le médecin et Banci mettent bien en évidence l'absence totale de dialogue entre les deux protagonistes. Alors que l'éducation thérapeutique et la reconnaissance du patient en tant qu'acteur de sa

[241] Les extraits cités sont les transcriptions traduites de l'amharique au français de l'enregistrement de cette visite médicale. Cet enregistrement sur dictaphone a été réalisé avec l'accord du médecin et de la patiente.

propre santé devraient favoriser l'écoute du malade, l'attitude pédagogique du médecin est très autoritaire et bien peu respectueuse des besoins et des difficultés de la patiente. Le doute éprouvé à l'égard du niveau d'éducation de Banci, sur la base de ses origines rurales[242], conditionne le type d'explication que le médecin lui fournit concernant le traitement. Aucune explication ne lui est vraiment donnée mis à part la différence entre le *ṭäbäl* (eau bénite) et le traitement médical. La patiente a à peine l'espace de parole pour évoquer sa situation d'isolement, et le médecin écoute à peine ce qu'elle parvient à dire. La suggestion de rejoindre une association de personnes vivant avec le VIH mise à part, ce sont plutôt des injonctions et non pas des recommandations éclairées qui s'en suivent.

La patiente suivante est une femme séropositive, à la fin de son troisième mois de grossesse[243].

> **Médecin -** Tu avais un rendez-vous pour quel jour, c'était pour aujourd'hui n'est-ce pas, mais à quelle heure ? Pourquoi es-tu venue maintenant ?
> **Yodit -** Je suis enceinte et j'ai changé de médicaments.
> **Médecin -** Quand est-ce qu'ils ont été changés ?
> **Yodit -** Il y a environ un mois et quinze jours.
> **Médecin -** Qu'est-ce qu'on t'a demandé de suivre mensuellement ? -
> **Yodit -** On m'a dit de me faire examiner chaque mois, de dire ce que je ressentais. Avant, je prenais un médicament le matin, deux le soir et j'avais mal, j'étais atteinte d'anémie. Après l'analyse de sang, ils ont changé les médicaments. Maintenant je vais mieux, cependant, vu que l'on m'a demandé d'arrêter le Bactrim, j'ai mal au ventre. Parfois lorsque j'ai envie d'uriner, je me sens constipée et c'est pour qu'on analyse cela que je suis venue. Je prends mes médicaments demain et si ceux-ci sont la cause du problème, je suis venue en discuter avec vous. - À certains moments, lorsque j'ai envie d'uriner, j'ai des rhumatismes.
> **Médecin -** Tu feras analyser ton urine, d'accord ! Qu'est-ce qu'on t'a demandé de faire analyser chaque mois ?
> **Yodit -** C'est un examen pour la grossesse. C'était tous les trois mois et maintenant que la grossesse a débuté, on m'a dit de me faire examiner chaque mois. Tout en étant surveillée par vous. - Pour ce qui me fait mal au ventre, en rapport avec le fait d'uriner, comment ça s'appelle ? - C'est plus bas. Où as-tu mal ? - J'ai des inflammations, des troubles gastriques. Quand je vais aux toilettes, je n'y arrive pas, ça gargouille, ça dérange mon estomac. Quand ça me trouble ainsi, j'ai l'impression que ça va sortir mais quand j'y vais, rien ne sort.
> **Médecin -** À quel mois de ta grossesse en es-tu ? -
> **Yodit -** Le 15 ça fera quatre mois
> **Médecin -** Bien, il n'y a rien de quoi s'inquiéter. Tu sais il y a un groupe de femmes enceintes malades comme toi qui se rencontrent ici dans l'hôpital. Il faut que tu parle avec elles.

Bien que cette patiente ait eu plus d'espace de parole que Banci, la visite médicale que nous venons de décrire s'est déroulée elle aussi dans un cadre relationnel typique du paternalisme médical. Le médecin a évité de lui donner la moindre explication ou

[242] Au cours de mes enquêtes j'ai pu constater que l'illettrisme constitue un véritable stigmate pour les femmes provenant de la campagne (De Rosis 2012 : 33-37 ; De Rosis 2014 : 122)

[243] Les extraits cités sont les transcriptions traduites de l'amharique au français de l'enregistrement de cette visite médicale. Cet enregistrement sur dictaphone a été réalisé avec l'accord du médecin et de la patiente.

éclairage et ne répond pas vraiment à ses questions. Il l'a enfin orientée vers le programme *Counsellor Mother to Mother* tenu par un groupe de mères séropositives dans le service de PTME de l'hôpital où les échanges lors de leurs réunions se font de façon plus conviviale et détendue.

III.11 Le PTME : de la culpabilisation des mères à leur responsabilisation et auto-support

Lors de mes enquêtes de terrain dans le service prénatal de l'hôpital (décembre 2007-mai 2008), le suivi des femmes enceintes séropositives était confié à un médecin généraliste et à une infirmière rattachée au service du PTME qui a quitté l'Éthiopie pour les États-Unis en 2009. Considéré comme un test de routine depuis 2006-07 (voir *supra* § III.7), le dépistage du VIH est conseillé à toutes les femmes enceintes s'étant adressées au service prénatal. Celles-ci sont encouragée à revenir avec leur conjoint. Le couple est dirigé vers le PTME en vue d'être reçu par l'une des membres impliquées dans le programme *Counsellor Mother to Mother*. Ainsi que nous l'avons déjà observé (voir *supra* Chapitre II) (Yared 2008 : 35), en Éthiopie le PTME a commencé à être opérationnel en 2003 en tant que volet d'un projet de recherche à la faculté de médecine de l'université d'Addis-Abeba et dans d'autres cinq sites hospitaliers du pays dont Gondär. En 2005, le nombre de PTME est passé à 125 et le nombre d'usagers à 6,600. Dans le service prénatal du North Gondar University Hospital le nombre de femmes enceintes a remarquablement augmenté : il est passé de 2,714 en 2004 à 6,951 en 2005 et 6,525 en 2006. En 2005 l'Éthiopie a rendu gratuits les soins prénataux et postnataux. Dans la ville de Gondär, Save the Children Norway en coopération avec USAID a réalisé un programme d'éducation à la santé destiné aux femmes enceintes et aux mères qui prévoyait des aides alimentaires pour celles qui sont en difficulté et en situation de vulnérabilité. Il s'agit d'une stratégie d'amélioration de l'accès aux soins préventifs se basant essentiellement sur la récompense des ménages qui obtiennent ces soins. Cette récompense consiste dans la plupart des cas dans la fourniture d'autres biens jouant également un rôle dans la prévention sanitaire et pour lesquels la demande est plus élevée[244]. Durant cette même année, selon le récit d'une infirmière employée dans *Norway Save the Children*, des séances bihebdomadaires d'information et sensibilisation

[244] E. Duflo remarque à cet égard : « Un effort public pour améliorer l'accès aux soins préventifs est également essentiel. À court terme, la forte sensibilité au prix suggère qu'il y a tout intérêt à en tirer parti : on doit subventionner ces services au maximum et même récompenser les ménages qui les obtiennent. Il y a même des cas particulièrement favorables où un bien préventif pour lequel la demande est plus élevée peut être utilisé pour encourager l'accès à un autre. C'est le cas des moustiquaires imprégnées d'insecticide dont la distribution dans les maternités a permis l'augmentation de l'accès aux soins prénataux ; elles sont aujourd'hui distribuées lors des campagnes de vaccination contre la rougeole. À plus long terme, un effort d'information et de sensibilisation reste essentiel. Ici, la crédibilité du gouvernement est un atout critique puisque l'information doit être acceptée sans preuves. Mais les gouvernements ont tendance à détruire leur propre crédibilité en l'utilisant pour promouvoir des buts chimériques (comme dans le cas de la stérilisation en Inde). Se concentrer sur des messages simples, qui appellent une réponse réaliste, est une étape indispensable si l'on veut modifier les comportements » (Duflo 2010 : 99).

sur le suivi des grossesses étaient organisées dans le service prénatal de l'hôpital. Les femmes enceintes y ayant assisté étaient invitées à divulguer ces informations auprès de leurs proches et de leurs voisines. Des séances d'information et sensibilisation tenues par des infirmières étaient aussi organisées au domicile des patientes en présence de leurs voisines et proches.

Ce contexte dans lequel le PTME du North Gondar University Hospital a été progressivement mis en place a contribué à contrecarrer les processus concomitants de stigmatisation, discrimination et culpabilisation des mères affectées[245] en promouvant différentes formes de responsabilisation dans la prévention de la transmission de l'infection au fœtus ou au nouveau-né au cours de la grossesse, lors de l'accouchement et pendant l'allaitement. Dix infirmières et quatre femmes séropositives responsables du programme *Counsellor Mother to Mother* étaient impliquées dans des pré-consultations et post-consultations de dépistage du VIH respectivement dans le service prénatal, dans le PTME et dans la salle d'accouchement. Le programme *Counsellor Mother to Mother* lancé en 2007 s'inspire du modèle sud-africain *Mothers2Mothers*[246]. Il a été mis en place sous l'égide de IntraHealth Ethiopia et avec la coopération de JHPIEGO et d'autres ONG locales. L'infirmière responsable l'a présenté ainsi :

> **S. -** Le programme est plus spécialement destiné à des mères séropositives et le programme est tenu par des mères séropositives qui ont reçu une formation d'une semaine dispensée par JHPIEGO et une ONG locale à Bahr Dar. Nous avons des rencontres hebdomadaires sur des sujets divers tels que les rapports sexuels sans risque, la planification familiale, et beaucoup d'autres problèmes auxquels les femmes doivent faire face comme par exemple la discrimination et la stigmatisation. Les mères sont très contentes de discuter entre elles.
>
> (North Gondar University Hospital, décembre 2007)

[245] Comme l'a mis en avant L. Vidal : « Or, des modes de transmission avérés du VIH, seule la transmission de la mère à l'enfant nomme et identifie l'émetteu : la mère. Quand on parle de « transmission sexuelle », c'est un partenaire sexuel qui est désigné, sans plus de précisions. Lorsque l'on se réfère à la transmission par voie transfusionnelle, un geste médical est désigné : il demeure tout à fait exceptionnel qu'un médecin ou tout intervenant médical soit identifié, et encore moins désigné, comme auteur du geste contaminant. En somme, pour l'ensemble des modes de transmission, à l'exception de la transmission mère-enfant (...). Précisons qu'une telle particularité peut avoir des conséquences sociales non négligeables dans la mesure où l'infection de l'enfant désigne celle de sa mère – éventuellement ignorée jusqu'alors – avec d'évidents risques de stigmatisation que ne sous-tend pas la terminologie des autres modes de transmission » (Vidal 1999 : 62).

[246] *Mothers2mothers* est une organisation non-profit dédiée à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, et particulièrement engagée dans l'éducation et le support des femmes enceintes et des mères vivant avec le VIH de par la formation de groupes d'auto-support de l'éducation entre pairs. Cette organisation a été fondée par le médecin Mitchell Besser dans le Groote SchuurHospital à Le Cap en Afrique du Sud en 2001. Alors que le traitement médical pour la prévention de la transmission du VIH était déjà disponible, Besser se rendit compte qu'il n'était pas efficace à cause des barrières sociales, affective et psychologiques rencontrées par les femmes enceintes. Il pensa alors que les mères vivant avec le VIH ayant révélé leur statut pouvaient être une *« valuable, under-utilized resource »*. Besser forma alors ces mères comme Mentor Mothers et commença à les initier à l'éducation d'autres femmes enceintes sur l'importance du dépistage et de la prophylaxie contre la transmission du virus pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et pendant l'allaitement, et l'importance aussi de la révélation de son propre statut.

En 2008, lors de mon premier terrain ethnographique, le groupe qui réalisait le programme *Counsellor Mother to Mother* était constitué de trois mères séropositives dont deux célibataires avec un enfant à charge, et une autre veuve, mère de deux enfants. L'année suivante, une autre mère célibataire avec un seul enfant à charge les avait rejointes. Entretemps, Lulit, membre de ce groupe (voir *infra* § IV.8.2) et mère célibataire jusqu'à 2008 d'un enfant né alors qu'elle avait à peine 15 ans, s'était mariée en 2009 avec un homme lui aussi séropositif. Toutes avaient complété l'éducation obligatoire à l'exclusion de la dernière arrivée, qui avait repris ses études et en 2009 fréquentait la huitième classe. Pour chacune d'entre elles la participation à ce programme représentait leur première activité régulièrement rémunérée (700 birr par mois, 31.81 euro) et leur premier emploi.

III.11.1 Séance de pré-consultation et de post-consultation du dépistage du VIH auprès d'un couple

Il est neuf heures du matin et un couple est dirigé du service prénatal vers le service de PTME. La première rencontre a lieu avec l'une des conseillères du programme *Counsellor Mother to Mother* qui les accueille dans un petit couloir conduisant à son service. Après un échange très rapide de salutations, celle-ci se présente[247]

> **Conseillère –** Je suis mère de deux enfants et j'ai le VIH. Je travaille dans cet hôpital comme conseillère *mom to mom*[248].

Puis elle continue en leur disant :

> **Conseillère -** Vous êtes venus ici de l'autre salle pour faire le dépistage du VIH. Il est très utile pour le bébé que chaque femme enceinte accepte de faire cet examen. Dans tous les cas, ce n'est qu'après l'examen que vous pourrez connaitre le résultat. Peut-être qu'il y a le virus dans le sang et alors il peut passer à l'enfant, mais comme il y a les médicaments la santé du bébé peut être préservée et comme vous êtes un couple et même pour votre avenir, comme vous vivez ensemble, il est utile de le savoir. S'il y a le virus dans votre sang vous pouvez prendre les médicaments et continuer à vivre ensemble. Voulez-vous alors faire l'examen ?

Ils donnent leur accord et entrent dans la salle du PTME où l'infirmière après avoir rempli un formulaire avec des informations personnelles les concernant[249] effectue la prise de sang. Ils sont informés que les résultats seront prêts dans une heure environ. Tout se passe en l'absence de tout dialogue. Le couple ne pose aucune question et aucune question ne leur est posée. Également, lors de la consultation délivrée par la conseillère du programme *Counsellor Mother to Mother*, celle-ci s'est limitée à

[247] Les extraits ci-dessous rapportés sont la traduction en français des extraits de l'enregistrement de cette séance que j'ai pris sur dictaphone avec la permission de tous les participants.

[248] Tout en parlant en amharique, cette conseillère utilise cette expression en anglais.

[249] Âge, travail, enfants, date du dernier dépistage du VIH le cas échéant.

recommander le dépistage en présentant très rapidement l'importance et l'utilité de ce test. Aucune attention n'est prêtée à la grossesse de la femme en tant que telle et surtout en tant qu'état de vulnérabilité. Les enjeux principaux de la consultation décrite semblent être en effet la santé du bébé et la vie conjugale du couple. Celui-ci est par ailleurs interpellé seulement au sujet de leur consentement au dépistage. C'est dans cette même ambiance très formelle, laissant très peu d'espace à la parole des patients que la communication des résultats est effectuée par l'infirmière.

> **Infirmière –** Tous les deux vous n'avez pas le *vayräs*, cela ne signifie pas que vous ne pouvez pas l'attraper. Il faut faire attention, d'accord !
> **Couple –** D'accord.

Aucune autre information ni conseil ne sont délivrés.

III.11.2 Séance d'éducation sexuelle et de planification familiale

C'est lors des séances hebdomadaires organisées par le groupe de mères du programme *Counsellor Mother to Mother* que l'ambiance de la salle de PTME change radicalement. Cette pièce avec un bureau, deux armoires, une grande fenêtre et deux bancs de bois se transforme en un espace convivial de rencontres et de sociabilité où des mères et des femmes enceintes tout en suivant les enseignements dispensés par des mères séropositives dûment formées, solidarisent entre elles, échangent autour de leurs préoccupations et de leurs problèmes, organisent des cérémonies de café, font de l'humour et dédramatisent leur situation. L'hôpital donne ainsi à voir l'un de ses visages contrastés, étant toute à la fois le lieu d'un traitement différentiel des patients et un espace qui s'ouvre à des formes d'accueil, de participation et même de socialisation quelque peu atypique pour un lieu institutionnel de la santé publique. Plus précisément, ce sont exclusivement des mères en difficulté, dans la plupart de cas seules et/ou en situation de précarité, celles qui participent à ces séances hebdomadaires et également celles qui les animent. La participation des femmes à ces séances n'est pas assidue et lors de mes observations j'ai pu constater que leur nombre pouvait varier entre deux et huit. En décembre 2007 j'ai assisté à une séance à laquelle ont participé huit femmes déjà mères d'un ou plusieurs enfants, deux conseillères du programme *Counsellor Mother to Mother* et l'infirmière, Sister Sosənna. Elles ont célébré le résultat négatif du test du VIH de l'enfant de l'une de ces huit femmes en organisant une cérémonie du café.

Alors que Tənsa'e s'apprête à couper deux petit pains en de petits morceaux, l'une des conseillères allume un fourneau électrique où seront brulés des grains de café dans un ustensile approprié ; elle sort de l'armoire la *ğäbäna* où on prépare la boisson, puis elle dispose un tapi d'herbe artificielle sous une petite table de plastique sur laquelle

seront disposées les tasses[250]. Après avoir diffusé, tout autour des participantes la fumée provenant des grains de café brulés à l'aide de l'ustensile, Lulit s'assoit derrière le bureau en s'apprêtant à donner les enseignements prévus. Sa collègue sert le café qui sera offert avec du pain et il y aura aussi du thé. La séance est essentiellement consacrée aux méthodes de contraception et à la planification familiale. Une fois que Lulit a disposé sur le bureau tout ce qu'il lui faut pour cette séance elle commence[251] :

> **Lulit –** Aujourd'hui je vais vous montrer de différents types de contraceptifs. Il y a deux types de contraceptifs, ceux naturels et ceux fabriqués. Les méthodes naturelles sont l'allaitement, le calcul des jours, le contrôle de la température corporelle, mais elles sont efficaces pour des femmes éduquées et en bonne santé et elles ne marchent pas pour les femmes qui ont le VIH. Les contraceptifs fabriqués sont la pilule, le préservatif masculin et féminin, mais pour les personnes avec le VIH, il est mieux d'utiliser le préservatif que la pilule car il y a 12 types différents de virus et donc quand vous avez fait le test avec votre partenaire il se peut que vos virus soient différents. Maintenant, voilà je vous montre un par un des types différents de contraceptifs fabriqués. C'est un préservatif féminin qui doit s'insérer dans le ventre de la femme, je veux dire dans l'utérus, et quand il bouge il protège le ventre de la femme du sperme. Ce sont des pilules et vous allez les prendre pendant 28 jours, si vous oubliez une prise il faut en prendre deux le jour d'après et si vous l'oubliez pour deux jours de suite il faut en prendre deux pour deux jours de suite, mais si vous l'oubliez pour trois jours, il est mieux d'utiliser le préservatif ou bien d'éviter des rapports sexuels.

Puis Lulit prend à nouveau le préservatif féminin en le montrant aux femmes assises autour d'elles qui regardent en silence sans proférer un mot et ajoute :

> **Lulit -** C'est quelque chose de très peu familier, il est plus cher du préservatif masculin et difficile à trouver, mais comme il y a des hommes qui ne veulent même pas toucher un préservatif, la femme est supposée utiliser le préservatif féminin.

Lulit donne des instructions très précises sur comment placer le préservatif, puis elle continue :

> **Lulit –** Le préservatif féminin est complètement différent de celui masculin, il ne faut pas l'enlever et le jeter après un rapport sexuel, on va le laver et le faire sécher de telle sorte qu'on puisse l'utiliser à nouveau pendant encore quelques jours et puis il faut faire très attention quand on l'enlève, il faut faire en sorte que le sperme ne sorte pas et puis nous pouvons utiliser le même préservatif pendant huit ou dix jours mais nous devons l'utiliser correctement.

Alors que l'auditoire suit toujours en silence sans poser aucune question, l'autre conseillère, une veuve de plus de 30 ans qui vit avec ses deux enfants, commence à se plaindre d'avoir mal à la tête. Les autres femmes savent bien que ces maux de tête

[250] Ce genre de tapis est devenu de plus en plus commun et il a substitué l'herbe traditionnellement utilisée, (*ç̈äfäla*)

[251] Les extraits ci-dessous rapportés sont la traduction en français des extraits de l'enregistrement de cette séance que j'ai pris sur dictaphone avec la permission de tous les participants.

l'angoissent beaucoup car ce sont pour elles un signe de progression de la maladie. En signe d'encouragement, un chœur - *Aizosh, aizosh, aizosh* – se lève pour la soulager. Annah lui dit – *On y passe toutes, ne t'inquiète pas ce n'est rien*. Tənsa'e qui est assise près d'elle la serre dans ses bras.

La séance reprend. Lulit montre un préservatif masculin encore dans sa confection et elle illustre en se servant d'un pénis de bois les façons correctes de s'en servir tout en donnant des conseils sur les endroits où il faut garder le préservatif pour qu'il soit facilement disponible et à l'abri de la chaleur. Les participantes rient doucement entre elles et Lulit se laisse aller à quelque ironie sur le pénis de bois et sur le fait que les femmes doivent tout faire alors que les hommes restent toujours des enfants parfois bien dotés sexuellement. L'ironie de Lulit et l'hilarité des femmes constituent en effet l'un des rares moments où le tabou sur la sexualité est quelque part enfreint et les femmes expriment quoique de façon implicite par leurs rires et leur ironie leur désirs sexuels et certains des aspects de leur relation à la masculinité.

Enfin, Lulit mentionne la méthode de contraception définitive consistant dans l'obstruction des trompes pour empêcher les spermatozoïdes de féconder l'ovule.

Le second temps de la séance est dédié à la planification familiale. Sister Sosənna montre des images illustrant deux familles, l'une se compose des deux parents et les trois enfants avec un décalage d'âge de trois ans, entre le premier et le deuxième et le deuxième et le troisième, tous les membres sont bien habillés et ils ont l'air très rangé. L'autre famille se compose de six enfants d'âge assez proche entre eux. Cette image souligne l'apparence très négligée des enfants et des parents. À contrecourant avec la perception populaire des familles nombreuses comme symbole de richesse et de bien-être, ces images soulignent le contraire. Le but est justement d'encourager les familles à avoir un maximum de trois enfants car cela devrait avoir un impact positif contre la mortalité infantile, éviter le travail des enfants, faciliter leur scolarisation et leur suivi. Après quelques commentaires de sister Sosənna sur ces images attirant l'attention sur le nombre d'enfants et la différence d'âge, Lulit demande à Tənsa'e si elle compte avoir un troisième enfant. Tənsa'e qui après avoir perdu un enfant de sa première union conjugale a eu ses deux autres enfants avec un homme séropositif (voir *supra* § III.8.3) et a même découvert d'être atteinte par le VIH au cours de sa deuxième grossesse sans pour autant avoir effectué le dépistage pour cette raison (voir *supra* § III.8.3), répond qu'elle fait une injection pour la contraception. Fantanesh, au contraire, interpellée à ce sujet, répond que son conjoint étant absent, elle ne prend aucune contraception. Aucun discours spécifique n'est tenu concernant VIH et maternité, même si les femmes interpellées sont des femmes séropositives. En Éthiopie autant que dans d'autres pays d'Afrique, cette épidémie a fait « vaciller la reproduction » car elle a modifié « le récit standard et linéaire

allant de la conception, à la génération au progrès de la génération future » (Jenkins, Inhorn 2003, cité in Chabrol 2014 : 164). Cependant, les stratégies de dédramatisation du VIH d'une part et d'autre part, l'impact de sa prise en charge au sein de parcours de vie marqués par l'incertitude et une très forte précarité ont produit l'événement d'une première grossesse une fois que les femmes étaient à connaissance de leur état de séropositivité au VIH. Au sein de l'échantillon de PVVIH (50 femmes et 20 hommes) interviewées, huit femmes sur cinquante ont prévu d'avoir leur premier enfant après 25 ans[252] avec un homme séropositif qu'elles ont rencontré dans l'association de personnes vivant avec le VIH, *Fərəḥəywät Maḫbär*. Ce choix, parmi d'autres évolutions et changements biographiques liés au VIH, est en effet symptomatique du rôle d'intégration sociale que la maladie a joué pour des patientes socialement marginalisées.

[252] À cet égard, il est utile de rappeler que, selon l'Ethiopian Demographic Health Surveys (EDHS), « [the] level of education for women age 25-49 is positively related to the median age at first birth, ranging from a median age of 18.8 years for women with no education to 24.1 years for women with secondary or higher education » (Central Statistical Agency 2012 : 79).

CHAPITRE IV

FEMMES SÉROPOSITIVES EN LUTTE : ENTRE MARGINALITÉ ET MOBILITÉ SOCIALE

SECTION I

LE VIH COMME FACTEUR POTENTIEL DE BIEN-ÊTRE AUX MARGES DE LA SOCIÉTÉ

IV.I La prise en charge globale des PVVIH dans un contexte social de pauvreté

Ainsi que nous l'avons vu dans le deuxième chapitre, en Éthiopie, l'épidémie s'est diffusée au moment d'une transition politique et économique qui a coïncidé avec la promotion d'une économie libéralisée et privatisée (voir *supra* Chapitre II Section II). En même temps, à partir de la fin des années 1990 l'Éthiopie s'est engagée dans la progressive mise en œuvre de stratégies de réduction de la pauvreté ciblant différents problèmes d'ordre sanitaire et social comme l'insécurité alimentaire, le système de santé, les inégalités de genre et le VIH/sida lui-même. Ces stratégies de réduction de la pauvreté constituent désormais le principal instrument de planification du développement dans de nombreux pays. Basée sur un diagnostic de la pauvreté et du contexte de l'ensemble du pays sous l'aspect macro-économique, elles sont plus particulièrement conçues à partir de la définition des objectifs et des instruments visant à atténuer la pauvreté (y compris la définition des priorités sectorielles d'intervention) et enfin une première identification du système d'indicateurs, nécessaire pour surveiller l'état de mise en œuvre du programme. Les Documents de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP) doivent cependant satisfaire à un certain nombre de principes, identifiés par la Banque mondiale elle-même et résumés en cinq éléments fondamentaux :

- ces documents doivent être formulés selon un processus axé sur le pays, c'est-à-dire contrôlé au sein du pays grâce à une vaste implication des diverses forces sociales, tant du secteur privé que de la société civile
- ils doivent être orientés vers les résultats et les conséquences des politiques qui amélioreront les conditions de vie des plus pauvres
- ils doivent être fondés sur une vision complexe et multidimensionnelle de la pauvreté

- ils doivent être fondés sur une perspective à long terme de l'atténuation de la pauvreté
- ils doivent être orientés vers le partenariat et impliquer la participation coordonnée des différents partenaires de développement (bilatéraux, multilatéraux et non gouvernementaux).

Dans le cas des pays pauvres très endettés (PPTE), les stratégies de réduction de la pauvreté déterminent le rythme de l'allégement de la dette, et la répartition des économies de cet allégement. Plus précisément, pour que la réduction de la dette ait un effet tangible sur la pauvreté, les ressources additionnelles doivent être consacrées à des programmes qui bénéficient aux pauvres. Cela se traduit dans un « dopage » des dépenses sociales en faveur de l'éducation, de la santé et d'autres services sociaux. L'intégration du VIH/sida dans les stratégies de réduction de la pauvreté par conséquent, contribue à créer la politique nécessaire et l'environnement de planification d'une réponse globale, multisectorielle et financée de manière adéquate à l'épidémie. En effet, ce qui dans la lutte contre le VIH/sida semble avoir concrètement orienté l'attention vers les besoins des plus défavorisés en amorçant la redistribution des dépenses sociales a été l'accès aux antirétroviraux. Sa mise en place a été accompagnée par la réalisation de diverses études sur l'observance thérapeutique des patients qui ont souligné que l'absence de sécurité alimentaire et un mauvais état nutritionnel des PVVIH peuvent saper l'observance thérapeutique et la réaction à la thérapie antirétrovirale. Des recherches réalisées sous l'égide de l'OMS, de l'ONUSIDA et de World Food Program ont mis plus particulièrement l'accent sur le fait que les personnes séropositives ont des besoins énergétiques supérieurs aux personnes non infectées (de l'ordre de 10 à 30 % de plus pour les adultes et de 50 à 100 % pour les enfants), et que le virus modifie aussi leur métabolisme en les empêchant de pleinement assimiler les nutriments. En même temps, d'un point de vue économique, le VIH/sida met en péril la sécurité alimentaire des foyers affectés car la maladie érode les moyens de subsistance des ménages en réduisant la capacité à travailler et à gagner un salaire permettant d'acheter de la nourriture. En outre, l'infection à VIH peut aussi confronter les ménages à d'importants coûts de traitement et de soins aussi bien qu'à des périodes d'inactivité en concomitance avec l'apparition de diverses maladies opportunistes. Au cours de mes enquêtes ethnographiques j'ai pu observer que cet impact économique et les conséquences du VIH/sida ont donné lieu à la mise en œuvre de stratégies de prise en charge globale des patients se réalisant dans des espaces extra-médicaux où l'accent a été plus spécialement mis sur leurs conditions de vie. Questions sociales et médicales se sont en effet articulées suivant les liaisons entre bien-être et santé que les malades et divers personnels sociaux et sanitaires ont conjointement tracées. L'étude de ces liaisons nous amènera à étudier plus particulièrement les différentes façons dont la lutte contre le

VIH/sida s'est inscrite dans la lutte contre la pauvreté tant au niveau des politiques publiques qu'au sein de programmes de (ré)-insertion économique et sociale de malades socialement défavorisés.

IV.2 Les programmes de réduction de la pauvreté en Éthiopie

Pour la mise en œuvre des DSRP, le gouvernement éthiopien s'est engagé à mobiliser et à coordonner différents acteurs du secteur public et privé, des ONG, des associations locales et des communautés de base ayant déjà à leur actif une expérience importante dans des projets de développement et des actions de lutte contre la pauvreté. Le gouvernement a également fait le choix politique de renforcer le processus de décentralisation par le transfert d'un certain nombre de responsabilités des gouvernements régionaux aux wäräda et aux qäbäle. Ces derniers disposent de subventions budgétaires complétant leurs ressources propres qu'ils peuvent mobiliser selon les priorités identifiées dans les communautés locales. Ces nouveaux instruments de promotion du développement économique et social s'inscrivent dans le phénomène plus large du « retour de l'État » en Afrique au sein de la matrice de l'action publique (Eboko 2015 : 33), observé dès la première décennie des années 2000.

> « Les organisations internationales avaient eu tendance à concevoir un monde dans lequel l'État, n'étant pas digne de confiance, était réduit à une sorte de *'service minimum'* dans les *'politiques de développement'*. Aux politiques d'ajustement structurel qui s'achèvent à la fin des années 1990 succèdent les politiques de lutte contre la pauvreté, nouvelle appellation donnée aux politiques publiques en Afrique, quel que soit le domaine d'action concerné ».
>
> (Ibid. : 33)

La « redevabilité mutuelle » (*mutual accountability*) entre les acteurs étatiques et leurs partenaires qui s'est progressivement affirmée parallèlement au retour à la croissance économique qu'ont connue la plupart des pays africains au cours des années 2000, a transformé l'État africain des années 1980, soumis aux Plan d'Ajustement Structurel et considéré comme faible et peu fiable, dans un « État encadré » et développementaliste *« qui place le développement économique au sommet des priorités de son gouvernement, et qui est capable de concevoir des instruments pour atteindre cet objectif »* (Commission Économique de l'Afrique 2011 : 95 cité in Eboko 2015 : 34). En Éthiopie, le premier *Soustainable Development and Poverty Reduction Program* a été lancé en 2002. Il s'ouvre en soulignant l'importance prise par l'approche de réduction de la pauvreté vis-à-vis des politiques de croissance économique :

> « For some countries, economic growth is the primary policy goal, and poverty reduction is to be achieved through measures complementary to growth. This is not the approach of the Ethiopian government. Poverty reduction is the core objective of the Ethiopian government. Economic growth is the principal, but not the only, means to this objective. The FDRE recognises that in the absence of proactive development policies, it is impossible to create an

enabling environment for accelerated development and attainment of improvements in the standards of living of the people. … Ethiopia has reasonably good resource potential for development-agriculture, biodiversity, water resources, minerals, etc. Yet, Ethiopia is faced with complex poverty, which is broad, deep and structural. The proportion of the population below the poverty line is 44 per cent in 1999/2000. Thus, poverty eradication was and is the central development agenda of the government that guides its development activities ».

(Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Finance and Economic Development FDRE, MoFED 2002 : I)

Dans le même document huit secteurs différents d'intervention sont mentionnés pour des actions de réduction de la pauvreté, dont la santé, le VIH/sida, les inégalités de genre et bien évidemment la sécurité alimentaire (Ibid. : VI-VIII).

« In preparing its Sustainable Development and Poverty Reduction Strategy Program (SDPRP), on the experience of the 1990s, the Government has conducted extensive reviews of its agriculture and rural development policies; the performance and constraints of key sector programs on education, health, and roads; issuance of new water resource development policy and strategy and formulation of sector development programme for the same; strategy definition for HIV/AIDS and conducted technical analysis on the nature, dimension and causes of poverty; study on growth and poverty linkage as well as its good governance, decentralization and *empowerment* process ».

(Ibid. : 1)

IV.2.1 La santé dans les stratégies de réduction de la pauvreté

Considérée à la fois comme une conséquence et comme une condition du développement social et économique, la santé est l'un des huit champs d'intervention spécifique dans les deux programmes nationaux de lutte contre la pauvreté de 2002-2004 et 2005-2010. Ces corrélations entre santé et développement, déjà au cœur des politiques internationales de santé établies lors de la conférence d'Alma-Ata (1978) ont été reprises plus tard dans une optique plus spécialement économique par la Banque Mondiale dans le *Rapport sur le développement humain dans le monde : investir dans la santé*, paru en 1993. Dans l'avant-propos écrit par le président de la Banque Mondiale de l'époque, Lewis T. Preston, l'accent était mis sur une nouvelle formulation de l'allocation des ressources dans le secteur sanitaire visant à renforcer le système de soins primaires et à en faciliter l'accès aux segments de la population socialement défavorisés[253] de par la

[253] « On dépense des deniers publics en interventions de santé à faible coût-efficacité – en opérations chirurgicales pour la plupart des cancers, par exemple – alors que les interventions critiques et d'un excellent rapport coût-efficacité, comme le traitement de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles (MST), demeurent insuffisamment financées. Dans certains pays, un seul centre hospitalo-universitaire peut absorber jusqu'à 20% ou davantage du budget du ministère de la santé, alors que la quasi-totalité des interventions d'un bon rapport coût-efficacité se fait parfaitement bien dans des établissements de catégorie inférieure. … Les pauvres n'ont pas accès aux services de santé de base et les soins qu'ils reçoivent sont de piètre qualité. Une part disproportionnée des dépenses de santé de l'État va aux catégories aisées, que ce soit sous forme de soins gratuits ou à coût réduit dispensés dans des établissements de soins de santé tertiaires ultramodernes ou sous forme de subvention versées aux caisses d'assurance privées et publiques. … Dispenser aux pauvres des soins de santé d'un bon rapport coût-efficacité est un moyen de lutte contre la pauvreté efficace et socialement acceptable. La plupart des pays considère l'accès à des soins de santé de base comme un

réforme entre autres du marché de l'assurance[254]. Ce rapport prônait également une revendication de la part des ministères de la santé de ressources budgétaires plus importantes[255]. Ignoré à une époque où les politiques de santé dans les pays à faible revenu étaient mises sous le signe de restrictions budgétaires très significatives, ce rapport a été par la suite largement célébré et apprécié par des philanthropes aiguisés comme Bill Gates ou Gro Harlem Brundtland, directeur de l'OMS en 1998 (Horton 2013). Par ailleurs, en janvier 2000 l'OMS a institué la *Commission on Macroeconomics and Health (CMH)*. Dans un rapport publié trois ans plus tard comme synthèse des travaux (*Investing in Health : A Summury of the Findings of the Commission on Macroeconomics and Health*), on pouvait lire que l'extension de la couverture des services de santé et le renforcement des interventions pour les « pauvres » dans le monde pouvait sauver des millions de vies, réduire la pauvreté, stimuler le développement économique, et promouvoir la sécurité mondiale. Les auteurs mettaient en avant plus particulièrement que l'augmentation des ressources pour la santé et plus spécialement pour la santé des « pauvres » pouvait sauver 8 millions de vies par an à un coût de 27 milliards de dollars en totalisant une productivité de 186 billion $ annuels[256].

Concernant les politiques sanitaires éthiopiennes, déjà avant l'adoption de ces nouveaux outils de lutte contre la pauvreté, le premier *Health Sector Development Program* (HSDP I) pour la période (1997/98-2002/03), avait planifié des interventions en

droit de l'homme, ce qui rejoint l'objectif de 'Santé pour tous d'ici l'an 2000' de la conférence organisée à Alma-Ata, en 1978, par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), conférence d'où est issu le mouvement des soins de santé primaires. Le marché primaire ne donne pas aux pauvres suffisamment accès aux services cliniques de première nécessité ou à l'assurance qui est souvent nécessaire pour payer ce genre de services. Leur financement par l'État se justifie donc au nom de la lutte contre la pauvreté. Ce financement peut prendre plusieurs formes : celles de subventions versées à des producteurs privés et à des ONG qui servent les pauvres ; celle de bons que les pauvres peuvent remettre au praticien de leur choix ; celle, enfin, de la prestation, gratuite ou à coût réduit, de services publics aux pauvres (Banque pour ma reconstruction et le développement/Banque Mondiale 1993 : 165)

[254] « Le financement de la santé par la collectivité, à la fois par la tarification des services et au moyen de plans d'assurances en tiers payant, est devenu une nécessité pratique dans un certain nombre de pays à faible revenu. Mais cette nécessité est aussi un bien : la participation de la communauté peut aider à améliorer la qualité et la fiabilité des services, notamment en responsabilisant les agents vis-à-vis des patients. C'est précisément sur ce principe que repose l'initiative de Bamako (1988), parrainée par l'OMS et l'UNICEF. Comme on l'a observé récemment dans plusieurs pays africains, les ménages ruraux sont prêts à payer un prix modique pour les médicaments distribués dans les centres de santé publics, à condition que la qualité des services y gagne, que les recettes soient conservées et utilisées par les centres de santé et que la population locale ait un droit de regard sur leur fonctionnement. … Toutefois les gouvernements doivent agir avec prudence. L'expérience prouve en effet que des honoraires suffisamment élevés pour couvrir intégralement le coût des services cliniques peuvent avoir un effet dissuasif sur les pauvres. Ceux-ci devraient, dans ces conditions, pouvoir bénéficier de réductions ou d'exemptions » (Ibidem)

[255] Le Malawi est présenté comme un exemple dans ce type de remaniement des politiques sanitaires car au début des années 1990 ce pays entama de vastes réformes dans le cadre d'un projet de la Banque Mondiale visant à accroitre la part du budget alloué à la santé (Ibidem).

[256] WHO, Commission on Macroeconomics and Health, 2003.

http://www.who.int/macrohealth/infocentre/advocacy/en/investinginhealth02052003.pdf,

Genève, WHO, consulté le 12 mai 2017.

prenant en compte l'impact de l'amélioration de l'état de santé de la population sur la productivité et plus particulièrement les effets de la réduction des dépenses sanitaires des ménages sur la disponibilité des ressources à des fins productives. La priorité fut accordée à la prévention et à l'expansion des centres de soins et des hôpitaux dans les zones rurales en suivant les politiques de décentralisation et de démocratisation afin d'assurer un accès intégré et équitable aux soins de santé primaire. Lancé parallèlement au premier programme de réduction de la pauvreté, le deuxième *Health Sector Development Program* (HSDPII) pour la période 2002/03 – 2004/05 a recentré les politiques de santé sur la lutte contre les maladies liées à la pauvreté (*poverty-related diseases*), le renforcement de l'immunisation des enfants, la baisse de la mortalité infantile et la mise en œuvre d'un volet de vulgarisation sanitaire ("Health Extension Package"), visant à la prévention et au contrôle de maladies comme le VIH/sida, la malaria et la tuberculose, avec la participation active des communautés. Dans le *Sustainable Development and Poverty Reduction Strategy Program (SDPRP)* de 2002 on peut lire :

> « As the PRSP draws together different sectoral strategies to address poverty alleviation, and provides a framework for the use of additional resources that could be made available through the HIPC (Heavily Indebted Poor Countries) initiative, HSDP II is designed to reflect its intimate linkage with PRSP and, as a pro-poor sector, it articulates its essential role as a means for the reduction of poverty through improving the health of the poor and thus making contribution to the national effort of raising the level of socio-economic development of the country ».
>
> (Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Finance and Economic Development (FDRE, MoFED) 2002 : 100)

Les principaux résultats positifs obtenus à la fin de 2004 ont été enregistrés dans le domaine de l'immunisation des enfants, de la baisse de la mortalité pour les enfants en sous de 5 ans, dans l'accès aux soins. Sur la base de ces résultats le *Plan for Accelerated and Sustained Development to End Poverty* (PASDEP) couvrant le quinquennat 2005-2010 affirme :

> « Despite progress to date, coverage of the system remains inadequate, and the quality of services available, especially in rural areas, is variable. … Under the PASDEP the Government will continue its emphasis of the last six years under the Health Sector Development Program (HSDP) I and II, and now extending into HSDP III, with a clear focus on poverty-related health conditions – communicable diseases such as HIV/AIDS, Tuberculosis, malaria, and health problems that affect mothers and children. Efforts will be concentrated on rural areas and on extending services outwards from static facilities to reach villages and households ».
>
> (Ministry of Finance and Economic Development (MoFED) 2007 : 126-129)

Parmi les autres secteurs d'intervention y apparaissaient l'approvisionnement en médicaments, la dotation en personnel des services de santé, le renforcement des services de santé de proximité, les politiques de santé de prévention et une meilleure

coordination entre les services publics et privés et des ONG. En outre, l'accent a été mis sur le fait que l'investissement dans la lutte contre le VIH/sida était en train de détourner des ressources d'autres problèmes de santé tels que le paludisme et la tuberculose. Des mesures spécifiques ont été prises à l'égard de l'équité du coût des médicaments et des traitements, sur la couverture primaire universelle de soins de santé, sur la prestation de services de contraception et l'utilisation de latrines à travers des programmes de vulgarisation de la santé. Concernant les sources de financement, le gouvernement était censé couvrir 44% du coût total et d'autres bailleurs de fonds tels que les ONG et différents acteurs du secteur privé le restant (56%) (Ibidem).

IV.2.2 Les politiques de genre dans les programmes de réduction de la pauvreté

La question du genre s'est inscrite dans l'agenda politique de l'État éthiopien plus tôt que dans d'autres pays de l'Afrique subsaharienne. Le droit des femmes à voter et à être élues au Parlement a été approuvé par l'Assemblée générale et promulgué par l'empereur Haylä Sellasé à l'occasion du 25e anniversaire de son couronnement qui s'est tenu en Novembre 1955 (Henze 2004 : 254). Cette réforme fut précédée et accompagnée par un ensemble d'activités en faveur des femmes menées par des associations qui se formèrent au début des années 1950, notamment *Ethiopian Women's Welfare Association*[257], *Ethiopian Officers' Wives Association* et *Ethiopian Female Students Association*. Elles restèrent néanmoins concentrées dans les villes et plus particulièrement dans la capitale Addis-Abeba et n'eurent qu'un impact très limité sur les programmes de développement et les politiques du gouvernement vis-à-vis des femmes (Transitional Government of Ethiopia 1993 : 8). En effet, ce qui semble avoir promu ce réformisme politique et ces initiatives sociales est plutôt la place particulière occupée par l'Éthiopie dans le système international et sa relation spéciale avec l'Occident. L'Éthiopie a été parmi les cinquante pays qui se sont réunis à San Francisco pour créer l'Organisation des Nations Unies (ONU) le 26 Juin, 1945. En raison de l'importance reconnue par l'ONU à la promotion des droits de la femme (voir *supra* Introduction à la seconde partie), le gouvernement éthiopien a été ainsi emmené à prendre en compte les premières conventions relatives aux femmes promulguées par l'ONU dès 1949, et à participer par la suite à divers forums nationaux et internationaux sur les femmes. Par ailleurs, le mouvement féministe international semble avoir influencé les politiques sur la promotion des droits civils et l'émancipation sociale des femmes éthiopiennes. Sylvia Pankhurst, la militante anglaise pour le mouvement des suffragettes, fut dans le second

[257] Il s'agit de la plus ancienne association de femmes légalement enregistrée dont la formation sous le patronage de l'impératrice Menen remonte à 1935. Les membres provenaient principalement du milieu aisé d'Addis-Abeba. Cette association avait comme but principal de recueillir des fonds pour parrainer de projets d'alphabétisation destinées aux femmes habitant Addis-Abeba, ou de bienfaisance. C'était donc une organisation élitiste et alignée avec les politiques gouvernementales, similaire en effet à des associations de « premières dames » retrouvées ailleurs en Afrique (Pankhurst 1960 ; 1962).

après-guerre une amie très influente d'Haylä Sellasé. En 1936, elle fonda *New Times and Ethiopia News*, un périodique qui fonctionna comme une véritable tribune pour le soutien de l'Éthiopie contre l'occupation italienne. En 1956, après s'être installée à Addis-Ababa elle donna vie à la revue *The Ethiopia Observer* dans laquelle parurent divers articles sur les femmes éthiopiennes dont la situation fut vite assimilée à celle des femmes européennes et étatsuniennes. Ainsi, dans un numéro de la revue intitulé « The Ethiopian Women » (Pankhurst 1957a) célébrant les programmes d'alphabétisation et de formation destinés aux femmes adultes que le gouvernement éthiopien venait de mettre en place, S. Pankhurst comparait les changements de la condition économique et sociale des femmes éthiopiennes induits par ces programmes aux conquêtes des femmes européennes en matière de droits civils et d'émancipation sociale. Dans un autre numéro furent par la suite publiées les lettres que des personnalités politiques de premier rang, parmi lesquelles Eleanor Roosevelt, adressèrent aux femmes éthiopiennes à l'occasion de l'obtention du droit de voter et d'être élues au Parlement (Pankhurst 1957b). En réalité, les réformes sociales et politiques entamées au milieu des années 1950 ont principalement concerné les femmes aisées et instruites. Ainsi que le remarque Tsehai Berhane-Selassie :

> « When educated female vice-ministers, diplomats, and higher administrative staff appeared in the state structures in the '50s and '60s, they owed their positions more to their relationships to powerful men - mainly the Emperor Haile Selassie but also some fathers. […] Like the laws and institutions, these experiences did not translate into benefits for women in general, and major changes are continuing to take place without women's involvement ».
>
> (Tsehai 1997 : 186)

Trente ans plus tard, la création par le Därg de la *Revolutionary Ethiopia Women's Association* (REWA), organisation nationale fondée sur une idéologie socialiste promut l'émancipation des femmes tout en restant largement lettre morte.

> « REWA, like other associations set up to organize unpoliticized groups, could widen the basis of power and decrease the relative importance of holders of authority. In practice, as we shall see, it operated only at the level of rhetoric because, like the youth association, it lacked real power. REWA acted as a major for all issues regarding gender, thus removing them from the central political domain. Because of lack of clout and the administrative inefficiency of the organization, such issues came to nothing once sidetracked in this way ».
>
> (Pankhurst 1992 : 30)

Vers la fin des années 1980 le régime socialiste (1974-1991), puis le gouvernement de transition qui précéda l'instauration de la République Fédérale Démocratique d'Éthiopie (1995) en suivant les recommandations provenant de l'OMS et de l'UNICEF (voir *supra* Introduction à la seconde partie) s'engagèrent à promouvoir l'implication des femmes dans des programmes sanitaires et de développement participatif. Plus

précisément, alors que le pays était encore sous régime socialiste, le gouvernement associé à des agences de développement et des Nations Unies commencèrent à s'intéresser de plus en plus à la condition sociale, économique et politique des femmes en Éthiopie. En même temps, les bureaux pour les affaires sociales des femmes et les commissions qui furent instituées par le gouvernement organisèrent des *workshops* et des discussions autour des questions de genre (Tsehai 1991 : 133). Après le renversement du régime socialiste, le gouvernement de transition a formulé la première politique nationale relative aux femmes qui fut lancée en 1993. Les inégalités de genre ont été alors considérées comme un obstacle majeur au développement économique et social du pays. En continuité avec les principes établis dans cette politique, l'introduction au *National Action Plan on Gender Equality (NAP-GE) 2006-2010*, lancé par le Ministry of Women's Affairs (MoWA) en 2006, a mis la lutte contre les inégalités de genre au coeur des politiques pour la croissance économique, le développement et l'amélioration des conditions de santé de la population des pays pauvres dont l'Éthiopie.

> « Countries will not be able to combat poverty, and the HIV/AIDS pandemic, and ensure sustained development without a deliberate attempt to overcome gender inequality. […] It has also been realized that the attainment of equal rights between the two sexes and improved women's status benefits men as well. An educated woman is more likely to delay marriage, practice family planning resulting in a smaller family size, more available food for the family, and resources to educate the children. Investing in girls' education therefore has high social and economic returns and is instrumental in achieving sustainable development and economic growth ».
>
> (Ministry of Women Affairs (MoWA) 2006 : 1)

Quand j'ai interviewé la responsable du Women's Affairs Office dans le qäbäle 16 de Gondär, à ma question concernant l'importance accordées aux femmes par les politiques sociales, elle a répondu :

> **Responsable -** « Les politiques sociales ont pour cible principale les femmes, car, nous le savons désormais, apprendre quelque chose à une femme signifie l'apprendre au reste de sa famille, lui octroyer un prêt signifie le donner à toute sa famille ».
>
> (mai 2009, Women's Affairs Bureau, qäbäle 16, Gondär)

Aussi bien le passage de l'introduction au *National Action Plan on Gender Equality (NAP-GE) 2006-2010* que l'extrait d'entretien ci-dessus rapportés reflètent parfaitement les orientations des approches globales en matière de politiques de genre et l'importance qui est accordée aux femmes dans la lutte contre la pauvreté et la promotion du développement social et économique. Par ailleurs, il est utile de souligner que les foyers ayant pour chef une femme sont en augmentation tant dans les centres urbains où en 2000 ils représentaient plus de 40% des ménages que dans les zones rurales où ils représentaient plus de 20% :

« In the informal sector, women are engaged in small trades that do not generate much income. According to a survey undertaken on 300 women in Addis Ababa, selling of vegetables and fruit, backed food like *injera* and bread, charcoal and firewood, traditional drinks, second hand clothes and shoes, handicraft products, and goods such as sugar and salt were the major trades women were engaged. … Over 30 percent of the households in the world are headed by women, and female-headed households are more common in urban than in rural areas (Chant, 1991). Similarly, in Ethiopia, the 1999/2000 Household Income and Consumption Expenditure Survey (HICES) and Welfare Monitoring Survey show that in the urban areas, females head 41 per cent of the households, while the percentage for rural areas is only 23 percent (Central Statistical Authority, 2001b, c). This increase in female-headed households in cities and the growing phenomenon of female-maintained families make it even more necessary to adapt a gender perspective in response to urban poverty (Chant, 1991) ».

(Emebet 2008 : 16)

Les premières réponses structurées au niveau gouvernemental contre la pauvreté féminine remontent au début des années 2000 parallèlement au lancement du premier Sustainable Development and Poverty Reduction Program (SDPRP : 2002-2005). En raison d'une combinaison de plusieurs facteurs, sociaux, culturels, politiques et économiques, les femmes étaient en effet surreprésentées dans les groupes sociaux les plus pauvres. À cette époque, la Banque Mondiale s'engagea à coopérer avec le gouvernement éthiopien dans des stratégies de réduction de la pauvreté plus spécialement destinées aux femmes, au travers de la création d'emplois, l'octroi de financements pour les activités agricoles, et d'autres interventions dans le domaine de l'éducation et de la santé.

« At the time of appraisal, the operative GoE development strategy for gender issues was the 1993 National Policy for Women in Ethiopia, which identified women's low participation in development initiatives, gender disparity in legal literacy, and weak institutional capacity on gender issues as key concerns. One of the main objectives of the World Bank's strategy of assistance to Ethiopia in 2000 was to promote gender-balanced poverty reduction through job creation, agricultural inputs, and food security to assist the poorest groups. Due to a combination of social, cultural, and legal factors, women were disproportionately represented among the poorest groups, with relatively low human development indicators and limited access to economic resources. A joint World Bank/GoE study had identified institutional capacity to address gender issues, women's relatively lower participation in development interventions, and gender disparity in legal literacy as major constraints to successful implementation of gender policy ».

(World Bank 2007 : 6)

Le premier Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP) produit par le gouvernement éthiopien en 2002 revient sur ces mêmes points. Un important chapitre intitulé *« Gender and Development »* souligne l'importance de réaliser des stratégies de lutte contre la pauvreté, adaptées aux spécificités de genre. L'accent est mis sur la difficulté des femmes dans l'accès aux ressources économiques et aux biens fonciers outre qu'à l'éducation et au système de santé.

« In almost any country, women and men have different access to critical economic resources and varying power to make choices that affect their lives, as a consequence of the state of gender relations that exists in a given society. The direct result of this is seen in the unequal roles and responsibilities of women and men. Core dimensions of poverty (opportunity, capability, security/risk, and *empowerment*) differ along gender lines, and function to heighten the vulnerability of women. For these reasons, the inclusion of gender in any effort to alleviate poverty is non-negotiable. The government of Ethiopia is committed to eradicate poverty, particularly addressing its gender dimension. Over the last decade, the government has renewed its commitment to address gender inequalities that deter long-lasting change and equitable development ».

(Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Finance and Economic Development (FDRE, MoFED) 2002 : VIII)

Des outils spécifiques sont mentionnés tels que par exemple *Women's Development Initiatives Project (WDIP)*, ou encore les réformes du code de la famille, les volets de programmes sanitaires visant à améliorer l'accès des femmes aux services de prévention et de soin, les actions en faveur de la promotion de la scolarisation des jeunes filles. Concernant le *WDIP*, les principales stratégies mises en œuvre, entre 2002 et 2005, ont été l'octroi de micro-crédits et l'offre de formation pour la gestion d'une activité lucrative et de prêts reçus à des groupes de femmes engagées par exemple dans la production de céréales et d'épices, l'élevage d'animaux et de volaille ou dans l'artisanat. Dans le rapport publié en 2007 on peut lire :

« The project financed 623 WGs (Women Groups) over the period 2002-2005, providing credit to about 11,675 women, implying an average direct cost per beneficiary of about US$279. Of the 623 WGs financed, 621 are currently operational with about 9,612 women active in their business ventures. Eighteen business groups have temporarily closed and are up for sale. When other support costs such as administration, MIS/monitoring and evaluation, and IEC are included then cost per beneficiary increases to US$642. While the total cost per beneficiary is high, it covers equipment purchases, light infrastructure, small funds for raw materials for each WG, technology, skills training, capacity building and other needed support (for example, technical assistance, supervision, and monitoring) activities. All these support activities were necessary to effectively reach a mix of poor, mainly illiterate, and unskilled women who therefore needed additional training, follow-up, and supervision. A range of activities were undertaken by poor WGs depending upon the resource base in the project area. The groups themselves selected the activities appropriate to their need and circumstances. Women's groups were largely interested in animal husbandry (37 percent), followed by petty trading (30 percent). About 5 percent of women were involved in the following three activities ; dairy, restaurant ; and sale of home-made food, as was indicated in the review of studies on small-scale income-generating activities by the WDIP team. The available studies at appraisal estimated an average internal rate of return (IRR) for these activities of about 20 to 25 percent in urban areas and a little lower in rural areas ».

(World Bank 2007 : 33)

Les retombées positives de l'application de l'outil du micro-crédit sur l'amélioration de la situation de sécurité alimentaire, l'accès aux services sanitaires et à l'éducation des

enfants des femmes qui en ont bénéficié[258] enregistrées pour la période 2002-2005 ont été complétées par d'autres actions plus spécialement destinées aux domaines sanitaires et à l'éducation. Dans le paragraphe intitulé *« Improved social welfare »* on peut lire :

> « Given the importance of information, the WDIP financed some new and innovative IEC programs through six modules aimed at increasing awareness of health and education issues. Each woman, her partner and local village leaders were provided information on one or more modules. By providing women with information on health and education issues, the project aimed not only to empower women to protect their families from harmful traditional practices and to use family planning methods, but also to enhance women's own awareness of, and understanding of, their rights and obligations. The project also empowered the women by improving their participation in community development, social, and political activities ».
>
> (World Bank 2007 : 29)

Les résultats obtenus à l'aide des Analyses Participatives de la Pauvreté (APP)[259] concernant la période 2002-2005 ont révélé une certaine amélioration de la condition féminine en relation à l'accès à la terre tant par héritage qu'en cas de divorce et une meilleure insertion des femmes dans les milieux du travail (Ministry of Finance and Economic Development, (MoFED) 2006 : 34). Cependant, la prescription des rôles selon le genre suit toujours les règles de l'ordre patriarcal. Dans les zones rurales, où la proportion de ménages ayant pour chef une femme est en hausse, leur vulnérabilité économique et sociale est aggravée par les conventions sociales empêchant les femmes de s'addonner à certaines activités agricoles. Ainsi, tout en étant une ressource fondamentale dans le travail agricole, elles sont obligées de louer leurs terres (Ibidem). Le programme de réduction de pauvreté 2005-2010 a mis l'accent sur la scolarisation des filles et leur professionnalisation dans divers secteurs allant du textile à la pâtisserie, l'amélioration de la santé des femmes avec des actions ciblées sur la santé reproductive et le VIH/sida, la progressive élimination de corvées comme la cueillette de bois et d'eau, l'amélioration de la téléphonie rurale pouvant faciliter l'entrepreneuriat féminin, l'accès à des ressources économiques et foncières, la poursuite des réformes législatives et institutionnelles pour protéger leurs droits et promouvoir l'égalité des chances avec les hommes.

[258] « This increase in incomes brought about improvements in food and nutrition (for 82% of the women), access to health services (78%), and access to education (73%). … As a result of their incomes, 97% of women reported changes in the attitudes of community and family members towards them » (World Bank 2007 : 35).

[259] Il s'agit d'un instrument permettant de faire directement participer les pauvres à des discussions et débats sur les politiques et priorités. Il se sert de diverses méthodes combinant la production de cartes, matrices et diagrammes avec des entretiens non-directifs et des groupes de discussion. Elles mettent l'accent sur les exercices facilitant le partage des informations, l'analyse et l'action, pour accorder aux communautés un plus grand contrôle sur le processus de recherche. En elles-mêmes, les APP peuvent créer des opportunités ou des espoirs de suivi au niveau communautaire, telles que la mise en place de plans d'action communautaire, souvent soutenue par le gouvernement local ou les ONG.

IV.2.3 L'inscription du chapitre VIH/sida dans la lutte contre la pauvreté

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un désastre immédiat, comparable à ceux pour lesquels les PPTE peuvent obtenir un allégement de la dette, le VIH/sida a été considéré infiniment plus dévastateur que toute autre catastrophe naturelle en raison de son impact démographique et ses répercussions sur le développement humain et social. Cela explique son intégration dans les stratégies de réduction de la pauvreté et sa prise en considération dans les accords pour l'allégement de la dette. Le document officiel de 2001 rédigé par la Banque Mondiale et ONUSIDA, *SIDA, lutte contre la pauvreté et allégement de la dette*, soulignait le fait qu'accorder au VIH/SIDA une place prépondérante à la fois dans les Cadres stratégiques de Lutte Contre la Pauvreté (CSLP) et dans les accords en faveur des PPTE peut apporter des avantages considérables à l'endiguement de l'épidémie, dont par exemple un meilleur consensus entre les parties prenantes sur les stratégies de lutte, une plus grande attention politique au financement de la part du gouvernement du programme national de lutte contre le VIH/SIDA et à son efficacité. Le même document souligne l'importance du développement de coalitions entre les organismes donateurs et leurs partenaires locaux afin de mettre à niveau des programmes de lutte contre le VIH/sida dans les CSLP et dans les documents relatifs à l'Initiative en faveur des PPTE. Il indique aussi les aspects que la composante VIH/SIDA des CSLP et des accords en faveur des PPTE devraient comprendre, notamment (Adeyi *et al.* 2001 : 5) :

a) le VIH/SIDA en tant que cause de pauvreté, plus un débat sur la pauvreté et les inégalités de revenus, leur rôle dans les éléments qui rendent les gens vulnérables à l'infection à VIH et moins aptes à faire face aux conséquences de l'infection ;
b) les principales stratégies du plan national de lutte contre le VIH/SIDA au centre du programme national de réduction de la pauvreté, justifiées et chiffrées ;
c) les buts à moyen terme et indicateurs de surveillance de la pauvreté tirés du plan national de lutte contre le VIH/SIDA ;
d) les actions de courte durée pour la réussite de la mise en œuvre du plan national de lutte contre le VIH/SIDA, avec des cibles spécifiques et pouvant être contrôlées, qui constituent les accords d'allégement de la dette.

Concernant plus particulièrement l'Éthiopie, le document *Ethiopia : Sustainable Development and Poverty Reduction Program* de 2002 soulignait ainsi l'impact de l'épidémie sur le développement économique et social du pays :

> « Perhaps the most sensitive of all impacts of AIDS is its economic impact, which is directly linked with issues of economic growth and poverty reduction. … In the Industrial sector a survey of 15 firms in Ethiopia has shown that, over a five-year period, 53% of all illness among staff were AIDS related. ... Such a situation which probably holds true for all industrial enterprises increased absenteeism of workers from work place and increased expenditure

> associated with HIV/AIDS not only affects the effective performance of the existing industrial enterprises but discourages investment from going to this sector thus being an obstacle to expansion of employment and poverty reduction. In the social sectors, the indication so far is that HIV/AIDS is more than challenging the health sector and the achievements made in this area in various ways. This challenge on health and health service provision is of primary importance in analyzing the issue of HIV/AIDS and poverty. A study covering five hospitals in different parts of Ethiopia has revealed that the total cost of health service provision of Ethiopia between 1997-2006 at the low cost scenario to be 32-49.4 million USD depending on the discount rate used and at high cost scenario to be 225.6-368 million USD. The study further goes to show that the per capita patient cost is 12.03 USD for outpatients and 22.64 USD for inpatients at low cost scenario while the respective figures are estimated to be 41.3 and 197.03 USD under the high cost scenario, which is a very big burden to the health sector in particular, and the economy at large. The study also estimated the additional capital expenditure for AIDS in Ethiopia over the same period at 52.7 million USD ».
>
> (Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Finance and Economic Development (FDRE, MoFED 2002 : 129))

L'objectif principal du *Plan for Accelerated and Sustained Development to End Poverty* (PASDEP) de 2002-2005 était d'infléchir l'incidence du VIH/sida par le renforcement des stratégies multisectorielles d'Information Education Communication (IEC). Plus précisément, l'objectif était de réduire le niveau de transmission du VIH de 25% par des actions spécifiques pour les groupes à risque tels que les professionnelles du sexe, les chauffeurs de camion et les militaires et par la mise en œuvre de stratégies d'Information Education Communication (IEC) réalisées par plusieurs acteurs, plus particulièrement non-étatiques. Le document incluait également des activités de soutien pour les PVVIH. En outre, une attention tout à fait spéciale était consacrée à la population rurale. Les stratégies envisagées allaient d'activités d'Information Education Communication (IEC) destinées aux communautés rurales dans les places de marché[260] ou bien menées par les *Agricultural Extension Workers*[261], par des associations d'entraide religieuses ou laïques[262], à des activités d'IEC s'adressant à la population urbaine, réalisées par le personnel médical et soignant[263], par des clubs anti-sida dans les

[260] «Approaching the rural community through market places should be considered as most of the people who come to market places are women. These women will also have the time to be involved in brief, but regular, IEC activities. It is usually in market areas that conditions for high-risk sexual behavior are created» (Federal Democratic Republic of Ethiopia & Ministry of Finance and Economic Development 2002 : 132).

[261] Involving agricultural extension workers for IEC activities is another strategy for reaching the rural population. Due to the nature of their work, these workers have the opportunity for frequent communication with the rural population (Ibidem).

[262] Religious meetings and gatherings for indigenous institutions (such as Idirs, Senbetes and Mahbers) are other avenues for reaching the rural population. Messages transmitted through such forums can be relatively acceptable to the community since there is the involvement of influential people (Ibidem).

[263] Health institutions all levels (including community health posts) will play active and leading role in the transmission of IEC messages on the prevention and control of the disease (Ibidem).

écoles[264], par les *Qäbäle* et les *Women and Youth Associations*[265], et enfin des activités d'IEC réalisées au sein même des différents ministères et dans tous les secteurs de l'emploi public[266]. Le financement prévu par le gouvernement était environ de 0.96 billions birr (0.043 billions d'euro) :

> « For prevention and control of HIV/AIDS, the program cost for the period is estimated at about 0.96 billion and activities associated with prevention of the pandemic accounts for 44 percent of planned spending. The cost will help the endeavour waged to maintaining the prevalence rate of HIV/AIDS at 7.3percent by the end of the program period 2004/05 ».
>
> (Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Finance and Economic Development FDRE MoFED 2002 : 133)

Le deuxième *Plan for Accelerated and Sustained Development to End Poverty* (PASDEP) de 2005-2010, lancé lors de la mise en place de l'accès aux antirétroviraux, incluait un volet plus articulé d'activités de prévention primaire et secondaire et de prise en charge des PVVIH. Concernant la prévention, mis à part des activité d'information et de sensibilisation s'adressant plus spécialement aux jeunes et aux employés dans le secteur gouvernemental et non-gouvernemental[267], l'accent fut mis sur la promotion du préservatif auprès de toute la population sexuellement active[268] - ce qui était en net désaccord avec les politiques de prévention du PEPFAR. En outre, le plan visait à l'intégration de CDV dans tous les centres de santé[269], à l'expansion des programmes de Prvention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME)[270] et enfin à des mesures plus sécurisées pour le contrôle des bancs de sang et à la distribution de matériel de protection pour le personnel soignant et les sages femmes (*Traditional Birth Attendants*) ainsi que à leur formation[271]. Concernant la prise en charge des PVVIH, les objectifs

[264] AIDS clubs in schools should be supported in formulation and conduct of awareness creation and behavior modification activities among students and other population groups in the locality through various IEC activities including school mini media (Ibidem)

[265] « Community organizations including Kebele, Women and Youth Associations will be mobilized to actively involve in IEC activities » (Ibidem).

[266] « Intensified IEC activities should be conducted in all work-places across all sector ministries and organizations at all levels of government » (Ibidem).

[267] « Mainstreaming of HIV/AIDS programs in all government and non-government sectors; a major mass media and community mobilization campaign, including focuses on in-school and out-of-school youth, and workplace interventions. The regions have made considerable investment in developing school-based HIV/AIDS prevention and awareness programs, and these show great promise if effectively implemented during the PASDEP period » (Ministry of Finance and Economic Development 2006 : 124).

[268] « Enhance social marketing of condoms, with an objective of access for all sexually active persons, and 60% use coverage by 2009/10 (the level considered satisfactory for effective HIV prevention) » (Ibidem).

[269] « Expansion and upgrading of VCTs, with VCTs integrated into all health centers, and training of more counselors and nurses » (Ibidem).

[270] « Expansion of programs to prevent mother-to-child transmission, with a target of 50% of HIV-positive mothers and their infants to provide complete course of ART by 2009/10 » (Ibidem).

[271] « Improved blood safety, with expansion of blood banks, equipment, and reagents, and supply of basic protection materials and training to all health care providers and traditional birth attendants » (Ibidem).

principaux étaient d'assurer des soins palliatifs aux patients alités, d'assurer l'accès aux ARV à 90% des PVVIH en ayant besoin ainsi qu'aux soins à domicile et à d'autres formes de support psycho-social comprenant des aides matérielles telles que des activités génératrices de revenu (AGR) en vue d'améliorer leur qualité de vie avec une attention tout à fait spéciale à leurs besoins alimentaires pour que le traitement soit efficace. Un volet d'activités était également destiné aux orphelins et aux enfants dits vulnérables nés de parents séropositifs, avec l'objectif de rejoindre 80% de scolarisation parmi les orphelins en 2009/10. Un aspect important à souligner est l'importance reconnue au rôle que des communautés de base comme les *märrädağğa maḫbär* ou associations d'entraide traditionnelles (voir *infra* § IV.3.3 ; § IV.5) sont censée jouer dans la réalisation de ces activités afin de réduire la dépendance d'acteurs étrangers. Le financement prévu était 6.2 billions birr (0.28 billions d'euro) provenant respectivement pour son 23% du *National Budget Framework of the Government* et 77% résiduel des ONG, des communautés de bases et des services financiers offert par la microfinance (Ministry of Finance and Economic Development (MoFED) 2006 : 125). Cette dernière a en effet occupé une place de première importance pour la réalisation de la prise en charge globale des malades et la réalisation des systèmes de micro-assurance.

IV.2.4 L'outil de la microfinance dans la lutte contre la pauvreté en Éthiopie

Inconnue d'un large public jusqu'aux années 1980, la microfinance (ensemble de services financiers destiné aux populations exclues des institutions financières classiques), comptait moins de dix millions de clients au niveau mondial en 1998, pour rejoindre le cap de cent millions en 2005 et deux cent millions en 2015 (Guérin 2015 : 5). Ces services englobent le micro-crédit qui est la composante la plus utilisée et la plus médiatisée pour ses effets en matière d'emploi, l'épargne pour protéger contre les aléas de l'existence, l'anticipation des dépenses liées au cycle de vie ou à l'investissement, l'inclusion en moindre mesure de l'assurance qui a émergé plus récemment et couvre une large gamme de risques, liés à la santé, de décès, d'activités agricoles, de crédit, etc. Or, si l'intérêt envers les exclus des banques n'est certes pas inédit dans l'histoire[272], ce n'est que depuis la fin des années 1990 que l'outil de la microfinance a été médiatisé comme une panacée dans la lutte contre la pauvreté. Autre fait inédit dans l'histoire du crédit institutionnel aux pauvres, la clientèle ciblée est majoritairement féminine[273].

[272] « L'expansion des transactions financières a très tôt été accompagnée d'initiatives s'adressant à ceux qui en étaient exclus, depuis les monts-de-piété à la fin du Moyen Âge jusqu'aux coopératives d'ouvriers, d'agriculteurs ou de petits commerçants de la période industrielle. Bien avant la création de la Grameen Bank au Bangladesh – souvent considérée comme l'*invention* du micro-crédit – et sa forte médiatisation, de nombreuses expérimentations ont eu pour but d'innover dans l'élaboration de services financiers aux populations et territoires marginalisés » (Guérin 2016 : 6).

[273] « En Europe et en Amérique du Nord, les premières initiatives coopératives et mutualistes ne s'intéressent guère aux femmes. Malgré les efforts dispersés et isolés de quelques expériences (en particulier les Casse Rurali italiennes), la part des femmes dans les mouvements coopératifs et

Le premier sommet du micro-crédit qui s'est tenu à Washington en 1997 a été suivi huit ans plus tard par « l'année du micro-crédit » déclarée per les Nations Unies et par l'attribution, en 2006, du prix Nobel de la paix à la Grameen Bank et à son fondateur Mohammed Yunus. Cette œuvre de médiatisation s'est faite porteuse d'un cadre idéologique bien précis de l'appréhension de la pauvreté et plus spécialement du « pauvre » lui-même. Comparé par M. Yunus à un bonsaï, le « pauvre » serait l'effet de l'inaccomplissement de ses qualités potentielles en tant qu'être humain à cause de son exclusion de l'accès aux ressources dont les ressources financières seraient les plus importantes.

> « To me, the poor are like bonsai trees. When you plant the best seed of the tallest tree in a six-inch-deep flower pot, you get a perfect replica of the tallest tree, but it is only inches tall. There is nothing wrong with the seed you planted ; only the soil-base you provided was inadequate. Poor people are bonsai people. There is nothing wrong with their seeds. Only society never gave them a base to grow on. All that is required to get poor people out of poverty is for us to create an enabling environment for them. Once the poor are allowed unleash their energy and creativity, poverty will disappear very quickly ».
>
> (Yunus 2007 : 54)

L'ouverture des services financiers aux plus démunis est par conséquent présentée comme une opportunité illimitée de créer des marchés, d'insérer les exclus, de leur donner ainsi les moyens de s'aider eux-mêmes et d'exploiter leur énergie et de faire fructifier leurs savoirs. Cette vision pour ainsi dire enchantée de la microfinance suscite l'adhésion de plusieurs dirigeants d'organisations internationales comme par exemple la Banque Mondiale[274], des philanthropes ainsi que le soutien de plusieurs politiciens tels que par exemple Hillary et Bill Clinton et Barak Obama. Au sein d'une société salariale en crise dans les pays riches et face à un secteur de l'économie informelle en expansion dans les pays dits en voie de développement, le micro-crédit, la branche la plus utilisée de la microfinance, serait la recette miracle pour tous ceux qui sont exclus au Nord comme au Sud du marché du travail. La transformation du « pauvre » à la fois en entrepreneur et un bon épargneur, telle est sa finalité principale. Car en effet, la microfinance est censée lutter aussi contre ce qu'une part de la littérature en économie a identifié comme les excès de consommation des pauvres et leurs carences d'épargne.

---

mutualistes atteignait rarement la barre de 10% (Lemire *et al.* 2001). Les femmes mariées n'ayant alors, et quels que soient le pays, aucun droit sur leur patrimoine, la question ne se posait tout simplement pas (Fontaine 2001). Avec un quart de clients, essentiellement veuves et célibataires, les fonds communautaires irlandais font figure d'exception. Ce sont probablement les très faibles montants de prêts qui en sont à l'origine. Le même constat vaut pour les premières expériences de crédit aux pauvres dans les pays du Sud, qu'il s'agisse de banques de développement ou du mouvement coopératif (Fournier et Ouedrago 1996) » (Guérin, Palier, Prévost2009 : 1).

[274] « Lors d'une conférence donnée en 2003, James Wolfensohn, alors président de la Banque mondiale déclarait que 'la microfinance a un impact puissant et avéré dans l'amélioration des conditions de vie des pauvres et un rôle crucial dans la réduction de la pauvreté'. Il affirmait également que 'permettre aux pauvres d'accéder aux services financiers est une condition essentielle pour atteindre les Objectifs du Millénaire' » (Guérin 2015 : 10).

> « Si les pauvres sont pauvres, écrivent les deux auteurs, 'c'est parce qu'ils n'épargnent pas suffisamment (Banerjee et Duflo, 2011 : 201). Un chapitre entier de leur ouvrage *Poor Economics* y est consacré, visant à expliquer pourquoi les pauvres feraient mieux d'épargner davantage. L'enthousiasme actuel pour l'éducation financière' s'inscrit dans la même lignée. La plupart de ses promoteurs partent du principe que les pauvres ne savent pas épargner et qu'il faut leur inculquer une culture de la prévoyance ».
>
> (Guérin 2015 : 134)

Considérés comme des consommateurs impatients et impulsifs (Banerjee, Duflo 2011), les « pauvres » sont de fait érigés en figure abstraite et la « pauvreté » en un construit essentialiste dont les causes originaires tiendraient à « la difficulté ou l'incapacité des pauvres à accéder au marché » (Lautier 2002 : 140) et non à des inégalités sociales et des rapports de pouvoir qui les placent dans cette situation. Émerge ainsi la notion de marché « pro-pauvres » (Roy 2010 : 62-65) qui implique que les efforts dans la lutte contre la pauvreté doivent se concentrer sur la suppression des barrières empêchant les « pauvres » à accéder au libre marché. Outil conçu selon les logiques de l'économie libérale de marché, la microfinance amorce des transformations sociales qui méritent d'être analysés dans toute leur ambivalence et contradictions. Car cette analyse nous permettra non seulement de mieux comprendre certains dysfonctionnements de la société éthiopienne, mais également d'éclairer le sens que les individus eux-mêmes, identifiés tantôt comme « pauvres », tantôt comme « marginaux », « précaires » ou « opprimés » attribuent tant à leurs conditions de vie qu'à leur possible émancipation.

L'introduction de la microfinance en Éthiopie, ou plus précisément son développement sous une forme institutionnalisée, a été précédée par une série d'initiatives s'inscrivant dans le champ des politiques de développement. Dès la seconde moitié des années 1940, des efforts du gouvernement ont visé à fournir du crédit à de petits propriétaires fonciers dont les exploitations avaient été dévastées pendant l'occupation italienne (Assefa et al 2005). La création du Ministère de l'Agriculture en 1943 et de la Banque agricole d'Éthiopie en 1945 visa à accélérer le développement socio-économique du pays par l'élargissement de l'accès au crédit et à l'épargne à des groupes sociaux qui étaient restés jusque là exclus. Des associations indigènes comme les *əqqub* (tontines) fonctionnèrent comme des groupes et associations de crédit et d'épargne alternatives aux institutions bancaires et commerciales formelles ou aux coopératives d'épargne et de crédit. La Constitution de 1955 donna une base légale au droit de former des associations et quelques années plus tard suite à la Labour Relation Proclamation (1963) et à l'Association Registration Regulation (1966) les *əddər*, des associations locales d'entraide (voir *infra* § IV.6), se virent accordé le droit de pouvoir s'enregistrer dans les municipalités et d'être ainsi légalement reconnus par le Ministère des Affaires Intérieures et de la Sécurité et par le bureau « Social Civil Society Affair ».

Sans cette reconnaissance officielle, même à l'heure actuelle un *əddər* ne peut pas ouvrir de compte dans une banque ou obtenir un prêt. Vers la fin des années 1960 des *əddər* furent impliqués dans des programmes de développement comme la construction de routes, de puits ou d'écoles (Pankhurst 2008 : 169), mais leur participation aux politiques sociales et de développement s'est véritablement intensifiée au cours des années 2000, notamment dans des secteurs comme celui de la lutte contre le VIH/sida (Pankhurst 2008 : 144, voir *infra* § 4.6 ; § 4.7). Par ailleurs, des formes de subvention et de soutien aux ménages en difficulté et aux plus vulnérables et démunis de la société éthiopienne, sous la forme de petits prêts finançant des activités génératrices de revenu, fournis par des ONG internationales et locales se sont de fait intensifiées à partir des années 1990. Depuis lors, à l'instar de nombreux pays de l'Afrique sub-saharienne, l'Éthiopie a largement soutenu l'expansion de la microfinance et son institutionnalisation en tant qu'outil incontournable de la lutte contre la pauvreté et de la promotion du développement du pays. En 1994, le gouvernement éthiopien a ainsi commencé à prendre de premières mesures de réglementation et institutionnalisation des services de microfinance dans tout le pays. En cette même année, la *Monetary and Banking Proclamation* (N°83/1994) a habilité la Banque Nationale d'Éthiopie (NBE) à réglementer et à surveiller des institutions financières comme les banques, les compagnies d'assurance, les institutions de microfinance et les coopératives d'épargne et de crédit ; en parallèle la *Licensing and Supervision of Banking Business Proclamation* (N°84/1994) a permis pour la première fois l'établissement d'institutions financières privées, brisant ainsi le monopole de l'Etat. Suite à la *Licensing and Supervision of the Business of Micro-financing Institutions Proclamation* (N°40/1996) qui prévoit la mise en place des institutions de microfinance (IMF), 16 institutions de ce genre ont été légalement enregistrées par la Banque nationale d'Éthiopie (NBE) en 2000 (Wolday 2000 : 4). Ces institutions ont utilisé des méthodologies et des systèmes innovants à faible coût pour répondre aux besoins des segments défavorisés de la population et selon les cas elles ont pu agir comme intermédiaires avec des institutions financières opérant en dehors du contexte de la microfinance. Des IMF sont liées à des associations locales (*əddər*, *əqqub*) qui participent activement à la finance informelle, comme *Shasemene Eddir Yelimat Agar IMF et Africain Village Financial Services*. Depuis sa création en 1999, l'Association of Ethiopian Microfinance Institutions (AEMFI) a été le réseau de toutes les institutions de microfinance enregistrées en Éthiopie. Sa composition est passée de 4 IMF en 1999 à 31 en 2011. L'Association of Ethiopian Microfinance Institutions (AEMFI) est considérée comme l'un des réseaux les plus solides de la microfinance en Afrique tant au niveau national qu'international. Les objectifs de cette association sont de trois ordres différents :

1) fournir un forum à travers lequel les IMF peuvent échanger des informations ;

2) faciliter le renforcement des capacités des IMF de par l'offre de formation et de financement ;
3) faciliter le développement du secteur par la promotion du plaidoyer et le renforcement des liens et des échanges avec le gouvernement en vue d'influencer les politiques en matière d'industrie et de commerce.

En outre, ayant reconnu l'importance de la microentreprise pour la croissance économique globale du pays aussi bien que pour les politiques de lutte contre la pauvreté et de sécurité alimentaire, le gouvernement éthiopien a établi la *Micro and Small Enterprise Development Agency* afin de coordonner et de soutenir ce secteur. Cette agence est censée s'impliquer dans la conception des politiques et stratégies pour le développement et l'expansion de la petite et de la micro entreprise ; elle doit aussi étudier la demande de formation des entrepreneurs en vue d'établir des centres techniques prédisposés à cette fonction dans les différentes régions du pays. En plus d'être formés dans la gestion d'activités lucratives, les bénéficiaires acquièrent aussi des compétences les aidant à promouvoir des liens intersectoriels et à générer une épargne plus importante leur permettant de renouveler et renforcer leurs investissements. Afin de créer un environnement propice à la croissance de ces entreprises, le gouvernement fédéral d'Éthiopie a conçu le *Micro and Small Enterprises Development Strategy* devant permettre d'établir les critères d'accès à la microfinance. Plus précisément, ce plan stratégique vise à faciliter l'accès pour les exclus de la finance aux crédits, aux infrastructures adéquates pour la gestion de leur activité, au marché ainsi qu'à favoriser le partenariat et la formation aux compétences d'entrepreneuriat. L'*Ethiopian microfinance proclamation* promeut l'utilisation de groupes de solidarité, notamment des groupes de cinq à sept membres qui co-garantissent les prêts les uns des autres. Ces groupes, qui peuvent être aussi liés à des associations traditionnelles comme les *əddər*, se réunissent sur une base hebdomadaire ou mensuelle pour effectuer des remboursements de prêts et des dépôts d'épargne. Depuis le milieu des années 2000, trois grandes institutions ont émergé dans le marché de la microfinance éthiopienne. Elles sont l'Amhara Credit Saving Institution (ACSI), la Dedebit Credit and Saving Institution (DECSI) et l'Oromia Credit and Saving (OCSSCO). Contrairement à de nombreux autres pays africains, les IMF en Éthiopie atteignent un nombre relativement important de clients. En 2010, l'ACSI avait 700,000 emprunteurs et à peu près 2 millions d'Éthiopiens ont bénéficié d'un service de microcrédit dont 45% étaient des femmes (Getaneh 2010 : 26). Plus précisément, l'étude de Sebstad (2003) a montré qu'en 2001, 78% des clients des IMF résidaient dans les zones rurales où ces agences sont plus nombreuses (en 2001 on comptait neuf programmes dans les zones rurales contre cinq dans le milieu urbain) et que les programmes en milieu urbain atteignaient une plus grande proportion de femmes (60% à 85% de tous les clients), alors que globalement

celles-ci ne représentent qu'environ 45% de tous les clients (Sebstad 2003). Concernant plus précisément la région Amhara où la ville de Gondär se situe, les femmes représentaient entre 2009 et 2010 60% des clients des institutions de micro-crédit, mais seulement 40% d'entre elles géraient de façon autonome leurs affaires alors que 55% utilisaient ces services dans le cadre d'activités agricoles, entrepreneuriales et commerciales menées en coopération avec leurs conjoints (Getaneh 2010 : 29).

IV.2.5 Les politiques de micro-crédit à Gondär : un aperçu

À Gondär, les services de la microfinance et plus particulièrement du micro-crédit sont coordonnés au niveau des différents *qäbäle* de la ville par les offices nommés en amharique *ṭəqaqən*. Établis en 2006-07 dans les différents *qäbäle* sous l'égide de l'ACSI, qui est aussi leur principal agent commanditaire, ces offices ont pour but principal la création d'emplois par la mise en œuvre d'un ensemble varié de formations et par l'ouverture de l'accès au crédit à des travailleurs du secteur de l'économie informelle dont l'activité pourrait être plus rentable et à ceux qui se déclarent chômeurs. La description de leurs modes de fonctionnement dans deux *qäbäle* nous permettra de saisir les façons concrètes dont leurs activités finissent par créer des formes différenciées voire des inégalités d'accès aux services fournis et par en exclure les citoyens les plus défavorisés. Dans le *qäbäle* 11, en 2009 sur 508 chômeurs et travailleurs précaires du secteur informel, 383 étaient bénéficiaires d'un micro-crédit ; 60% d'entre eux étaient des femmes. La plupart de ces bénéficiaires menaient déjà avant l'obtention de ce financement une activité lucrative dans le secteur informel. Les extraits d'un entretien réalisé avec un employé du *ṭəqaqən* 11 apporteront des précisions ultérieures sur la condition sociale des bénéficiaires et sur les modes d'accès à ce service de micro-crédit.

> **Employé du *ṭəqaqən* 11 -** « Nous sommes plutôt intéressés à soutenir ceux qui mènent déjà une activité à leur propre compte que des femmes et des hommes qui sont embauchés à la journée dans la construction du bâtiment par exemple, et là malheureusement il y a de plus en plus de femmes qui travaillent dans la construction du bâtiment[275] » (avril 2009, bureau du service de micro-crédit qäbäle 11).
> **Question de l'enquêteur -** « Comment enregistrez-vous les habitants du qäbäle sans emploi ou bien ceux employés dans le secteur informel ? »
> **Employé du *ṭəqaqən* 11 –** Nous avons un cahier et les gens viennent s'enregistrer volontairement, mais le qäbäle fait aussi un recensement maison par maison pour les chômeurs et là depuis qu'ils ont entendu dire qu'on donne des prêts en viennent de plus en plus, mais pour les prêts nous privilégions soit ceux qui ont déjà une activité, comme un petit commerce par exemple ou bien des femmes qui fabriquent et vendent la *tälla* à leur domicile, ou alors s'il y a des formations professionnelles nous informons les chômeurs.
> **Question de l'enquêteur -** « Vous n'avez pas d'actions et de stratégies destinées aux plus vulnérables et démunis de ce qäbäle? »
> **Employé du *ṭəqaqən* 11 -** « Nous sommes en train de sensibiliser différents groupes comme par exemple les travailleuses du sexe d'Ənkoyämäsk ; nous allons là où elles travaillent et les

[275] Pour une journée de travail, lors de mes enquêtes (2007-2010) les femmes étaient payées 10 birr (0.45 euro) et les hommes 15 birr (0.68 euro). En général ils commencent à travailler à 6h00 du matin et après la pause déjeuner vers midi ils continuent à travailler jusqu'à 17h00.

informons des risques de leur activité sur leur santé et nous donnons aussi des informations sur le VIH/sida et puis nous les informons de la possibilité de démarrer une nouvelle activité si elles s'adressent à une association et bien sûr les prostituées séropositives ont la priorité ».

Des réponses de cet employé il ressort que *le ciblage de la population pauvre est imparfaitement atteint* (Servet 2006 : 385). Autrement dit le but des actions menées n'est pas de servir les plus pauvres parmi les pauvres, mais ceux qui font déjà preuve d'une certaine capacité entrepreneuriale et sont susceptibles du coup de garantir la rentabilité du service financier qui leur est fourni tout aussi bien que l'acquittement de la dette contractée vis-à-vis du créancier. La prépondérance des femmes par rapport aux hommes parmi les clients de ce *ṭəqaqən* s'explique davantage en raison de leur meilleure fiabilité dans la restitution du crédit qu'à cause d'un phénomène de féminisation de la pauvreté de plus en plus marqué et croissant.

Employé du *ṭəqaqən* 11 - « Nous préférons les femmes aux hommes car elles sont beaucoup mieux. Les hommes mènent des activités plus rentables mais ils ont du mal à rendre l'argent qu'on leur prête et alors on les convie à des workshop où ils peuvent apprendre comment mettre de côté l'argent pour pouvoir le rendre en arrière et poursuivre aussi leur activité. Alors que les femmes, elles sont ponctuelles, elles rendent dans la majorité des cas l'argent emprunté. Parmi nos clientes seulement 60 sont en retard sur les échéances de payement.

Également, l'entretien avec un employé du *ṭəqaqən* du *qäbäle* 9 a mis en avant que les actions et les stratégies mises en œuvre étaient plutôt destinées à de petits entrepreneurs qu'aux habitants les plus démunis du qäbäle. En effet, comme un nombre élevé d'ébénistes, forgerons et couturiers y sont concentrés, le *ṭəqaqən* de ce qäbäle était beaucoup plus sélectif par rapport à ces bénéficiaires que celui du *qäbäle* 11 où se situent les quartiers parmi les plus pauvres de la ville de Gondär. Les clients, organisés par groupes de 20, 15, 12 et 10 membres étaient de fait des artisans. Aucune femme n'en faisait partie. Parmi celles qui étaient sans emploi certaines avaient été recrutées pour préparer l'*ənǧǧära* dans les cuisines de la cantine de l'Université Maraki, d'autres participaient à une formation comme ouvrières dans la production de pavés qui était rémunérée 10 birr (0.45 euro) par jour. Mais aucune d'entre elles n'était cliente de ce *ṭəqaqən*. L'importance accordée à la rentabilité et aux garanties de solvabilité des prêts octroyés prévalait en définitive sur les logiques de solidarité et de soutien des plus démunis. Ainsi, bien que le crédit solidaire fondé sur les garanties personnelles d'un microgroupe[276] l'emportât sur le crédit individuel qui se base sur des garanties matérielles, les cibles du *ṭəqaqən* du qäbäle 9 n'étaient pas les plus nécessiteux. Par ailleurs, plusieurs études sur la microfinance en Éthiopie (Itana 2002 ; Sebstad, Cohen 2003 ; Borchgrevink *et al.* 2005 ; Tadesse *et al.* 2008) ont souligné les limites du

[276] Je reviendrai sur cette modalité de crédit de façon plus détaillée dans le cadre de l'étude du fonctionnement de *Fəreḥəywät Maḫbär*

« poverty lending approach » pour les citoyens extrêmement pauvres. En commentant l'article de 2002 de A. Itana, Emebet Mulugeta écrit :

> « In *the poverty lending approach* in Ethiopia, the primary objective has been to reach the poor, especially the poorest of the poor, with the credit that may will be subsidised. According to Itana, the commercial approach does not appear to be available to the poorest people because the extremely poor are assumed to be malnourished, have ill-health, lack skills and are unemployed. Under such circumstances, it is believed the borrower will use the money she borrows for food. The very poor need food, shelter, medicines, skills, training and education, and a subsidised scheme will be a better alternative for this group. When the focus is the sustainability of microfinance institutions, a fundamental element of the commercial approach, the poor will be excluded ».
>
> (Emebet 2008 : 76-77)

En effet, bien que l'une des finalités principales de la microfinance soit la promotion du micro-entrepreneuriat parmi les plus défavorisés dont plus particulièrement les femmes, diverses études sur l'impact et les effets des organisations de microfinance ont montré que dans certains pays de l'Amérique latine, de l'Asie comme de l'Afrique les cibles affichées ne sont pas atteintes (Servet 2006 : 379-408 ; Guérin 2015). Les enquêtes auprès de deux *ṭəqaqən* ont mis plus particulièrement en avant que les « pauvres » bénéficiant des programmes de microcrédit ressortaient à l'intérieur d'une catégorie assez large et imprécise englobant à la fois des employés précaires du secteur informel, des chômeurs, de petits autoentrepreneurs. Mais pourrait-on vraiment les considérer comme les « pauvres » de la société éthiopienne ? Le réflexe spontané pour répondre à cette question serait celui de repérer un seuil de pauvreté en se référant à une définition monétaire de celle-ci. Or cette définition est contestée parce qu'arbitraire et simpliste depuis plusieurs années. Des économistes comme J. Labben et A. Sen ont mis en avant que l'argent et les biens matériels peuvent être soumis à des fluctuations temporaires et périodiques sans pour autant affecter de façon significative la position qu'une personne occupe. Plutôt qu'un manque de biens matériels, la pauvreté constitue une forme d'infériorité sociale due à l'absence de pouvoir et de liberté. En effet, ainsi que nous l'avons déjà développé dans l'introduction générale, essayer de répondre d'un point de vue sociologique à la question de quoi on parle réellement quand on parle de pauvreté revient à interroger la notion même de pauvreté (Paugam 2005 : 6).

Qu'est-ce qui fait qu'un pauvre dans la société éthiopienne est pauvre aux yeux de tous, qu'il est pauvre et rien d'autre ? Quelle est la marque identitaire de la pauvreté ? Se pencher sur ces questions signifie se donner comme objet d'étude non pas la pauvreté et les pauvres en tant que réalités substantialisées, mais bien au contraire les mécanismes de leur désignation ainsi que les valeurs et les normes légitimant les façons dont on peut leur venir en aide, en somme la relation d'interdépendance entre eux et le reste de la société. C'est bien sur cette relation et sur sa dimension sexuée que se

penchent les paragraphes qui suivent. Cela servira d'introduction à l'analyse critique des nouvelles formes d'« économie solidaire » que la prise en charge du VIH/sida a eu le mérite de promouvoir parmi des femmes séropositives socialement défavorisées.

IV.3 La représentation sociale de la pauvreté : perspectives socio-historiques

Un proverbe en amharique semble offrir l'une des clés pour identifier le critère essentiel selon lequel dans la société éthiopienne une personne devient pauvre aux yeux de tous, autrement dit, ce qui fait d'un individu un « pauvre » et rien d'autre :

> *« Särto yäbälla däha aybbaləm »* - soit- *« Celui qui mange grâce à son travail ne peut pas être appelé pauvre »*.

Selon ce proverbe donc, en dépit d'un manque de ressources matérielles et malgré l'absence de formes de solidarité mécanique, l'individu qui arrive à pourvoir à ses besoins primaires de façon autonome ne peut pas être considéré un « pauvre ». Par conséquent, le « pauvre » serait celui qui reçoit tout des autres sans pouvoir s'inscrire dans une relation de complémentarité et de réciprocité vis-à-vis d'eux (Paugam 2005 : 7). Ainsi que G. Simmel l'avait observé pour la société allemande du début du XX siècle, au sein de la société éthiopienne aussi ce serait l'assistance sous des formes variées et mouvantes qu'une personne reçoit publiquement de la collectivité qui détermine son statut de pauvre (Paugam 2005 : 7). Cette représentation sociale du « pauvre » en tant que récipiendaire de secours se retrouve dans diverses sources religieuses, littéraires et historiques. Les hagiographies des saints, les chroniques royales et les récits de voyages attestent qu'en Éthiopie les pauvres étaient très nombreux et omniprésents. Il s'agissait essentiellement de mendiants dont une très grande partie se composait de paralytiques, d'aveugles, de lépreux, mais aussi de veuves et de femmes seules ne pouvant pas avoir d'enfants. Dans son ouvrage The African Poor J. Ilife remarque à cet égard :

> « The important point about these descriptions is that in Ethiopia, as in early medieval Europe, the very poor were chiefly the incapacitated. Prominent among them were cripples, who were frequently described as paralytics and may often have been victims of the poliomyelitis which in the early 1960s was found to have attacked 85 percent of infants in Addis-Ababa … An able-bodied man could often find employment as a soldier, but many of the poor were not able-bodied. A gifted man, even if blind, might become a bard or a remembrancer, but most of the poor were not gifted ».
>
> (Ilife 1987 : 10)

C'est donc la difficulté, voire l'impossibilité d'avoir accès à un travail qui a historiquement légitimé ces formes de pauvreté liées tant à des maladies débilitantes ou bien à des handicaps qu'à un statut social minoré comme celui de veuve, la vie conjugale

étant la forme principale d'intégration sociale traditionnellement admise pour les femmes adultes. La façon de venir en aide à ces pauvres a été leur faire la charité. Les missionnaires portugais qui arrivèrent dans le pays au XVII siècle furent frappés tant par le nombre de mendiants que par la générosité des Éthiopiens.

> « Their Charity to the Poor', Father Jerome observed in the seventeenth century, may be said to exceed the proper Bounders that prudence ought to set to it, for it contributes to encourage great numbers of Beggars, which are a great Annoyance to the whole Kingdom, and afford more exercise to a Christian's Patience, than his Charity ».
>
> (Ibid. : 9)

Les Éthiopiens ont toujours fait la charité sans aucune distinction à tous ceux qui la demandaient au nom de Dieu de la Vierge ou d'un Saint :

> « 'They sit at every street corner', it was remarked in Addis Ababa in 1906, 'and I noted that the natives seemed rather generously disposed towards them. The people going to the market … rarely passed these beggars without dropping something at their feet ; it might be a few sticks of firewood, something to eat, or whatever they were taking from the market'. Food was the normal but not invariable gift ».
>
> (Ibidem)

En outre, la pauvreté elle même a historiquement bénéficié d'une valorisation culturelle car le jeûne, la mortification de soi, et la charité sont au cœur du culte chrétien orthodoxe.

> « To Ethiopians, poverty was noble not in paupers but in holy men. They were the spiritual heroes, the counterparts of warrior kings. In their hagiographies, poverty had almost stereotyped places ».
>
> (Ibid. : 25)

Vivre d'aumône est toujours une règle de vie pour les moines et les jeunes étudiants dans les écoles religieuses. Lors de mes enquêtes j'ai pu observer que vivre de mendicité était aussi une règle respectée par des veuves très âgées (80 ans). Ces formes ritualisées de mendicité semblent avoir dissipé toute forme de honte liées à cette pratique :

> « In polite Amhara society it was shameful to solicit a gift, but the ritualised context of begging appears to have dissipated the shame, so that a man with 'clean bones' would rather beg than practise a despised trade. This was one means by which Christianity robbed poverty of some of the shame which caused it to be hidden and disguised in other African societies. Ethiopia's beggers were extraordinary diverse. At their core were the incapacitated and largely immobile … They included students at religious schools, often peasant boys far from their homes who lived by begging food in the villages, crying, 'For the sake of the name Mary, for the sake of God the generous, please remember (to give me) my daily bread'. For them begging was a spiritual training such as those described unsympathetically at the Shoan court as 'two rows of noisy beggars, male and female, old, middle-aged and young ; who, leprous, scrofulous, and maimed, exhibited the most disgusting sores, and implored charity for the sake

> of Christ and Virgin Mary. These permanent beggars were supplemented at intervals by the victims of famine and insecurity ».
>
> (Ibid. : 18)

En outre, des associations d'entraide *märrädağğa maḫbär* à caractère philanthropiques comme les *sänbäte* (des associations d'entraide chrétiennes orthodoxes) et les *ğäm'əya* (des associations d'entraide musulmanes) datent d'une époque très ancienne (voir *infra* § IV.3.3 ; § IV.4). Leurs membres ont la coutume de se réunir tous les dimanches et d'apporter à tour de rôle des boissons et de la nourriture pour les pauvres. En effet, ces formes de philanthropie et la générosité des Éthiopiens envers les plus pauvres reposent sur une véritable « théologie de la charité » (Ibid. : 24), telle qu'elle est formulée dans le *Fətha Nägäst* :

> « Behind these forms lay a theology of charity. It was set out most systematically in the Fetha Negast. Alms, this explained, were a loan made to God … secure and advantageous'. The reward to the giver was remission of sin in proportion of his intention. Alms must be given gladly, either publicly or in secret, the latter being more admirable. Only the truly needy should be helped, but they should be aided regardless of faith or character : the chronicle of Yasu I records that he 'always had something in his hands to give, and at the moment of granting charity did not say 'this one is Jew, that is unfaithful or a murder'. In return, the recipient's chief duty was to pay for his benefactor ».
>
> (Ibidem)

Ce n'est que récemment que les approches néo-libérales de lutte contre la pauvreté visant à la responsabilisation et à l'autonomisation des pauvres ont contribué au développement d'une certaine intolérance vis-à-vis de ceux qui vivent de mendicité en même temps que l'autonomie conçue comme capacité individuelle de ne pas peser sur le reste de la société est de plus en plus valorisée. Cependant, ainsi appréhendée, l'autonomie n'est pas nécessairement la garantie d'une vie digne. Entre ceux qui vivent de charité et ceux dont les conditions de vie sont convenables sinon confortables, plusieurs formes d'infériorité sociale existent et se reproduisent en dépit des actions sociales menées en faveur des citoyens socialement défavorisés. Le déficit de liberté s'accompagnant de situations de subordination sont les marques identitaires principales de ces « sous-citoyens » qui mettent par ailleurs en œuvre diverses stratégies de survie dans un effort constant d'échapper à la misère. En effet, la représentation sociale de la pauvreté comme forme de dépendance absolue aux autres nous offre un éclairage important sur les critères de hiérarchisation sociale. Les « cadets sociaux » (Bayart 2008 : 52 ; Meillassoux 1971 ; Pouillon *et al.* 1976) sont le produit de rapports sociaux de production fondés sur l'exploitation de certains individus comme les femmes par exemple. Défavorisées plus que les hommes sur le marché de l'emploi ; assujetties à des catégorisations juridiques dévalorisantes en dépit des réformes en matière de droits civils

apportés par le Code de la Famille, les femmes continuent de subir, malgré les actions menées en leur faveur, diverses formes d'infériorisation sociale. Parmi les femmes interviewées, plusieurs ont rendu compte de cette représentation sociale de la pauvreté tant dans les façons de la mettre à distance discursivement que dans leurs propres réflexions sur leur condition. Dans le but de valoriser leurs efforts, certaines d'entre elles ont souvent cité le proverbe déjà mentionné *« Särto yäbälla däha aybbaləm »* - soit - *« Celui qui mange grâce à son travail ne peut pas être appelé pauvre »*. Elles intégraient de la sorte un modèle d'autonomie traditionnellement masculine, car ainsi que nous l'avons noté plus haut les veuves et les femmes stériles célibataires étaient censées vivre en mendicité. D'autres ont souligné les rapports de dépendance et de soumission que la condition de pauvreté signifie. À l'occasion d'un groupe de parole organisé parmi les membres d'une association de personnes vivant avec le VIH située dans la ville de Gondär, il est ressorti que pour ces femmes être pauvres ne signifiait pas seulement un manque de biens matériels. Bien au contraire, le fait d'être pauvre signifiait l'assignation à une catégorie sociale disqualifiée.

> **Tənsa'e -** « Pour moi être pauvre signifie perdre sa dignité, c'est-à-dire qu'on est inférieur par rapport aux autres, et alors si tu es en bonne santé tu peux travailler, mais si tu tombes malade et tu n'as pas assez d'argent tu deviens un mendiant. Et maintenant la vie est difficile, tout est cher, personne n'est disposée à te donner de l'argent. Avoir ce qu'il faut pour pourvoir à mes besoins et à ceux de mes enfants, voilà c'est ça pour moi la richesse. Je ne pense pas que pour être riche il faut posséder deux ou trois bâtiments, je veux juste avoir assez d'argent pour me nourrir et élever mes enfants ».

L'aspiration principale de Tənsa'e comme des autres femmes, membres de l'association était de travailler à leur propre compte, c'est-à-dire, de gérer une activité lucrative rentable leur permettant de changer leur condition.

> **Bərhane :** « Quand je viens ici[277], c'est différent, je n'ai pas peur. Les gens pensent que c'est une maladie qu'attrapent les femmes pauvres qui sont venues de la campagne vers la ville et s'ils savent que tu as le vih ils ne te font pas travailler dans leurs maisons. Et alors je suis entrée dans *Fərehəywät*, j'ai eu un prêt et j'ai commencé à travailler à mon compte, voilà comme ça c'est mieux ».

Dans son intervention, Bərhane, met bien en avant les relations de subordination et de dépendance caractérisant son expérience citadine de "femme pauvre" originaire de la campagne. Elle souligne plus particulièrement le risque d'être stigmatisée et discriminée à cause de sa maladie, risque auquel sa condition de marginalité sociale l'exposait. Sa décision de devenir membre de *Fəreḥəywät Maḫbär* a été essentiellement déterminée par les opportunités d'accéder à des formes de solidarité et d'insertion sociale alternatives que l'association offre.

[277] Elle se réfère à l'association de personnes vivant avec le VIH.

Des extraits du groupe de parole ci-dessus rapportés il ressort que les liens entre VIH/sida et pauvreté se sont construits de façon différente par rapport à ceux historiquement observés dans les cas d'autres maladies ou infirmités. Dans les paragraphes qui suivent nous nous efforcerons d'étudier l'impact du VIH/sida sur la condition de femmes séropositives appartenant aux strates les plus basses de la société éthiopienne. Nous essayerons plus particulièrement d'analyser les façons dont l'épidémie et les réactions qu'elle a engendrées dans le sillage des stratégies de prises en charge globale des malades ont transformé les inégalités sociales subies par les femmes dans la ville de Gondär.

IV.4 Pauvreté et VIH : du corps comme ressource au corps comme sujet de droits

S'échapper de l'inactivité et de la dépendance est le combat quotidien de tous ceux qui sont connus comme *yeqän särratäññä*, c'est-à-dire laboureurs agricoles qui dans les campagnes louent leur force de travail à la journée et qui dans les villes sont recrutés de façon intermittente pour une multitude de petits métiers dans les services aux petites entreprises, dans les travaux publics, la construction du bâtiment et les services à la personne. Vivant à la frange de la mendicité, le corps est leur ressource principale. En paraphrasant ce que le sociologue Abdelmalek Sayad écrivait sur les immigrés en France pendant les années 1950 et 1960, on pourrait affirmer que *« le pauvre est son corps »* (Sayad 1999). Il s'agit pourtant d'un corps précaire dont l'existence comme ressource pour la subsistance n'implique aucune forme de reconnaissance sociale. La maladie serait donc sa négation par « la vacance qu'elle entraîne » (Ibidem). Le VIH/sida a représenté une exception à cet égard. Des corps qui auraient pu succomber sous le poids de la faim, d'un cancer ou d'une autre maladie ont échappés enfin à la mort car ils ont été pris en charge à cause du VIH. La diffusion de cette maladie a de fait exacerbé les situations de privation économique et sociale et elle a été considérée à cause de son étendue comme une véritable menace pour l'ordre social. De ce fait, l'épidémie a sollicité des réponses en faveur des PVVIH leur facilitant l'accès à des formes matérielles et symboliques de bien social. Des corps vulnérables et souffrants aux marges de la communauté nationale se sont progressivement constitués en tant que sujets de droit grâce à la formation de nouveaux espaces sociaux et de parole promettant des formes variées d'insertion économique et sociale. Dans les paragraphes qui suivent nous essayerons de mettre au jour les limites et les paradoxes de cette forme de « citoyenneté sanitaire » (voir *supra* Introduction à la seconde partie), ici entendue comme l'ensemble de droits reconnus et de devoirs contractés par les PVVIH sur la base de la reconnaissance sociale de leur condition de malades.

IV.4.1 Fərəḥəywät Maḫbär : lutter contre la « mort nue » pour accéder aux « droits vitaux »[278]

La formation de la première association de PVVIH, *Fərəḥəywät Maḫbär*, à Gondär a résulté de la mise en place entre 2003 et 2004 d'un programme pilote de distribution d'antirétroviraux. Durant cette même année une branche d'OSSA s'installe dans cette ville, en donnant lieu avec FHI (Family Health International) et avec des associations locales d'entraide à un projet de prise en charge des personnes atteintes, des orphelins et des enfants dits vulnérables nés des parents séropositifs ; le premier service de PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant) est mis en place dans le North Gondar University Hospital. Il est important de préciser que cet accès aux traitements est survenu à un moment où la situation épidémique était devenue très grave. En 2004, le nombre annuel de morts dues au sida était estimé à 99,814 (MOH 2007 : 8). Le personnel soignant du North Gondar University Hospital et des centres de soins, les opérateurs travaillant dans diverses ONG, les bénévoles impliqués dans les soins à domicile interviewés à ce sujet en ont parlé dans des termes assez similaires. Le nombre très élevé de funérailles, la situation des malades alités qui ne pouvaient bénéficier de soins adéquats, et plus spécialement le sentiment d'impuissance ont été les éléments les plus récurrents dans leurs témoignages. L'accès aux traitements a bien évidemment signifié un changement important de la réalité épidémique. Il a légitimé et structuré une mobilisation en faveur des personnes atteintes par le VIH et leur implication dans diverses stratégies de lutte contre l'épidémie dont la création d'associations de PVVIH.

Fərəḥəywät Maḫbär a été créée grâce au support technique et financier d'HAPCO, Red Cross Ethiopia, ActionAid Ethiopia, CVM/APA et Save the Children Norway. L'association a été dotée d'un bureau près du siège HAPCO de Gondär et d'autres biens utilisables pour l'autofinancement de *Fərəḥəywät Maḫbär* et pour la réalisation d'activités lucratives au bénéfice des membres de l'association. À l'époque de mes enquêtes celle-ci disposait d'un certain nombre de vélos, d'une charrette et d'une parcelle de terrain près de la rivière Angärab ainsi que d'une pièce dans l'immeuble du siège de l'association que les membres de l'association avaient aménagé comme bar. En liaison avec la mise en œuvre de la distribution d'antirétroviraux *Fərəḥəywät Maḫbär* a bénéficié d'un programme d'aide alimentaire avait sous le patronage du World Food Program (WFP).

Les tous premiers membres ont reçu des formations sur les techniques de témoignage public relatif à leur statut séropositif qui ont été dispensées par les opérateurs du CVM/APA. Un médecin du North Gondar University Hospital les a formés pour les soins à domicile. Ils ont été aussi formés pour la gestion d'activités génératrices de revenu (AGR) pour subvenir à leurs besoins et l'autofinancement de l'association dans

[278] Dans ce paragraphe et le suivant je reprends mon article, « The Organization of the Fight against HIV/AIDS : Rallying around Afflictions », (De Rosis 2015 : 87-90 ; 92-95).

le cadre d'un programme organisé par Save the Children Norway. Les savoirs et les savoir-faire appris par le premier groupe de malades ont été transmis par ceux-ci aux autres membres qui ont successivement adhéré à l'association.

Les objectifs principaux de *Fəreḥəywät Maḫbär* indiqués dans son projet associatif sont :

- Participer au contrôle et à la prévention de la diffusion du VIH/sida dans la ville
- Influencer les décideurs politiques pour protéger les droits des personnes vivant avec le VIH
- Promouvoir leur accès aux soins, à l'emploi, à l'information
- Protéger les droits des personnes vivant avec le VIH et de leurs familles afin de leur permettre une vie digne et responsable
- Combattre le stigmate et la discrimination
- Aider les personnes vivant avec le VIH à améliorer leur condition économique et de santé
- Soutenir les orphelins et les enfants vulnérables
- Participer directement ou indirectement au développement de la ville de Gondär

En effet, dès sa création *Fəreḥəywät Maḫbär* a plus spécialement attiré des malades socialement défavorisés déjà bénéficiaires de Red Cross Ethiopia ou OSSA. Red Cross Ethiopia a plus particulièrement assuré l'accès gratuit aux antirétroviraux aux membres de *Fəreḥəywät Maḫbär* qui n'étaient pas en mesure de couvrir le coût de la thérapie[279]. En outre, les membres de l'association impliqués dans le témoignage public et les soins à domicile étaient indemnisés pour les frais de déplacement[280]. Par la suite *Fəreḥəywät Maḫbär* s'est plus spécialement investie dans différentes stratégies de support de ses membres visant à promouvoir leur autosuffisance économique. Voici un extrait d'un

[279] En 2003 la thérapie antirétrovirale fut rendue disponible dans 37 hôpitaux du territoire national à un coût initial de US $289-$346 par mois. Grâce à des négociations entreprises par le gouvernement éthiopien avec les compagnies pharmaceutiques et par une exemption spéciale de taxes le coût des traitements ARV a été drastiquement réduit. Il était compris compris entre 30 et 90 $ par mois, selon les médicaments choisis. Des programmes d'accès gratuits furent mis progressivement en œuvre pour les patients socialement défavorisés au sein des associations de PVVIH.

[280] Les indemnisations pour les frais de déplacement étaient de 10 birr (0.45 euro) pour le témoignage et 20 birr (0.91 euro) pour les soins à domicile. Dans le cas où les activités de témoignage étaient réalisées dans la zone rurale environnant Gondär les indemnisations pouvaient être de 25 birr (1.13 euro).

entretien avec l'un de membres fondateurs[281], président de l'association à l'époque de mes enquêtes :

> **Kebede -** « Ce fut pour défendre les droits humains. Au début nous avons été formés pendant une semaine par CVM sur *'positively living'* [282]et le témoignage. Après quoi, nous avons commencé à informer les gens et maintenant aussi nous sommes censés dire notre background[283], et pour commencer nous avons informé la société que les personnes avec le virus allaient les informer sur la maladie. Cependant les réactions étaient négatives. -Il est mieux de les tuer, pour arrêter le sida- nous répondaient-ils. Mais après ils ont compris ce que c'est la maladie exactement. Ils ont eu honte pour ce qu'ils avaient dit avant et grâce à nos témoignages et à nos enseignements ils ont compris qu'il était possible de vivre avec le virus en prenant les médicaments ».
>
> (décembre 2007 Siège de Fərəḥəywät Maḫbär)

Dans les mots de Kebede, l'accès aux traitements n'est pas considéré comme un droit que les malades peuvent revendiquer, mais plutôt comme le mobile principal de leur engagement dans la lutte contre l'épidémie. Dans sa réponse, Kebede exprime parfaitement l'ordre des relations de pouvoir dans lequel les PVVIH se sont engagés dans une bataille collective, devenant ainsi les « sujets » actifs de techniques et de procédures qui visaient à « conduire la conduite » des personnes touchées par le virus. Dans un contexte épidémique encore marqué par la forte mortalité des personnes atteintes, les membres de *Fərəḥəywät Maḫbär* ont commencé leur lutte pour sauver les patients alités en fournissant des soins à domicile et en effectuant des témoignages sur leur statut qui visaient essentiellement à souligner la disponibilité des ARV et à encourager les malades à effectuer le test de dépistage du VIH. Le groupe fondateur a aussi formé leur propre *əddər* en vue de fournir une assistance mutuelle en cas de décès et « éviter *ainsi* l'abjection ultime d'une *mort nue* (*'bare death'* McNeil 1998) » (Comaroff 2006 : 203) face au risque d'abandon et d'isolement auquel étaient confrontés les malades en phase terminale. De cette façon, une variété de réactions individuelles à la contraction d'une maladie mortelle s'est progressivement transformée en une lutte collective en tant qu'activité sociale de prévention secondaire et mouvement social pour accéder à des « droits vitaux » (Rose 2007 : 134), tels que des soins, de la nourriture, un revenu.

[281] Les membres fondateurs étaient vingt-cinq, sept hommes et dix-huit femmes, déjà bénéficiaires d'OSSA ou de Red Cross Ethiopia. Lors de mon premier terrain à Gondär en décembre 2007, de ces vingt-cinq membres fondateurs seulement six étaient toujours vivants dont deux s'étaient progressivement détachés de l'association. Après s'être mariée avec un avocat lui aussi vivant avec le VIH, Märet n'a plus participé à la vie associative de *Fərəḥəywät Maḫbär*. Lors d'un entretien elle raconte : « Maintenant je ne vais plus dans Fərəhəywät, mon mari ne veut pas que les gens sachent » (janvier 2008). En revanche, une autre des membres fondateurs, Mäsərat a préféré adhérer à l'association de femmes vivant avec le VIH, *Wəgagän* qui a été créée en 2008.

[282] Kebede lui-même utilise cette expression en anglais au cours de l'entretien.

[283] Mot anglais utilisé par Kebede lui-même.

Cependant, l'exposition de soi de la part des malades a rencontré à cette époque différentes formes de résistance et de rejet. Lors d'un autre entretien qui s'est déroulé en mai 2009 dans le bureau *Fəreḥəywät Maḫbär*, voici ce que Kebede a tenu à dire :

> **Kebede -** « J'ai donné des témoignages dans de nombreux endroits, même loin de Gondär. Nous avions l'habitude de nous déplacer en groupe pour donner des témoignages. Amaräčč, qui avait découvert sa séropositivité avant le training *Positively Living*, était encore avec nous. Une fois, nous sommes allés donner nos témoignages dans le Qäbäle 12. Les représentants d'OSSA, *Maḫbär Hiwot*, et HAPCO étaient là, ainsi que des gens qui vivent dans ce Qäbäle, qui étaient venus écouter nos témoignages. Les représentants de ces organisations ont pris la parole pour dire que les personnes atteintes du virus pouvaient vivre et ils ont aussi parlé du soutien qu'ils fournissaient aux malades. Nous étions assis, et un homme âgé qui était réputé dans la ville se leva pour parler : -Si les personnes qui ont le virus continuent à vivre, le virus sera transmis à d'autres personnes. Je pense qu'il serait mieux de les tuer - a-t-il dit. Nous étions là en attendant de donner nos témoignages en nous mettant débout en face d'eux, et nous avons donné notre témoignage et leur avons demandé s'ils ont trouvé des différences entre eux et nous. À la fin de nos témoignages, l'un de nous a demandé à l'homme qui avait parlé : « Qu'allez-vous faire si votre petite-fille a attrapé le VIH. Allez-vous la tuer ? Maintenant, nous prenons des médicaments et nous pouvons rester en vie. … Vous savez, au début, c'était comme ça, les gens se mettaient en colère avec nous ».

La réaction de l'homme âgé mentionné est très significative de la tension entre le *« coming out »* des malades, promu par le discours global de la lutte contre le VIH/sida et les normes propres à la culture éthiopienne réglant les formes d'expression publique. Dans le récit de Kebede, la violence de la déclaration de cet homme semble être socialement acceptable. D'une part, il s'agit d'un monsieur considéré digne de respect et de crédibilité et d'autre part, Kebede a commenté l'épisode en soulignant qu'au début leurs témoignages provoquaient chez leurs destinataires des sentiments d'intolérance ou des réactions agressives. Il est important de noter que Kebede et les autres membres de *Fəreḥəywät Maḫbär* ont effectué leur témoignage dans le cadre d'une activité d'information et de sensibilisation dont le langage et les techniques, dûment appris, fonctionnent aussi comme des outils leur permettant de réagir et d'interagir avec le public dans une situation de soutien mutuel.

IV.4.2 Le témoignage du VIH/sida comme liberté de parole

La pratique de la confession de maladies sexuellement transmissibles n'était pas complètement nouvelle en Éthiopie. Trois différentes sources historiques attestent qu'au XIX siècle et dans la première moitié du XX siècle, la syphilis n'était pas gardée secrète (Pearce 1831 : 229, dans la traduction de l'auteure). Les malades avaient l'habitude d'en informer leurs amis et voisins (Ibid. 299 ; Mérab 1912 : 70). Ils se disaient eux-mêmes, sans la moindre honte *qiṭṭəň yəzoňň*, c'est-à-dire « syphilitiques » (Cecchi 1887 : 298 ; Mérab 1912 : 70). La confession de la maladie était considérée comme l'étape préliminaire nécessaire à une probable guérison (Mérab 1912 : 78). Les

entretiens avec des prêtres chrétiens orthodoxes[284] et des fidèles atteints par le VIH/sida qui ont eu recours au rite du *ṭäbäl*[285] ont mis en avant le rôle crucial de la confession de la séropositivité comme une étape essentielle dans la participation au rite, lequel pour les malades est un chemin de pénitence et de mortification de la chair. Assimilé à la confession d'un péché, la révélation au prêtre de la part du patient d'être atteint par le VIH/sida lui permet de participer à un rite au sein duquel il occupe une position de forte dépendance et de soumission.

En ce qui concerne la syphilis, N. Pearce au XIX siècle et E. Mérab au début du XX siècle, attestent des modalités précises de révélation de cette maladie qui suggèrent l'existence d'une gamme précise d'obligations et de droits régulant les relations sociales de la personne malade. En 1831, N. Pearce a écrit : « dès que le mal est découvert, ceux qui souffrent informent tous leurs amis et voisins, et donc il est révélé publiquement à travers tout le quartier dans lequel ils vivent ; et chaque ami effectuera une visite, et, si le mal est tombé sur un homme ou une femme, ils vont se rencontrer à leur domicile à un jour fixé et lancent un cri devant la maison, comme quand une personne meurt » (Pearce 1831 : 299). Près d'un siècle plus tard, E. Mérab remarque : « Voici un sujet qui s'est laissé 'pincer' comme on dit plaisamment. Le malchanceux éclopé de Vénus se montre à tous ses voisins et amis ; car un préjugé veut qu'on se confesse de son mal à tous afin qu'il puisse guérir ; sinon il reste dans le corps, comme le secret sur le cœur. Notons en passant que les malades clament à tout venant tout ce dont ils souffrent … Il prend avis de chacun, il pèse ou plutôt il compte les opinions » (Mérab 1912 : 78).

La métaphore d'une maladie condamnée à rester dans le corps comme « un secret sur le cœur » pourrait suggérer que le caractère sexuellement transmissible de la syphilis a joué un rôle dans la pratique de sa révélation dont les destinataires expriment diverses formes ritualisées de pitié pour la personne atteinte comme en signe de reconnaissance. Les modalités de confession, l'attitude d'humilité envers ceux à qui les malades ont demandé conseil, les réactions ritualisées de ces derniers : tous ces éléments soulignent la position de dépendance et d'infériorité des malades à l'égard des destinataires de leur

[284] Un prêtre interviewé sur le site du *ṭäbäl* de Täkäl Dəngay a décrit ainsi le recours à ce rite chrétien orthodoxe censé avoir un pouvoir miraculeux de guérison : - « Quand les gens viennent ici, ceux qui vivent avec le VIH commencent par dire clair et net qu'ils vivent avec le virus, et une fois qu'ils nous ont dit qu'ils vivent avec le virus et qu'ils veulent guérir, nous leur expliquons ce qu'il faut faire. Tout d'abord, nous leur disons de se confesser avant d'avoir accès à l'eau bénite. Ils se confesseront et un père spirituel leur est assigné qui écoutera leur confession et acceptera de les guider. Finalement, il leur ordonnera d'avoir accès à l'eau bénite. Autrement nous ne leur donnons pas l'eau bénite. Ils n'ont pas le droit d'être baptisés sans s'être tout d'abord confessés » (Täkäl Dəngay, avril 2008).

[285] Parmi les 50 femmes interviewées, cinq m'ont raconté avoir eu recours au rite du *ṭäbäl* avant que les ARV soient accessibles. Aucune d'entre elles n'avait guéri. À ma question concernant cet échec trois d'entre elles m'ont répondu en disant qu'à cette époque elles ne savaient pas d'être séropositives. Plus précisément, deux d'entre elles ont eu recours à ce rite au moment où elles avaient attrapé la tuberculose et l'autre ayant attrapé le palu. Quant aux deux autres femmes interviewées, elles ont justifié le fait de ne pas avoir eu la grâce de la guérison car elles n'avaient pas eu assez de foi dans l'obtention de cette grâce.

révélation. À cet égard, il est important de noter que malgré l'absence de honte, les personnes touchées par la maladie avaient peur d'être rejetées (Mérab 1912 : 79).

Contrairement au sida qui a produit un sentiment généralisé d'impuissance dans le traitement des malades la syphilis était laissée évoluer naturellement, de sorte que les personnes atteintes en souffraient pour 5, 10 ou même 20 ans (Mérab 1912 : 70 ; Cecchi 1887 : 298 ; Pearce 1831 : 299) sans que des compétences spécifiques soient nécessaires pour les soigner ou les prendre en charge. Tout à l'apposé de la confession de la syphilis, celle du VIH/sida repose sur la considération du malade comme le principal acteur de la lutte personnelle et collective contre la maladie et constitue un mode de *self-empowerment* pour la personne atteinte et d'éducation publique.

Les récits de Tənsa'e et Maret, deux membres de *Fərəḥəywät Maḫbär*, relatifs à leurs expériences sur la confession de leur séropositivité offrent d'autres exemples de l'utilité sociale de cette activité et son effet d'*empowerment* sur les personnes affectées.

Remariées à deux hommes séropositifs suite à la mort de leurs premiers conjoints, deux soldats de l'armée du Därg, Tənsa'e et Maret ont rejoint *Fərəḥəywät Maḫbär* au moment de son établissement. Interviewées en décembre 2007, elles ont décrit différentes situations dans lesquelles elles ont révélé être atteintes par le VIH/sida.

En parlant des idées fausses circulant sur le VIH/sida, Tənsa'e a décrit son enseignement sur la maladie comme un choix spontané de plaider en faveur des personnes affectées :

> **Tənsa'e -** « Une fois, je me suis rendue au bureau du Qäbäle 7. Avant d'y entrer j'ai rencontré une femme dans le jardin qui parlait de la maladie. Elle a dit que les personnes avec le *vayräs* deviennent très minces ; elles perdent leurs cheveux et meurent. Je lui ai dit, "J'ai cette maladie ; pourrais-tu reconnaître que j'ai le *vayräs* ? "Et elle m'a répondu : -Tu n'as pas cette maladie ; tu mens. "Les gens ne savent pas ce que signifie être séropositives et ils pensent toujours que nous allons mourir rapidement.

Märet, qui a été principalement engagée dans l'activité des soins à domicile en a parlé ainsi :

> **Märet -** « Nous avons pris soin des patients alités. On nous a donné des gants et de l'eau de javel et nous faisions la toilette aux patients et lavions leurs vêtements. Nous leur disions que nous vivions avec le virus et comme il y a des médicaments ils ne devaient pas avoir peur de faire le test. S'il y avait des membres de la famille, en nous regardant ils apprenaient comment traiter le patient et ils nous étaient très reconnaissants. Mais une fois, je me souviens d'une personne qui ne nous a pas permis d'entrer dans la maison. Il a envoyé son fils à l'extérieur et il nous a jeté un seau d'eau »

Selon les expériences de Tənsa'e et Maret et celles décrites par Kebede le témoignage sur le VIH/sida pourrait être considéré comme l'énonciation d'« une vérité

qui menace la majorité » et un « devoir d'améliorer ou aider les autres (aussi bien que soi-même) » (Foucault 1983 : 6, 7). Parole risquée portant la relation à autrui à l'extrême tension de la rupture possible, le témoignage sur le VIH représente en fait une activité de sensibilisation « par le bas » (Foucault 1983 : 5), très critique vis-à-vis des interprétations locales du sida et de la considération des personnes séropositives comme impuissantes parce qu'atteintes par une maladie mortelle. Dans un contexte épidémique dans lequel, avant sa normalisation progressive en raison de la mise en œuvre de l'accès aux antirétroviraux, ont coexisté des interprétations concurrentes du VIH/sida, la « vérité » sur la maladie et les malades représentait l'enjeu principal dans les relations de pouvoir entre les personnes séropositives et celles à qui leurs témoignages étaient destinés. Pour les malades cette « vérité » était tout d'abord le résultat contingent et ambivalent de relations de confiance et de solidarité, la responsabilité mutuelle contre la stigmatisation et l'exclusion sociale vers la construction de nouveaux liens sociaux.

IV.5 *Fəreḥəywät Maḫbär* : devoir et droit de santé à l'épreuve de la marginalité sociale

Entre 2007 et 2008 *Fəreḥəywät Maḫbär* était à un moment crucial de l'évolution de sa participation à la lutte contre le VIH/sida. Le discours tenu par Kebede lors de l'assemblée générale de l'association en décembre 2007 (déjà cité dans l'introduction générale) en fut très révélateur :

> **Kebede -** « Nous venons de rencontrer d'autres organisations en vue d'être supportés dans la prise en charge des orphelins et des malades. Notre association travaille de façon autonome, mais bien que les médicaments soient accessibles à tous, certains membres de cette association sont décédés. Pour les funérailles l'əddər peut pourvoir tout le nécessaire, et à présent Fəreḥəywät Maḫbär essaie d'inclure aussi les personnes qui ne peuvent pas cotiser. Nous ne disposons pas assez d'argent, c'est pourquoi nous ne pouvons pas résoudre la plupart des problèmes de personnes qui sont sans un travail, qui n'ont pas à manger à suffisance, qui ne peuvent pas nourrir leurs enfants. Nous avions un programme d'aide alimentaire, mais pour l'instant il est bloqué. Que pouvons-nous faire pour l'entamer à nouveau ? Comment pouvons-nous rétribuer ceux d'entre nous qui travaillent en dispensant des soins à domicile ? Nous avons commencé à louer les vélos dont l'association dispose, mais cela ne suffit pas. Très peu de monde vient dans notre bar. Nos démarches à venir doivent essayer de recueillir plus de fonds pour l'association ».
>
> (décembre 2007, siège de Fəreḥəywät Maḫbär)

Dans son intervention Kebede soulève le problème de la recherche de financements pour l'association qui se résoudra quelque temps plus tard par l'intervention de différents bailleurs de fonds. Puis tout en évoquant le décès de certains membres, Kebede oriente ses préoccupations davantage sur le fonctionnement de l'*əddər* et l'inclusion des membres de l'association qui ne peuvent pas cotiser que sur les raisons médicales et les conditions de vie responsables de ces décès. En effet, bien que selon son projet *Fəreḥəywät Maḫbär* soit censée exercer aussi un rôle décisionnel dans l'organisation des

stratégies sanitaires de gestion du VIH/sida et de plaidoyer pour les droits des patients dans l'accès aux soins, les initiatives de l'association visent presque exclusivement à faciliter la (ré) insertion économique et sociale des malades. En même temps, les motivations des personnes séropositives à y adhérer sont essentiellement liées au besoin de faire face à leurs situations d'insécurité et de marginalité sociale. Dans la plupart des cas, les malades et plus spécialement les femmes y sont orientées par le personnel soignant de l'hôpital et des centres de soins qui les munit d'un document, le *« PLWHIV Referal Format »*, attestant leur condition de grave précarité économique, voire d'indigence, et les autorisant à bénéficier d'aides et d'un support psycho-social. Entre 2009 et 2010 le projet associatif de *Fəreḥəywät Maḫbär* s'est profondément rénové. En mai 2008 les membres de l'association ont bénéficié d'une formation dispensée par Save the Children Norway sur les activités génératrices de revenu et sur le micro-crédit. Les membres ont pu alors bénéficier de prêts pour des montants compris entre 700 birr (31.81 euro) et 1000 birr (45.45 euro). En septembre 2010 l'association était liée à trois bailleurs de fonds permanents, HAPCO, NAP+ (Network of African of People living with HIV), USAID/Urban Garden Project et USAID/SCRHA (United States Agency of International Development/Strengthening Communities Responses to HIV/AIDS). Elle était soutenue aussi par d'autres organisations, notamment Save the children Norway, AIDS FUND, OSSA, CVM/APA, *MaḫbärHehəywät*. C'est au sein de ce réseau et grâce à six employés diplômés que *Fəreḥəywät Maḫbär* a redéfini son projet autour de quatre axes programmatiques :

- la (ré) insertion sociale et économique des patients à l'aide d'activités génératrices d'un revenu, de micro-crédits et de la participation à un projet de production agricole

- les activités de témoignage public, de soins à domicile et de soins palliatifs

- la formation de micro-assurances sur la base de groupes d'épargne

- le soutien psycho-social des enfants vulnérables et des orphelins

En novembre 2010 *Fəreḥəywät Maḫbär* comptait 550 membres dont 364 étaient des femmes et 186 étaient des hommes. On comptait 46 femmes et 24 hommes séparés ; 90 femmes et 39 hommes seuls ; 128 femmes et 106 hommes mariés ; 96 femmes et 16 hommes veuves et veufs. Parmi les femmes sans conjoint (veuves, séparées, seules), 193 étaient avec des enfants à charge tandis que parmi les hommes sans conjointe (veufs, séparés, seuls), seulement 62 avaient des enfants à charge. Quant au niveau d'instruction et la situation professionnelle, sur 364 femmes seulement 17 avaient terminé l'éducation obligatoire. Selon leurs déclarations, 139 étaient *yeqän särratäññ*a, c'est-à-dire laboureurs agricoles, en réalité disposées à tout type de travail intermittent allant du blanchissage du linge à l'assistance des maçons dans la construction du bâtiment ; 63 chômeuses ; 66 femmes sans profession ; 2 chauffeur ; 1 charpentier ; 4

fonctionnaires dans le service public ; 3 femmes de ménage ; 1 dispensatrice de soins à domicile ; 1 promotrice des antirétroviraux ; 1 tailleuse ; 4 jardinières ; 1 étudiante ; 1 moine ; 1 professionnelle du sexe ; 2 pensionnées. Les autres 74 avaient déclaré des activités lucratives comme la vente au détail ; la filature de coton ; le blanchissage du linge ; production et vente de boissons locales à leur domicile. Sur 186 hommes 2 étaient enseignants et seulement 13 avaient complété l'éducation obligatoire. Quant à leur situation occupationnelle, 95 se déclaraient laboureurs agricoles *yeqän särratäññä*, c'est-à-dire ouvriers agricoles, en réalité disposés à tout type de travail intermittent allant d'aide-maçon à la culture de champ ; 14 chômeurs ; 5 retraités ; 2 maçons ; 2 mécaniciens ; 4 charpentiers ; 6 ouvriers du bâtiment ; 5 chauffeurs ; 5 agriculteurs ; 8 exploitants agricoles ; 22 commerçants ; 4 propriétaires de supermarchés ; 2 enseignants ; 2 tailleurs ; 2 soldats pensionnés ; 2 gardiens ; 6 n'avaient déclaré aucun type d'emploi.

La composition sociale de *Fəreḥəywät Maḫbär* met bien en avant tant la disproportion importante entre hommes (186) et femmes (364) que la condition à la fois de précarité économique et de marginalité sociale de la plupart de ses membres. Les occupations déclarées en plus de montrer qu'une très grande partie des emplois concernent le secteur informel, révèlent que les femmes s'emploient aussi dans des secteurs qui sont traditionnellement considérés comme l'apanage des hommes. Ainsi, compte tenu d'un certain essor de la construction du bâtiment dans la ville de Gondär dès le début des années 2000 parallèlement à la réalisation d'autres travaux publics, les femmes se prêtent autant que les hommes à travailler comme aide maçon. Ces activités qui suscitent une certaine réprobation sociale vis-à-vis des femmes qui les exercent deviennent cependant de plus en plus fréquentes et elles sont mêmes encouragées par un marché du travail qui privilégie l'exploitation d'une main d'oeuvre sous-payée. Au cours de mes enquêtes j'ai pu remarquer qu'elles étaient très souvent exercées par des femmes membres de *Fəreḥəywät Maḫbär* parmi lesquelles on compte un nombre important de migrantes originaires des zones rurales et de femmes seules avec des enfants à charge. L'association offre ainsi un aperçu de la condition de femmes qui en plus de ne pas disposer de ressources économiques, sont stigmatisées en raison de leurs activités et de leur statut social. En effet, le contexte épidémique du VIH/sida a fonctionné dans un premier temps comme un laboratoire pour la création d'associations impliquant des malades socialement marginalisés à un moment où des formes moins structurées de solidarité échouaient et où des liens sociaux déjà très fragiles risquaient de se rompre définitivement. En présence de niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination envers les personnes affectées, celles déjà touchées par d'autres formes d'insécurité matérielle et existentielle ont essayé de répondre à leur besoin de socialiser

leur condition, ou bien de compenser leur exclusion des groupes d'entraide déjà existants en participant à la création d'associations regroupant des personnes séropositives.

IV.6 Rassemblements autour d'afflictions : les solidarités à l'épreuve du sida

Des associations d'entraide traditionnelles, ou *märrädağğa maḫbär* en amharique (Bustorf, Schaefer 2005 : 225), sont encore très répandues dans la société éthiopienne, notamment *əddər* (des associations d'entraide non religieuses), *sänbäte* (des associations d'entraide chrétiennes orthodoxes) *ğäm'əya* (des associations d'entraide musulmanes). Ces associations offrent des formes de solidarité entre les membres autour d'événements de la vie allant des baptêmes aux funérailles, et dans certains cas, ils offrent d'autres formes de protection contre accidents et infortunes (Damen 2002 ; 2003 ; Dekker 2008). Ainsi qu'il est écrit dans un document officiel qui m'a été fourni par le président du *t'urəta səfər əddər* en novembre 2010[286] :

> « Vu qu'un être humain, lors de sa vie sur cette terre, connaît aussi bien le bonheur que le chagrin, il est nécessaire de créer, pour ces situations, des espaces d'aide mutuelle. C'est pourquoi l'*əddər* cité ci-dessus, libre de toute affiliation politique, fut établi pour soutenir et aider ses membres sans aucune discrimination, dans les moments de bonheur et de chagrin ».

Selon plusieurs études, cette forme associative fut d'abord connue sous d'autres dénominations (Pankhurst, Endrias 1958 ; Daniel 2005 : 80) chez les Gurage, une population vivant dans la zone rurale environnant Addis-Abeba, aussi bien que dans d'autres populations dans le Sud et le Sud Est de l'Éthiopie (Mekuria 1973 ; Fecadu 1974 ; Pankhurst 2008). Il se serait par la suite répandu dans les villes à l'époque de l'occupation italienne (1935-1941). Ainsi que D. C. Korten, F.F. Korten l'observent :

> « The *iddir* has served an important function in providing a formalization of village obligations within the otherwise disorganized and impersonal setting of modern town and city life ».
>
> (Korten, Korten 1972 : 96)

Dans un article plus récent, A. Pankhurst en reprenant des parallèles déjà établis (Alemayehu 1968 ; Kohen, Kohen 1975) entre l'émergence des *əddər* en Éthiopie et l'apparition d'associations similaires en Afrique de l'Ouest (Little 1965 ; Meillassoux 1968) démontre que les premiers *əddər* ont été créés à Addis-Abeba par des groupes de migrants provenant des zones rurales, au début du XX siècle :

> « This article has argued that iddir funeral association emerged in the early part of the 20th century in Addis Ababa in a context of migration and urbanization when former ties based on kinship and family were weakened and new forms of associations were required to enable migrants to deal with the challenges of modernization ».
>
> (Pankhurst 2008 : 177)

[286] Voir annexe B

Au cours de mes enquêtes j'ai pu constater que les membres des *əddər* payent une taxe forfaitaire sur une base mensuelle, qui alimente un fonds commun. Différents montants d'argent, préalablement établis, sont mobilisés en faveur des membres selon leur statut spécifique plus particulièrement à l'occasion de deuils mais aussi pour des événements comme les mariages et les baptêmes. Ainsi que A. Pankhurst et Damen Haile Mariam le remarquent :

> « Whenever death occurs among members, the association raises an amount of money (depending on the specific bylaws) and handles the burial and related ceremonies. In addition, certain members are assigned to stay at the house of the bereaved for two three days to assist the household ».
>
> (Pankhurst, Damen 2000 : 36)

Au fil du temps, des *əddər* ont aussi regroupé leurs membres sur une base professionnelle à l'exemple de l'« Association des enseignants éthiopiens *əddər* » [Bustorf D., Schaefer Ch. 2005 : 226]. À Gondär, les *sänbäte* fonctionnent sur des principes et des objectifs assez similaires à ceux des *əddər*, mais elles se distinguent par leur caractère religieux et leur vocation caritative. St. Ancel les décrit comme « une association ayant un but religieux réunissant périodiquement ses membres en focalisant leur aspiration religieuse vers un rituel précis », leur rassemblement chaque dimanche autour d'un banquet en commémoration de la Cène, au cours duquel les membres du *sänbäte* distribuent la nourriture aux pauvres de la paroisse (Ancel 2005 : 100 ; 102). Au cours de mes enquêtes j'ai pris connaissance de deux mythes sur l'origine des *sänbäte*. Le prêtre de l'église Təklə Haimanot de Gondär a rapporté ainsi l'un de ces deux mythes :

> « Le mot *sänbäte* dérive de *sänbät*, *sabbat*, dimanche, et il indique le rassemblement hebdomadaire des fidèles dans l'église, le dimanche, au cours duquel la nourriture est distribuée aux pauvres, *'sänbäte'* signifie essentiellement dimanche, donc jour de fête, célébration. Cette célébration a été initiée par les 12 apôtres après la révélation de Jésus, ensuite la fête a été célébrée par l'assemblée des croyants. Chaque semaine après la messe, les croyants boivent et mangent, ils célèbrent la fête et ils donnent aux pauvres ».
>
> (septembre 2010, église Təklə Haimanot, Gondär)

L'autre version des origines provient du président de la Patriots'Association de Gondär[287] :

> « Je ne sais pas s'il s'agit d'une légende ou si c'est la vraie histoire, mais l'on raconte que la sänbäte a été fondée par le roi Dawit. Il a été membre de la première sänbäte à Gondär, et il l'a créée pour enseigner aux membres la danse et la musique. L'association est ouverte seulement aux chrétiens orthodoxes qui ont une bonne réputation. En fait, cette association a été créée pour garder la société en paix et pour que les gens puissent s'aider mutuellement. Encore aujourd'hui un homme qui ne côtoie pas de sänbäte n'est pas respecté. Nous membres,

[287] Il s'agit d'une association d'anciens patriotes qui ont participé à la libération de l'Éthiopie de l'occupation fasciste.

nous nous entraidons réciproquement pour les mariages et les funérailles et dans certains cas nous intervenons aussi si l'un des membres est malade ».

(septembre 2010, siège de l'association d'anciens patriotes, Gondär)

À l'instar des *sänbäte* les *ğäm'əya* ont un fonctionnement et des finalités similaires aux *əddər*. Le président de *Addis Alam ğäm'əya*, qui est rattachée à la mosquée la plus ancienne de la ville de Gondär remontant au XVI siècle l'a décrite ainsi :

Président d'*Addis Alam ğäm'əya* - « La *ğäm'əya* est comme un *əddər*, la seule différence est que nous sommes musulmans. Le mot est arabe et il signifie assemblée, rassemblement de croyants. Nous nous réunissons le vendredi, alors que le *sänbäte* se réunissent le dimanche. Nous nous aidons mutuellement dans de circonstances tristes et heureuses. Si un membre de la famille qui fait partie de la *ğäm'əya* meurt nous aidons la famille et donnons de différents montants d'argent à ses proches. Nous avons tout ce qu'il faut pour les funérailles. De plus, si l'un des membres est malade nous l'emmenons à l'hôpital et si par exemple il est hospitalisé pour dix jours nous lui donnons 50 birr (2.27 euro). Nous coopérons aussi pour les cérémonies de mariage avec les chaises, la nourriture, et tout le reste. Nous pouvons aussi prêter de l'argent pour la cérémonie, mais la famille est censée nous le rendre à distance de trois jours ».

(octobre 2010, mosquée *Addis Alam*, Gondär)

À l'époque de mes enquêtes (2007-2010) dans la ville de Gondär il y avait 16 *ğäm'əya*, 169 *sänbäte*, et plus de 400 *əddər*. Les membres de ces associations sont normalement des familles représentées par le chef du ménage qui, en cas de décès, peut être remplacé par son épouse. La veuve à son tour est censée laisser sa place à son fils ou à sa fille aînée, mais uniquement en l'absence de l'un de ses frères ou l'une de ses sœurs. Autrement, ce sont les nouveaux couples qui adhèrent à ces associations. Dans la ville de Gondär la taille des associations va de 50 familles à 300. La plupart de ces associations comptent plus de 150 membres. Ainsi, des ménages d'un même quartier peuvent devenir membres d'un *əddər* indépendamment de leur appartenance religieuse, leurs conditions économiques, ou leurs origines ethniques. Une demande d'adhésion est soumise à l'examen du comité de l'*əddər* qui à son tour en réfère à l'assemblée. Les critères d'admission dépendent de la réputation de chaque membre potentiel, l'honnêteté, la sociabilité et la générosité étant les qualités généralement requises. L'admission aux *sänbäte* et *ğäm'əya* est régie par ces mêmes critères et l'appartenance religieuse chrétienne ou musulmane. Les personnes dont les modes de vie ne correspondent pas à une certaine gamme de normes éthiques sont exclues. Sont également exclues les personnes qui ne sont pas affiliées à un ménage dans le quartier ou la kätäna où l'*əddər* est situé. Par conséquent, malgré les principes égalitaires qui régulent l'adhésion indépendamment de la condition économique, des origines ethniques, et dans le cas de l'*əddər*, de la croyance religieuse, les associations excluent de fait certaines catégories d'individus. Ainsi, dans le cas de *Fəreḥəywät Maḫbär*, la formation

de l'*əddər* parmi ses membres a représenté un moyen de garantir le droit à un enterrement décent et de réduire le risque d'être abandonné au moment de la mort. La création de *Mäqdəm* (voir *supra* § II.7.2) a été précédée par le regroupement spontané de PVVIH dans une association consacrée à un saint, *Saint Gabriel Maḫbär*. Vers la fin des années 1990, *əddər*, *sänbäte* et *ğäm'əya* ont attiré l'attention de sociologues et de spécialistes des systèmes de santé qui y ont vu des formes de micro-assurances locales parmi les pauvres (Damen 2002 ; 2003 ; Dekker 2008). Au cours de mes enquêtes ethnographiques j'ai pu observer la participation de *sänbäte* et *əddər* à un projet de support psycho-social et de soins à domicile pour PVVIH, orphelins et enfants vulnérables nés de parents séropositifs.

IV.7 Le *"Home community based palliative care for PLWHIV"* : la place des femmes dans de nouvelles associations d'entraide

Le projet *"Home community based palliative care for PLWHIV"* a été lancé à Gondär en Juillet 2009 par le *"Gondar town əddər, sənbəte, and ğäm'əya union"*, association légalement reconnue le 14 juillet 2009. Le projet a été parrainé par FHI Ethiopia pour les quinze premiers mois (1er Juillet 2009 - 30 septembre 2010), après quoi il devait intégrer le Health Extension Package (HEP) au sein du *Health Sector Development Program* de 2010-2013. FHI Ethiopia a fourni une aide financière et un soutien technique pour renforcer les capacités d'organisation ainsi que la qualité de la prestation des services. L'objectif principal du projet était d'améliorer les conditions de vie des PVVIH, des orphelins et des enfants vulnérables nés de parents séropositifs ainsi que des familles touchées par le VIH/sida[288]. Le rapport intermédiaire sur les premiers quinze mois de mise en œuvre du projet souligne l'importance accordée aux programmes de soutien alimentaire et à la formation de groupes d'épargne parmi les bénéficiaires.

> « The Gondar Town *əddər, sənbəte, and ğäm'əya* Union with the desire to increase acceptance of PLHA and supporting the efforts of other organizations in the fight against HIV, start giving palliative care and support in collaboration with FHI. […] Now it is actively giving assistance for people who need emergency food assistance and medicine »

Les activités réalisées mentionnées dans ce même rapport sont les suivantes :

- *Activités génératrices de revenu pour les familles*

- *Création de 26 groupes d'épargne*

- *Dispensation de différentes formations concernant les activités génératrices de revenu, développement de compétences pour les micro-entréprises et la production agricole en milieu urbain.*

[288] Comme on peut le lire dans le projet écrit : « The general goal of the project is : « to improve the well being of chronically ill patients and orphans and other vulnerable children (OVC) and families affected by HIV/AIDS »

- *Soins pour les patient alités*

Le nombre de bénéficiaires était de 532 et les 26 groupes d'épargne ont été en mesure d'économiser 40724 birr (1851 euro). Deux groupes d'épargne se sont transformés en associations avec des projets de micro-entrepreneuriat. Plus précisément, l'une de ces associations disposait d'un magasin où les membres pouvaient vendre différents produits comme des légumes, du pain, des œufs. En novembre 2010, ils avaient collecté 3500 birr (159 euro) sur la base d'une contribution de 5,50 birr (0.25 euro) versée par chaque membre toutes les deux semaines. À leur tour, les membres avaient la possibilité d'emprunter 300 birr qu'ils devaient rembourser trois mois après avec 5% d'intérêt ; 50 centimes de birr (2 centimes d'euro) alimentaient en revanche un fonds commun à partir duquel différentes sommes d'argent pouvaient être mobilisées en cas de maladie ou de décès de membres.

Le projet *"Home community based palliative care for PLWHIV"* a été mis en oeuvre dans treize qäbäle. Dans chacun de ces qäbäle des travailleurs communautaires coordonnaient les deux volets du projet, sous la responsabilité du président de la *sänbäte* ou de l'*əddər* impliqués. Un volet portait sur des activités de soins et de soutien psycho-social pour les PVVIH de plus de 18 ans, un autre concernait les orphelins et les enfants vulnérables nés de parents séropositifs. Ces activités étaient menées par un nombre variable de bénévoles sous la coordination des travailleurs de services communautaires et sous la supervision d'un infirmier rattaché au qäbäle, qui devait être remplacé à la fin de la phase pilote du projet par un Health Extension Worker (HEW)[289]. Le personnel se composait d'un total de trois infirmiers, 13 travailleurs communautaires et 65 bénévoles. Ces derniers avaient été sélectionnés après examen par le président de la *sänbäte* ou de l'*əddər* impliqués. L'implication de ces associations locales d'entraide dans la lutte contre le VIH/sida remonte en à 2004. À cette époque, OSSA, en collaboration avec FHI Ethiopia, invita les *əddər*, les *ğäm'əya* et les *sänbäte* à participer à un programme de soins à domicile. Ces associations ont facilité le regroupement de jeunes volontaires pour des activités de soin à domicile et le support psycho-social d'orphelins et d'enfants vulnérables nés de parents séropositifs. Ces jeunes volontaires ont bénéficié d'une formation de 21 jours parrainée par OSSA et FHI. Les 13 travailleurs communautaires du *"Home community based palliative care for PLWHIV"* provenaient tous de ce groupe de jeunes volontaires. La première association à donner son adhésion au projet fut une *sänbäte* dont le président était un professeur d'amharique retraité que j'ai interviewé en septembre 2010 :

[289] Il s'agit d'un agent de vulgarisation sanitaire. Dans un contexte de pénurie de médecins, ces agents de vulgarisation sanitaire sont affectés à des postes de santé locaux, comme les *qäbäle* et fournissent un ensemble d'interventions pour répondre aux besoins de santé de la population. Ces agents sont recrutés parmi les diplômés du secondaire dans les communautés locales, et ils sont censés suivre un programme de formation d'un an qui leur permet d'acquérir les compétences nécessaires pour fournir un ensemble de services de soins de santé primaire et de prevention.

> « Quand OSSA nous a conviés en 2004 pour nous inviter à participer à la prise en charge de PVVIH, la sänbäte dont je suis président fut la première à avoir donné son accord. En tant que président j'étais chargé d'identifier des jeunes volontaires, mais moi-même à cette époque je rendais visite à des personnes vivant avec le VIH qui étaient très malades et je mettais au courant OSSA de ces patients alités qui avaient besoin de soins. Probablement, en suivant mon exemple d'autres leaders de sänbäte et əddər ont accepté par la suite de coopérer avec OSSA ».
>
> (septembre 2010, siège d'OSSA)

Dans le rapport d'activité du *"Home community based palliative care for PLWHIV"* on peut lire :

> « *əddər* and sänbäte started giving voluntary service in 1997 E.C with the aim to put a halt to the spread of HIV, to increase access to quality health care and home based care service for people living with HIV and for bedridden patients by working against the stigma and discrimination which was strong at the time. OSSA and FHI gathered ten *əddər* and sänbäte in Gondar town, each of them later selected ten volunteers who were given 21 days trainings. By overcoming the difficulties of going house to house and register the patients, the volunteers have embarked up on the task of saving lives ».

L'absence de *ğäm'əya* dans ce projet est essentiellement due à la place marginale de la communauté musulmane dans le secteur administratif de la ville de Gondär où la majorité des musulmans sont des commerçants, alors que la plupart des leaders des *sänbäte* étaient des enseignants et des fonctionnaires de l'administration. En effet, les musulmans ont été historiquement moins impliqués que les Chrétiens Orthodoxes dans des projets à caractère humanitaire. La création de l' EMRDA (Ethiopian Muslim Relief and Development Association) [290] ne remonte qu'à 1994 tandis que EOC-DICAC a été établie par l'Église Éthiopienne Orthodoxe Täwahedo en 1972, à une époque où le Christianisme Orthodoxe était même la religion d'État. Par ailleurs Gondär est une véritable citadelle du Christianisme Orthodoxe, on y compte 44 églises contre 18 mosquées. Le président de la *ğäm'əya Addis Sälam* a justifié ainsi l'absence des *ğäm'əya* :

> « Quand OSSA nous convia pour nous inviter à coopérer avec elle dans la prise en charge des personnes séropositives je suis allé à cette assemblée générale, mais finalement je décidais que nous ne participerions pas. Ce n'est que depuis l'année dernière que je suis des formations sur le VIH/sida ».
>
> (octobre 2010, mosquée Addis Sälam)

En novembre 2010, les nombre de bénéficiaires du *"Home community based palliative care for PLWHIV"* étaient de 1196 dont 833 étaient des femmes de plus de 15 ans et 280 étaient des hommes de plus de 15 ans.

[290] Etablie en 1994 l'Ethiopian Muslim Relief and Development Association (EMRDA) est une organisation non gouvernementale locale, engagée dans le domaine de l'éducation, du développement des ressources humaines, et dans le soutien des pauvres.

Age (ans)	Femmes	Hommes	Total
1. moins de 4	5	10	15
2. entre 5 et 14	41	27	68
3.entre 15 et 24	120	31	151
4. entre 25 et 34			
5. entre 35 et 44	194	108	302
6. plus de 45	102	71	173
Total	879	317	1196

Tableau IV

Bénéficiaires du *"Home community based palliative care for PLWHIV"*

Source : *"Home community based palliative care for PLWHIV"*

Des entretiens semi-directifs avec les volontaires et les travailleurs de services communautaires ils est ressorti que la plupart des femmes bénéficiaires ont au moins un enfant à charge et pour une grande majorité il s'agit de femmes seules, de veuves ou de femmes séparées. Ainsi, le nombre de femmes bénéficiaires excède celui des hommes parce qu'elles sont préférées pour leurs fonctions de reproduction sociale. De plus, parmi les bénéficiaires on compte un nombre important de chefs de familles monoparentales. Plus particulièrement, si les femmes seules avec des enfants à charge sont généralement exclues des associations locales comme les *əddər*, les *sänbäte* et les *ğäm'əya*, elles sont en revanche très nombreuses parmi les bénéficiaires de ce projet.

IV.8 *Wəgagän* : de la surreprésentation féminine à une participation spécifique ?

Wəgagän a été créée en novembre 2007 par treize femmes séropositives déjà membres de *Fəreḥəywät Maḫbär*, en tant qu'émanation du projet du *National Network of Positive Women Ethiopians (NNPWE)* et avec le support et la collaboration de HAPCO-Gondär, CVM/APA et Christian Aid. La présidente de l'association, que j'appelle ici Annah, a rapporté lors d'un entretien :

> **Annah –** « Une femme de l'Association *Fənot Amhara Women's Association* a initié la création de notre association, elle est venue de Bahr Dar et nous a informés qu'il était nécessaire de créer une association à Gondär. Nous avons eu différents types d'aide de la part du CVM, le réseau national des associations. Nous avons eu l'ordinateur, les chaises et des meubles de la part de Christian Aid ».

En tant que membre du *National Network of Positive Women Ethiopians (NNPWE)*, *Wəgagän* s'est engagée dans la promotion de l'égalité des sexes plus particulièrement

dans la prise en charge globale des patients séropositifs. Le *Strategic Plan (2007-09) Working for Positive Change of National Network of Positive Women Ethiopians* affirme :

> « Association of HIV-positive women raise issues pertaining to global access to care, treatment and support, for women and girls, gender equity and a full role of HIV-positive women and girls in all decisions that affect their lives. In Ethiopia too, HIV-positive women have been actively involved in the PLWHA associations since the first group of people decided to go public and form their own associations called Dawn of Hope and Mekdim. For instance, six of the eleven people who founded the Dawn of Hope association were women ».
>
> (NNPWE 2007 : 4)

Toutefois, des entretiens avec certains membres de *Wəgagän* ainsi que d'un groupe de parole organisé au sein de l'association, il est ressorti que les façons de défendre l'égalité des sexes étaient profondément marquées par un discours rhétorique sur l'émancipation des femmes au foyer. Une veuve de 26 ans avec un enfant à charge a expliqué les raisons de son adhésion à l'association dans les termes suivants :

> **Sennaqu -** « Je suis devenue membre de cette association car nous sommes toutes des femmes et donc nous pouvons parler ouvertement de notre maladie. Le fait que nous sommes des femmes ne signifie pas que nous ne sommes pas capables de travailler et nous sommes obligées de rester à la maison. Ici nous pouvons nous rencontrer et nous surveiller réciproquement comme ça nous pouvons être sûres que nous prenons les médicaments correctement. Nous avons l'habitude de nous considérer inférieures aux hommes dans beaucoup de domaines, mais ce n'est pas vrai. Nous avons les mêmes droits et nous voulons être indépendantes et gagner notre vie de façon autonome ».

Or, la composition sociale de *Wəgagän* rend compte de conditions féminines bien différentes de celle de femmes au foyer. La plupart des membres étaient des chefs de famille qui travaillaient dans le secteur de l'économie informelle. Plus précisément, en novembre 2010 sur 213 membres, 34 étaient sans enfants ; 71 étaient des veuves dont 12 sans enfants ; 66 étaient séparées dont 11 sans enfants ; 15 étaient des femmes seules avec des enfants à charge[291] ; une seule femme n'avait déclaré ni son état civil ni le nombre d'enfants à charge. Concernant leur situation professionnelle, à l'exception d'une femme qui n'avait pas déclaré son emploi, 72 s'étaient déclarée travailleuses à la journée (*yeqän särratäññä*) ; 4 étaient des agricultrices ; 2 filaient le coton ; 29 s'étaient déclarées sans profession ; 76 étaient sans emploi ; 25 commerçantes au détail ; 3 étudiantes et 1 retraitée.

L'adhésion à l'association leur avait permis de bénéficier de diverses formes de solidarité et de construire une nouvelle vie sociale. Des femmes seules avec des enfants à charge, d'autres dont le parcours de vie témoignait de différentes formes de précarité exacerbées par leur mobilité géographique ont rapporté avoir rejoint l'association dans l'espoir de pouvoir obtenir un prêt pour démarrer une activité lucrative ou bien pour la

[291] À partir d'un minimum d'un enfant à un maximum de trois enfants

rendre plus productive. En effet, entre juin 2009 et novembre 2010 le nombre de membres de l'association était passé de 40 à 235. Les raisons de cet engouement étaient essentiellement liées à la mise en place de plusieurs programmes de prévention et prise en charge des PVVIH, financés par Christian AID, MSH-Ethiopia (Management Sciences for Health-Ethiopia), le Fonds Mondial et OSSA. Christian AID et MSH-Ethiopia œuvraient à différents titres dans le domaine de l'observance thérapeutique. Christian AID finançait des programmes d'éducation thérapeutique *peer-to-peer*. En novembre 2010, MSH-Ethiopia finançait un programme de home-based care ; 20 membres de l'association qui y étaient impliquées comme home-based care givers percevaient une récompense mensuelle de 200 birr (9 euro). En outre, différentes AGR (Activités Génératrices de Revenu) financées par le Fonds Mondial (24 AGR) et OSSA (17 AGR) étaient mises en place afin d'assurer aux membres le droit à un revenu minimal. À l'instar des membres de *Fərəḥəywät Maḫbär*, la principale motivation des membres de Wəgagän à participer à la vie associative provenait de leur volonté à sortir d'une condition de précarité économique et sociale. La présidente de l'association nous a ainsi déclaré :

> **Annah -** « Nous devons montrer aux autres gens que grâce aux médicaments maintenant nous sommes comme tous les autres. Je suis assez forte pour travailler dur et changer ma condition. Nous avons un seul gros problème la pauvreté ».
>
> (avril 2009, siège de Wəgagän)

Par ailleurs, l'itinéraire associatif[292] d'Annah est très significatif de cette réinscription de la lutte contre le VIH/sida dans un combat plus large contre la pauvreté et pour une reconnaissance sociale. Annah était devenue membre de *Fərəḥəywät Maḫbär* en 2004. Femme seule sans enfants, elle avait effectué le dépistage en 2000 suite à une fièvre et une diarrhée persistantes. À cette époque Annah, âgée de 28 ans, vivait chez sa tante et était sans emploi.

> **Annah -** « J'étais très malade et j'avais beaucoup maigri, c'est pourquoi j'ai fait les examens du sang et j'ai découvert que j'avais le VIH. Comme je l'ai su j'ai décidé de n'en parler avec personne. Jusqu'à ce que je vis, je ne dis rien, je me suis dit. Et pourquoi ? Parce que à cette époque cette maladie était quelque chose de terrifiant, les gens la voyaient comme un démon, mais quand je regardais la télé, des malades commençaient à dire qu'ils avaient le VIH et qu'ils pouvaient vivre normalement et moi j'avais comme de l'eau bouillante en moi car je voulais en parler, mais je ne trouvais pas les mots pour le faire. J'avais peur. Puis, un jour, je me trouvais dans les parages de *Fərəḥəywät* et dans le jardin, il y avait des malades. Certains avaient les vêtements déchirés, iles étaient tellement minces que j'avais peur à les regarder. Une femme était là et leur parlait puis elle leur a donné des vêtements, un sac de täf et de l'huile. Cela m'a fait tellement de la peine, moi je pouvais compter sur ma tante, mais ces malades étaient trop malheureux et alors je me suis approchée de cette femme qui les avaient aidés. Elle était un membre de *Fənot Amhara Women's Association* et elle-même avait le VIH.

[292] J'utilise cette expression pour me référer à la fois aux circonstances concrètes dans lesquelles Annah a pris connaissance de la possibilité de devenir membre d'une association de PVVIH et aux motivations personnelles qui l'ont amenée dans un premier temps à adhérer à *Fərəḥəywät Maḫbär*, puis dans un second temps à s'impliquer dans la création de *Wəgagän*.

Du coup, j'ai trouvé le courage de lui dire que moi aussi j'étais malade et suis devenue membre de *Fəreḥəywät* ».

(avril 2009 siège de Wəgagän)

Ainsi, l'adhésion d'Annah à *Fəreḥəywät Maḫbär* s'est produite de prime abord sur la base de sentiments de compassion et de pitié envers des malades démunis. Par la suite son engagement en tant que présidente de *Wəgagän* s'est essentiellement structuré autour d'une lutte pour l'accès de femmes séropositives socialement défavorisées à un revenu et à leur intégration sociale.

IV.9 Stratégies d'insertions de femmes séropositives : entre marginalité et mobilité sociale[293]

Les différentes formes de participation profane à la lutte contre le VIH/sida que nous avons décrites jusqu'ici montrent que pour des femmes séropositives se situant aux marges de la société et pouvant bénéficier de l'accès gratuit aux antirétroviraux, la maladie a fini par être vécue davantage comme une ressource pour leur insertion que comme un facteur de handicaps résiduels. Plus précisément, parmi les femmes enquêtées, 2 faisaient partie de l'équipe Counsellor Mother to Mother et 43 étaient membres d'associations de PVVIH. Pour les premières, le VIH a représenté en premier lieu un facteur d'insertion professionnelle ; pour les secondes, qui étaient membres d'associations de PVVIH et qui vivaient des situations de désaffiliation et des formes particulièrement graves de précarité, le VIH a signifié l'entrée dans de nouveaux espaces de socialisation et solidarité. Ces différentes formes d'insertion ont joué des rôles divers eu égard aux stratégies que ces femmes ont mises en œuvre dans la tentative de s'affirmer socialement. À l'exception de trois cas d'ascension sociale concernant une femme membre de Fərehəywät Maḫbäret deux femmes travaillant dans le programme Counsellor Mother to Mother, les mobilités sociales engendrées par ces nouveaux dispositifs sociosanitaires sont du type horizontal. Elles se sont inscrites au cœur d'un processus de renouvellement des inégalités sociales et de diversification de leur expression. C'est cette diversification d'expression des inégalités qui s'est produite conjointement à la modification des rapports de force et à la transformation des configurations sociales que j'étudierai, dans un premier temps, à travers l'expérience d'une femme séropositive, membre de Fərehəywät Maḫbär. Dans un second temps, je présenterai un cas d'ascension sociale.

[293] Dans ce paragraphe je reprends mon article, « Le pouvoir aux marges : femmes qui vivent avec le VIH, entre marginalité et mobilité sociale », De Rosis 2016 : 87-104.

IV.9.1 Negga : le VIH comme facteur de mobilité aux marges de la société

J'ai rencontré Negga la première fois en janvier 2008 au North Gondar University Hospital. Habillée d'une robe de tissu synthétique longue jusqu'aux chevilles, typique des femmes d'extraction sociale très modeste, elle porte un *näṭäla* par lequel elle tient sur le dos son enfant âgée de 3 ans. Negga me dit avoir 26 ans. Née dans un village situé dans une aire désertique de la région de l'Amhara, elle l'a quitté en s'échappant de sa famille paternelle à l'âge de 13 ans pour travailler comme domestique. Encore adolescente, elle s'est mariée avec un Éthiopien juif[294], avec qui elle a eu sa fille aînée. En 2001, atteinte de la tuberculose, elle s'est rendue à l'hôpital de Gondär, mais elle a été renvoyée à la mission religieuse Mère-Thérèse qui accueille des malades très graves sans abri et socialement isolés. Negga a été hospitalisée pendant une année avec sa fille aînée. À cette époque-là, son premier mari s'était installé en Israël[295] depuis quelques années. À la suite de sa séparation, Negga avait emménagé chez sa tante, propriétaire d'un hôtel. Elle y avait travaillé à la fois comme cuisinière et comme professionnelle du sexe jusqu'au jour où, très malade, elle était partie pour Gondär. Plus loin, au cours de l'entretien, en parlant cinq minutes de suite sans aucune interruption[296], Negga relate les nombreuses épreuves auxquelles elle a dû faire face après sa sortie de la mission Mère-Thérèse et plus particulièrement après avoir découvert qu'elle était atteinte du VIH :

> **Negga –** « Après quoi, j'ai commencé à gagner ma vie en travaillant comme journalière[297], mais j'ai commencé à être malade et je n'ai plus pu travailler. J'ai arrêté et, comme les douleurs persistaient, j'ai fait un examen du sang. Ils ont découvert que je suis positive pour la maladie… Il y avait une stigmatisation et une discrimination très fortes et ils pensaient que la maladie peut être transmise en mangeant et en buvant ensemble, il en était de même pour moi et donc j'ai eu peur pour ma fille aînée et je l'ai envoyée chez son oncle. J'ai loué une maison et j'ai commencé à travailler à la journée et je suis tombée malade et, alors quand j'allais enfin mieux, j'ai commencé à travailler chez une famille, mais ils ont suspecté que j'avais le VIH et ils ne m'ont plus voulue… Tu vois, si ce n'est pas avec des pierres et des briques, personne ne te permet de travailler dans sa maison si tu as le VIH. Puis le père de cette jeune enfant, à l'époque, il avait déjà passé un examen et connaissait son statut et il m'a demandé de préparer sa nourriture et en échange du paiement de mon loyer… J'ai dit : « C'est bon. » et j'ai commencé à préparer sa nourriture… et pendant que je faisais cela, il payait mon loyer. Mais plus tard, il m'a demandé de l'épouser… J'ai refusé. Il existe une association appelée « Fərehəywät » : s'ils peuvent me soutenir, je vais essayer. S'ils ne le font pas, je n'ai pas de choix, je peux faire quelque chose, je me suis dit, et j'ai décidé d'y aller, mais j'avais aussi peur d'être vue par d'autres. Quand je vais à l'association, les gens vont me voir et vont me discriminer. Qui va me louer une maison, s'ils me voient là ? À cause de tout ça, j'étais effrayée et troublée et alors que j'hésitais si aller ou non chez Fərehəywät, il m'a envoyé des femmes avec le VIH. « Nous sommes mariées et nous vivons ensemble », m'ont-elles dit, et elles étaient comme moi et étaient toutes dans Fərehəywät. Même si je continuais à refuser le

[294] Les Éthiopiennes et les Éthiopiens juifs sont appelés *Betä Ǝsraʾel*, ou de manière péjorative *fälaša*.

[295] En 1992, l'État d'Israël a mis sur pied l'opération Salomon par laquelle ont été rapatriés 14 400 Éthiopiennes et Éthiopiens juifs.

[296] Je rapporte par la suite seulement certains passages de l'extrait d'entretien.

[297] Plus précisément, Negga a travaillé dans la construction du bâtiment comme aide-maçonne.

mariage, on m'a dit de tout oublier et de l'épouser. Et elles m'ont dit : « Tes vêtements sont vieux, il t'en achètera de nouveaux. » Mes vêtements étaient très vieux et déchirés partout, et, enfin, je me suis convaincue et j'ai accepté de l'épouser et je suis devenue membre de Fərehəywät ».

Le mariage de Negga et son adhésion à l'association de PVVIH ont signifié une évolution importante de sa condition. Femme au foyer, elle se sent motivée, d'un commun accord avec son conjoint, par un projet de procréation qui aboutira trois ans après son mariage à la naissance de sa fille cadette. Cette grossesse a cependant représenté une véritable épreuve qui l'a amenée à affronter la stigmatisation et la discrimination de ses voisines :

Negga – « Environ deux ans après mon mariage, je suis tombée enceinte de ma fille et j'ai commencé à être malade et j'étais tellement malade que je passais tout le temps dans mon lit. J'avais une forte diarrhée et je vomissais beaucoup. Je suis alors venue ici[298] pour le suivi de ma grossesse et je leur ai dit que je vivais avec le *väyras* et ils me donnaient un médicament pour que la maladie ne se transmette pas à mon enfant. Je suis toujours allée à l'hôpital, tout ce qui restait de moi était mon squelette et mon ventre très rond et gros. J'étais trop mince et j'avais une allergie sur mon visage. Pour cette raison, mes voisines parlaient de moi et disaient que j'étais malade, que j'avais le VIH. Quand je les invitais pour le café et leur offrais à manger, elles refusaient, seulement celles avec le VIH entraient chez moi. J'ai prié l'archange Michaël de me faire mourir plutôt que vivre tout cela. J'ai arrêté de boire du café et alors, l'une de mes voisines, qui est aussi dans Fərehəywät, m'a réconfortée et avec elle, nous avons commencé à aller dans les maisons du voisinage pour faire des témoignages sur le VIH, en leur expliquant que la maladie ne s'attrape pas en mangeant avec nous. Certaines personnes ont même fait le test, mais moi quand je veux rencontrer du monde, je vais dans Fərehəywät, mes amies sont là-bas ».

En février 2008, Negga a perdu son mari. À ce moment-là, l'association de PVVIH traversait un moment difficile dû au manque de financement qui se résoudra par l'intervention, en 2009, de différents bailleurs de fonds et la mise en place de plusieurs programmes d'aide et de soutien psychosocial à ses membres. En 2010, Negga participait à un programme agricole, Urban Garden Project, grâce auquel elle pouvait pourvoir à ses besoins et à ceux de son enfant. Le cas de Negga représente une forme d'insertion sociale par accès aux ressources mises à la disposition de la population visée dans le contexte de la lutte contre le VIH/sida. La mobilité sociale ainsi produite sans être ascendante s'est pour autant distinguée par l'usage de formes de bien social difficilement accessibles à des Éthiopiennes marginalisées et stigmatisées. Outre l'opportunité d'un travail, l'association de PVVIH a représenté, de fait, un milieu de socialisation alternatif à ceux qui sont usuels pour les Éthiopiennes tels que le voisinage ou encore des associations à caractère religieux. De plus, cette association a constitué un milieu d'apprentissage de techniques d'information et de sensibilisation sur le VIH/sida qui se sont révélées être aussi un instrument pour combattre la stigmatisation et la

[298] Negga fait référence à l'hôpital, lieu où se déroule notre entretien.

discrimination subies. Veuve avec une enfant à charge et ayant à son actif une séparation et une longue expérience de mobilité géographique, Negga était désormais identifiée comme « l'une des femmes de Fərehəywät » :

> **Negga –** « Comme j'ai fait des témoignages et comme je travaille dans la parcelle de terrain de Fərehəywät, tout le monde maintenant me connaît comme celle de Fərehəywät ».
> **Question –** « Que signifie, pour toi, être identifiée comme « celle de Fərehəywät »?
> **Negga –** « Tout le monde sait que j'ai le VIH et que maintenant nous pouvons vivre comme tout le monde, je veux dire une vie normale ».

Association regroupant des malades, Fərehəywät est aussi un lieu de socialisation et de solidarité où des femmes en difficulté partagent leurs problèmes, leurs projets et leurs aspirations. Plutôt qu'être vécu exclusivement comme une source de souffrance, le VIH devient, pour ces femmes, un élément propulseur de nouveaux modes d'existence en réponse aux stigmatisations et aux discriminations subies.

IV.9.2 Lulit : le VIH comme facteur d'une réussite sociale en quête de reconnaissance

Le cas de Lulit, employée comme consultante au sein du programme Counsellor Mother to Mother est un exemple d'insertion sociale ascendante. J'ai rencontré Lulit en décembre 2007, dans le service de PTME de l'hôpital de Gondär. Jeune femme de 26 ans, originaire de cette ville, Lulit est mère d'un enfant de 11 ans qu'elle a eu à l'adolescence. Elle vit avec son fils et son frère, jeune homme de 22 ans, dans la maison de leurs parents qui étaient morts quelques années auparavant. Lulit a découvert qu'elle était atteinte du VIH en août 2007, à la suite d'une hospitalisation pour tuberculose à l'hôpital de Gondär. L'annonce de sa séropositivité a constitué un véritable tournant dans sa vie, car elle a alors coïncidé avec une proposition de formation qui débouchera sur son embauche comme consultante :

> **Lulit –** « J'étais malade depuis plus d'un mois et j'avais beaucoup de fièvre; comme je vis seule avec mon frère et mon fils, mon voisin m'a accompagnée à l'hôpital avec sa voiture, et c'est là que j'ai fait les examens du sang et j'ai découvert que j'avais le *väyras* ».
> **Question –** « Comment as-tu vécu l'annonce de la maladie ? »
> **Lulit -** « En découvrant que j'avais le VIH, je me suis sentie soulagée, j'ai enfin connu ma maladie ».
> **Question –** « Le fait d'être malade ne t'a pas fait peur ? »
> **Lulit –** « Non, j'étais tombée malade déjà plusieurs fois et enfin, pour le VIH, il y a les médicaments. - *N'aie pas peur*-, m'a dit le médecin, *il y a les médicaments et maintenant, tu peux vivre comme une personne normale*-. Et puis, tout de suite, une infirmière qui savait que je vivais seule avec mon frère et mon fils m'a demandé si j'avais été à l'école et quel était mon niveau d'éducation. J'avais terminé l'éducation obligatoire, et c'est pour ça que j'ai fait une formation pour devenir *counsellor mom to mom*[299].

[299] Lulit emploie cette expression en anglais, alors qu'elle parle en amharique.

En effet, cet emploi a marqué l'insertion professionnelle de Lulit et également une réussite sociale qui a rencontré cependant plusieurs obstacles en vue de sa pleine reconnaissance. Depuis la mort de ses parents, son frère et elle avaient pu pourvoir à leurs besoins grâce à l'aide de l'un de leurs oncles, propriétaire d'une parcelle de terrain, mais Lulit n'avait jamais arrêté d'aspirer à un bon travail et à une situation familiale meilleure :

> **Lulit -** « Moi, je voulais être journaliste ou metteuse en scène, tu sais, j'écris très bien et je le fais encore de temps en temps. Depuis des années, je me suis donné beaucoup de mal pour avoir un bon travail, je voulais même continuer les études, mais rien, un bon niveau d'éducation, cela ne sert à rien et puis, je veux aussi avoir un autre enfant et me marier ».

Cependant, le sentiment de fierté éprouvé par Lulit grâce à son travail de consultante n'a pas manqué d'être amoindri par l'incrédulité de ses voisines et par leurs considérations sur ses conditions de santé :

> **Lulit –** « Dès que je suis sortie de l'hôpital, j'ai commencé à dire ouvertement à tout le monde que j'avais le VIH ».
> **Question –** « Pourquoi as-tu fait ce choix ? »
> **Lulit –** « Le médecin m'a conseillé de révéler ma maladie, et c'est une bonne chose, il est bien de dire aux autres que tu as cette maladie, comme ça ils peuvent faire le test. Il y a beaucoup de gens avec le *vayräs* qui font ça ».
> **Question –** « Comment réagissent les gens à ta révélation ? »
> **Lulit –** « Mes voisines ont été choquées : elles ne connaissaient rien du *väyras* et elles pensaient que j'allais mourir, mais maintenant, j'ai pris du poids et je vais bien et puis je travaille à l'hôpital. [Pourtant,] elles ne me croient même pas : alors, je leur ai amené des brochures d'information, je leur ai montré le livre dans lequel j'étudie, mais je ne sais pas si elles me croient ou non. Je passe toute la journée à l'hôpital, avec les autres mères du programme : on fait des cérémonies de café ici, on bavarde beaucoup, elles sont des amies pour moi ».

Ainsi que nous l'avons déjà décrit plus haut (voir *supra* § III.11) au sein du programme Counsellor Mother to Mother, Lulit a pour tâche de conseiller les femmes enceintes et de les encourager à passer le test de dépistage du VIH en livrant elle-même un témoignage sur son expérience de mère séropositive. Avec les autres consultantes et une infirmière, elle organise des séances d'éducation à la santé sur des sujets tels que les méthodes contraceptives, la planification familiale ou l'allaitement pour les femmes vivant avec le VIH. Son rôle de mère est ainsi socialement valorisé et ses savoirs expérientiels sur la maternité et la maladie se sont déplacés de la sphère domestique et privée du foyer à la sphère publique de l'éducation sanitaire entre pairs.

SECTION II

EXPÉRIENCES BIOGRAPHIQUES ET VIH : CONSTRUCTION DE DISCOURS ET PAROLE DE FEMMES EN LUTTE POUR LEUR AVENIR

Introduction

Dans cette section[300] je présenterai l'expérience biographique de six femmes séropositives originaires de zones rurales, qui à l'époque de mes enquêtes résidaient dans la ville de Gondär. Plus précisément, à travers la restitution de fragments narratifs issus des entretiens et des conversations informelles je tenterai de rendre compte des représentations que ces femmes se font d'elles-mêmes, de leur existence et de leur vécu du VIH. Au préalable il convient de préciser que le « biographique » est appréhendé ici comme une « catégorie de l'expérience » (Delory-Momberger 2004 : 2). Il s'oppose à la notion de récit de vie conçu comme reflet, projection, image déformée d'une « chronologie objective d'événements et de périodes » (Leclerc-Olive 2010 : 332). Ainsi que Christine Delory-Momberger (2004 : 2) l'observe : « "L'écriture de la vie" à laquelle renvoient l'étymologie et le sens commun du mot "biographie", doit être ici entendue comme une attitude première et spécifique du vécu humain : avant même de laisser de notre vie une quelconque trace écrite, avant tout discours oral ou écrit, nous "écrivons" mentalement notre vie ». L'événement biographique contrevient donc à toute forme de dualisation de la vie et du récit (Leclerc-Olive 2010 : 332), c'est-à-dire à toute distinction entre l'histoire vécue par une personne et le récit que celle-ci pourrait en faire (Bertaux 2005) en tant que reconstruction plus ou moins fidèle du réel (van Goethem 2008). Chaque individu n'a accès à son vécu qu'à travers la médiation de mots et de représentations. Les récits de soi, loin d'être tout simplement la mise en scène ou le « récital de quelque chose de donné une fois pour toute », constituent, au contraire, l'« acquisition d'une connaissance » (Bruner 1987 : 25) sur soi, certes, toujours contingente et conditionnée par les circonstances de production du récit lui-même. Toute vie racontée n'est que le vécu intersubjectif et partagé du narrateur avec le narrataire ou le public. Néanmoins, cet espace intersubjectif et de partage où se situent l'exercice de

[300] Je reprends ici l'un de mes articles parus dans *Cahiers d'études africaines* (De Rosis 2014) et un autre paru dans *Migrations Santé* (De Rosis 2012).

réflexivité du narrateur et la formulation pour soi et autrui de son histoire de vie, loin d'être la situation immédiate de la narration, est le résultat progressif de ce que M. Leclerc-Olive (2010 : 334) appelle « l'exercice de la reprise et de la coproduction » avec le narrataire. « Si bien que des pans entiers de temps configuré, de récits "préfabriqués" sont disponibles » (Ibid. : 333) au narrateur pour qu'il y soumette la mise en récit de son vécu, un autre espace de communicabilité de son expérience peut s'instaurer. La réceptivité du narrataire à ce qu'en première instance le narrateur perçoit comme incommunicable est la condition pour que celui-ci « soit prêt à "exposer" son existence — à s'exposer — pour qu'il trouve les mots pour le faire » (Ibid. : 331). Les biographies que je vais restituer ici se sont élaborées au cours de différents échanges et rencontres que j'ai eus entre décembre 2007 et novembre 2010 avec six femmes séropositives. C'est au cours de ces rencontres que ces femmes attirant mon attention sur leurs conditions de vie, très probablement dans l'espoir que je pouvais les aider, m'ont interpellée en tant que chercheuse. Une parole a émergé de leurs façons de dire leur pauvreté. Elle a déterminé ma réceptivité à ce qui reste souvent inouï à l'égard d'individus qui mettent en scène, pour ainsi dire, leur misère et leur détresse en s'appropriant de façon instrumentale des catégories par lesquelles le discours dominant détermine leur identité sociale. En fait, si la parole est, pour évoquer encore V. Das (2007 : 6, 8), la « voix qui anime les mots », dans la mesure où elle est l'expression du vécu du sujet et non pas le récit préfabriqué de son expérience, elle est aussi ce qui, dans la narration, se rend audible au narrataire de façon différente, ce qui entre ainsi en résonance avec celui-ci, ce qui l'interpelle. La parole est l'espace intersubjectif par excellence de la narration représentant la rencontre entre le dire du narrateur et la réceptivité du narrataire.

IV.10 Projets de départ et itinéraires de voyage vers Gondär

Hirut, une femme âgée de 33 ans en janvier 2008, est née dans un village près de Däbarq, Zäbäna Maryam. Femme seule avec quatre enfants à charge, elle vit en produisant et en vendant à son domicile une boisson alcoolique typique de l'Éthiopie, la *ṭälla*. Elle a eu son fils aîné, âgé de 14 ans au moment de l'entretien, avec son deuxième conjoint. Les trois derniers, respectivement âgés de 7, 3 ans et 5 mois sont nés d'une dernière relation avec un homme déjà marié avec qui elle a vécu un an et demi et qui était retourné vivre avec son épouse, tout en continuant à subvenir aux besoins de ses enfants. Habillée d'une robe en tissu synthétique longue jusqu'aux chevilles, typique des femmes d'extraction sociale très modeste, portant des chaussures en plastique vendues dans de petits magasins en tôle au prix de dix , les cheveux rassemblés sur la nuque à la façon traditionnelle, Hirut participe à notre premier entretien en tenant son bébé de cinq mois attaché sur son dos par un *näṭäla*. Debout face à moi pendant une trentaine de

minutes, en balançant ses épaules de façon rythmée pour éviter que le bébé pleure, elle commence ainsi l'entretien :

> **Hirut –** « Je suis venue à Gondär quand j'avais 10 ans. -Et à ma question concernant les raisons de sa venue, elle répond :Je suis venue ici, parce que j'ai perdu ma mère quand j'étais encore enfant[301]. Je suis partie de mon village avec deux autres filles. Elles disaient que leurs familles devenaient trop nombreuses et qu'à Gondär on aurait pu étudier pour trouver un bon travail. Nous pensions que Gondär était un bon endroit où vivre et nous marier, mais rien de tout ça ne s'est réalisé. Elles ont étudié, pas moi. Elles ont étudié jusqu'à la sixième. Elles avaient déjà étudié à Däbarq, moi, je travaillais comme bergère. Quand je suis partie pour Gondär un autre berger avait été engagé. Moi, je n'ai pas étudié, je ne sais écrire que mon nom. Je suis toujours comme une paysanne ».

Les stratégies rhétoriques utilisées par Hirut dans cette réponse et les façons dont elle parle des conditions de vie à la campagne et des opportunités offertes par la ville sont très significatives, tant au niveau des constructions de discours autour de la dialectique ville/campagne que des constructions identitaires assignées aux femmes rurales qui émigrent encore jeunes vers la ville. Au cours de l'entretien, Hirut explique sa décision de quitter son village en se référant à la mort de sa mère survenue en réalité quelques années après son installation dans la ville de Gondär. En se démarquant de ses compagnes de voyage, elle souligne qu'au moment du départ vers Gondär, elles étaient déjà scolarisées, tandis qu'elle n'avait travaillé jusque-là que comme bergère. Hirut improvise ainsi une « présentation de soi » (Goffman 1973) visant à susciter des sentiments de compassion et de pitié. Elle insiste sur son manque d'instruction et sur le fait que ses aspirations à un bon travail et à un bon mariage, qui l'ont incitée à partir vers Gondär avec ses compagnes de voyage, ne se sont pas finalement réalisées. Elle conclut sa réponse en soulignant le fait d'être restée toujours une « paysanne ». Le récit de l'arrivée et de l'installation dans la ville de Gondär qui suit cette présentation de soi révèle la prise de risque réelle que la décision d'émigrer comporte et laisse ressortir en même temps les aspects qui font de la migration interne une pratique sociale à laquelle d'autres acteurs, en dehors des sujets migrants, participent selon des normes et des formes d'interaction socialement et culturellement établies.

Après avoir rejoint Gondär en autobus, grâce à l'argent gagné en vendant des bouquets de fleurs pour les festivités du nouvel an[302], Hirut et ses compagnes ont été très rapidement introduites auprès de diverses familles pour y travailler comme domestiques.

---

[301] Comme je l'ai découvert lors du deuxième entretien avec Hirut, elle a perdu sa mère quand elle était déjà à Gondär depuis quelques années.

[302] L'Éthiopie suit le calendrier julien et les festivités du Nouvel an sont célébrées le 11 ou le 13 septembre, c'est-à-dire après la saison des pluies. Les bouquets de fleurs qu'Hirut a vendus avec ses copines, sont justement les fleurs jaunes qui fleurissent pendant le printemps éthiopien, entre début et mi-septembre.

Hirut – « Par hasard, lorsque nous sommes entrées dans l'hôpital[303], nous avons rencontré une femme. "D'où êtes-vous venues ?" nous demanda-t-elle[304]. "De Däbarq" "Pourquoi êtes-vous venues ? Dès aujourd'hui vous irez travailler dans la maison de gens que je connais, et je serai votre garant", nous dit-elle. Elle[305] nous avait fait venir en nous disant : "Ma tante est là-bas". Cependant, lorsque nous sommes venues, sa tante était partie vers le Goğğam et y était restée. Moi je suis comme une paysanne, elles, parce qu'elles étaient considérées comme plus alertes, moi je suis une enfant ; et une femme, une personne de notre région, son frère est confesseur chez nous, il est prêtre, et lorsqu'elle demanda d'où nous sommes venues et que nous lui répondîmes : "d'ici"[306], nous avons pleuré. Après quoi, elle a dit : "C'est elle que je veux", et je suis restée chez elle ».

Hirut a travaillé pendant une année comme bonne auprès de cette famille qui l'a logée et nourrie en lui donnant également une rétribution mensuelle de quatre birr (0.18 euro)[307]. Ainsi qu'on le verra plus loin, l'indétermination du projet de migration et le manque d'un réseau initial de connaissances marqueront les différentes formes, voire stratégies, d'intégration d'Hirut dans la ville de Gondär.

Le cas de Bərhane, une femme qui avait 30 ans en janvier 2008 se situe dans une autre configuration migratoire. Au moment de mes enquêtes, elle vivait avec deux de ses trois enfants et son conjoint dans une petite maison de boue et de bois, dans le *qäbälе* 10 de Gondär. La fille aînée de Bərhane, âgée de 14 ans qu'elle a eue de son premier mariage, vivait depuis quelques années dans le village natal de sa mère avec la sœur de celle-ci.

Assise face à moi dans le jardin du North Gondar University Hospital, en tenant son bébé de 7 mois attaché par un *näṭäla* sur son dos, le regard quelque peu absent, en parlant avec la voix très basse, comme la plupart des femmes éthiopiennes, commence son récit :

Bərhane – « Je suis née à Wäynoč Giyorgis à Lay Armaçəho et suis venue vivre à Gondär en 1987[308], quelque temps après la chute du därg ».

À ma question concernant les raisons de son départ de son village natal, elle répond :

Bərhane – « J'ai quitté mon mari après sept ans de mariage parce que je ne voulais plus vivre à la campagne. Je travaillais dur dans la maison. Je transportais l'eau et le bois sur des kilomètres. Un jour, quand mon mari n'était pas là, j'ai pris mon enfant, elle était encore un bébé, et je suis partie pour Gondär ».

[303] Comme Hirut me l'explique au cours de l'entretien, une de ses compagnes de voyage comptait rencontrer dans l'hôpital une femme de ménage de sa connaissance originaire de leur village.

[304] En amharique, l'utilisation du discours direct est préférée à celle du discours indirect.

[305] Hirut se réfère à une de ses compagnes de voyage.

[306] Hirut veut se référer en utilisant cet adverbe de lieu à *Däbarq*.

[307] Hirut est arrivée à Gondär au milieu des années 1980. Au moment de mes enquêtes la rétribution mensuelle pour les domestiques pouvait varier entre 20 birr (0.91 euro) et 50 birr (2.27 euro).

[308] L'Éthiopie suit le calendrier julien. Suivant le calendrier Grégorien la date correspond à 1994-95.

Bərhane a rejoint Gondär après deux jours de marche à pied alors qu'elle ne connaissait personne dans la ville, n'ayant que le nom d'une famille dont lui avait parlé un commerçant qu'elle avait rencontré à Täkäl Dəngay, une petite ville rurale à une vingtaine de kilomètres de Gondär, où Bərhane se rendait habituellement pour vendre des légumes dans le marché.

> **Bərhane –** « J'ai marché jusqu'à Azäzo pendant deux jours en portant mon bébé sur mon dos. Question de l'enquêtrice-" Comment as-tu pu marcher pendant deux jours toute seule ?"
> "En campagne les gens sont bien. Ils donnent à manger et à boire à ceux qui voyagent à pied. J'ai passé la nuit chez une famille. C'est comme ça. Ils ont donné à manger à moi et à mon bébé. "Où vas-tu ?", m'ont-ils demandé avant de me laisser entrer chez eux. "Je vais à Gondär", leur ai-je répondu. Ils m'ont laissé entrer et j'ai passé la nuit chez eux ».

Arrivée à Gondär, elle me raconte avoir cherché une place pour dormir. Elle passera la nuit dans une des maisons en tôle près du Qədame Gäbäya, pour quelques centimes de birr. Après quelques jours de recherche, elle est acceptée dans une famille pour y travailler comme bonne. Bərhane y restera deux ans, logée et nourrie en percevant une rétribution de 10 birr par mois (0.45 euro).

Différents sont les itinéraires de migration qui ont amené Täsfa, Həywot et Təgəst à s'installer à Gondär. Ils se caractérisent en effet par des déplacements intermédiaires vers d'autres villes et, dans le cas de Təgəst, par des allers et retours à son village de naissance.

J'ai rencontré Täsfa et son enfant de trois ans en décembre 2007 dans le jardin du North Gondar University Hospital. Assise devant moi, les yeux rivés sur le sol et d'une voix faible, Täsfa me dit avoir peut-être 25 ans. Comme d'autres femmes que j'ai interviewées, Täsfa ne connaît pas exactement son âge. Il est probable que, selon la coutume éthiopienne, elle se déclare plus jeune qu'elle ne l'est. En 2007, Täsfa habitait le *qäbäle* 2 où elle louait une chambre[309] pour 30 par mois. Lors de notre première rencontre, elle gagnait sa vie en préparant de l'*ənǧǧära* (la galette de *ṭef* base de l'alimentation éthiopienne) pour six familles aisées du *qäbäle* Maraki et en remplissant de façon intermittente différentes tâches ménagères auprès d'autres familles.

Täsfa est née dans un village près d'Addis Zämän, à une soixantaine de kilomètres à sud de Gondär. Elle est arrivée dans cette ville en 2002.

Quand je le lui demande pourquoi elle est venue à Gondär, elle me répond dans un style laconique : « J'étais malade. »

En réalité, Gondär ne constitue qu'une des étapes du parcours de migration de Täsfa. Elle a à peine 13 ou 14 ans quand elle quitte son village natal pour la zone de Mätämma

[309] Il s'agit d'une chambre d'à peu près 5 m2 avec une entrée indépendante dans la cour de la maison du propriétaire.

à l'ouest de Gondär. Fille cadette d'une famille de sept enfants qui sont tous morts d'une maladie contagieuse quand elle avait 8 ou 9 ans, à l'exception d'un seul avec qui elle n'a plus aucun contact, Täsfa est accueillie, à la mort de sa mère, elle aussi frappée par la même maladie, dans une famille du voisinage. Son père, un soldat de l'ancien régime socialiste, avait abandonné sa famille alors qu'elle était trop petite pour s'en souvenir. Täsfa restera dans cette famille d'accueil pendant cinq ou six ans, en effectuant de lourdes tâches ménagères jusqu'au jour où l'une de ses cousines lui propose de partir pour la zone de Mätämma au sud-ouest de Gondär où elle connaissait quelqu'un qui pouvait les faire travailler comme domestiques dans des familles riches.

Elles sont restées dans un petit village de Mätämma trois ans en travaillant auprès de deux familles différentes. Malheureuses en raison des mauvais traitements qu'elles ont subis, elles décident à nouveau de partir. Cette fois, elles passent la frontière et rejoignent le Soudan où Täsfa et sa cousine travaillent comme serveuses dans un *tea-room* d'une petite ville frontalière avec l'Éthiopie. C'est une période de courte durée dont Täsfa se souvient comme d'un moment heureux de sa vie. Elle avait commencé une relation avec l'un des serveurs du bar où elle travaillait, mais cette relation a très vite été interrompue en raison de la manifestation de sa « maladie » et la mort de sa cousine. Suite à la contraction de la malaria, la vie de Täsfa devient une véritable errance. En quête de guérison, dans la nécessité d'une hospitalisation, c'est sur la base de conseils et d'opportunités fugaces qu'elle prend ses décisions et détermine son parcours de migration. Après avoir fait des examens sanguins, Täsfa quitte le Soudan pour se rendre à Täkäl Dəngay, une petite ville rurale, chef-lieu du *wäräda* Lay Armaçəho depuis 1995, pour participer au rite orthodoxe du *ṭäbäl*, censé avoir un pouvoir miraculeux de guérison, mais qui n'aura pourtant aucun effet sur son état.

> **Täsfa –** « J'avais attrapé le paludisme, et quand je suis allée à l'hôpital, le médecin m'a dit qu'il n'y avait rien à faire. J'ai fait des examens sanguins, mais le médecin m'a dit que je ne pouvais pas guérir. Après je suis allée à Täkäl Dəngay ».
> Et à ma question concernant sa décision d'aller à Täkäl Dəngay, elle répond : - « Une de mes amies de Täkäl Dəngay m'a dit que là-bas le *ṭäbäl* est très efficace contre plusieurs maladies. J'étais restée toute seule, j'étais très effrayée. Ma cousine était morte. [...] Comme l'un des frères de mon amie allait à Täkäl Dəngay, je suis partie en voiture avec lui ».
> (Une fois rejoint le site du *ṭäbäl*, Täsfa y restera quelques semaines).
> « Je suis restée à prendre le *ṭäbäl* pendant deux semaines à peu près. J'ai dormi sous des tentes avec d'autres gens qui étaient là pour prendre l'eau bénite. Une nuit, j'ai été très malade et une femme qui était à côté de moi m'a conseillé d'aller à Gondär, chez Mère Thérèse ».

Täsfa rejoindra Gondär en autobus. Elle attendra au moins six heures devant l'entrée de la mission de Mère Thérèse avant qu'une religieuse lui concède l'accès pour y être hospitalisée. Elle restera dans la mission pour onze mois.

Comme Täsfa, Həywot, une femme qui me dit avoir peut-être 25 ans en mars 2009, s'est installée à Gondär en 2005 tout en ayant quitté son village natal bien avant.

Pour notre premier entretien, Həywot m'accueille dans sa maison de boue et bois, près de la rivière Angäräb. Assise sur un petit tabouret, avec son bébé de 9 mois dans ses bras, Həywot me raconte :

> **Həywot –** « J'étais sur mes 13 ans peut-être, et je suis partie pour Bahr Dar. J'avais pensé que si j'étais restée à la campagne je n'aurais pas pu réussir dans ma vie. Ma mère voulait que je lui donne tout ce que je gagnais pendant la journée. C'est comme ça que font les gens de campagne, ils demandent de leur apporter tout ce que tu gagnes pendant une journée de travail. J'en ai parlé avec mon oncle et ma tante et ils m'ont dit qu'il était mieux pour moi d'aller à Bahr Dar. "Tu iras travailler dans une famille que nous connaissons", m'ont-ils dit. Ainsi, je suis partie avec eux ».

Həywot est née à Adet, un village rural dans la zone du Goğğam. Elle est la sœur aînée d'un garçon et de deux filles que sa mère a eu après s'être séparée de son père. Encore enfant, Həywot a travaillé en gardant des nourrissons, en désherbant les champs et en effectuant des tâches ménagères auprès d'autres familles. Attirée par l'opportunité d'aller vivre en ville, elle accepte de partir pour Bahr Dar où sa tante l'introduira dans une famille de sa connaissance pour qu'elle y travaille comme bonne. Elle y restera trois mois[310].

> **Həywot –** « La patronne était enseignante et un jour qu'elle n'était pas à la maison, son mari m'a violée. Je m'en suis échappée en pleurant. Je me suis dirigée vers la gare des autobus. Des gens me voyant pleurer m'ont aidée et une femme qui allait voir sa sœur à Gondär m'a payé le billet pour partir avec elle. "Si tu veux, tu peux travailler comme bonne dans la famille

[310] Le récit de Həywot présente une incongruité temporelle sur laquelle je voudrais attirer l'attention surtout pour la façon dont elle la justifiera au cours de l'entretien. Həywot dit être partie pour Bahr Dar quand elle avait 13 ans à peu près, et y avoir passé trois mois, pour rejoindre ensuite Gondär en 2004. Or, si en 2009 elle dit avoir à peu près 25 ans, elle a rejoint Gondär à l'âge de 20 ans. En lui demandant des explications à cet égard, j'essaie d'évaluer avec elle les possibles alternatives. Həywot insiste en disant qu'elle ne connaît pas son âge : « Həywot : Je ne sais pas, peut-être j'avais 20 ans quand je suis arrivée ici. À la campagne, les gens ne connaissent pas leur âge. Moi, je ne suis pas allée à l'école, je ne sais même pas compter. Je me souviens que quand ma mère a hérité de la parcelle de son père elle m'a dit que j'avais 13 ans. Je suis partie pour Bahr Dar, après ». Afin de justifier cette incongruité temporelle Həywot insiste sur son illettrisme et s'approprie volontairement certains traits stigmatisants attribués aux gens de campagne. En outre elle dit avoir été violée. Parmi les femmes que j'ai interviewées, Həywot n'est pas la seule qui m'a dit avoir subi un viol. Si la référence à cet événement a toujours instauré un moment de silence au cours des entretiens, je n'ai jamais eu la préoccupation d'en approfondir les circonstances. La confession d'avoir été abusée ou violée, m'a toujours conduite à situer cette confession dans les conditions de déroulement de l'entretien. Elle m'a incitée également à approfondir la connaissance des conditions et de l'histoire de vie de l'interviewée. Je considère la confession de Həywot et celle des autres femmes qui m'ont dit avoir été abusées, comme une « réalité narrative ». En m'inspirant de la notion freudienne de « réalité psychique » (Laplanche, Pontalis 1964), j'entends ici, par « réalité narrative » le contenu « manifeste » du récit de la personne interviewée. Même dans le cas où la confession d'un abus ou d'un viol était une construction narrative complètement fictive, la fantaisie qui participe à la narration n'est jamais gratuite ou sans liens avec la réalité sociale dans laquelle le sujet narrant donne sens à son vécu et surtout donne sens et une légitimité à soi-même en narrant son vécu. Dans le cas de femmes travaillant comme domestiques, j'ai essayé d'interpréter cette confession en prenant en compte les conditions de subordination et d'exclusion dans lesquelles elles vivent, ainsi que les abus constants qu'elles subissent tant dans leur vie quotidienne qu'en égard de leur intégrité de sujet ayant droit à des désirs, à des rêves et à une liberté d'action.

de ma sœur. Et si tu es enceinte, tu peux élever ton bébé sans aucun souci", m'a-t-elle dit. Et moi, comme je n'avais plus personne chez qui aller, j'ai accepté ».

Həywot partira ainsi pour Gondär et travaillera comme bonne, auprès de cette famille pendant un an.

Comme Həywot, Təgəst, une femme originaire d'un village près de la petite ville de Dabat, a rejoint Gondär après avoir vécu quelques temps à Dabat. Au moment de son déplacement à Gondär, elle avait 14 ans. Lors de notre première rencontre en mars 2009, Təgəst a 26 ans. Assise dans le jardin du siège de l'association de personnes vivant avec le vih, Fəreḥəywät Maḫbär, le visage souriant et le regard vif, elle me raconte :

Təgəst – « Je n'ai pas de père, ma mère est pauvre. Et j'ai voulu commencer à travailler pour sortir ma mère de la pauvreté. Mais je n'étais pas bien à la campagne, je gardais le troupeau, je portais la paille ; et lorsque j'en ai eu assez de tout cela, je me suis dit que la ville me conviendrait mieux et je suis allée à Gondär ».
Puis, elle précise :
« Et avant d'aller à Gondär, après m'être disputée avec mon beau-père, je suis allée vers une ville nommée Dabat[311] et j'ai travaillé pour quatre . J'étais engagée pour quatre birr par jour. Pendant que je travaillais on m'a demandé d'apporter de l'eau. J'ai pris la cruche, et elle s'est cassée. Après l'avoir cassée, je suis retournée auprès de ma famille, j'ai eu peur que les gens pour lesquels je travaillais me grondent. Arrivée, j'ai vu que l'on travaillait les champs et j'y suis allée. Et ma sœur, qui n'était qu'une petite enfant, c'est moi l'aînée, a commencé à piétiner mon châle. "Pourquoi piétines-tu mon châle ?" lui ai- je demandé. "Tu es une fille de la ville" m'a-t-elle répondu. Cela m'a tellement attristée. Je connaissais la ville et j'y suis allée à nouveau. J'ai travaillé pour quatre birr par jour. Je suis restée un mois. À cette époque, voyager en autobus n'était pas cher. J'ai été engagée pour quatre birr et j'ai travaillé et travaillé, accumulé de l'argent puis j'ai voyagé pour six birr. Après le voyage, quand je suis arrivée à Gondär, je ne pouvais pas faire grand chose. Je savais faire le ménage de la maison, sinon, même couper les oignons, je ne savais pas le faire. Alors que je sortais de chez quelqu'un, je pleurais et une femme musulmane m'a croisée et m'a demandé "Que t'arrive-t-il ?". "Je comptais être engagée chez quelqu'un pour travailler". "Sais-tu laver le linge, faire le ménage de la maison ? On va te montrer. Sais-tu préparer l'*ənǧǧära* ? On te montrera", m'a-t-elle dit. Je me suis dit, je vais apprendre ces travaux, ça me ferait un salaire après tout. Dans la maison où j'ai été engagée, ils me donnaient des vêtements, m'offraient des choses, sans retirer l'argent de mon salaire. Je suis restée dans cette famille deux ans, en faisant ce qu'ils m'apprenaient ».

Afin de comprendre pourquoi Təgəst a ainsi réagi face au comportement de sa sœur et à ce que celle-ci lui a dit, je lui demande de m'expliquer ce que signifie pour elle être considérée comme une fille de la ville.

Təgəst – « Une fille de la ville ça veut dire, et bien, les gens de la campagne ne lavent pas leurs vêtements souvent, n'est-ce pas ? Lorsque la cruche s'est cassée, j'ai utilisé l'eau pour laver mon châle. Mais lorsqu'ils m'ont dit "Comment une personne de la ville peut venir ici et travailler la terre ?", cela m'a blessée quelque part. Je me suis énervée. Par ailleurs, je me suis

[311] Comme Təgəst, elle-même, me le dira, Dabat est à deux heures de marche à pied de son village natal.

disputée avec mon beau-père. Je suis gardienne du troupeau et cet homme ne voulait pas me donner en mariage car il se disait, qui gardera le troupeau sinon ? Il n'a pas de fils, ce n'est que dernièrement qu'il a un jeune garçon, sinon c'est moi la responsable du troupeau. Je porte le foin, je coupe l'herbe et j'ai vu tout le contraire de ça, j'ai vu la ville et cela m'a fait du mal. Même maintenant nous nous disputons toujours. Mais maintenant, on ne me donnerait aucun terrain. S'ils étaient ici maintenant, on se disputerait à propos du terrain, chaque année on se dispute ».

Dans cette réponse, Təgəst oppose la ville à la campagne avec toute l'ambivalence des sentiments qui la lient à ces deux réalités qui se révèlent pour elle comme finalement inconciliables. En effet, après son retour en famille suite à l'accident de la cruche d'eau, Təgəst a poursuivi son parcours de migration entre Gondär et la région d'Humära, sans jamais retourner dans son village natal. Après avoir travaillé comme domestique deux ans auprès de la famille musulmane de Gondär, Təgəst commencera à travailler au sein d'une famille chrétienne orthodoxe[312]. Elle y restera moins d'un an et partira ensuite pour la région d'Humära où elle comptait être mieux rémunérée. Ce n'est que quelques mois après s'être installée dans cette région, alors qu'elle travaillait comme femme de ménage dans un hôtel, que Təgəst s'est mariée avec un ex-soldat de 35 ans. Elle avait à peu près 18 ans. Ils ont vécu un an dans la région d'Humära, pour déménager à Gondär suite aux conditions de santé de Təgəst.

Təgəst – « Après environ un an, j'ai attrapé la malaria. Même pas un an. J'ai attrapé la malaria, lorsque l'on m'a diagnostiquée, ils m'ont dit que c'était la malaria, la fièvre jaune. Nous sommes venus à Gondär. Nous avons vendu quelques affaires et emmené une partie, je suis entrée à Mère Thérèse car j'étais malade. Je maigrissais, je perdais mes cheveux, mais après quelques mois j'ai commencé à me porter mieux et là on m'a donné des tâches de nettoyage. Mon mari venait chaque dimanche, jour où c'est autorisé, et il prenait de mes nouvelles. Puis, il est tombé malade, une sorte de liquide coulait de son nez, comme du sang et il est mort. Il est enterré là-bas chez Mère Thérèse. Moi, j'y suis restée huit mois ».

Entre 2002, année de son hospitalisation dans la mission Mère Thérèse, et 2010, Təgəst n'a quitté Gondär qu'une seule fois. Après la mort de son conjoint, Təgəst a rejoint sa famille, mais après un séjour d'à peu près une semaine, elle reviendra à Gondär avec l'intention de s'y installer définitivement.

Comme Təgəst et Täsfa, Lara aussi s'est installée à Gondär plusieurs années après avoir quitté son village natal. Ma première rencontre avec elle a eu lieu en janvier 2008, dans le jardin du North Gondar University Hospital où elle se rendait périodiquement tant pour le suivi de sa thérapie antirétrovirale que pour participer à des séances d'éducation

[312] Comme d'autres femmes que j'ai interviewées, Təgəst a finalement préféré travailler auprès d'une famille de sa même religion. Ainsi qu'il en est ressorti des entretiens, cette préférence est surtout déterminée par une prescription religieuse d'ordre alimentaire. Les chrétiens orthodoxes et les musulmans utilisent des rituels différents pour tuer les animaux d'où l'interdiction pour les uns et les autres de manger la même viande.

à la santé de la reproduction et de planification familiale dans le cadre du programme *Counsellor Mother to Mother*.

Lors de notre premier entretien, Lara me dit avoir vingt-cinq ans. Elle est née à la campagne près de Bahr Dar Zuria, l'un des *wäräda* du Bahr Dar Zone au Sud de Gondär où sa mère[313] est propriétaire d'une parcelle. Elle a un frère et dix sœurs. Une sœur cadette l'avait rejointe à l'âge de 14 ans, en avril 2008, pour l'aider et pour continuer son instruction à Gondär. Les autres étaient tous mariés et vivaient dans la campagne environnant Bahr Dar Zuria.

> **Lara –** « Je suis la seule qui a quitté la famille pour aller vivre en ville. Mes autres sœurs et frères se sont tous mariés, sauf ma sœur cadette, et ils vivent dans les alentours de la parcelle de ma mère ».

Plus loin, dans l'entretien elle raconte qu'après avoir passé quelques mois auprès de sa tante en l'aidant dans son activité de commerçante, elle avait commencé à travailler comme servante dans une famille assez riche où elle n'était restée que quelques mois ; elle s'en échapperait suite au harcèlement sexuel de l'un des amis du propriétaire de la maison. Puis elle fut embauchée sans contrat comme serveuse dans un bar. Elle y resta six ans. La proposition de mariage de l'un des clients du bar, qu'elle avait acceptée sans savoir qu'il était déjà marié, fut une grande déception qui l'amena à quitter cet emploi pour commencer à travailler comme domestique dans une autre famille. Elle n'y resta que très peu de temps à cause, cette fois-ci, du harcèlement sexuel du maître de la maison. Elle commença alors à travailler dans un hôtel où elle est restée deux ans, jusqu'au jour où elle développa une tuberculose.

Pendant tout ce temps Lara a gardé le contact avec sa mère :

> **Lara -** « Quand je vivais à Bahr Dar, ma mère est toujours venue me voir. Elle venait de temps en temps, surtout à la fin des récoltes. Elle m'amenait de l'*ənǧǧära*, de la farine, des patates, des œufs. Comme pendant la nuit je n'étais jamais à la maison, elle a compris très vite que je travaillais dans un hôtel. Quand elle m'a demandé pourquoi je n'étais pas mariée et je travaillais la nuit dans un hôtel, je lui ai répondu que c'était parce qu'elle ne m'avait pas envoyée à l'école. Dans les villes les hommes ne veulent pas se marier avec une femme illettrée ».

En 2002/2003, Lara a été hospitalisée à l'hôpital de Bahr Dar pendant six mois.

> **Lara –** « En 1995[314] j'ai été très malade. J'avais attrapé la tuberculose et les gens pensaient que j'allais mourir. J'ai été hospitalisée six mois à l'hôpital, à Bahr Dar. J'étais paralysée. Ma mère qui est venue à Bahr Dar m'a amenée à l'hôpital. Les médicaments contre la tuberculose n'ont pas été efficaces et un médecin m'a conseillé de faire le test de dépistage du VIH. C'est

[313] Les parents de Lara ont divorcé quand elle avait à peu près quatorze ans.

[314] Date rapportée par Lara selon le calendrier Julien.

là que j'ai découvert que j'étais séropositive au VIH. Alors, j'ai pris d'autres médicaments qui ont été efficaces et quelques mois après j'ai quitté l'hôpital ».

Ainsi, guérie de la tuberculose et sous thérapie antirétrovirale, Lara retourna chez sa mère, mais dans son village natal, reprendre une vie normale se révéla impossible.

Lara – « Comme c'est là que je suis née, les gens me connaissaient très bien et quand je sortais tout le monde me regardait, je me sentais très observée, car j'étais devenue maigre et j'avais perdu mes cheveux. Plusieurs personnes avaient l'habitude de me demander le pourquoi de tout ça ; pourquoi j'avais tellement changé. Je leur disais que c'était à cause de la tuberculose, mais comme j'avais tout raconté à l'une de mes amies, les autres aussi étaient au courant que j'étais séropositive. Je n'ai pas pu supporter cette situation. Les gens me regardaient et personne ne croyait que j'aurais pu continuer à vivre. Ils me disaient juste "nts![315]". Tout cela m'irritait vraiment beaucoup ».

Encouragée par sa mère, Lara se rendit alors à Bahr Dar pour s'adresser à l'une des ONG dont le médecin de l'hôpital leur avait parlé, afin d'obtenir des aides et démarrer éventuellement un petit commerce dans la ville. Toutefois Lara ne trouva pas la force de travailler, de recommencer sa vie.

Lara – « Je n'arrivais pas à essayer n'importe quel boulot pour gagner quelques sous, je ne pouvais pas me convaincre de vivre avec le *vayräs*. J'avais été malade de tuberculose pendant six mois et je me sentais vraiment très faible. En plus j'avais changé beaucoup et je ne pouvais pas accepter la maladie ».

Conseillée par une opératrice étrangère de l'ONG de Bahr Dar, Lara partit pour la Mission de Mère Térésa à Gondär. Lara y resta trois mois en effectuant différentes tâches domestiques en échange du vivre et du couvert.

IV.11 La relation subjective au VIH : une adaptation sans « rupture »

Au travers de ces six expériences biographiques que j'ai commencé à analyser, l'infection au VIH s'est manifestée et a conditionné l'évolution des migrations de façon singulière. Täsfa et Təgəst se sont orientées vers la ville de Gondär, à cause de leur état de santé. Hirut, Bərhane et Həywot seront confrontées à leur statut de séropositivité au VIH alors qu'elles résident déjà à Gondär.

Au cours de l'un de nos entretiens, Hirut, qui a fait le test de dépistage du VIH en 2007 quand elle était enceinte de huit mois, me raconte :

Hirut – « Quand je suis tombée enceinte la dernière fois, je prenais la pilule et je ne m'étais même pas aperçue d'être enceinte. Je suis allée à l'hôpital parce que je n'allais pas bien. J'avais la fièvre et je commençais à avoir aussi la diarrhée. J'ai fait les examens du sang et j'ai

[315] Il s'agit d'une onomatopée culturellement codifiée qui signifie qu'il n'y a rien à faire, qu'il n'y a aucun espoir. En contraste avec l'expression, *haizoh/haizosh/haizačču*h, qui souhaite la réussite face aux difficultés ou bien qui conjure le mal, *nts* est perçue de façon très négative et offensante.

découvert que j'étais enceinte. Sister Sosənna[316] m'a dit de faire le test de dépistage du VIH[317]. "Ne sois pas effrayée, ce n'est rien, car il y a les médicaments", m'a-t-elle dit. Voilà j'ai fait le test et après on m'a dit que j'étais séropositive. J'ai beaucoup pleuré ».

Trois mois après la naissance de son bébé, et sur les conseils de l'infirmière, Hirut amènera ses trois enfants à l'hôpital pour qu'ils fassent le test de dépistage du vih. À l'exception de son fils aîné, ses autres enfants sont séropositifs.

Hirut – « Quand j'ai su que mes enfants étaient séropositifs, j'ai beaucoup pleuré. Puis *sister* Sosənna m'a donné les certificats. "Il y a une association de malades. Si tu y vas, tu peux avoir des aides pour élever tes enfants", m'a-t-elle dit ».

Hirut est devenue membre de Fəreḥəywät Maŋbär, l'une des trois associations de personnes vivant avec le vih de la ville de Gondär. Comme on le verra aussi dans les autres cas étudiés l'adhésion à l'association a contribué de façon décisive à insérer ces femmes dans de nouveaux espaces de socialité.

Concernant Hirut, il faut tout d'abord remarquer que dans le cadre du récit qu'elle me fait de sa vie depuis son arrivée à Gondär jusqu'à sa dernière grossesse, son statut de séropositivité au vih et celui de ses enfants apparaissent comme des événements parmi d'autres au cœur d'une existence se caractérisant par une situation à la fois d'insécurité et d'ouverture constante vers la recherche d'autres possibilités.

Hirut : Après que j'ai travaillé comme domestique dans cette famille où on me donnait juste quatre birr par mois, j'en ai trouvé une autre où j'étais mieux payée. J'ai pu mettre de l'argent de côté, louer une maison et commencer à travailler toute seule en préparant et en vendant du pain et de la *ṭälla*. Après quoi je me suis mariée. Nous avons vécu ensemble peut-être quatre ou six ans, mais je ne tombais pas enceinte et nous nous sommes séparés. Je me suis mariée à nouveau avec un commerçant très riche et j'ai eu mon premier enfant. Trois ans plus tard, je suis tombée enceinte à nouveau. Mais mon enfant est tombée malade et elle est morte. Mon mari m'a alors quittée et il n'est plus revenu. Après son départ, j'ai dû faire face à beaucoup de problèmes. J'étais sans argent, et je n'avais personne, toute seule et j'ai dû élever mon enfant. J'ai recommencé à vendre la *ṭälla* à la maison et après, j'ai rencontré un autre homme. Je suis tombée enceinte, mais j'ai perdu le bébé. Je suis tombée enceinte à nouveau et cet enfant aussi, il est mort. Après j'ai eu deux enfants, mais quand je suis tombée enceinte la dernière fois, j'étais très malade. J'ai été hospitalisée pour un mois. J'ai fait le test de dépistage du vih, et après j'ai accouché.

En parlant au cours de l'entretien sans jamais s'arrêter ou se laisser prendre par la moindre émotion perceptible, Hirut a situé la séquence des mariages, grossesses, naissances, séparations et pertes d'enfants comme s'il s'agissait d'événements faisant partie d'une suite de répétitions compulsives. La prise de connaissance de son état de séropositivité est présentée comme un épisode se situant entre une hospitalisation et un

[316] Hirut se réfère à l'infirmière du service de PTME.

[317] L'expression utilisée en amharique est *« mämmärmär »*, qui signifie « être examiné ».

accouchement. Les conversations informelles que j'ai eues avec Hirut et les observations de sa vie de tous les jours ont fait ressortir son adaptation progressive à la maladie. Affligée à cause de son état de santé, malheureuse pour ses trois enfants qui étaient touchés par le vih, de plus en plus faible en raison de la maladie, Hirut regrettait surtout de ne plus être en mesure de travailler autant qu'il aurait fallu pour subvenir aux besoins de sa famille. Lors d'un entretien elle me raconte :

> **Hirut :** Certains de mes voisins eux aussi, ils sont séropositifs. Il y a quelques années, ils ont fait des témoignages au domicile d'autres voisins qui étaient malades et ils leur ont conseillé de faire le test de dépistage du VIH. Mais pour eux, c'est différent. Ils ne sont pas aussi pauvres que moi. Ils sont très gentils avec moi. Moi aussi j'ai dit à mes voisins que j'ai le VIH.

La préoccupation légitime d'Hirut de pouvoir subvenir aux besoins de sa famille situe sa maladie et celle de ses enfants dans un horizon de sens spécifique à leurs conditions de vie. Membre de Fəreḥəywät Maḫbär, Hirut et ses quatre fils bénéficient aussi d'aides et de supports provenant d'autres programmes de prise en charge. Dans l'extrait d'entretien rapporté, sa condition de malade confrontée à celle de ses voisins n'apparaît différente qu'à cause de sa condition de pauvreté. Celle-ci est perçue comme l'obstacle majeur à la réalisation de ses projets et représente encore à ses yeux l'échec de sa migration vers Gondär.

Lors d'une de mes visites, pendant qu'on discutait des façons de s'habiller qu'ont les étrangères provenant des pays occidentaux — les *färänği*, comme on les appelle en amharique —, Hirut en attirant mon attention sur sa robe, évoque à nouveau ses origines rurales et ses rêves d'un avenir différent.

> **Hirut :** Depuis que je suis venue ici, je suis restée toujours pauvre, mais je veux que ma condition change. Je veux que ce soit différent pour mes enfants, pour mon fils aîné. Il doit aussi s'occuper de ses frères quand je ne serai plus là [318].

Lors de nos entretiens à ma question sur ce qu'elle souhaitait pour son avenir, elle répond : « Je veux travailler très dur et élever mes enfants. »

Pleinement intégré dans l'ensemble mouvant de contraintes et d'opportunités de sa vie ordinaire, le vih conditionne la relation d'Hirut à sa situation actuelle et à son avenir ainsi qu'à celui de ses fils dans la mesure où il accentue la nécessité de sortir d'une situation d'insécurité matérielle préexistante.

Comme Hirut, Bərhane a fait le test de dépistage au cours de sa dernière grossesse. Après un avortement et la perte d'un bébé d'à peine un mois, en 2007 Bərhane a eu son troisième et dernier enfant.

[318] Notes de carnet.

Bərhane : J'étais enceinte et quand je suis allée à l'hôpital, l'infirmière m'a conseillé de faire le test de dépistage du vih. Je l'ai fait, mais quand j'ai connu le résultat, je n'ai pas pu accepter le fait d'être malade. Je ne suis plus revenue à l'hôpital et j'ai accouché chez moi. Pendant un an j'ai été bien, mais après je suis tombée malade. J'avais la toux et je maigrissais. Je suis revenue à l'hôpital et on m'a donné des médicaments à prendre.

J'ai découvert par la suite, lors de mon terrain ethnographique en 2010, que l'enfant cadette de Bərhane qui avait, en 2010, presque 3 ans, était, elle aussi, séropositive. Je menais des enquêtes auprès de l'association de personnes vivant avec le vih, Fəreḥəywät Maḫbär, et un jour j'y ai rencontré Bərhane et son deuxième enfant de 6 ans. Bərhane était devenue membre de l'association en décembre 2009. Ainsi qu'elle me le dit lors d'un nouvel entretien, elle avait pris cette décision surtout pour pouvoir assurer un avenir à ses enfants et, plus particulièrement, pour Almaz, sa fille cadette qui était malade. Lors de mes premiers terrains, Bərhane s'était montrée toujours très réticente à l'idée de rendre public son état de séropositivité au vih. Elle n'avait jamais fait allusion aux conditions de santé d'Almaz. Elle craignait de perdre la possibilité de travailler de façon intermittente auprès d'un certain nombre de familles pour lesquelles elle blanchissait le linge, préparait l'*ənǧǧära* et accomplissait d'autres tâches ménagères. Informée de la possibilité de pouvoir obtenir des aides et des petits prêts pour démarrer d'autres activités lucratives, Bərhane avait finalement adhéré à Fəreḥəywät Maḫbär. En octobre 2010, elle a bénéficié de la participation à un projet de production agricole de l'association et d'un microcrédit de 700 birr (31.81 euro) grâce auxquels elle a pu démarrer un petit commerce de légumes et d'œufs à domicile. Son enfant de six ans bénéficiait d'un soutien spécifique pour sa scolarisation. Il consistait dans la fourniture de cahiers, de stylos et de l'uniforme ainsi que d'un suivi socio-sanitaire effectué par des dispensateurs de soins à domicile, volontaires dans l'un des nombreux programmes de prise en charge des personnes atteintes par le VIH. En outre, la fréquentation du milieu associatif semblait la rassurer dans son entreprise d'insertion sociale. Sa décision de devenir membre de Fəreḥəywät Maḫbär a été essentiellement déterminée par les opportunités d'accéder à des formes de solidarité et d'insertion sociale que l'association offre. Cette décision a également impliqué de rendre public son état de séropositivité au vih. Cependant, en socialisant sa condition de malade avec d'autres femmes séropositives qui font face aux mêmes difficultés, Bərhane ne considère plus le vih comme un attribut stigmatisant. Au contraire, la maladie est devenue pour elle une opportunité lui permettant d'échapper au travail servile et de construire par là une identité sociale alternative à celle normalement assignée à sa condition de femme pauvre et d'origine rurale.

Comme Həywot, Hirut et Bərhane, Täsfa est, elle aussi, membre de Fəreḥəywät Maḫbär. Elle a une seule enfant qui est née en 2004 alors qu'elle se savait déjà atteinte

par le vih. Elle a rencontré le père de son enfant au sein de l'association de personnes vivant avec le vih.

Täsfa a fait le test de dépistage du vih entre 2003 et 2004, c'est-à-dire un an après son hospitalisation dans la mission catholique car, pendant cette hospitalisation, le test du vih ne lui a jamais été conseillé. En fait, elle fera le dépistage lors de la survenue d'une autre maladie opportuniste[319]. Parallèlement à la découverte de son état séropositif au vih, Täsfa perd son travail. Le patron de la boucherie où elle a commencé à travailler sans contrat quelques mois après sa sortie de la Mission Mère Thérèse, a pris la décision de la licencier après avoir appris qu'elle était séropositive. Ce fut un moment assez difficile qu'elle raconte ainsi :

> **Täsfa :** Ce fut un moment très difficile pour moi. J'ai eu aussi des problèmes avec mes voisins. Ils me pointaient du doigt et je les entendais dire "aids, aids, aids"[320]. Ils ne me permettaient pas d'utiliser les toilettes en commun. Ils n'avaient aucune connaissance du *vayräs*[321]. Seulement une de mes voisines connaissait la maladie et elle m'a aidée à informer les autres.

Dans une situation d'exclusion, à la recherche d'un travail, Täsfa me raconte avoir été informée par un infirmier du North Gondar University Hospital de l'existence de Fəreḥəywät Maḫbär et de la possibilité d'obtenir par ce biais différents types de supports économiques. Elle en devient membre et c'est là que commence une nouvelle phase de sa vie. J'ai rencontré Täsfa lorsqu'elle faisait déjà partie de l'association Fəreḥəywät Maḫbär. À ce moment-là, sa séropositivité au vih ne représentait plus un problème majeur.

> **Täsfa :** Maintenant je vais bien. Grâce aux médicaments je me sens très en forme.

Maladie qui peut rester longtemps invisible et silencieuse grâce à la thérapie antirétrovirale, la séropositivité au vih de Täsfa se présente comme une « condition de vie » inscrite tant dans une histoire de précarité économique et existentielle que dans un processus progressif d'intégration dans la ville de Gondär qu'elle partage avec d'autres femmes de l'association.

C'est seulement depuis mai 2009 que Täsfa travaille comme commerçante au détail dans un petit magasin qu'elle avait obtenu deux ans auparavant, en tant que femme au

[319] « Täsfa : J'ai fait le dépistage en 1996 (2003-2004 calendrier grégorien), un an après que j'étais sortie de la Mission Mère Thérèse. [...] J'étais tombée malade à nouveau. Il y avait des araignées dans mes urines et j'avais aussi des plaies sur mes lèvres. Voilà pourquoi je suis allée à l'hôpital, j'ai fait le dépistage et j'ai commencé à prendre les médicaments » (extrait d'un entretien).

[320] Comme il ressort d'autres entretiens, parmi les plusieurs dénominations de la maladie, la transposition phonétique en amharique de l'anglais AIDS est utilisée comme une insulte envers les personnes atteintes.

[321] Pour rappel, *vayräs* est la transposition phonétique du mot anglais *« virus »*, par lequel on désigne, en amharique, le vih.

chômage, de la part de l'office de microcrédit de son *qäbäle* de résidence. D'ailleurs, elle a pu démarrer cette activité grâce à un don de 1 500 birr (68.18 euro) qu'elle a obtenu de la Croix Rouge en tant que membre de Fəreḥəywät Maḫbär.

Quand je lui ai demandé, lors de notre dernière rencontre, comment elle imaginait son avenir, elle m'a répondu en me disant que sa « vie était bien finalement », qu'elle se sentait une « personne comme toutes les autres ».

Dans sa réponse Täsfa a imaginé son avenir à partir de son présent de femme ordinaire. Mis en relation avec son passé récent, quand Täsfa gagnait sa vie grâce à des emplois précaires et mal rémunérés, relié à sa condition de femme originaire de la campagne avec très peu de chances d'améliorer sa position sociale, le présent auquel elle se réfère est comme « l'avenir de son passé », ce qu'elle ressentait peut-être lors de notre rencontre en 2010 comme le possible rachat de sa condition, ou encore comme la réalisation progressive d'une aspiration à un changement qui a été le mobile essentiel de sa migration.

En 2010, lors de mon dernier terrain, Həywot se trouvait dans une situation qui se présentait comme une évolution positive de sa condition. Elle a fait le test de dépistage en 2006.

> **Həywot :** J'étais malade. Je maigrissais et je perdais mes cheveux. Je me suis décidée à aller à l'hôpital. L'infirmière m'a conseillé de faire le test de dépistage du vih. J'ai fait les examens du sang et ils m'ont dit de venir le jour d'après. J'ai attendu deux heures avec d'autres gens avant de connaître les résultats de mes examens. Puis, ils m'ont appelée et je suis entrée dans une chambre. Le médecin m'a demandé ce que je pensais faire si j'étais séropositive. "Si je suis séropositive et je trouve un compagnon je ne veux pas lui transmettre la maladie", lui-ai-je dit. Puis, ils m'ont demandé si j'avais quelqu'un proche de moi auquel je pouvais faire confiance. "Je partage la maison avec une copine, mais elle travaille et elle ne peut pas m'accompagner", lui-ai-je dit. Ils étaient effrayés de me dire que j'étais malade. Quand ils me l'ont dit, ce fut un choc pour moi. Je voulais faire encore tellement de choses dans ma vie. Puis je leur ai demandé s'il y avait des organisations qui pouvaient m'aider. Ils m'ont dit qu'il y avait une association de malades. Ils m'ont donné le certificat médical et un autre papier et je suis allée vers Fəreḥəywät Maḫbär.

Devenue membre de Fəreḥəywät Maḫbär à l'époque où elle avait quitté son emploi de domestique pour travailler dans la construction du bâtiment[322], Həywot avait immédiatement obtenu un microcrédit de 1 000 birr (45.45 euro), qui lui avait permis de subvenir à ses besoins et de démarrer par la suite une petite activité de commerce d'œufs et de légumes. Dans l'association, Həywot rencontre Fəqadu, un ancien soldat avec qui, en 2007, elle a eu un enfant. Lors de mes enquêtes, Fəqadu travaillait comme

[322] Comme les autres cas étudiés ici, et comme d'autres femmes que j'ai interviewées, Həywot a préféré quitter la famille auprès de laquelle elle travaillait comme domestique pour être plus indépendante et avoir un salaire meilleur. Elle a été engagée comme aide-maçon pour une paie journalière de 10 birr. Au cours des enquêtes ethnographiques, j'ai pu observer qu'un grand nombre de femmes travaillent dans la construction du bâtiment.

garde de sécurité la nuit pour le *qäbäle* de leur résidence et, en même temps, il participait comme ouvrier à un projet de production de pavés. Pour Fəqadu, qui n'avait pas pu avoir d'enfants de son premier mariage, et pour Həywot, qui reconnaissait à son statut de femme au foyer une valeur sociale de première importance, leur enfant et leur vie de couple représentaient une des réalisations majeures de leurs attentes. Néanmoins, comme je l'ai découvert lors d'une de mes visites à la maison, la famille de Fəqadu et, plus particulièrement, son père, le seul qui venait leur rendre régulièrement visite après la naissance de Wärqu, n'étaient pas au courant qu'ils étaient séropositifs.

Fəqadu ne voyait pas l'utilité d'en informer sa famille, et Həywot était d'accord avec lui. Comme elle me le dira plus tard, si le père de Fəqadu était content qu'elle ait pu donner un enfant à son fils, elle savait qu'il ne l'appréciait pas. Le départ de sa famille paternelle quand elle était encore très jeune, le fait qu'elle ne gardait plus aucun contact avec celle-ci étaient perçus comme une tare. Retrouver sa mère, alors qu'elle ne l'avait plus revue depuis son départ vers Bahr Dar quand elle avait peut-être 13 ans, était devenu pour Həywot un véritable souci. En fait, son désir — certes lourd de sens — de renouer avec sa mère, les rapports tendus avec son beau-père, le choix partagé avec son mari de cacher leur maladie à ce dernier, bien qu'étant membres de Fəreḥəywät Maḫbär, tous ces éléments font ressortir la complexité et l'ambivalence de ses attentes, l'ambiguïté dans laquelle elle vivait cette nouvelle période de sa vie. Mode de vie rural et mode de vie urbain, expériences du passé et situations du présent s'imbriquent ainsi à partir de ces nouveaux espaces sociaux dans lesquels Həywot et Fəqadu évoluent. Ils y vivent dans un contraste permanent de valeurs, de modes de penser et de se penser, d'être jugés et de se juger, qu'ils essayent néanmoins de concilier.

Lara s'est installée dans la ville de Gondär suite à son hospitalisation dans la mission Mère Thérèse. Grâce à la vente de l'huile, de la farine et du riz que les religieuses lui donnaient de temps en temps lors de la distribution mensuelle aux pauvres les plus démunis de la ville, Lara put mettre de l'argent de côté et décida avec une autre femme qui était hospitalisée dans la mission de louer une maison et de trouver un petit travail. Elles commencèrent à vendre des légumes dans la zone du marché d'Aräda mais dans la vie quotidienne Lara devait encore faire face à des formes de stigmatisation et de discrimination de la part du propriétaire de la maison. Informée de l'existence de *Fəreḥəywät Maḫbär* par d'autres femmes séropositives qu'elle avait connues dans la mission de Mère Térésa, Lara en devint membre.

> **Lara -** C'est là que j'ai pu accepter ma condition, car je ne me sentais plus seule, la seule qui vivait avec cette maladie.

C’est dans l’association que Lara a rencontré Kebede avec qui elle a eu son premier enfant ; c'est dans l'association qu’elle a commencé à construire ses relations sociales au sein d'un espace qui apparaît comme à l’avant-garde de la vie citadine de Gondär, l’espace transnational de la lutte contre le VIH/sida. Proche de ce Gondär d'ONG et d'étrangers américains et européens que d’autres regardent avec méfiance, voire mépris, elle en est aussi distante à cause de son impossibilité de lire et écrire.

Depuis octobre 2008, Lara vivait dans le qäbäle de Gondär où elle avait déménagé avec son conjoint, Kebede, et leur enfant d’un an, pour que son mari soit plus proche du siège de *Fəreḥəywät Maḫbär*, dont il était le président. Comme je le découvrirai par la suite, ce déménagement, dans un voisinage où habitaient des enseignants et des employés dans la fonction publique, avait aussi la valeur d’une ascension sociale qui rencontrait cependant des résistances. Lara était contente d’habiter dans une maison plus grande, qu’ils avaient pu mieux meubler[323], mais les rapports avec ses voisines[324] étaient difficiles. Celles-ci s’opposaient à ce qu’elle utilise les ustensiles qu’elles avaient en commun pour préparer l’*ənǧǧära*. Lara avait remarqué qu’elles lavaient à nouveau tous les ustensiles une fois qu’elle les avait utilisés. Ses voisines n’entraient jamais dans sa maison et ne voulaient pas que Worku, l’enfant de Lara, entre dans la leur. C’est bien sûr parce que les voisins savaient qu’elle et son mari sont séropositifs qu’ils se comportaient de telle façon, me confie Lara. Néanmoins, cela ne semblait pas constituer pour elle un véritable problème. Comme j'ai pu l'observer, Lara vivait cette situation d'avantage comme un défi face à son choix de vivre sa maladie ouvertement, que comme une source de souffrance. Elle m'a raconté que même si ses voisines savaient déjà à cause du *travail*[325] de son mari qu’ils sont séropositifs, elle avait voulu en parler directement à chacune d’entre elles. Lara me dit lors d'un de nos entretiens :

> **Lara -** Comme je l'ai fait déjà plusieurs fois à l'église et dans les écoles, je les ai informées que ce n’est plus comme dans le passé, quand les gens mouraient de cette maladie, maintenant grâce aux médicaments on peut vivre normalement.

[323] Lors de ma première visite dans sa nouvelle maison, Lara me montre avec fierté les quatre petits fauteuils qu’elle et Kebede ont pu y placer, car, comme elle tient à le souligner, - *dans cette maison il y a plus de place*. Il s’agit d’une maison modeste de 10 mètres carrés environ, avec un placard en terre battue et une fenêtre. Un rideau sépare le lit du reste de la maison où les derniers posters de la campagne de lutte contre le VIH/sida sont accrochés à côté d’images sacrées. Les toilettes sont en commun avec les voisins et dans la cour il y a une fontaine où puiser l'eau. Lara et son mari payent 100 birr (4.54 euro) de loyer par mois. Selon Lara, c’est parce qu’ils sont séropositifs que le propriétaire de la maison a augmenté le loyer, cela très probablement pour les inciter à quitter la maison.

[324] Le voisinage constitue le contexte traditionnel, toujours très important, de la sociabilité féminine.

[325] Lara a toujours qualifié les activités à la charge de Kebede comme président de *Fəreḥəywät Maḫbär* dans les termes d'un travail. J'ai découvert par la suite que Kebede était rémunéré de façon plus ou moins régulière pour cette activité, mais je n'ai jamais eu connaissance du montant de cette rémunération.

On pourrait dire que la relation subjective de Lara à « l'identité sociale virtuelle » (Goffman, 1975) qui lui est attribuée par ses voisins n'était pas une acceptation passive faisant d'elle une victime. Les médicaments, la possibilité de vivre avec le VIH, lui faisaient accepter cette maladie auparavant fatale. Par ailleurs son engagement en tant que membre de l'association et son expérience de témoignages publics sur son état de séropositivité au VIH, semblaient la placer face à ses voisines autrement que dans une condition d'infériorité. Lara a réagi à leur façon de discréditer son statut social de femme au foyer avec un enfant en reproduisant à leur égard la situation du témoignage public. En les traitant comme des ignorantes qu'elle était tenue d'éduquer et d'informer, selon son engagement dans la lutte contre l'épidémie, Lara a renversé le stigmate en faisant de la séropositivité une caractéristique de son identité sociale. D'ailleurs, sa vie sociale se déroulait loin de son voisinage. Ses amies étaient les membres de *Fəreḥəywät Maḫbär*, certaines des opératrices des ONG et les étrangères que, par cet intermédiaire, elle arrivait à connaître et à fréquenter. Son mari, lui aussi, a construit un nœud de relations importantes avec les opérateurs des ONG, avec les médecins de l'hôpital et avec les membres d'HAPCO (HIV/AIDS Prevention Control Office), relations dont il était très fier. En outre, en juillet de l'année d'avant Kebede, président de *Fəreḥəywät Maḫbär* depuis quatre ans, était devenu coordinateur des associations de personnes vivant avec le VIH du North Gondar Zone et, ainsi qu'il me l'a dit lors d'un entretien en avril 2009, il avait le projet de transformer *Fəreḥəywät Maḫbär* en ONG.

Lara, en revanche, était toujours sans travail. Elle s'occupait de l'enfant et de la maison. Comme un certain nombre de femmes au chômage, elle venait d'obtenir du *qäbäle* un petit magasin en tôle pour démarrer un commerce. Elle avait préféré le louer car, comme elle l'a expliqué lors d'une de mes visites à la maison :

> **Lara -** « Je ne peux pas travailler. Je suis illettrée. Je ne sais pas écrire mon nom, je ne sais pas faire les quatre opérations. Comment pourrais-je gérer un magasin ? »

Or, si cette impossibilité de lire et d'écrire se révélait pour Lara très frustrante, voire stigmatisante [326], elle ne constituait pas pour autant un véritable obstacle à son insertion sociale. Cette dernière s'est de fait réalisée grâce à son union conjugale avec Kebede, aux compétences acquises et aux relations qu'elle a pu construire au sein d'un espace qui apparaît comme à l'avant-garde de la vie citadine de Gondär, l'espace transnational de la lutte contre le VIH/sida. Proche de ce Gondär d'ONG et d'étrangers américains et européens que d'autres regardent avec méfiance, voire mépris, Lara en est aussi distante à cause de son incapacité à lire et à écrire.

[326] L'illettrisme est un véritable stigmate pour les femmes provenant de la campagne.

Comme Həywot et Lara, Təgəst a rencontré le père de son enfant dans l'association de personnes vivant avec le vih. Təgəst a fait le test de dépistage du vih entre 2003 et 2004, alors qu'elle accompagnait à l'hôpital une patiente de la mission Mère Thérèse où, après sa première hospitalisation et la perte de son conjoint, elle avait commencé à travailler en accomplissant différentes tâches ménagères.

> **Təgəst :** « Dans la mission Mère Thérèse, j'avais entendu dire qu'il y avait les médicaments. Quand j'ai accompagné cette femme à l'hôpital pour qu'elle fasse les examens du sang, j'ai voulu parler avec l'infirmière. Et "je veux faire, moi aussi, les examens du sang", je lui ai dit. J'allais bien, mais je me sentais faible et j'étais toujours très mince. "C'est très bien", m'a t-elle dit. Nous avons fait les examens du sang et nous avions le *vayräs*. J'ai commencé à prendre les médicaments il y a deux ans ».

Quelques mois après, informée par un patient de la mission Mère Thérèse de la possibilité d'avoir des aides matérielles en devenant membre de Fəreḥəywät Maḫbär, Təgəst y a adhéré. Engagée pendant quelques mois dans des témoignages publics pour lesquels on lui remboursait les frais de déplacement, elle pourvoyait à ses besoins en travaillant de façon intermittente auprès d'un certain nombre de familles de Gondär. Ce n'est qu'en 2008, alors qu'elle vivait avec son compagnon depuis trois ans, et que son enfant avait déjà 2 ans, que Təgəst a bénéficié d'un microcrédit de 1 000 birr (45.45 euro). Néanmoins, lors de mes dernières enquêtes en 2010, sa situation économique et familiale était difficile.

Elle me dit, lors de notre dernier entretien :

> **Təgəst :** « La vie devient de plus en plus chère, mon mari a été malade et il continue à boire, à fumer et nous avons dépensé l'argent. Là, j'ai passé l'examen[327], mais je ne suis pas sûre. Il faut beaucoup de force, moi, je veux juste revendre le coton[328] ».

En difficulté économique, pas contente de sa relation avec son compagnon, Təgəst était très absorbée par les contraintes et les obstacles de sa vie quotidienne. Toutefois, même déçue de sa situation actuelle, elle ne serait jamais retournée vivre en campagne.

> **Təgəst :** À la campagne, les gens ne connaissent pas la maladie. Ils l'appellent *amänmən*[329], et ils pensent que je vais mourir. Moi je dois élever mon enfant. Je trouverai un boulot, et ma situation changera.

Dans cette réponse, Təgəst justifie l'impossibilité de son retour vers son village natal en mettant en avant l'incompréhension que les "gens de la campagne" montreraient à

[327] Təgəst avait participé à quelques mois de formation comme ouvrière dans la production de pavés. Elle se réfère ici à l'examen final pour obtenir un certificat d'aptitude.

[328] La filature du coton est l'une des activités les plus diffusées parmi les femmes. La revente se fait de façon informelle dans les différents marchés de la ville ou dans leurs maisons.

[329] Mot amharique qui signifie ce qui ronge, ce qui rend décharné, émacié.

l'égard de sa condition de malade. Elle semble ainsi faire allusion à une "mentalité arriérée", à une sorte de "retard" concret vis-à-vis de toute évolution et de toute nouveauté qui seraient typiques du milieu rural. Par contraste, la ville représente un lieu plus propice pour la recherche d'un travail, l'espace où on peut encore réaliser cette espérance d'un avenir, comme l'espace du changement, qu'elle partage avec les autres femmes dont j'ai retracé ici les biographies.

Les cas étudiés précédemment montrent que l'émergence de l'infection, sa progressive inscription dans la vie quotidienne de ces femmes ne se configurent pas comme une « rupture biographique » (Bury 1982) pour reprendre ici le modèle explicatif qui, depuis l'article de M. Bury (Ibid.), est devenu une référence incontournable dans les analyses sociologiques et anthropologiques de la maladie chronique. En d'autres termes, l'émergence du vih, ses effets et ses conséquences ne signifient pas pour ces femmes « un basculement biographique » (*« biographical shift »*) (Ibid. : 171), c'est-à-dire le passage brusque d'une trajectoire de vie perçue comme normale et relativement prévisible à une autre ressentie comme radicalement anormale et intimement dangereuse[330]. Leurs formes d'adaptation à la maladie dans la vie de tous les jours démontrent que leur état de séropositivité au vih ne les conduit pas au genre d'expérience envisagé par M. Bury (1982 : 169)[331] « où les structures de la vie quotidienne et les formes de connaissances qui les sous-tendent sont radicalement bouleversées ».

L'incertitude de ces parcours de vie ainsi que la précarité et la contingence de l'existence quotidienne font en sorte que le vih est perçu certes comme un facteur majeur de conditionnement, mais qui ne représente pas pour autant une altération significative, encore moins un bouleversement de leur vie quotidienne. Leur mobilisation de ressources face à son émergence et ses différentes conséquences relève d'une disposition acquise à la prise de risque et à l'ouverture vers le changement. D'autres études sociologiques sur la maladie chronique ont souligné « le travail de mise en cohérence » (Voegtli 2004) effectué par des personnes atteintes disposant de ressources variées pour gérer ses effets. Dans certains cas, l'impact de la maladie est minimisé car les patients ont connu de nombreux événements générateurs de souffrance (Ciambrone 2001). Dans d'autres, la mobilisation extraordinaire de ressources pour réorganiser la vie quotidienne et faire face à un avenir perçu comme incertain se réalise à travers un travail

[330] Je reprends ici les observations de M. Bury à propos du vécu des malades d'arthrite : « Individuals, even in their forties and fifties, did not think of arthritis as occurring in the way experienced, and this was even more true for the women in their twenties. The emergence of the condition implied a "premature ageing" for the individual (Singer 1974). As such, it marked a biographical shift from a perceived normal trajectory through relatively predictable chronological steps, to one fundamentally abnormal and inwardly damaging » (Ibid. : 171).

[331] « My contention is that illness and especially chronic illness is precisely that kind of experience where the structures of everyday life and the forms of knowledge which underpin them are disrupted » (Ibid. : 169).

introspectif des malades sur eux-mêmes. Ils finissent par renforcer leurs identités sur la base de ce qu'ils étaient préalablement à la survenue de la pathologie (Carricaburu, Pierret 1995). Concernant les six cas étudiés, je voudrais attirer l'attention sur le caractère épisodique attribué dans ces récits de vie à certains événements, généralement appréhendés comme marquant une existence, tels que le départ du lieu de naissance vers un autre endroit où s'y installer, les unions conjugales, la perte des conjoints, la découverte d'être atteint d'une maladie grave et potentiellement mortelle comme le VIH. Certes, ainsi que P. Ricoeur (1991) l'observe, le récit domine l'événement et il atténue la discordance que ce dernier introduit dans le fil de l'histoire. Néanmoins, ce dont il est question ici est la « structuration du temps » de l'expérience biographique. Dans celle-ci « le passé (ou la structure significative du passé) est aussi hypothétique que le futur » (Leclerc-Olive 1998 : 99 ; Mead 1932 : 28). Des six biographies analysées, il ressort que le passé n'est pas garant pour ces femmes d'un avenir. Leurs récits cèdent très peu à « l'illusion biographique » (Bourdieu 1986 ; Schwartz 1990) qui ferait de chaque existence une séquence ordonnée et cohérente d'événements. Ils rendent plutôt compte de la discontinuité[332] de parcours de vie qui « "dérapent", qui "glissent", qui échappent aux logiques de prédestination sociale » (de Gaulejac 1995 : 181) et qui se poursuivent dans l'imprévisibilité, voire dans la ponctuation de décisions contingentes prises sur la base des opportunités et des contraintes du moment. La rupture avec le milieu social et géographique originaires se répète dans une série de changements qui expriment finalement les tentatives réitérées de ces femmes de s'échapper d'un présent qui ne leur convient pas. Le rapport conflictuel avec l'identité sociale qui leur est assignée et qui les stigmatise comme femmes pauvres et incultes voire comme des paysannes inadaptées à la ville, font en sorte que l'émergence du vih et sa progressive inscription dans leur vécu quotidien, loin de les astreindre à renégocier cette identité, constituent une ouverture ultérieure à en produire une nouvelle. Cela s'opère au cœur d'un processus d'« assujettissement »[333] auquel participent de façon significative les formes de prise en charge de la maladie visant essentiellement à leur (ré) insertion économique et sociale.

[332] À ce propos il est utile de mentionner ce que Leclerc-Olive (1995 : 190) observe dans son article, Lignes de vie : « Si l'illusion biographique, entendue comme surestimation de "la cohérence intentionnelle d'une vie", se résout finalement en un "calfatage de séquences de temps échappées", en une continuité arrangée, il fallait, pour ouvrir un espace qui fasse droit aux discontinuités, orienter les entretiens vers ces moments de déliaison, d'étonnement, d'irruption de la contingence ».

[333] Dans son ouvrage, J. Butler (2002 : 136-37) souligne l'ambivalence des processus d'assujettissement. En se référant plus particulièrement à *Surveiller et punir. La naissance de la prison* de M. Foucault (1975), et en rétablissant la notion de « sujet » comme effet et produit de l'assujettissement, elle écrit : « Foucault suggère que le prisonnier n'est par régulé par une relation extérieure au pouvoir, du type de celle par laquelle une institution prend un individu donné pour cible de ses objectifs de subordination. Au contraire, l'individu est formé ou plutôt formulé à travers son "identité" de prisonnier de manière discursive. L'assujettissement est littéralement la fabrication d'un sujet, le principe de régulation à travers lequel un sujet est formulé ou produit. Pareil assujettissement est un type de pouvoir qui ne se contente pas d'agir unilatéralement, en tant que forme de domination sur un individu donné, mais qui de plus active ou forme le sujet. Ainsi l'assujettissement n'est ni simplement la domination ni la production d'un sujet ; il désigne un certain type de restriction dans la production, une restriction sans laquelle la production du sujet ne saurait avoir lieu. »

Après avoir conditionné de façon prééminente leurs parcours de vie et, pour certaines d'entre elles, de migration, le vih a représenté finalement une voie d'accès à des espaces publics, institutions et organismes impliqués à différents titres dans la lutte contre l'épidémie (l'association de personnes vivant avec le vih, le North Gondar University Hospital, d'autres organisations gouvernementales et non gouvernementales). Lieux d'accès à des ressources matérielles, où les malades peuvent en même temps acquérir plusieurs connaissances et expertises concernant la santé ou la gestion de petites activités lucratives, ces espaces sont aussi les contextes où les femmes atteintes par le vih partagent leurs problèmes, leurs préoccupations et leurs aspirations. Si c'est tout d'abord la séropositivité au VIH — le *vayräs*, comme elles-mêmes l'appellent — qui les rassemble, ce qu'elles partagent est surtout le sens et la valeur qu'elles lui accordent ; c'est la façon dont elles réinsèrent leur maladie dans l'ensemble diversifié de leurs ressources personnelles et de leurs stratégies de vie ; c'est aussi la façon dont elles en font un élément propulseur de nouveaux modes d'existence en réponse aux identités sociales réductionnistes et stigmatisantes qui leur sont assignées.

IV.12 La relation subjective à l'avenir : le soi comme sujet d'une autonomie dangereuse

Dans *Le récit de soi*, J. Butler (2007 : 12) soutient la thèse de la « capacité narrative » comme « pré-condition pour rendre compte de soi » ainsi que comme « moyen d'assumer la responsabilité de ses actions ». En s'appuyant sur *Relating Narratives* d'Adriana Cavarero (2000), et en se référant également à *Soi-même comme un autre* de P. Ricoeur (1990), J. Butler s'attache à analyser[334] la scène de l'interpellation par autrui, « qui es-tu ? ». C'est à partir de cette interpellation que l'individu entame le récit de ses expériences et rend compte de soi, en devenant ainsi un sujet capable de réflexivité et responsable de ses actions (Butler 2007 : 136). Dans les expériences biographiques ici étudiées, la narration ne sous-tend pas l'acte de rendre compte de soi. Elle s'est plutôt produite au cœur d'un dialogue, certes asymétrique, entre narrateur et narrataire dont les conditions ont été déterminées par un redoublement de l'interpellation. À celle s'adressant au narrateur « qui es-tu ? », s'es ajoutée l'autre s'adressant au narrataire, « qui suis-je pour toi ? ». Cette double interpellation affirme l'existence d'un autre que le narrataire désire connaître, mais qu'il ne pourra pas

[334] Dans *Le récit de soi*, J. Butler (2007 : 11) écrit : « Pour Nietzsche, la possibilité de rendre compte de soi résulte seulement d'une accusation ou, du moins, d'une allégation faite par une personne en position d'infliger un châtiment si un lien de causalité peut être établi. En conséquence, nous adoptons une position réflexive vis-à-vis de nous mêmes par cette crainte et par cette terreur. Nous devenons donc moraux par suite de la crainte et de la terreur [...]. Dans *La vie psychique du pouvoir*, « j'ai peut-être admis trop rapidement cette scène punitive de l'inauguration du sujet. Selon cette idée, l'institution du châtiment me lie à mes actes ; en étant puni pour avoir commis tel ou tel acte, j'apparais comme sujet conscient et, par conséquent, comme un sujet qui, d'une certaine façon réfléchit sur lui-même. Cette conception de la formation du sujet repose sur une vision du sujet qui intériorise la loi, ou, du moins sur le rattachement causal du sujet à l'acte que l'institution du châtiment cherche à compenser » (Ibid. : 15).

connaître totalement. Elle affirme également la nécessité de sa reconnaissance[335], c'est-à-dire de sa participation à une relation de réciprocité avec le narrataire dans laquelle ce dernier s'engage à rencontrer et à découvrir son interlocuteur à travers ce que celui-ci dit de soi. Ces femmes ont effet reproduit dans leurs récits les positions d'infériorité qu'elles occupent dans la société, mais elles ont également mis en exergue dans le champ de forces qui les gouvernent les rapports dialectiques entre cette infériorité subie et une capacité personnelle d'initiative, ainsi qu'une certaine « attitude critique »[336] vis-à-vis des « régimes de vérité »[337] qui président à la formation de leur identité sociale et qui les amèneraient à s'y reconnaître totalement. La formation de soi dans les biographies ici étudiées rend compte de formes de subjectivation reposant sur la « capacité d'agir », c'est-à-dire de se « battre invariablement contre les conditions de sa propre vie que l'on n'a pas été en mesure de choisir » (Butler 2007 : 18). Il ne s'agit donc pas d'une subjectivation sous la forme de la libre résolution éthique de la vertu telle que Foucault l'avait envisagée dans ses dernières recherches autour de sujet et vérité.

À travers leurs récits, Hirut, Bərhane, Täsfa, Təgəst, Həywot et Lara ont démontré leur capacité à mettre en place différentes stratégies de contournement et de

[335] Pour une problématisation plus approfondie du thème de la reconnaissance, je renvoie à A. Honneth (1995) et à P. Ricoeur (1990, 2004).

[336] Je me réfère ici à la façon dont M. Foucault (1990 : 37-38) thématise cette question en « Qu'est-ce que la critique ? » : « Je crois que cela a été une des questions fondamentales de ce qui s'est passé au XVe et au XVIe siècles. Question fondamentale à laquelle a répondu la multiplication de tous les arts de gouverner — art pédagogique, art politique, art économique, si vous voulez — et de toutes les institutions de gouvernement, au sens large qu'avait le mot de gouvernement à cette époque. Or de cette gouvernementalisation, qui me paraît assez caractéristique de ces sociétés de l'Occident européen au XVIe siècle, ne peut pas être dissociée, me semble-t-il, la question du "comment ne pas être gouverné ?". Je ne veux pas dire par là que, à la gouvernementalisation, se serait opposée dans une sorte de face à face l'affirmation contraire, "nous ne voulons pas être gouvernés, et nous ne voulons pas être gouvernés du tout". Je veux dire que, dans cette grande inquiétude autour de la manière de gouverner et dans la recherche sur les manières de gouverner, on repère une perpétuelle question qui serait : "comment ne pas être gouverné comme cela, par cela, au nom de ces principes-ci, en vue de tels objectifs et par le moyen de tels procédés, pas comme ça, pas pour ça, pas par eux" ; et si on donne bien à ce mouvement de la gouvernementalisation, de la société et des individus, à la fois, l'insertion historique et l'ampleur que je crois avoir été la sienne, il semble qu'on pourrait placer de ce côté-là à peu près ce qu'on appellerait l'attitude critique ».

[337] Si comme M. Foucault lui-même le souligne, la question de la vérité occupe dans toute sa recherche une place à différents égards cruciale (Foucault 1994 III : 30-31, IV : 693), ce n'est qu'à partir des années 1980 qu'elle devient ensemble à la problématique du sujet la préoccupation principale du philosophe. En effet, déjà dans ses recherches sur la sexualité M. Foucault s'est intéressé à une forme particulière d'assujettissement à l'œuvre dans la pastorale chrétienne et qui sera par la suite un modèle exemplaire pour les actions disciplinaires (Foucault 1994 III : 256-257, IV : 125-129, 148, 383-385, 783-788). Le sujet est contraint d'avouer la vérité sur sa vie la plus intime, et notamment celle sexuelle, « pour mieux renoncer à lui-même et se soumettre à son directeur de conscience » (Granjon 2005 : 42). Il s'agit d'un processus de formation du sujet dans un rapport à soi aliéné. Selon M. Foucault (1994 III : 551), ce modèle de formation du sujet est à l'œuvre également dans « toutes les grandes machines disciplinaires : casernes, écoles, ateliers et prisons [...] qui permettent de cerner l'individu, de savoir ce qu'il est, ce qu'il fait, ce qu'on peut en faire, où il faut le placer, comment le placer parmi les autres ». En 1980 lors d'une leçon au Collège de France pour le cours intitulé « Du gouvernement des vivants », M. Foucault (2012 : 80-81) reformule la question de la formation du sujet dans les termes de « régimes de vérité ». Les années 1980 représentent un tournant dans les orientations analytiques du philosophe. Dans un article paru en 1981, M. Foucault (1994 IV : 693) annonce son projet de recherche à venir, toutefois interrompu par sa mort prématurée. Il reviendra à plusieurs reprises sur ce changement de thème directeur en essayant aussi de montrer qu'il était sous-jacent dans ses recherches antérieures.

détournement des catégories du discours dominant ainsi qu'une certaine autonomie vis-à-vis des « régimes de vérité » qui président à leur assujettissement. Cette autonomie trouve ses formes d'expression tant dans le conflit permanent avec l'identité sociale virtuelle qui leur est attribuée, qu'au sein du rapport construit au travers d'une « certaine volonté décisoire » (Foucault 1990 : 42) s'opposant à poursuivre le cheminement d'une vie tel qu'il serait prédéterminé par leurs origines sociales et géographiques. Assujetties à un nombre assez limité de choix, leurs vies se déroulent dans une profonde ouverture aux opportunités qui se présentent. Leur relation subjective aux normes et aux règles sociales se situe au cœur d'une liberté que je qualifierais de paradoxale. Elle se produit dans l'opposition entre une disposition permanente à la prise de risque et la limitation des choix, et détermine ainsi la part d'autonomie de ces femmes vis-à-vis des forces qui les gouvernent. Il s'agit d'une autonomie dangereuse car elle n'est pas le droit acquis et reconnu par la société à l'indépendance et à la souveraineté du sujet, ni non plus « la sortie de sa minorité dont il est lui-même responsable » (Kant 1991 : 1). Il s'agit plutôt de l'exercice d'une « critique pratique » visant à franchir tout ce qui en première instance « est donné comme universel, nécessaire, obligatoire » mais qui se révèle en effet comme « singulier, contingent et dû à des contraintes arbitraires » (Foucault 1994 iv : 574). Dépendantes envers un discours qu'elles n'ont pas choisi mais qui, paradoxalement, initie et soutient leur action (Butler 2002), elles le contournent et le détournent en se mettant en danger et en compromettant la possibilité d'être reconnues. Mais cette compromission et ce danger inaugurent et soutiennent leur liberté, leur désir de se vouloir autrement de ce qu'elles seraient censées être.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Les données les plus récentes concernant le VIH/sida en Éthiopie diffusées par l'OMS[338] attestent les progrès significatifs que le pays a réalisés dans la lutte contre cette épidémie. Le taux de séroprévalence est passé de 1.5% (1.9% parmi les femmes, 1.0% parmi les hommes) en 2011 à 1.1 en 2014[339] avec un nombre total de PVVIH estimé à 769 600, 15 700 nouvelles infections et 35 600 décès dus au sida alors qu'en 2007 le taux était estimé à 2.1% (2.6% parmi les femmes , 1.7% parmi les hommes) et le nombre de PVVIH estimé était de 977,394 (578,018 femmes et 399,376 hommes). Conséquences des efforts que les politiques de lutte contre le sida ont accomplis pour améliorer l'accès aux ARV (339,043 PVVIH adultes, 65% de PVVIH ayant besoin), au dépistage du VIH (9.6 millions de tests effectués en 2013/14) et aux programmes de PTME (disponibles dans 61% des services de santé), les progrès sanitaires en matière de sida se sont produits parallèlement à une augmentation significative de l'espérance de vie de la population éthiopienne qui est passée de 51 ans en 2000 à 64 ans en 2012[340]. Au cours de cette même période l'Éthiopie a connu une croissance économique rapide[341] et une augmentation significative des dépenses de santé par habitant, qui sont passées de 21$ en 2001 à 69$ en 2013 (WHO, African Health Observatory 2016)[342]. Ainsi que nous nous sommes efforcés de le mettre en évidence dans la première section du chapitre III et dans la première section du chapitre IV, le VIH/sida a joué un rôle crucial,

[338] http://www.afro.who.int/en/ethiopia/country-programmes/topics/4480-hivaids.html, consulté le 26 mai 2017.

[339] Tout en précisant le fait que la prévalence du VIH est plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes, l'OMS ne fournit pas les deux taux de séroprévalence. « Across all the regions, urban areas are more affected than rural ones, and females are more affected than males by the HIV epidemic », http://www.afro.who.int/en/ethiopia/country-programmes/topics/4480-hivaids.html, consulté le 26 mai 2017.

[340] http://www.who.int/gho/countries/eth.pdf?ua=1, consulté le 26 mai 2017.

[341] « To help attain the Millennium Development Goals (MDGs) by 2015, Ethiopia adopted the Plan for Accelerated and Sustained Development to End Poverty (PASDEP), the second poverty reduction strategy, covering the period 2005/06 to 2009/10. In keeping with this plan, the economy has grown in real GDP at a rate of 11 percent per annum in the past five years. With an average population growth rate of 2.6 percent, the GDP growth rate translates to an 8.4 percent growth in average annual per capita income. This rapid growth is the result of diversification and commercialization of small-scale agriculture, expansion of non-agricultural production in services and industry, capacity-building and good governance, off-farm employment especially through small enterprises, and investment in infrastructure (MOFED, 2010) » (CSA 2012 : 2).

[342] http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/images/d/d5/Ethiopia-Statistical_Factsheet.pdf, consulté le 26 mai 2017.

à la fois dans l'augmentation des dépenses engagées par les financeurs du système de santé éthiopien et dans leur répartition et utilisation, car le gouvernement a redistribué une partie des ressources allouées à la lutte contre cette épidémie suivant une approche diagonale de la santé publique (voir *supra* § III.3). Par ailleurs, comparé à une catastrophe naturelle en raison de son impact démographique et ses répercussions sur le développement humain et social, le VIH/sida a été intégré dans les stratégies de réduction de la pauvreté (voir *supra* § IV.2 ; § IV.2.3) et il a été pris en considération dans les accords pour l'allégement de la dette nationale (voir *supra* § IV.I ; § IV.2.3). Plus précisément, dans la présente étude nous avons essayé de décrire les modes d'organisation et de mise en œuvre des politiques de la lutte contre le VIH/sida par le gouvernement éthiopien en examinant tout particulièrement certains effets au niveau des services et des infrastructures du système sanitaire et sur les politiques sociales. Nous nous sommes ainsi appliqué à décrire, d'une part les deux processus concomitants de reproduction des inégalités et de diversification de leur expression qui en sont dérivés, et d'analyser d'autre part, les effets que ces politiques ont produits parmi des citoyennes les plus marginalisées de la société éthiopienne.

L'inscription du VIH/sida dans le processus historique d'évolution de l'État éthiopien

En tant que phénomène de groupe et de population, le VIH/sida en Éthiopie a été problématisé à partir de plusieurs instances transnationales et locales par rapport auxquelles l'État a joué des rôles divers, dans une situation à la fois de forte « extraversion » (Bayart 1999) et de structuration de modes d'exercice du pouvoir vis-à-vis de ses citoyens et en des points multiples du corps social, face à la diffusion d'une maladie qui a mobilisé l'intervention conjointe du secteur public, de la société civile, des instances religieuses et des malades eux-mêmes, ceci en partenariat avec des pays engagés dans des programmes d'aide bilatérale, des organisations de l'aide multilatérale et diverses instances globales de la santé. Plus précisément, en décrivant dans le deuxième chapitre de cette thèse, la lutte contre le VIH/sida comme une noso-politique nous avons rendu compte de sa continuité avec l'implication plus ancienne des congrégations religieuses locales, des missions religieuses étrangères et des organisations humanitaires internationales et nationales dans les politiques sanitaires et de développement (voir *supra* § I.2 ; § I.5.1) du pays, ainsi que dans la gestion de catastrophes naturelles comme les deux famines de 1973-74 et 1983-84 (voir *supra* § I.5.2 ; § I.6.2). Par ailleurs, ce fut l'organisation des secours suite à ces deux famines et plus particulièrement la mise en œuvre des stratégies d'endiguement du VIH/sida qui ont considérablement contribué à faire accroître et à renforcer la présence d'organisations

humanitaires et non-gouvernementales sur le territoire national éthiopien [343]. Concernant le VIH/sida, l'instauration de la part d'ONUSIDA au milieu des années 1990 et la conception de nouvelles stratégies de lutte contre l'épidémie se fondant sur un cadre élargi et multisectoriel, d'intervention de plusieurs acteurs, (voir *supra* Introduction à la première partie), a plus précisément conféré à l'État éthiopien, à l'instar de la plupart des États africains encore sous le joug des plans d'ajustement structurel, un rôle de coordination visant à intégrer à l'échelle nationale les micro-projets les plus importants initialement gérés par des acteurs non-gouvernementaux. La croissance économique que l'Éthiopie a connue au cours des années 2000, comme la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, a nettement transformé son statut au sein du système international. Elle est désormais considérée comme un « État encadré » et développementaliste, capable de concevoir des instruments pour atteindre le développement économique et social (voir *supra* Chapitre IV section I) tels que les documents des stratégies de réduction de la pauvreté, et qui a su par ailleurs utiliser une partie des ressources provenant de la lutte contre le VIH/sida pour améliorer le système sanitaire national en suivant une approche diagonale des politiques de santé. Ces évolutions de l'État éthiopien du point de vue de son rôle au niveau des politiques publiques se sont de fait inscrites au cœur du processus historique de la construction de son rapport avec le reste du monde. Plus précisément, l'endiguement de l'épidémie de VIH/sida a été possible grâce au développement de plusieurs programmes de partenariat avec les États-Unis, qui pour l'Éthiopie représentent le principal pays coopérateur et donateur dans le domaine de la santé. La mise en place relativement rapide du PEPFAR à une époque où la politique étrangère des États-Unis en Afrique était soutenue par des intérêts géopolitiques et économiques très importants, a été conduite, entre autres, grâce aux relations relativement anciennes de l'Éthiopie avec ce pays, relations qui ont facilité la coopération avec de nombreuses agences du gouvernement américain travaillant dans les secteurs sociosanitaires, notamment *Peace Corps*, USAID, CDC (voir *supra* § I.4). Cependant, ainsi que G. Prunier l'a bien souligné, loin de devenir un simple instrument de la politique internationale des États-Unis en Afrique, l'Éthiopie a eu une certaine marge de manœuvre pour pouvoir enfin définir elle-même son rôle d'État-pivot dans la Corne d'Afrique tout en bénéficiant d'aides très

[343] « NGOs as we conceive of them today are recent phenomena in Ethiopia. Some of them have been active for a while as charitable organizations in welfare, education and health fields. It was missionaries and local church affiliates that were largely involved in running these activities in conjunction with their main agenda, evangelization… History creates complication for performance and relational development because local and foreign NGOs faced an administrative and political environment characterized as restrictive and mistrusting » (Daniel 2005 : 123). « International NGOs trace their Ethiopian roots to the catastrophic famine crises of 1973–74 and 1984–85. The NGOs of those years were overwhelmingly focused on emergency relief operations and were largely foreign entities. Local church-affiliated agencies also played a very significant role in these operations. NGOs were instrumental in preventing even greater loss of life during both catastrophic episodes as for various rea- sons, neither the emperor's government nor the Derg was well prepared to respond to the convulsions spreading across the country » (Clark 2000 : 4).

significatives de la part du gouvernement de George Bush, et dans moindre mesure, de la part du gouvernement de Barack Obama (Prunier 2015 : 435 ; voir *supra* § III.2). Par ailleurs, dans la tentative de retracer la genèse de la santé publique en Éthiopie, nous avons plus particulièrement souligné la construction du rôle actif de l'État éthiopien dans sa mise en dépendance par plusieurs acteurs externes, notamment des pays étrangers et des organisations internationales. Nous avons plus précisément décrit le processus de formation du système de santé éthiopien comme une œuvre de diplomatie médicale (voir *supra* Chapitre I), c'est-à-dire de relations diplomatiques visant à créer ou renforcer l'entente et les échanges entre États par la fourniture de services médicaux et sanitaires. Nous avons essayé également de décrire les façons dont les politiques de santé ont influencé voire structuré en concomitance de certaines conjonctures historiques, les modes d'exercice du pouvoir politique vis-à-vis des citoyens. Plus précisément, avec référence au VIH/sida nous avons mis en évidence que l'État éthiopien a participé à la mise en place de politiques visant au développement de l'autonomie des PVVIH, de leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes et des autres personnes affectées et de participer au fonctionnement de divers dispositifs sociosanitaires en leur ouvrant l'accès à plusieurs ressources matérielles et symboliques. Ainsi que nous l'avons expliqué dans l'introduction générale, il s'agit d'une rationalité politique de gouvernement des conduites dont on peut mesurer les effets sur les taux de morbidité et mortalité mais aussi sur la volonté de reproduction, sur la fécondité et d'autres processus biologiques au sein de la population.

La santé des femmes au sein des politiques de lutte contre le VIH/sida

En tant que produit de l'intérêt que la santé publique a historiquement porté à la santé des femmes, celle-ci a été quasi exclusivement regardée en lien avec leur fonction de mères. Ainsi que L. Vidal l'a souligné :

> « Les études passées et présentes sur la santé de la femme souffrent…d'une orientation quasi exclusive sur la santé maternelle, que l'on parle de 'santé maternelle et infantile' ou, plus récemment de 'santé de la reproduction' ».
>
> (Vidal 2000 : 37)

Dans un effort de mise en perspective historique du rôle que les stratégies de lutte contre le VIH/sida ont joué à cet égard, dans le chapitre I nous avons essayé de mettre en exergue les actions médicales et sanitaires ciblant la population féminine qui se sont succédées au fil de l'histoire éthiopienne. Ainsi, pendant la brève période de l'occupation italienne (1935-1941), les prostituées ont fait l'objet d'un ensemble de mesures visant à contrôler l'expansion dans la population des maladies sexuellement transmissibles ainsi que leur fertilité (voir *supra* § I.3). Puis, à partir des année 1930, en réponse à une montée significative et irréversible de la vague démographique due à une baisse de la

mortalité infantile et une lente augmentation de la fécondité (Carlson, Carlson 2008 :101), des stratégies et des programmes de médicalisation de la santé reproductive féminine pour le contrôle des naissances furent mis en place dès le milieu des années 1960 (voir *supra* § I.6). Des actions ciblées sur les femmes enceintes et les mères ont été progressivement appliquées par la politique de santé publique de 1978, conçue par le gouvernement du régime socialiste (1974-1991). Elles ont été successivement renforcées en fonction de l'importance croissante que la promotion de la santé maternelle dans les pays en voie de développement s'est vu accorder depuis la Conférence « Safe Motherhood » de Nairobi en 1987. Depuis lors, des programmes de santé maternelle spécifiques furent lancés dans les pays en voie de développement et plus spécialement en Afrique par l'OMS en coopération avec d'autres agences des Nations Unies tels que par exemple le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUP), la Banque Mondiale et l'UNICEF. En Éthiopie, où les soins prénataux et postnataux sont des services exonérés seulement depuis 2005[344], la politique publique du VIH/sida a certainement contribué à améliorer la santé maternelle dans la mesure où l'aide internationale destinée à la lutte contre le VIH/sida a contribué à une augmentation significative d'interventions sanitaires liées au VIH et plus particulièrement elle a participé à l'accélération de la décentralisation des centres de santé et à leur amélioration, ce qui a fortement facilité l'utilisation des services prénataux. Entre 2004 et 2011, des progrès significatifs ont été accomplis dans le développement des centres de santé, dans la réduction des taux de mortalité maternelle, infantile et enfantine aussi bien que dans la réduction du besoin non satisfait de planification familiale (voir *supra* § III.3). Cependant, le taux de mortalité parmi les femmes séropositives reste plus élevé que parmi les hommes vivant avec le VIH. En effet, la lutte contre le VIH/sida a plus particulièrement contribué à renforcer la permanence du « construit social de la santé » (Fassin 2005 : 43) des femmes en ce qui concerne la santé de la reproduction. Le paradigme interprétatif et opératif d'une « vulnérabilité » spécifiquement féminine a la contraction du VIH introduit au milieu des années 1990, a été construit à partir d'un modèle de féminité normative qui met en exergue le caractère de passivité qui serait le propre de la sexualité féminine, ses liens privilégiés avec la santé de la reproduction ainsi que plus généralement les fonctions de reproduction des femmes dans la société associées cependant à un manque d'autonomie économique et de pouvoir. Érigée en victimes innocentes et impuissantes, les femmes ont été assimilées à leurs rôles sociaux moralement admis de mère et d'épouse. Un ensemble de stratégies visant à « renforcer » leurs capacités, à faciliter leur responsabilisation, leur acquisition d'autonomie et leur émancipation ont été

[344] Cependant, l'évaluation à mi-parcours du Health Sector Development Programme III (HSDP III, 2005-2010) a révélé que la plupart des établissements qui déclarent offrir des services exonérés n'offrent en réalité que des services partiellement gratuits. Par exemple, dans certains hôpitaux, comme le North Gondar University Hospital où j'ai pu le constater au cours de mes enquêtes, les accouchements ne sont pas entièrement gratuits, et les usagères doivent payer les fournitures utilisées lors de la prestation.

progressivement mises en place ayant pour objectif principal de garantir le bon fonctionnement de l'institution considérée comme primordiale pour le bien-être de la société, à savoir la famille. Particularité éthiopienne, les professionnelles du sexe ont fait l'objet d'une invisibilité étrange au sein des politiques publiques du VIH/sida. Car dès l'émergence de l'épidémie elles furent en revanche identifiées (avec les mères) comme l'un des groupes vecteurs de l'infection plus spécialement dans les pays de l'Afrique subsaharienne. En effet, dans la seconde section du deuxième chapitre nous avons tenté d'expliquer cette invisibilité à travers deux raisons d'ordre différent. Si jusqu'au début des années 2000, elle est la conséquence de l'absence de stratégies de prévention du VIH ciblant plus spécialement les femmes, par la suite les professionnelles du sexe ont été la cible de politiques d'éradication de la prostitution. Activité historiquement tolérée et considérée comme apanage des femmes pauvres (voir *supra* § II.9.1 ; § II.9.2), le travail du sexe en temps de sida a fini par être investi d'un ensemble d'actions visant à son abolition de par la mise en place de stratégies de reconversion professionnelle basées sur les normes du micro-crédit. En revanche, la promotion du dépistage du VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles tout aussi bien que la facilitation d'accès à des moyens de prévention primaire comme l'utilisation du préservatif sont restées de stratégies de santé publique presque inemployées (voir *supra* § II. 9.3 ; § III.8.1). Dans cette thèse nous avons voulu aussi montrer que les femmes séropositives socialement marginalisées font l'objet d'un traitement différentiel au sein des structures sanitaires alors qu'elles sont sollicitées à participer en tant qu'actrices profanes au fonctionnement de dispositifs socio-sanitaires de prévention et de prise en charge du VIH/sida (voir *supra* Chapitre III, section II). Plus précisément, nous avons souligné qu'au sein des associations de malades aucune forme de pouvoir collectif n'émerge afin d'améliorer l'accès aux soins de santé. Ces malades se situent pour ainsi dire aux marges de la « cité », ici entendue au sens de la philosophie politique, comme l'espace de l'action et de la parole collectives capables d'influer sur les décisions publiques. Par ailleurs, l'interprétation et l'utilisation que ces malades font des ressources symboliques et matérielles mises à leur disposition dans le cadre de la prise en charge globale du VIH sont significatives de l'importance et de l'attention qu'elles accordent à leur état de santé. Pour des femmes qui doivent mener un combat au quotidien afin de pourvoir à leurs besoins et à ceux de leurs proches, les soins de santé occupent de fait une place très marginale. En même temps, le souci de soi relatif à des questions de santé est secondaire par rapport à leurs aspirations au bien-être économique et social. En définitive, le processus de démocratisation du système de santé que la lutte contre le VIH/sida a impulsé par la promotion de la participation profane s'est réalisé de façon très imparfaite. Cependant, cette implication des malades dans des stratégies les concernant

a contribué à la production d'expériences nouvelles de la citoyenneté plus particulièrement parmi des femmes séropositives très marginalisées et stigmatisées.

VIH et pauvreté féminine : des expériences nouvelles de la citoyenneté

En accord avec les stratégies globales de lutte contre le sida, en Éthiopie, la cause des personnes séropositives a été défendue par les malades eux-mêmes, mais plus spécialement par ceux qui étaient aux marges de la société et de l'État, et pour lesquels les formes culturellement admises d'expression publique et les types de solidarité propres à la société éthiopienne jouaient avant même d'être atteints par le VIH, un rôle normatif faible ou problématique dans l'organisation de leur vie. Nous avons plus particulièrement montré que dans la première phase de la lutte contre le VIH/sida l'activité de témoignage public menée par des PVVIH, membres des premières associations de malades, s'est produite en tant que parole risquée portant la relation à l'autre à l'extrême tension de la rupture possible (voir *supra* § II.7.1 ; § II.7.2 ; § IV.4.2). À cette époque, en outre, des malades pour lesquels les liens sociaux et les réseaux de solidarité devenaient de plus en plus fragiles à cause de la discrimination et de la stigmatisation subies, se sont efforcés de répondre à leur besoin de socialiser leur condition, ou bien de compenser leur exclusion des groupes d'entraide déjà existants en participant à la création d'associations regroupant des personnes séropositives (voir *supra* § II.7.1 ; § II.7.2 ; § IV.4.2). L'enjeu principal de la participation de ces malades à la création de nouveaux espaces sociaux et à des débats inédits sur le VIH/sida a été le nouvel ensemble de droits et d'obligations réglant leurs relations avec le reste de la société qui en a découlé. Leur mobilisation qui s'est accrue parallèlement à la mise place de l'accès gratuit des antirétroviraux, a de fait signifié la création d'un « champ d'action des citoyens » (Dreyfus, Rabinow 1984) façonné par des forces politiques de par la formation et l'activation de sujets (Butler 2002 : 136-137) qui ont entamé le processus ambivalent et contradictoire de négociation de leur « inclusion économique et sociale en utilisant la matière constitutive de la vie » (Rose 2007 : 133, traduction de l'auteure). En effet, tout en étant en présence d'un déploiement de plus en plus important de stratégies de lutte contre la pauvreté par accès aux ressources, dans cette thèse nous avons mis en évidence que le ciblage de la population pauvre a été imparfaitement atteint (voir *supra* § IV.2.5). Au sein de cette population, les PVVIH peuvent en revanche bénéficier d'une prise en charge globale en raison de leur condition médicale, dont l'objectif principal est d'assurer leur sécurité alimentaire de par leur implication dans divers programmes reposant sur les normes de la microfinance (voir *infra* Chapitre III section II et Chapitre IV section I). En outre, l'émergence de divers rôles des PVVIH en tant que « patients experts » s'est réalisée à la fois de par la formation de malades socialement défavorisés ayant au moins terminé l'éducation obligatoire et au travers de leur participation, sous la forme d'une activité

professionnelle régulièrement rémunérée, à la mise en œuvre de programmes de prévention de personne à personne comme *Counsellor Mother to Mother*. Nous avons ainsi démontré que pour des malades socialement défavorisés, et plus spécialement pour des femmes séropositives en difficulté pouvant bénéficier de l'accès gratuit aux antirétroviraux, la maladie a fini par être vécue davantage comme une ressource pour leur insertion que comme un facteur de handicaps résiduels. Parmi les corps vulnérables et souffrants aux marges de la communauté nationale, ceux qui sont atteints par le VIH/sida ont progressivement acquis une « légitimité » dans l'accès à la prévention, aux soins et à diverses ressources matérielles et symboliques mises à leur disposition dans le champ de la lutte contre l'épidémie. Pour les femmes, cette légitimité s'est trouvée renforcée en raison de leurs fonctions de reproduction biologique et sociale. Parmi les usagers des services sociosanitaires de prévention et de prise en charge du VIH les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes (voir *supra* § III.10.1). Cette surreprésentation féminine s'explique par un ensemble de facteurs structurels et conjoncturels. La diffusion du sida a mis en évidence, tout en les exacerbant, des formes variées et multiples de marginalité et de désaffiliation sociale touchant plus particulièrement les femmes dans les centres urbains où l'épidémie de sida est plus grave et où le taux de séroprévalence est à son maximum parmi les jeunes femmes adultes (15-29 ans). C'est dans les villes que la précarité structurelle des femmes sur le marché du travail et leur manque de ressources matérielles s'inscrivent davantage au sein de situations de marginalité sociale comme celles que peuvent subir des femmes seules avec des enfants à charge ou de désaffiliation de certaines femmes originaires des zones rurales qui ont émigré vers les villes. En même temps, en raison de l'épidémie de VIH/sida, les femmes, et plus particulièrement la question de leur *empowerment* (Vidal 1999 ; 2000), se sont trouvées au cœur de la conception des stratégies de prévention et de prise en charge de cette maladie. Pour rappel, l'*empowerment* désigne ici d'une part, le processus d'autonomisation des patients, et d'autre part, avec référence aux inégalités de genre, cette expression renvoie au processus d'émancipation des femmes au travers de la promotion de leur insertion économique et de l'accès à l'information. Ainsi, au sein du contexte de la lutte contre le VIH/sida un ensemble de pratiques nouvelles sont apparues autour des formes d'insertion sociale, d'expression publique et de solidarité, tout aussi bien qu'en matière de sexualité. Ces pratiques ont permis à des femmes séropositives socialement marginalisées de nouvelles expériences de leur citoyenneté dans la mesure où ces femmes ont pu expérimenter différents types de visibilité et d'action dans l'espace public tout en accédant à des parcours d'insertion sociale qui leur ont permis, selon les cas, de négocier un statut social différent de celui que l'ordre patriarcal traditionnel leur reconnaît. Nous avons plus précisément mis au jour les nouveaux rapports de force qui

résultent de la capacité de ces femmes à résister ou à se conformer, selon les circonstances, tant aux processus de leur prise en charge qu'aux valeurs et aux normes dominantes de la société éthiopienne. De nouvelles trajectoires individuelles se sont enfin dessinées de par la construction d'autres rapports à soi, aux autres et à la collectivité permettant à ces femmes de se positionner dans d'autres configurations de relations de pouvoir ou bien de s'affirmer socialement selon des mobilités ascendantes. Se situant en marge de la production culturelle et de l'action politique, pour ces femmes le VIH a représenté un facteur de socialisation selon des valeurs et des normes sinon antagonistes du moins en rapport critique avec les normes dominantes de la société éthiopienne. L'étude de leurs expériences biographiques et de leurs mobilités sociales nous a permis ainsi d'appréhender d'une part les normes dominantes de la société éthiopienne à partir des inégalités et des diverses formes de marginalité sociale qu'elles engendrent et d'autre part, elle nous a permis de mettre au jour les processus relationnels sous-jacents à la création de nouvelles identités sociales qui se développent grâce aux différentes formes de capital social et humain produites dans le contexte de la lutte contre l'épidémie. En effet, les mobilités sociales que nous avons étudiées dans cette thèse, loin de représenter exclusivement des ascensions au sein de la hiérarchie sociale se donnent à voir plutôt comme des processus de construction identitaire qui passent à la fois par la quête d'une valorisation personnelle et par plusieurs arrangements et compromis entre les rôles traditionnels de mère et d'épouse et ceux qui sont déterminés par la participation active de ces femmes au fonctionnement des dispositifs sociosanitaires de prévention et de prise en charge du VIH. Plus précisément, par rapport à l'ensemble des cas étudiés, l'ascension sociale s'apparente plutôt à une exception qu'à la norme. L'insertion sociale de 43 femmes (sur 50 femmes interviewées) a été possible, tantôt grâce à la participation au projet de production agricole mis en place dans Fərəḥəywät Maḫbär, tantôt grâce à la distribution de microcrédits pour démarrer ou bien rendre plus rentables des activités lucratives telles que la filature du coton, la fabrication et la vente de boissons locales ou l'élevage de poules. Pour la majorité d'entre elles, ces activités n'ont pas engendré de véritable ascension sociale. Ces politiques de prise en charge globale du VIH/sida ont de fait largement participé au processus de renouvellement des inégalités et de diversification de leur expression. Le processus de mobilité, que nous appelons alors horizontal, est donc représenté par la transformation du rapport social institué de ces femmes avec leur milieu d'origine. Cette transformation est la conséquence tant de l'usage de ressources difficilement accessibles à des Éthiopiennes marginalisées et stigmatisées que de la fréquentation de milieux de socialisation, comme les associations de PVVIH, qui constituent des alternatives pour des Éthiopiennes habituées à n'avoir que des relations de voisinage ou à fréquenter des associations à caractère religieux. En revanche, l'ascension sociale semble avoir dépendu d'un ensemble

de facteurs et de circonstances, et dans certains cas comme celui des consultantes dans le programme *Counsellor Mother to Mother*, cette ascension a résulté très directement des compétences effectives et du niveau de scolarité des individus. Toutefois, les cas de Lara (voir *supra* chapitre IV section II) et Lulit (voir *supra* chapitre IV section I) ont bien montré que leur ascension sociale s'est heurtée à plusieurs obstacles avant que d'être effective. Elles ont été victimes de différentes formes de stigmatisation et de discrimination à cause de leur maladie et de leurs origines. À l'instar de Hirut, Bərhane, Täsfa, Təgəst, Həywot pour lesquelles la position sociale n'a pas changé, Lara et Lulit réagissent aux discriminations et stigmatisations subies en exerçant des formes de pouvoir plurielles : un « pouvoir intérieur » (*power from within*) qui leur permet de surmonter l'autostigmatisation et de s'affirmer devant les autres, grâce au développement d'un sentiment de confiance personnelle, voire d'estime de soi qui provient du « pouvoir solidaire » (*power with*) émanant des réseaux de relations qu'elles ont créés au sein du contexte de la lutte contre le sida. Leurs mobilités sociales biographiques sont aussi le fruit de leur *agency* en vue de changer leur condition (*power to*). Mais ces exercices et constructions de pouvoir dont ces femmes sont capables ne visent pas à transformer la société où à combattre les inégalités subies. Ces femmes n'attaquent jamais de front la hiérarchie statutaire, la prédestination sociale ou la domination masculine (Gomez-Perez et Brossier 2016 : 4). Cependant, le bousculement de certaines frontières que comportent leurs mobilités sociales, voire leur capacité à transcender la marginalisation subie, remet de fait en question l'ordre social au quotidien. Des professionnelles du sexe qui sont aussi des mères, des femmes seules avec des enfants à charge vivant avec le VIH dessinent des parcours de vie en rupture avec les logiques de prédestination sociale liées aux places que l'ordre patriarcal assigne aux femmes dans la société. Elles sont enfin "intégrées", mais tout comme *« l'étranger »* de G. Simmel (2004 : 54), restent des *« ennemies de l'intérieur »* car leur position interne et leur appartenance impliquent tout à la fois leur extériorité et leur opposition à la configuration de relations de pouvoir qui les placent dans une situation d'infériorité sociale.

BIBLIOGRAPHIE

Abbadie A. D., 1881.
Dictionnaire de la langue amariñña, F. Vieweg, Librairie Éditeur, Paris.

Abebe A., Pollakis G., Fontanet A. L., Fisseha B., Tegbaru B., Kliphuis A., Rinke de Wit T. F., 2000.
« Identification of a genetic subcluster of HIV type 1 subtype C (C') widespread in Ethiopia »,
AIDS research and human retroviruses, 16, 17, p. 1909-1914.

Abebe A., Lukashov V. V., Pollakis G., Kliphuis A., Fontanet A. L., Goudsmit J., de Wit T. F. R., 2001.
« Timing of the HIV-1 subtype C epidemic in Ethiopia based on early virus strains and subsequent virus diversification »,
Aids, 15, 12, p. 1555-1561.

Abebe Y., Schaap A., Mamo G., Negussie A., Darimo B., Wolday D., Sanders, E. J., 2003.
« HIV prevalence in 72,000 urban and rural male army recruits, Ethiopia, 1999-2000 »,
Ethiopian medical journal, 41, p. 25-30.

Achilli L., Hejoaka F., 2005.
« Les associations dans la réponse à l'épidémie VIH/Sida au Burkina Faso »,
Face à face, 7, [En ligne], [faceaface.revues.org/305].

Ackerknecht E. H., 1967.
Medicine at the Paris hospital 1794-1848, Baltimore, Md., Johns Hopkins press.

Agamben G., 1997.
Le pouvoir souverain et la vie nue, Paris, Seuil.

Ageba G., Amha W., 2006.
« Micro and Small Enterprises (MSEs) finance in Ethiopia : empirical evidence »,
Eastern Africa social science research review, 22,1, p. 63-86.

Ahmad Kh., 2003.
« Ethiopia Loses HIV Research Centre »,
The Lancet Infectious Diseases, 3, p. 459-461.

Aklilu M., Messele T., Tsegaye A., Biru T., Haime Mariam D., van Benthem B., Coutinho R., Rinke de Wit T., Fontanet A., 2001.
« Factors associated with HIV infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia »,
AIDS, 15, p. 87-96.

Alemayehu S., 1968.
« Eder in Addis Ababa : a Sociological Study »,
Ethiopia Observer, 12, 1, p. 8-33.

Alene G. D., 2002.
« Knowledge and practice of condom in preventing HIV/AIDS infection among commercial sex workers in three small towns of northwestern Ethiopia »,
Ethiop. J. Health Dev., 16, p. 277-286.

Allen A., 1999.
The Power of Feminist Theory : Domination, Resitance, Solidarity, Boulder Colo, Westview.

Allen J., Barr D., 1990.
« Experiencing the empowerment process : Women and development »,
Networking bulletin : Empowerment and Family Support, 1, p. 1-21.

Amato (d') Nicolas, 1898.
Da Adua ad Addis Abeba. Ricordi d'un prigioniero, Salerno.

Ambrose S., 1993.
Rise to Globalism : American Foreign Policy Since 1938, New York, Penguin Books.

Amsale Ch., Yemane B, 2012.
« Oral and anal sex practices among high school youth in Addis Ababa, Ethiopia »,
BMC Public Health 12, 5,
(En ligne) http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/5, consulté le 19 mai 2017.

Anastassopoulou C. G., Kostrikis L. G., 2006.
« Global genetic variation of HIV-1 infection »,
Current HIV research, 4, 3, p. 365-373.

Anastos K., et Marte C., 1989.
« Women – The Missing Persons in the AIDS Epidemic »,
Health/PAC Bulletin (Winter), 19, 4, p. 6-13.

Ancel St., 2005.
« Mähbär et sänbäte : associations religieuses en Éthiopie »,
Aethiopica, 8, p. 95-111.

Ancel St., Ficquet E., 2015.
« The Ethiopian Orthodox Teawahedo church (EOTC) And the Challenge of Modernity ».
In Ficquet E., Prunier G. (dir.) *Understanding Contemporary Ethiopia : Monarchy, Revolution, and the Legacy of Meles Zenawi*, New York, Oxford Press, p. 63-91.

Andargatchew T., 1967.
« The problem of prostitution in Ethiopia »,
Alumni Association Bulletin, Addis Ababa, p. 5-20.

Andargatchew T., 1988.
The Crime Problem and its Correction. Department of Sociology and Social Administration, Addis Ababa University, (Unpublished).

Andersson N., S. Marks, 1988.
« Apartheid and health in the 1980s ».
Social Science & Medicine 27, 7, p. 667-681.

Andersson N., 1995.
« Excremental colonialism : public health and the poetics of pollution ».
Critical Inquiry 21, 3, p. 640–669.

Appadurai A., 2001.
Après le colonialisme : les conséquences culturelles de la colonisation, Paris, Payot.

Arnold, D. 1996.
Warm climates and western medicine : the emergence of tropical medicine, 1500-1900, Amsterdam - Atlanta, GA, Rodopi Bv Editions.

Asante S. K. B., 1977.
Pan-African Protest : West Africa and the Italo-Ethiopian Crisis, 1934-1941, London, Longman Publishing Group.

Atakilt G.Y., 1994.
The Attitude of Bar Maids towards AIDS/HIV Prevention : A Case Study of 30 Bar Maids in a Few Selected Bars around Piazza. Senior Essay in Sociology, Addis Ababa University.

Atlani-Duault L., Dozon J. P., 2011.
« Colonisation, développement, aide humanitaire. Pour une anthropologie de l'aide international ».
Ethnologie française, 41, 3, p. 393-403.

Babaniyi O., Aberra En., Belachew A., Teferra B., *et al.*, 2004.
3x5 Country Emergency Mission to Ethiopia. Mission Report, Treat 3 million by 2005. Genève, WHO
(En ligne) http://cnhde.ei.columbia.edu/documents/3x5_Country_Emerge.pdf

Bacqué M. H., Biewener C., 2015.
L'empowerment, une pratique émancipatrice ?, Paris, La Découverte.

Bahru Z., 2007.
« Les intetellectuels et l'État au XX siècle ».
In Prunier G. (dir.) *L'Éthiopie contemporaine*, Addis-Abeba, Paris, Karthala, p. 237-252.

Baker J., 1990.
« The Growth and Functions of Small Urban Centres in Ethiopia ».
In Baker J. (dir.) *Small Town in Africa : Studies in Rural-Urban Interaction*, Stockholm, Almqvistoch Wiksell, p. 209-227.

Balsvik R. R., 2007.
The Quest for Expression : The State and the University Under Three Regimes, 1952-2005, Addis Ababa, Addis Ababa University Press.

Banerjee A., Duflo E., 2011.
Poor Economics : a Radical Rethinking of the Way to Fight Global Poverty, New York, Public Affairs.

Barnes C., Osmond T., 2005.
« L'après-État-nation en Éthiopie »,
Politique africaine, 3, p. 6-21.

Bauman Z., 2013.
La vie liquide, Paris, Pluriel.

Bayart J.-F., 1985.
« L'énonciation du politique »,
Revue française de science politique,
[En ligne] 35e année, n°3, 1985. pp. 343-373; doi : 10.3406/rfsp.1985.411322
http://www.persee.fr/doc/rfsp_0035-2950_1985_num_35_3_411322

Bayart J.-F., 1999.
« L'Afrique dans le monde : une histoire d'extraversion »,
Critique internationale, 5, p. 97-120.

Bayart J.-F., 2008.
« Le politique par le bas en Afrique noire : questions de méthode ».
In Bayart J.-F., Mbembe A., Toulabor C., *Le politique par le bas en Afrique noire*, Paris, Éditions Karthala, p. 33-62.

Beauvoir de, S., 1949.
Le deuxième sexe, Paris, Gallimard.

Becker C., Denis P. (dir.), 2006.
L'épidémie du sida en Afrique subsaharienne : regards historiens, Paris, Karthala.

Behrman G., 2004.
The invisible people, how the United States has slept through the global AIDS pandemic, the greatest humanitarian catastrophe of our time, New York, Simon & Schuster Inc.

Ben Barka M., 2008.
« La place et le rôle de la droite chrétienne dans l'Amérique de George W. Bush »,
Vingtième siècle, 97, p. 39-51.

Beneria L., Sen G., 1981.
« Accumulation, reproduction, and "women's role in economic development" : Boserup revisited ».
Signs : Journal of Women in Culture and Society, 7, 2, p. 279-298.

Beneria L., 2003.
« Economic rationality and globalization : A feminist perspective ».
In Ferber M. A., Nelson J. A. (dir.) *Feminist economics today : Beyond Economic Man*, Chicago, London, The University of Chicago Press, p. 115-134.

Berry B., 2005.
« Gondär ».
In S. Uhlig (dir.), *Encyclopedia Aethiopica*, t. 1, Wiesbaden, Harrassowitz Verlag, p. 838-843.

Bertaux D., 1974.
« Mobilité sociale biographique. Une critique de l'approche transversale »,
Revue française de sociologie, 15, 3, p. 329-362.

Bertaux D., 2005.
L'enquête et ses méthodes. Le récit de vie, Paris, A. Colin.

Betemariam W., 2002.
Gender and HIV/AIDS in Ethiopia, Technical Working Group on HIV/AIDS.

Bethlehem T., 2002.
Narratives of Three Prostitutes in Addis Ababa. CERTWID, Addis Ababa University.

Bethlehem T., 2003.
« How should prostitution be dealt with ? »,
CERTWID Informs, 7, 3, p. 9-11.

Bethlehem T., 2004a.
Sex Workers in Day Light : The Social Context of Sex Work in Addis Ababa. M.A Thesis, Department of Sociology and Social Anthropology, Addis Ababa University.

Bethlehem T., 2004b.
« Youth and HIV/AIDS in Addis Ababa : Perspectives on the interface between commercial sex and HIV/AIDS »,
CERTWID Informs, 9,2, p. 11-14.

Bethlehem T., 2005.
Poverty and the social context of sex work in Addis Ababa, Addis Ababa, Forum for Social Studies.

Bezounesh T., Raison J.-P.,2007.
« L'espace géographique éthiopien. Un monde de fortes densités rurales ».
In Prunier G. (dir.), *L'Éthiopie contemporaine*, Paris, Karthala, p. 9-32.

Bidet-Mordrel A., 2010.
Les rapports sociaux des sexes, Paris, Presses Universitaires.

Bila B. et Egrot M., 2009.
« Gender Asymmetry in Health Care Facility Attendance of People Living with HIV/AIDS in Burkina Faso »,
Social Science & Medicine, 69, p. 854-861.

Bila B., Egrot M., 2008.
« Accès au traitement du sida au Burkina Faso : des hommes vulnérables ? »,
Science et technique, Série Sciences de la santé, spécial hors série 1, « Sida, santé publique et sciences sociales : 20 ans d'épidémie et de recherche », p. 85-92.

Bila B., 2011.
« Différences de recours au traitement des personnes vivant avec le VIH et valeurs liées au genre au Burkina Faso »,
dans Alice Desclaux, Philippe Msellati et Koudia Sow (dir.), *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud*. Paris, coll. « Sciences sociales et sida », Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales, p. 31-42.

Bilge S., 2015.
« Le blanchiment de l'intersectionnalité »,
Recherches féministes, 28, 2, p. 9-32.

Bisilliat J., Fieloux M., 1992.
Les femmes du Tiers Monde : travail et quotidien, Paris, l'Harmattan.

Boesen E., Marfaing L., 2014.
Mobilités dans l'espace ouest-africain : ressources, développement local et intégration régionale, Paris, Karthala.

Bonacci G., 2008.
Exodus : l'histoire du retour des Rastafariens en Éthiopie, Paris, Scali.

Borchgrevink A., Woldehanna T., Ageba G., Teshome W., 2005.
« Marginalized Groups, Credit and Empowerment : the Case of Dedebit Credit and Saving Institution (DECSI) of Tigray, Ethiopia »,
AEMFI Occasional Paper, 14, September.

Boserup E., 1970.
Women's role in development, London, Earthscan.

Bossen L., 1984.
The redivision of labor : Women and economic choice in four Guatemalan communities, Albany, SUNY Press.

Bossert T., 1998.
« Analyzing the decentralization of health systems in developing countries : decision, innovation and performance »,
Social Science & Medicine, 47, 10, p. 1513-1527.

Bourdelais P., 2001.
« Les logiques du développement de l'hygiène publique ».
In P. Bourdelais (dir.), *Les Hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Belin, p. 5-26.

Bourdieu P., 1986.
« L'illusion biographique »,
in *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62-63, p. 69-72,
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/arss_03355322_1986_num_62_1_2317, consulté le 18 mai 2017.

Bourdieu P., 1990.
« La domination masculine »,
Actes de la recherche en sciences sociales, 84, 1, p. 2-31.

Bourdieu P., 2002.
La domination masculine, Paris, Seuil.

Braud R., Lainé A, 2012.
« Les migrants face à leur santé : la réappropriation de soi. Éditorial »,
Migrations santé, 144-45, p. 9-22.

Braud R., 2012.
« Éducation thérapeutique des "migrants" diabétiques : quel partage des pouvoirs d'agir sur la maladie »,
Migrations santé, 144-45, p. 47-79.

Brown T. M., Cueto M., Fee E., 2006.
« The World Health Organization and the Transition from "International" to "Global" Public Health »,
American Journal of Public Health, 96, 1, p. 62-72.

Bruce J., 1964.
Travels to Discover the Source of the Nile by James Bruce, Selected and Edited with an introduction by C. F. Beckingham, Professor of Islamic Studies, University of Manchester, Edinbourgh, Edinbourgh University Press.

Bruner J., 1987.
« Life as Narrative »,
Social Research, 54, 1, p. 11-32.

Bujra J. M., 1975.
« Women Entrepreneurs of Early Nairobi »,
Canadian Journal of African Studies, 9, 2, p. 213-234.

Bujra J. M., 1978.
« Proletarianization and the 'Informal Economy' : a Case Study from Nairobi »,
African Urban Studies, 3, p. 47-66.

Bureau E., 2013.
Anthropologie d'une norme globalisée. La participation profane dans les programmes de lutte contre le sida au Cambodge. Thèse de doctorat. Bordeaux, Université Victor Segalen, Bordeaux 2.

Bureau E., Hermann-Mesfen J., 2014.
« Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. Introduction au dossier »,
Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé, 8,
(En ligne) http://anthropologiesante.revues.org/1342, consulté le 30 mai 2017.

Bureau E., 2016.
Les patients experts dans la lutte contre le sida au Cambodge : anthropologie d'une norme globalisée, Aix-Marseille Université, Presses Universitaires de Provence.

Burris S., 1993.
« Public Health, AIDS Exceptionalism and the Law »,
J. Marshall L. Rev., 27, p. 251-276.

Bury M., 1982.
« Chronic Illness as Biographical Disruption »,
Sociology of Health and Illness, 4, 2, p. 167-182.

Buss D., Herman D., 2003.
Globalizing family values : the Christian right in international politics, Minneapolis, London, University of Minnesota Press.

Bussemaker J., Voet R., 1998.
« Citizenship and Gender : Theoretical Approaches and Historical Legacies »,
Critical Social Policy, 18, 56, p. 277-307.

Bustorf D., Schaefer Ch., 2005.
« Əddər ».
In Uhlig S. (dir.) *Encyclopaedia Aethiopica*, vol. 2, Wiesbaden Harrosowitz Verlag, p. 225-227.

Butler J. 2002.
La vie psychique du pouvoir. L'assujettissement en théories, Paris, L. Scheer.

Butler J., 2004.
Precarious Life : The Powers of Mourning and Violence, London, New York, Verso.

Butler J., 2007.
Le récit de soi, Paris, Presses Universitaires de France.

Buton F., 2005.
« Sida et politique : saisir les formes de la lutte »,
Revue française de science politique, 55, 5-6, 787-810.

Calchi Novati G., 2004.
« Conflict and the Reshaping of States in the Horn of Africa ».
In A Triulzi A., Ercolessi M. C. (dir), *State, Power, and New Political Actors in Postcolonial Africa*, Milano, Feltrinelli, p. 87-111.

Caldwell J.C., Orubuloye I.O., Caldwell P. 1992.
« Underreaction to AIDS in Sub-Saharan Africa »,
Social Science & Medicine, 34,11, p. 1169-1182.

Calvès A.-E. 2009.
« " Empowerment " : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement »,
Revue Tiers Monde, 4, 200, p. 735-749.

Calvez M., 2000.
« Le Sida ».
In D. Fassin, H. Grandjean, Kaminski M., Lang Th., Leclerc A., *Les inégalités sociales de santé*, Paris. Inserm, La Découverte : 283-294.

Caraël M., 1993.
« Bilan des enquêtes CAP menées en Afrique : forces et faiblesses ».
In Dozon J.-P., Vidal L. (dir.) *Les sciences sociales face au sida : cas africains autour de Vexemple ivoirien, Actes de l'Atelier, Bingerville (Côte d'Ivoire)*, 15-17 Mars 1993, Abidjan, Centre ORSTOM de Petit-Bassam, p. 27-36.

Caraël M., 2006.
« Face à la mondialisation du sida : vingt ans d'interventions et de controverses ».
In Deni Ph, Becker C, *L'épidémie du sida en Afrique subsaharienne : regards historiens, Louvain-La-Neuve-Paris, Bruylant-Academia-Karthala*, 43-61.

Caraman P., 1985.
The lost empire : the story of the Jesuits in Ethiopia, 1555-1634, London, Sidgwick & Jackson.

Carlson A. J., Carlson D. G., 2008.
Health, wealth, and family in rural Ethiopia : Kossoye, North Gondar region, 1963-2007, Addis Ababa, Addis Ababa University Press.

Carricaburu D., Pierret J., 1995.
« From Biographical Disruption to Biographical Reinforcement. The Case of HIV-positive Men »,

Sociology of Health and Illness, 5, 2, p. 168-195.

Cassiers A., 1983.
« Mercha : An Ethiopian Woman Speaks of Her Life »,
Northeast of African Studies, 5, 2, p. 57-81.

Castells M., 2001.
L'ère de l'information, Paris, Fayard.

Cavarero A., 2000.
Relating Narratives : Storytelling and Selfhood, London, New Fetter Lane.

Cecchi A., 1887.
Da Zeila alle frontiere del Caffa, Roma, Ermanno Loescher.

Chabrol F., 2002.
« Le sida en Afrique subsaharienne : perceptions d'un enjeu de sécurité international »,
Revue internationale et stratégique, 2, p. 129-136.

Chabrol F., 2012.
Le sida au Botswana : entre politiques globales du médicament et pratiques locales de citoyenneté, Thèse de doctorat, Paris, EHESS.

Chabrol F., 2014a.
« Sida : l'eldorado africain ? »,
La Vie des idées, 1er décembre 2014.
ISSN : 2105-3030. URL : http://www.laviedesidees.fr/Sida-l-eldorado-africain.html

Chabrol F., 2014b.
Prendre soin de sa population : l'exception botswanaise face au sida, Montpellier, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.

Chakraborty S., Vaillancourt D., Taha T., 2005.
Evaluation of the World Bank's Assistance in Responding to the AIDS Epidemic : Ethiopia Case Study, Washington, DC, World Bank.

Chambers R., 2014.
Rural development : Putting the last first, London, Lagos, New York, Routledge.

Chang W. P., 1969.
« Development of basic health services in Ethiopia »,
Ethiopia observer, 12, 4, p. 230-238.

Chant S., 1991.
Women and Survival in Mexican Cities : Perspectives on Gender, Labour Markets and Low-Income Households, Manchester, Manchester University Press.

Ciambrone D.,2001.
« Illness and Other Assaults on Self. The Relative Impact of HIV/AIDS on Women's Lives », *Sociology of Health and Illness*, 23, 4, p. 517-540.

Clapham C., 2002.
« Controlling space in Ethiopia »,
in James W., Donham D., Kurimoto E., Triulzi A. (dir.), *Remapping Ethiopia : socialism and after*, Addis Ababa, Addis Ababa University Press, Eastern African Studies, Oxford, James Currey, p. 9-30.

Clark J. 2000.
Civil Society, NGOs, and Development in Ethiopia : a Snapshot View, Washington, World Bank.

Clinton W. J., 1999.
A National Security Strategy for a New Century, White House, Washington, DC.

Cohen M., 1924.
Couplets amhariques du Choa, Paris, Imprimerie Nationale.

Collin F., 1986.
« Héritage sans testament »,
Cahiers du GRIF, 34, p. 81-92.

Comaroff J., 1993.
« The Diseased Heart of Africa. Medicine, Colonialism and the Black Body ».
In Lindenbaum S., Lock M. (dir.), *Knowledge, Power, and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, Berkeley, University of California Press, p. 305-329.

Comaroff J., 2006.
« Beyond bare life : AIDS, (bio) politics, and the neoliberal order »,
Public culture, 19, 1, 197-219.

Connell R., 1987.
Gender and Power, Stanford University Press, Stanford California.

Connell R. W., 2005.
Masculinities, Cambridge, Polity.

Converse J. P., Wuhib T., Mulatu M. S., Kloos H., 2003.
« Bibliography on HIV/AIDS in Ethiopia and Ethiopians in the Diaspora »,
Ethiopian Journal of Health Development, 17, 4, p. 33-85.

Cooke J. G., Morrison J. S. (dir.) 2009.
US Africa policy beyond the Bush years : Critical challenges for the Obama administration, Washington, CSIS.

Coon C. S., 1936.
Measuring Ethiopia and Flight into Arabia, London, J. Cape.

Copans J., 2005.
L'enquête ethnologique de terrain, Paris, Armand Colin.

Coquery-Vidrovitch C., 1994.
Les Africaines : histoire des femmes d'Afrique noire du XIXè au XXè siècle, Paris, Editions Desjonqueres.

Corea G., 1992.
The story of women and AIDS : The invisible epidemic, New York, Harper Collins.

Csete J., Schleifer R., Cohen J., 2004.
« Opt-out testing for HIV in Africa : a caution [letter] »,
Lancet, 363, 9407, p. 409-500.

Cuoq J., 1981.
L'Islam en Éthiopie des origines au XVIe siècle, Paris, Nouvelles éditions latines.

Damen, H. M., 2002.
« Éthiopie : potentiel du système traditionnel de sécurité sociale pour un appui à l'accès aux soins médicaux »,
Notes sur les connaissances autochtones, 48, p. 1-4.

Damen,H. M., 2003.
« Indigenous social insurance as an alternative financing mechanism for health care in Ethiopia (the case of *əddər*) ».
Social Sciences and Medicine 56, p. 1719-1726.

Daniel S. T., 2005.
Non-Governmental Organizations in Ethiopia : Examining Relations Between Local and International Groups, Lewiston, Queenston, Lampeter, The Edwin Mellen Press.

Das V., 2007.
Life and Words. Violence and the Descent into the Ordinary, Berkeley-Los Angeles-London, University of California Press.

Davis A., 1988.
An Autobiography, New York, International Publisher.

Davis K., 2008.
« Intersectionality as buzzword : a sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful »,
Feminist Theory, 9, 1, p. 67-85.

Dawit W. Giorgis, 1989.
Red tears : war, famine, and revolution in Ethiopia (t. 15). Trenton, NJ, Red Sea Press.

Debrework Z., Getachew G., Khodakevich L., Degifie G., Wemeue M., 1990.
« Development and Management of the AIDS Control Programme in Ethiopia »,
Ethiop J Health Dev, 4, 2, p. 19-31.

De Cock K. M., Johnson A. M., 1998.
« From exceptionalism to normalisation : a reappraisal of attitudes and practice around HIV testing »,
BMJ : British Medical Journal, 316, 7127, p. 290.

De Cock K. M., Mbori-Ngacha D., Marum E., 2002.
« Shadow on the continent : public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century »,
Lancet, 36, 9326, p. 67-72.

De Gaulejac V., 1995.
« Du tournant au dénouement »,
RITM, « Le tournant d'une vie », 10, p. 181-188.

Degrave F., 2011.
« La pensée " femmes et développement ". Critique des fondements et pistes pour reconstruire un point de vue féministe croisé Nord/Sud »,
dans Isabelle Guérin, Madeleine Hersent et Laurent Freisse (dir.), *Femmes, économie et développement. De la résistance à la justice sociale*, Paris, Éditions Érès, p. 63-84.

Dekker M., 2008.
« Intra-household differences in coping with illness in rural Ethiopia ».
In Rutten M., Lelived A., Focken D. (dir.), *Poverty and Development in Africa*, Leiden Boston, Brill.

Delaunay K., 1999a.
« Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines, discours sur une pandémie »,
Autrepart, 12, p. 37-51.

Delaunay K., 1999b.
« Des ONG et des associations : concurrence et dépendances sur un " marché du SIDA " émergent. Cas ivoirien et sénégalais ».
In Marc-Éric Gruénais (dir.), *Organiser la lutte contre le sida : une étude comparative sur les rapports État/société civile en Afrique (Cameroun, Congo, Côte-d'Ivoire, Kenya, Sénégal)*.
Paris, Institut de recherche pour le développement, p. 69-89.

Delory-Momberger C., 2004.
« Biographie, socialisation, formation. Comment les individus deviennent-ils des individus ? »,
L'orientation scolaire et professionnelle, 33, 4, p. 551-570,
http://www.osp.revues.org/251, consulté le 21 mai 2017.

Del Re A., Gautier A., Heinen J., Jenson J., Marques-Pereira B., Siim B., et Sineau M., 1996.
« Introduction ».
In Del Re A., Heinen J., (dir.) *Quelle citoyenneté pour les femmes ? La crise des États-providence et de la représentation politique en Europe*, Paris, L'Harmattan.

Del Re A., 2000.
« Avortement et contraception ».
In In H. Hirata, F. Laboire, H. Le Doaré, D. Senotier (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme* (2ème édition augmentée), Paris, Puf, p. 1-10.

Démange E., 2011.
La controverse « Abstain, Be faithful, Use a Condom » : transnationalisation de la politique de prévention du VIH/sida en Ouganda. Thèse de doctorat, Bordeaux, Université Montesquieu-Bordeaux IV / Sciences Po Bordeaux École Doctorale de Science Politique de Bordeaux – E.D. 208.

De Rosis C., 2012.
« Femmes vivant avec le VIH et mobilité féminine interne à Gondär : une étude de cas entre les marges inédites d'une ville (région Amhara, Éthiopie) »,
Migrations santé, 144-45, p. 23-46.

De Rosis C., 2014.
« Mobilités féminines internes à Gondar et VIH : entre construction de discours et parole de femmes aux marges de leur avenir (région Amhara, Éthiopie) »,
Cahiers d'études africaines, 213-214, p. 115-153.

De Rosis C., 2015.
« The Organization of the Fight Against HIV/AIDS in Ethiopia : Rallying Around Afflictions »,
Northeast African Studies, 15, 1, p. 67-112.

De Rosis C., 2016.
« Le pouvoir aux marges : les femmes qui vivent avec le VIH, entre marginalité et mobilité sociale »,
Recherches féministes, 29, 2, 2016, p. 87-104.

De Rosis C., 2016.
« Women Living with HIV as agents of social change ».
In Ficquet E., Ahmed H. O., Osmond Th. (dir.) *Movements in Ethiopia/Ethiopia in Movement, Proceedings of the 18th International Conference of Ethiopian Studies*, Publisher : Los Angeles, CFEE / Institute of Ethiopian Studies of Addis Ababa University / Tsehai Publishers,
pp. 181 - 196.

De Rosis C., 2017.
« L'organisation de la lutte contre le VIH/sida en Éthiopie : rassemblements autour d'afflictions ».
In Broqua C., Delaunay K. (dir.) *Lutter contre le sida en Afrique : mobilisations locales et inernationales au temps des antirétroviraux*, Paris, L'Harmattan, à paraître.

Desclaux A., 1992.
« Les méthodes rapides en anthropologie »,
Cahiers Santé, 5, 2, p. 300-306.

Desclaux A., 2008a.
« L'éthique médicale appliquée aux sciences humaines et sociales : pertinence, limites, enjeux, et ajustements nécessaires »,
Bulletin de la Société de pathologie exotique, 101, 2, p. 77-84.

Desclaux A., 2008b.
« Les lieux du "véritable travail éthique" en anthropologie de la santé : terrain, comités, espaces de réflexion ? »,
ethnographiques.org,
[en ligne]. http://www.ethnographiques.org/2008/Desclaux.html (consulté le 10 mai 2017).

Desclaux A., Msellati Ph., Sow Kh. 2011.
« L'expérience des femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud ».
In A. Desclaux, Ph. Msellati, Kh. Sow (dir.), *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud*. Paris, coll. « Sciences sociales et sida », Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales : xiii-xxxii.

Désy P., 1978.
« L'homme-femme (les berdaches en Amérique du Nord) »,
Libre - politique, anthropologie, philosophie, 78, 3, p. 57-102.

De Waal A., 2003.
« How will HIV/AIDS transform African governance ? »,
African Affairs 102, 406, p. 1.

Diggs C. H., 1937.
Contribution à la géographie médicale de l'Éthiopie, Thèse de Doctorat en médecine, Université Paris V.

Djebali T., 2011.
« Politique sociale et religion aux Etats-Unis : du "conservatisme compatissant" à l'ouragan Katrina »,
Revue LISA/LISA e-journal. Littératures, Histoire des Idées, Images, Sociétés du Monde Anglophone–Literature, History of Ideas, Images and Societies of the English-speaking World, 9, 1, p. 79-95.

Dodier N., 2003.
Leçons politiques de l'épidémie de sida, Paris, Ed. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

Dorlin E., 2009.
« Vers une épistémologie des résistances ».
In Dorlin E. (dir.) *Sexe, race et classe, pour une épistémologie de la domination*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 5-18.

Dozon J.-P., 1983.
« L'anthropologie médicale : fabrication d'un nouveau regard »,
Sciences Sociales et Santé, 1, 3-4, p. 37-41.

Dozon J.-P., Fassin D. 1989.
« Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux sociopolitiques du sida en Afrique ».
Sciences Sociales et Santé, 7, 1, p. 21-36.

Dozon J.-P., Guillaume A., 1994.
« Contextes, conséquences socio-économiques et coût du SIDA ».
In J. Vallin (dir.), *Populations africaines et Sida*. Paris, La Découverte, CEPED, p. 179-223.

Dozon J.-P., 2001.
« Le sida et l'Afrique ou la causalité culturelle en question ».
In J.-P. Dozon, D. Fassin (dir.), *Critique de la santé publique*, Paris, Balland, p. 209-231.

Dozon J.-P., 2001.
« Quatre modèles de prevention ».
In Dozon J.-P., Fassin D. (dir.) *La critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Paris, Balland, p. 23-46.

Dozon J.-P., 2005.
« De l'intolérable et du tolérable dans l'épidémie de sida : un parallèle entre l'Occident et l'Afrique ».
In Fassin D., Bourdelais P., *Les constructions de l'intolérable. Etudes d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*, Paris, La Découverte, p. 197-224.

Dozon J.-P., 2015.
Afrique en présence : du monde atlantique à la globalisation néolibérale, Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.

Dreuilhe A. E., 1987.
Corps à corps : journal de SIDA, Paris, Gallimard.

Droz Y., Lavigne J. C., 2006.
Éthique et développement durable, Paris, Karthala.

Dugan J., Lafore L. D., 1973.
Days of Emperor and Clown : The Italo-Ethiopian War, 1935-1936, Garden City, NY, Doubleday.

Durkheim E., 2009.
Les règles de la méthode sociologique, Paris, Le Monde, Flammarion.

Dworkin A., 1987.
Intercourse, New York, Free Press.

Eboko F., 1999. « Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun », *Autrepart*, 12, p. 123-140.

Eboko F., 2002.
« 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 07 avril 2017.
URL : http://faceaface.revues.org/500

Eboko F., 2003.
« Le sida en Afrique : la perspective globale d'un drame local. À partir de l'exemple du Cameroun ».
In I. Gobatto (dir.), *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*, Paris, Karthala / MSHA, p. 47-80.

Eboko F., 2005.
« Politique publique et sida en Afrique »,
Cahiers d'études africaines [En ligne], 178 | 2005, mis en ligne le 30 juin 2008, consulté le 06 avril 2017.
URL : http://etudesafricaines.revues.org/5419

Eboko F., 2013.
« Déterminants socio-politiques de l'accès aux antirétroviraux en Afrique : une approche comparée de l'action publique contre le sida ».
In C. Possas, B. Larouzé (dir.), *Accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud : propriété intellectuelle et politiques publiques*, Paris, Éditions ANRS, collection « Sciences sociales et sida », p. 207-224.

Eboko F., Mandjem Y. P., 2011.
« ONG et associations de lutte contre le sida en Afrique : Incitations transnationales et ruptures locales au Cameroun ».
In Eboko F., Bourdier F., Broqua C. (dir.), *Les Suds face au sida : quand la société civile se mobilise*, Marseille, IRD éditions, p. 205-229.

Eboko F., 2015.
Repenser l'action publique en Afrique : du sida à l'analyse de la globalization des politiques publiques, Paris, Karthala.

Elbaz G., 2004.
Les différentes couleurs du sida aux États-Unis, Paris, Editions l'Harmattan.

Elbe S., 2002.
« HIV/AIDS and the Changing Landscape of War in Africa »,
International Security, 27, 2, p. 159-177.

Emebet M., 2008.
Urban poverty in Ethiopia : the economic and social adaptations of women, Addis Ababa, Addis Ababa University Press.

Engels F., 1974.
L'origine de la famille, de la propriété privée et de l'État, Paris, Éditions sociales.

Epstein S., 1996.
Impure science : AIDS, activism, and the politics of knowledge, University of California Press.

Evans G., Sahnoun M., Côté-Harper G., Hamilton L., Ignatieff M., Lukin Vl., Naumann Kl., al., 2001.
La responsabilité de protéger : rapport de la Commission Internationale de l'intervention et de la souveraineté des États,
(En ligne) https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/17566/IDL-17566.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Fainzang S., 1985.
« Circoncision, excision et rapports de domination »,
Anthropologie et société, 9, 1, p. 117-127.

Falquet J., 2003.
« ' Genre et développement ' : une analyse critique des politiques des institutions internationales depuis la Conférence de Pékin ».
In Reysoo F., Verschuur Chr. (dir.), *On m'appelle à régner. Mondialisation, pouvoir et rapport de genre*, IUED, UNESCO, p. 59-87.

Falquet J, Rabaud A., 2008.
« Introduction ».
In Freedman J., Falquet J., Rabaud A., Scrinzi F., 2008. *Femmes, genre, migrations et mondialisation : un état des problématiques*, Cedref, Paris, Publication Didert, p. 7-32.

Falquet J., Moujoud N., 2010.
« Cent ans de sollicitude en France. Domesticité, reproduction sociale, migration et histoire colonial »,
Agone, 43, p. 169-195.

Fanta E., 2007.
« Analysis : Ethiopian Intervenion in context »,
(En Ligne) http://www.bloggernews.net/14238

Fantini E., 2008.
Good Governance et restaurazione autoritaria in Etiopia, Tesi di dottorato in scienza politica, Università degli Studi di Torino.

Faria N. R., Rambaut A., Suchard M. A., Baele G., Bedford T., Ward M. J., Posada D., 2014.
« The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations »,
Science, 346, 6205, p. 56-61.

Farmer P., 1992.
Le sida en Haïti : la victime accusée, Paris, Karthala.

Farmer P., Connors M., Simmons J.,1996.
Women, Poverty and AIDS : Sex, Drugs and Structural Violence, Monroe ME, Common Courage Press.

Fassin D., 1994.
« Le domaine privé de la santé publique : pouvoir, politique et sida au Congo »,
Annales. Histoire, Sciences Sociales. 49, 4, 199, p. 745-775.

Fassin D., 1996.
L'espace politique de la santé : essai de généalogie, Paris, Presses universitaires de France.

Fassin D., 1997.
« L'internationalisation de la santé : entre culturalisme et universalisme »,
Esprit, 229, 2, 83-105.

Fassin D., 1999.
« L'indicible et l'impensé : la « question immigrée » dans les politiques du sida »,
Sciences sociales et santé, 17, 4, p. 5-36.

Fassin D., 1999.
« L'anthropologie entre engagement et distanciation ».
In Becker C., Dozon J.-P., Obbo C., Touré M. (dir.) *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Karthala, p. 41-66.

Fassin D., 2000.
Les enjeux politiques de la santé : études sénégalaises, équatoriennes et françaises, Paris, Karthala.

Fassin D., 2003.
« Anatomie politique d'une controverse : la démocratie sud-africaine à l'épreuve du sida », *Critique internationale*, 3, 20, p. 93-112.

Fassin D., 2004a.
« Biopouvoir ou biolégitimité ? Splendeur et misère de la santé publique ».
In Granjon M.-C., *Penser avec Michel Foucault : théorie critique et pratiques politiques*, Paris, Éditions Karthala, p. 161-182.

Fassin D., 2004b.
« L'incorporation de l'inégalité : condition sociale et expérience historique dans le post-apartheid ».
In Fassin D. (dir.), *Afflictions. L'Afrique du Sud de l'apartheid au sida*, Paris, Karthala, p. 21-46.

Fassin D., 2004c.
« Crise épidémiologique et drame social ».
In Fassin D. (dir.), *Afflictions. L'Afrique du Sud de l'apartheid au sida*, Paris, Karthala, p. 9-19.

Fassin D., 2005.
« Le sens de la santé : anthropologie des politiques de la vie ».
In Saillant Fr., Genest S. (dir.), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Québec, Les Presses de l'Université Laval ; Paris, Anthropos, p. 383-399.

Fassin D., 2006. Quand les corps se souviennent : expériences et politiques du sida en Afrique du Sud, Paris, Editions la Découverte.

Fassin D., 2008.
« L'éthique au-delà de la règle : réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soin en Afrique du Sud »,
Sociétés contemporaines, 3, 71, p. 117-135.

Fassin D., 2009.
« Les économies morales revisitées »,
Annales. Histoire, Sciences Sociales, 6, 64, p. 1237-1266.

Fassin D., 2010.
La raison humanitaire : une histoire morale du temps présent, Paris, Gallimard.

Fassin D., Hauray B., 2010.
Santé publique : l'état des savoirs, Paris, Éditions La Découverte.

Fassin D., 2011.
« Des politiques de la vie à l'éthique de la survie : la pensée tragique à l'épreuve du sida ».
In Kehr J., Niewöhner J., Vally J., *De la vie biologique à la vie sociale : approches sociologiques et anthropologiques*, Paris, La Découverte, p. 50-72.

Fecadu G., 1974.
« Urbanization, Polyethnic Group Voluntary Associations and National Integration in Ethiopia », *Ethiopian Journal of Development Research*, 1,1, p. 71-79.

Feierman S., 1985.
« Struggles for control : the social roots of health and healing in modern Africa ».
African Studies Review 28, 2-3, p. 73–147.

Feierman, S., Janzen J. M, 1992.
The social basis of health and healing in Africa, Berkeley, Los Angeles, Oxford, University of California.

Feinsilver J. M., 2008.
« Oil-for-doctors : Cuban medical diplomacy gets a little help from a Venezuelan friend », *Nueva Sociedad*, 216, p. 105-122.

Fekerte H.,1989.
« Women Fuel Wood Carriers and the Supply of Household Energy in Addis Ababa », *Canadian Journal of African Studies*, 23, 3, p. 442-451.

Ferguson J., 2006.
Global shadows : Africa in the neoliberal world order, Duke, University Press.

Ferret P. V., Galinier J. G., 1847-8.
Voyage en Abyssinie (t. II), Paris, Paulin.

Fontaine L., 2001.
« Women economic spheres and credit in pre-industrial Europe ».
In Lemire B., Pearson R., Campbelle G. (dir.), *Women and credit. Researching the past, refiguring the future*, Oxford, New York, Berg, p. 15-33.

Forman L., 2011.
« Global AIDS Funding and the re-emergence of AIDS 'Exceptionalism' », *Social Medicine*, 6, 1, p. 45-51.

Fortin A.J., 1987.
« The Politics of AIDS in Kenya », *Third World Quarterly*, 9, 3, p. 906-919.

Fortin-Pellerin L., 2006.
« Contributions théoriques des représentations sociales à l'étude de l'empowerment : le cas du mouvement des femmes », *Journal international sur les représentations sociales*, 3, 1, p. 57-67.

Foucault M., 1975.
Surveiller et punir. Naissance de la prison, Paris, Gallimard.

Foucault M., 1983.
« Discourse and Truth : the Problematization of Parrhesia. 6 Lectures Given by Michel Foucault at the University of California at Berkeley, Oct-Nov. 1983 » [En ligne], http://foucault.info/system/files/pdf/DiscourseAndTruth_MichelFoucault_1983_0.pdf

Foucault M., 1990
« Qu'est-ce que la critique », *Bulletin de la société française de philosophie*, 84, 2, p. 36-63.

Foucault M., 1994.
« La politique de la santé au XVIII siècle ».
In D. Defert & F. Ewald (dir.), *Dits et écrits 1954-1988 par Michel Foucault*, t. III : « 1976-1979 », Paris, Gallimard, p. 13-27.

Foucault M., 1994.
« Questions à Michel Foucault sur la géographie ».
In D. Defert & F. Ewald (dir.), *Dits et écrits 1954-1988 par Michel Foucault*, t. III : « 1976-1979 », Paris, Gallimard, p. 28-40.

Foucault M., 1994.
« La philosophie analytique de la politique ».
In D. Defert & F. Ewald (dir.), *Dits et écrits 1954-1988 par Michel Foucault*, t. III : « 1976-1979 », Paris, Gallimard, p. 534-551.

Foucault M., 1994.
« Non au sexe roi ».
In D. Defert & F. Ewald (dir.), *Dits et écrits 1954-1988 par Michel Foucault*, t. III : « 1976-1979 », Paris, Gallimard, p. 256-269.

Foucault M., 1994.
« Du gouvernement des vivants ».
In D. Defert & F. Ewald (dir.), *Dits et écrits 1954-1988 par Michel Foucault*, t. IV : « 1980-1988 », Paris, Gallimard, p. 125-129.

Foucault M., 1994.
« "Omnes et singulatim" : vers une critique de la raison politique ».
In D. Defert & F. Ewald (dir.), *Dits et écrits 1954-1988 par Michel Foucault*, t. IV : « 1980-1988 », Paris, Gallimard, p. 134-161.

Foucault M., 1994.
« Qu'est-ce que les lumières ? ».
In D. Defert & F. Ewald (dir.), *Dits et écrits 1954-1988 par Michel Foucault*, t. IV : « 1980-1988 », Paris, Gallimard, p. 562-578.

Foucault M., 1994.
« À propos de la généalogie de l'éthique : un aperçu du travail en cours ».
In D. Defert & F. Ewald (dir.), *Dits et écrits 1954-1988 par Michel Foucault*, t. IV : « 1980-1988 », Paris, Gallimard, p. 383-411.

Foucault M., 1994.
« Le souci de la vérité ».
In D. Defert et F. Ewald (dir.), *Dits et écrits 1954-1988 par Michel Foucault*, t. IV : « 1980-1988 », Paris, Gallimard, p. 668-678.

Foucault M., 1994.
« La gouvernementalité ».
In D. Defert et F. Ewald (dir.), *Dits et écrits 1954-1988 par Michel Foucault*, t. III : « 1976-1979 », Paris, Gallimard, p. 635-657.

Foucault M., 1994.
« Interview of Michel Foucault (entretien avec C. Baker) ».
In D. Defert & F. Ewald (dir.), *Dits et écrits 1954-1988 par Michel Foucault*, t. IV : « 1980-1988 », Paris, Gallimard, p. 688-696.

Foucault M., 1994.
« Les mailles du pouvoir ».
In D. Defert et F. Ewald (dir.), *Dits et écrits 1954-1988 par Michel Foucault*, t. IV : « 1980-1988 », Paris, Gallimard, p. 182-201.

Foucault M., 1994.
« Les techniques de soi ».
In D. Defert & F. Ewald (dir.), *Dits et écrits 1954-1988 par Michel Foucault*, t. IV : « 1980-1988 », Paris, Gallimard, p. 783-812.

Foucault M., 2004.
Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France 1977-79, Paris, Gallimard/Seuil.

Foucault M., 2012.
Du gouvernement des vivants, Cours au Collège de France. 1979-1980, Paris, Gallimard/Seuil.

Fourie P., Schönteich M., 2001.
« Africa's new security threat : HIV/AIDS and human security in Southern Africa »,
African Security Review, 10, 4, p. 29-42.

Fourie P., 2006.
The Political management of HIV and AIDS in South Africa : one burden too many ?,
Basingstoke, Palgrave Macmillan.

Fournier Y., Ouedraogo A., 1996.
« Les coopératives d'épargne et de crédit en Afrique : historique et évolutions récentes »,
Revue Tiers Monde, 37, 145, p. 67-83.

Freire P., 2004.
The Pedagogy of the Oppressed, New York, London, Continuum.

Garretson P., 2003.
« History of Addis-Abäba »,
in Uhlig S. (dir.) *Encyclopedia Aethiopica*, t. 1, Wiesbaden, Harrassowitz Verlag, p. 79-85.

Gascon A., 1995.
La Grande Éthiopie, une utopie africaine, Paris, CNRS Éditions.

Gascon A., 2006.
Sur les hautes terres comme au ciel. Identités et territoires en Éthiopie, Paris, Publications de la Sorbonne.

Getaneh G., 2010.
« Empowerment of women in rural Ethiopia : A review of two microfinance models »,
Praxis : The Fletcher Journal of Human Security, 25, p. 23-38.

Getnet T., 2006.
Bleak prospects, Young men, sexuality and HIV/AIDS in an Ethiopian town, African Studies Center, Leiden.

Gibbon E., 1977.
The Decline and Fall of the Roman Empire, New York, Modern Library.

Giddens A., 1987.
Social theory and modern sociology, Cambridge, Stanford University Press.

Gilligan C., 1982.
In a Different Voice : Psychological Theory and Women's Development, Cambridge, Mass, Harvard University Press.

Ginsburg F. D., 1990.
« La représentation de la fonction maternelle (nurturance) dans les mouvements féministes américains »,
Actes de la recherche en sciences sociales, 84, 2. p. 49-56,
[En ligne] doi : 10.3406/arss.1990.2949
http://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1990_num_84_1_2949

Gizaw T., 1990.
« Editorial ».
In Zewdie D., Khodakevich L. (dir.), HIV Infection and AIDS Epidemic in Ethiopia, *Ethiop J Health Dev*, 4, 2, p. 4-6.

Goffman E., 1973.
La Mise en scène de la vie quotidienne, t. 1 : *La Présentation de soi*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Goffman E., 1975.
Stigmates : les usages sociaux des handicaps, Paris, Éditions de Minuit.

Golini A., Said M., Casacchia O, *et al.* 2001.
Migration and Urbanization in Ethiopia with Special Reference to Addis Ababa, Rome, Institute for Population Research, National Research Council.

Gomez-Perez M., Brossier M., 2016.
« Négocier et habiter les normes sociales en Afrique au sud du Sahara : mobilisations et extraversions sociales et politiques des femmes »,
Recherches féministes, 29, 2, p. 3-16.

Gow J., 2002.
« The HIV/AIDS epidemic in Africa : implications for US policy »,
Health Affairs, 21, 3, p. 57-69.

Granjon M.-C., 2005.
« Penser autrement avec Michel Foucault. La "méthode historico-critique", usages théoriques, heuristiques et politques ».
In Granjon M.-C. (dir.), *Penser avec Michel Foucault. Théorie critique et pratiques politiques*, Paris, Karthala, p. 5-71.

Grant J. P., 1984.
La situation des enfants dans le monde, New York, Genève, Aubier pour l'Unicef.

Grignon C., Passeron J. C., 1989.
Le savant et le populaire : misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature, Paris, Gallimard.

Grmek M. D., 1995.
Histoire du sida : début et origine d'une pandémie actuelle, Paris, Payot.

Gruénais, M.-E. 1995.
« Incertitudes ethnographiques. À propos d'une recherche sur le sida »,
Journal des anthropologues, 60, p. 25-32.

Gruénais M.-E., Delaunay K., Eboko F., Gauvry E., 1999.
« Le sida en Afrique, un objet politique ? »,
Bulletin de l'APAD, 17, p. 2-18.

Gruénais M.-E., 1999.
« La religion préserve-t-elle du sida ? Des congrégations religieuses congolaises face à la pandémie de l'infection par le VIH »,
Cahiers d'études africaines, 39, 154, p. 253-270.

Gruskin S., Loff B., 2002.
« Do human rights have a role in public health work ? »,
Lancet, 360, 9348, 1880.

Guérin I., 2015.
La microfinance et ses dérives. Émanciper, discipliner, ou exploiter les pauvres ?, Paris, Éditions Démopolis.

Guérin I., Palier J., Prévost B. 2009.
Femmes et microfinance : espoirs et désillusions de l'expérience indienne, Paris, Archives contemporaines.

Guidi I., 1894.
Proverbi, strofe e racconti abbissini, Roma, Salviucci.

Guidi I., 1901.
Vocabolario amarico-italiano, Roma, Casa Editrice Italiana.

Guilbaud A., 2007.
« Sécurité humaine et santé : nouvelles possibilités d'action pour l'OMS »,
Human security journal, 4, p. 56-67.

Guillemaut F., 2008.
« Femmes africaines, migration et travail du sexe »,
Sociétés, 1, p. 91-106.

Hailu K., Buttò S, Bekura D, Verani P, Titti F, Sernicola L, Rapicetta M, Pasquini P, Rossi GB., 1989.
« Serological survey of human immunodeficiency virus (HIV) in Ethiopia »,
J. Med. Virol., 28, 1, 21-24.

Hailu N., Khodakevich L., Hailu K., Debrcwork Z., Bekele Sh., 1990.
« Surveillance on AIDS Cases in Ethiopia »,
Ethiop J Health Dev, 4, 2, p.

Hardiman D. (dir.), 2006.
Healing Bodies, Saving Soulds. Medical Missions in Asia and Africa, Amsterdam - New York, Radopi B. V.

Hardon A., Moyer E., 2014.
« Anthropology of AIDS : modes of engagement »,
Medical Anthropology, 33, p. 255-262.

Harris B., 1964.
The United States and the Italo-Ethiopian Crisis, Stanford, California, Stanford University Press.

Hartwig G. W., Patterson K. D., 1978.
Disease in African History : an introductory survey and case studies, Durham, N.C., Duke University Press.

Hassner O., Vaïsse J., 2003.
Washington et le monde, Dilemme d'une superpuissance, Paris, Autrement.

Haylä S., 1976.
My Life and Ethiopia's Progress 1892-1937, (Translated and annotated by Edward Ullendorf), t. I, Oxford, Oxforf University Press.

Heinecken L., 2001.
« Living in terror : the looming security threat to Southern Africa »,
African Security Review, 10,4, p. 6-17.

Henze P., 2004.
Histoire de l'Éthiopie : l'œuvre du temps, Paris, Moulin du Pont.

Héritier, F. 1984-85.
« Le sang du guerrier et le sang des femmes. Notes anthropologiques sur le rapport des sexes »,
Les Cahiers du GRIF, 29, p. 7-21.

Héritier, F. 1996.
Masculin/Féminin : la pensée de la différence, Paris, Odile Jacob.

Héritier, F. 2013.
Sida, un défi anthropologique (textes réunis par Salvatore D'Onofrio), Paris, Les Belles Lettres.

Herman-Mesfen J., 2012.
L'implication du Christianisme éthiopien dans la lutte contre le sida : une socio-anthropologie de la « guérison », Thèse de doctorat, Aix-Marseille, Université d'Aix-Marseille.

Herwitz D., Le Marcis F., 2006.
« Sida, savoir et réinvention de la société civile en Afrique du Sud »,
Politique africaine, 3, 46-60.

Herzlich C., Adam P., 1997.
« Urgence sanitaire et liens sociaux : l'exceptionnalité du sida ? »,
Cahiers internationaux de sociologie, 102, p. 5-28.

Herzlich C., 2002.
« Vingt ans après... l'évolution d'une épidémie »,
Études, 396, 2, p. 185-196.

Hocquet-Von Raesfeldt C., 2012.
Les Russes et l'Éthiopie : aventures personnelles ou politiques d'État, Mémoire de Master 2, Paris, INALCO.

Hollibaugh A., 1995.
« Lesbian denial and lesbian leadership in the AIDS epidemic : Bravery and fear in the construction of a lesbian geography of risk ».
In Schneider B. E., Stoller N. E. (dir.), *Women Resisting Aids. Feminist Strategies of Empowerment*, p. 219-230.

Holmes E. C., 2007.
« When HIV spread afar »,
Proceedings of the National Academy of Sciences, 104, 47, p. 18351-18352.

Hopper R., 1987.
« Aids in Uganda »,
African Affairs, 86, 346, October, p. 469-477.

Horton R., 2013.
« Investing in health : why, what, and three reflections »,
Lancet, 382, p. 1859–61.

Hunsmann M.,2010.
« Sida et sécurité nutritionnelle en Tanzanie : des affinités électives »,
Politique africaine, 3, p. 63-86.

Hussein, M.1998.
HIV-1 Subtype C in Commercial Sex Workers in Addis Ababa, Ethiopia, M.A Thesis, Department of Community Health, Addis Ababa University.

Iliffe J., 1987.
The African poor : a history. African studies series 58. Cambridge, Cambridge University Press.

Iliffe J., 1998.
East African doctors : a history of the modern profession. African studies series 95. Cambridge (GB), Cambridge University Press.

Iliffe J., 2006.
The African AIDS epidemic. A history. Athens, OH, Ohio University Press.

Ismail S., 1992.
Root of spread of HIV infection into rural community of Ethiopia : Limu District, South Shewa region, MPH thesis, Addis Ababa, Addis Ababa University.

Ismail S., Giorgis H. F., Legesse D., 1995.
« Knowledge, attitude and practice on high risk factors pertaining to HIV/AIDS in a rural community »,
Ethiop Med J, 33, 1, p. 1-6.

Itana A., 2002.
« Microfinancing and Poverty Alleviation in Ethiopia ».
In Gebrehiowot A. (dir.) *Microfinance Development in Ethiopia : Prospects, Sustainability and Challenges on Poverty Reduction. Proceedings of the Conference on Micrfinance Development in Ethiopia, Adama (Nazareth)*, Association of Ethiopian Micrfinance Institutions (AEMFI), Addis Ababa.

Jacquemin M., 2009.
« "Petites nieces" et "petites bonnes" à Abidjan ».
Travail, genre et sociétés, 2, 53-74.

Jacquemin M., 2012.
Petites bonnes à Abidjan : sociologie des filles en service domestique, Paris, L'Harmattan.

Jenkins G. L., Inhorn M. C., 2003.
« Reproduction gone awry : medical anthropological perspectives »,
Social Sciences & Medicine, 56, 9, p. 1831-1836.

Johnson R., 2010.
« Colonial Mission and Imperial Tropical Medicine : Livingstone College, London, 1893–1914 »,
Social History of Medicine 23, 3, p. 549-566.

Kalipeni E., Oppong J., Zerai A., 2007.
« HIV/AIDS, Gender, Agency and Empowerment Issues in Africa »,
Social Science & Medicine, 64, 5, p. 1015-1018.

Kant I., 1991.
Réponse à la question « qu'est-ce que les lumières ? », Paris, Flammarion,
http://www.lvc.philo.free.fr/Kant-Lumieres.pdf, consulté le 21 mai 2017.

Kebede M., 1993.
The Prevalence of HIV Infection and its Impact on Prostitutes. Senior Essay in Sociology, Addis Ababa University.

Keller E. J., 1991.
Revolutionary Ethiopia : from empire to people's republic, Bloomington, Indianapolis, Indiana University Press.

Kirk D., 2001.
Risk Factors Associated with HIV Prevalence, Honours research project, Department of Actuarial Science, University of Cape Town.

Kirp D.L., Bayer R., 1992.
AIDS in the industrialized democracies : passions, politics and policies, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press.

Kloos H., 1990.
« Utilization of selected hospitals, health centres and health stations in central, southern and western Ethiopia »,
Social science & medicine, 31, 2, p. 101-114.

Kloos H., Zein, Z. A., 1991.
« Aids and other STDs in Ethiopia : historical, social and epidemiological aspects »,
African Urban Quarterly, 6, 1-2, p. 36-43.

Kloos H., 1992.
« Health impacts of war in Ethiopiav »,
Disasters, 16, 4, p. 347-354.

Kloos H., 1998.
« Primary health care in Ethiopia under three political systems : Community participation in a war-torn society »,
Social Science & Medicine, 46, 4-5, p. 505-522.

Kloos H., Damen H. M., 2000.
« HIV/AIDS : an Overview »,
Northeast African Studies, 7, 1, 13-40.

Kohen E., Kohen P., 1975.
« Eder as a vehicle for urban development in Addis Ababa ».
In Marcus H. (dir.) *Proceedings of the First United States Conference of Ethiopian Studies*, East Lansing : African Studies Centre, Michigan State University, p. 399-428.

Korten D. C., Korten F. F., 1972.
Planned change in a traditional society. Psychological problems of modernization in Ethiopia, New York, Praeger Publishers, London, Pall Mall Press.

Kristol W., Kagan R., 1996.
« Toward a Neo-Reaganite Foreign Policy »,
Foreign Affairs, 75, 4, p. 18-32.

Lacoste Y., 2003.
« Les États-Unis et le reste du monde »,
Hérodote, 2, p. 3-16.

Lacroix A., Assal J. P., 2011.
L'éducation thérapeutique des patients : accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approaches, Paris, Maloine.

Laketch D., 1978.
The Socio-Economic Position of Women in Addis-Ababa : The Case of Prostitution, Ph. D., Boston, Boston University.

Laketch D., 1991.
The Commoditization of the Female Sexuality : Prostitution and Socio-Economic Relations in Addis Ababa, Ethiopia, New York, AMS press.

Lamoureux D., 1989.
Citoyennes ? Femmes, droit de vote et démocratie, Montréal, Remue-Ménage.

Lamphere L., Rosaldo M. Z. (dir.), 1974.
Woman, culture, and society (p. 97). Stanford : Stanford University Press.

Lanegran K., Hyden G., 1993.
« Mapping the Politics of AIDS : Illustrations from East Africa »,
Population and Environment, 14, 3, p. 245-263.

Laplanche J., Pontalis J.-B., 1964.
Fantasme originaire, fantasmes des origines, origine du fantasme, Paris, Hachette.

Lascoumes P., 1997.
« Le collectif comme condition de l'engagement public : l'exemple de l'association AIDES ».
In Ion, J., Peroni, M., 1997. *Engagement public et exposition de la personne*, Paris, Aube, p. 135-138.

Latouche S., 2004.
Survivre au développement : De la décolonisation de l'imaginaire économique à la construction d'une société alternative. Paris, Fayard.

Lautier B., 2002.
« Pourquoi faut-il aider les pauvres ? Un étude critique du discours de la Banque Mondiale sur la pauvreté »,
Revue Tiers Monde, 43, 169, p. 137-165.

Le Breton E., 2016.
Mobilité et société dispersée : une approche sociologique, Paris, l'Harmattan.

Leclerc-Olive M., 1995.
« Lignes de vie »,
RITM, « Le tournant d'une vie », 10 : 189-208.

Leclerc-Olive M., 1998.
« Les figures du temps biographique »,
Cahiers internationaux de sociologie, CIV, p. 97-120.

Leclerc-Olive M., 2010.
« Enquêtes biographiques entre bifurcations et événements. Quelques réflexions épistémologiques ».
In Bessin M, Bidart C., Gorssetti M. (dir.) *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La Découverte, p. 329-346.

Lecour-Grandmaison C., 1972.
Femmes dakaroises, Abidjan, Annales de l'Université d'Abidjan.

Lecoutre D., 2007.
« L'Éthiopie et l'Afrique ».
In Prunier G. (dir.) *L'Éthiopie contemporaine*, Addis-Abeba, Paris, Karthala, p. 153-172.

Leeds A., 1976.
« Institututions ».
In Hunter D., Whitten Ph. (dir.) *Encyclopedia of Anthropology*, New York, Harper and Row Publishers, p. 217-218.

Lefebvre T., Petit A., Quartin-Dillon R., 1845.
Voyage en Abyssinie, Paris, Bertrand.

Legros Cl., 1998.
« Sida et … l'Afrique »,
La Vie,
(En Ligne) http://www.lavie.fr/archives/1998/06/25/sida-et-l-afrique,2635203.php, consulté le 14 mai 2017.

Leiris M., 2014.
L'Afrique fantôme : de Dakar à Djibouti (1931-1933). Paris, Editions Gallimard.

Lemire B., Pearson R., Campbell G. G. 2001.
Women and Credit : Researching the Past, Refiguring the Future, Oxford, Berg Publishers.

Le Palec A., 1999.
« Le sida, une maladie des femmes ».
In Becker Ch., Dozon J.-P. (dir.) *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Karthala, p. 343-362.

Leriche F., 2003.
« La politique africaine des Etats-Unis : une mise en perspective »,
Afrique contemporaine, 3, p. 7-23.

Leservoisier O., 2005.
Terrains ethnographiques et hiérarchies sociales : retour réflexif sur la situation d'enquête,
Paris, KARTHALA Editions.

Lester FT, Ayehunie S, Zewdie D., 1988.
« Acquired immunodeficiency syndrome : seven cases in an Addis Ababa hospital »,
Ethiop Med J, 26, p. 139–145.

Lewis D. L., 1987.
The Race to Fashoda : European Colonialism and African Resistance in the Scrumble for Africa,
New York, Weidenfeld & Nicholson.

Little K., 1965.
West African Urbanisation : a Study of Voluntary Association in Change, Cambridge,
Cambridge University Press.

Lofchie M. F. (dir.), 1971.
The state of the nations : constraints on development in independent Africa, Berkeley, Los
Angeles, London, University of California Press.

Luger L., 1998.
*HIV/AIDS Prevention and « Class » and Socio-Economic Related Factors of Risk of HIV
infection*, Berlin, Arbeitsgruppe Public Health, WZB.

MacKinnon C., 1987.
Feminism Unmodified, Cambridge, Mass, Harvard University Press.

Mandelbaum M., 1996.
« Foreign policy as social work »,
Foreign Affairs, 57, 1, p. 16-32.

Mann J. M., Tarantola D., 1992.
AIDS in the World, Harvard, University Press.

Mann J. M. 1994.
« Sida, santé et droits de l'Homme : la genèse des nouvelles responsabilités dans le monde
moderne »,
Revue française des affaires sociales, 2, p. 161-71.

Marcis, F. Le, 2004a.
« L'empire de la violence : un récit de vie aux marge d'un township ».
In Fassin D. (dir.), *Afflictions. L'Afrique du Sud de l'apartheid au sida*, Paris, Karthala, p. 235-
271.

Marcis, F. Le, 2010.
Vivre avec le sida après l'apartheid : Afrique du Sud, Paris, Karthala.

Marcis, F. Le, 2013.
« Permanence des impensés de la lutte contre le sida et nécessité d'une pensée critique »,
Genre, sexualité & société [En ligne], 9 | Printemps 2013, mis en ligne le 01 juin 2013,
consulté le 21 avril 2017.
URL : http://gss.revues.org/2857 ; DOI : 10.4000/gss.2857.

Marcus H., 1983.
Ethiopia, Great Britain, and the United States, 1941-1974 : the Politics of Empire, Berkeley, University of California Press.

Marcus H., 2002.
« Imperial Nostalgia. Christian Restoration & Civic Decay in Gondar ».
In W. James, D. L. Donham, E. Kurimoto et A. Triulzi (dir.), *Remapping Ethiopia. Socialism & After*, Oxford, James Currey ; Athens, Ohio University Press ; Addis-Ababa, Addis-Ababa University Press : 239-258.

Markakis J., 1974.
Ethiopia : anatomy of a traditional polity, Oxford, Oxford University Press.

Marshall T. H., 1950.
Citizenship and Social Class, Cambridge, University Press.

Mathieu N.-C., 2000.
« Sexe et genre ».
In H. Hirata, F. Laboire, H. Le Doaré, D. Senotier (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme* (2ème édition augmentée), Paris, Puf, p. 205-213.

Mathieu N.-C., 2013.
L'anatomie politique : catégorisations et idéologies du sexe, Donnemarie-Dontilly, Éditions iXe.

Mathieu N.-C., 2014.
L'anatomie politique II : usage, déréliction et résilience des femmes, Paris, La Dispute/SNÉDIT, p. 386.

Mbodj F. L., 2007.
« Les associations de personnes vivant avec le VIH au Sénégal ».
In Diop M.-C., Benoist J. (dir.) *L'Afrique des associations : entre culture et développement*, Paris, Karthala, p. 215-221.

McInnes, C. 2006.
« HIV/AIDS and security »,
International Affairs 82 (2) : 315–326.

McNeil Jr. D. G., 1998.
« AIDS takes a toll on Africa, even after death »,
New York Times, December 16.

Mead G. H., 1932.
The Philosophy of the Present, Chicago, The University of Chicago Press.

Mead M., 1966.
L'un et l'autre sexe. Les rôles d'homme et de femme dans la société, Paris, Gonthier.

Mead M., 1969.
« Trois sociétés primitives de Nouvelle Guinée ».
In M. Mead, *Mœurs et sexualité en Océanie*, Paris, Plon, p. 56-82.

Meillassoux C., 1968.
Urbanization of an African Community : Voluntary Associations in Bamako, Seattle, University of Washington Press.

Meillassoux C., 1971.
Femmes, greniers et capitaux, Paris, Maspero.

Mengesah A., Mamo W., Tesfaye T., 2003.
« Sanitary Survey in Gondar Town »,
Ethiop. J. Health Dev., 3, p. 215-219.

Mengistu M, Khodakevich L, Zewdie D, Gizaw G, Seyoum A, Shanko B, Gebrhewot B, Gemeda A, Adal G, Abebe T, Bekele R., 1990a.
« HIV-1 Infection and Related Risk Factors among Female Sex Workers in Urban Areas of Ethiopia »,
Ethiop J Health Dev., 4, 2, p. 163-170.

Mengistu M., Khodakevich L., Zewdie D., Gizaw G., Ayehune S., Shanko B., Bekele R., 1990.
« HIV-1 infection among employees of the Ethiopian Freight Transport Corporation »,
Ethiop J Health Dev., 4, 2, p. 177-182.

Mengistu M., Khodakevich L., 1990.
« Surveillance of Human Immunodeficiency Virus Infection in Ethiopia »,
Ethiop J Health Dev., 4, 2, p. 36-41.

Mérab E., 1912.
Médecins et médecine en Éthiopie : généralités, pathologie médicale, pathologie chirurgicale et accouchements, médecins étrangers en Éthiopie, Paris, Vigot.

Mérab E., 1921-1929.
Impressions d'Éthiopie : l'Abyssinie sous Ménélik II, Paris, H. Libert.

Mill J.-St., 1997.
The Subjection of Women, Mineola, N.-Y., Dover, 1997.

Miller L. V., Goldstein J., 1972.
« More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting »,
New England Journal of Medicine, 286, 26, p. 1388-1391.

Moatti J. P., Marlink R., Luchini S., Kazatchkine M., 2008.
« Universal access to HIV treatment in developing countries : going beyond the misinterpretations of the 'cost-effectiveness' algorithm »,
Aids, 22, p. 59-66.

Moges T., Melke E., Mulaw Al., Yared W., Molla G., 2004.
Information Bulletin : inauguration of University of Gondar and 50th annversary of Gondar College of Medical Sciences, Gondar, Go for Gold, Gondar University.

Moland K. M., Blystad A., 2009.
« Counting on mother's love : the global politics of prevention of mother-to-child transmission of HIV in Eastern Africa ».
In Hahn R., Inhorn M. C. (dir.) *Anthropology and Public Health : Bridging Differences in Culture and Society*, New York, Oxford University Press, p. 447-479.

Morokvasic M., 1984.
« Birds of passage are also women »,
International Migration Review, 18, 68, p. 886-907.

Msellati P., Vidal L., Moatti J. P., 2001.
L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire : évaluation de l'Initiative Onusida/ministère ivorien de la Santé publique : aspects économiques, sociaux et comportementaux, Paris, ANRS.

Msimang S., 2003.
« HIV/AIDS, globalisation and the international women's movement »,
Gender & Development, 11, 1, p. 109-113.

Muller J.-C., 1972.
« Ritual marriage, symbolic fatherood and initiation among the Rukuba, Plateau-Benue State, Nigeria »,
Man, 7, 2, p. 283-295.

Muluaeta W., Debrework Z., Seyoum A., Tigist K., 1990.
« Laboratory Network for HIV Infection in Ethiopia »,
Ethiop J Health Dev, 4, 2, p. 53-62.

Musso S., Nguyen V.-K., 2013.
« D'une industrie… l'autre ? »,
Genre, sexualité & société [En ligne], 9 | Printemps 2013, mis en ligne le 01 juin 2013, consulté le 21 avril 2017.
URL : http://gss.revues.org/2882 ; DOI : 10.4000/gss.2882

Musso S., 2009.
« Faire preuve par l'épidémiologie : lectures indigènes des chiffres du sida en France »,
Quaderni, 1, p. 71-80.

Musso S., 2011.
« Mobilisations de personnes originaires du Magreb face à l'épidémie de sida en France ».
In Eboko F., Bourdier F., Broqua C. (dir.), *Les Suds face au sida : quand la société civile se mobilise*, Marseille, IRD éditions, p. 231-280.

Nahmias A. J., Weiss J., Yao X., Lee F., Kodsi R., Schanfield M., Kanki P., 1986.
« Evidence for human infection with an HTLV III/LAV-like virus in Central Africa, 1959 »,
The Lancet, 327, 8492, p. 1279-1280.

Nakano Glenn E., 1996.
« De la servitude au travail de service : les continuités historiques de la division raciale du travail reproductif payé ».
In Dorlin E. (dir.) *Sexe, race et classe, pour une épistémologie de la domination*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 21-70.

Nash J., Safa H. I., 1980.
« Sex and Class in Latin America : Women's Perspectives on Politics »,
Economics and the Family in the Third World (South Hadley, MA: JF Bergin).

National Intelligence Council (NIC) 2000.
The global infectious diseases threats and its implications for the United of States,
(En ligne) http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a502015.pdf

Ndoye I., Taverne B., Desclaux A., Lanièce I., Egrot M., Delaporte E.,Sow P.S., Mboup S., Sylla O., Ciss M., 2002.
« Présentation de l'initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux ».
In Desclaux, A., Lanièce, I., Ndoye, I., Taverne, B. (dir.) *L'initiative Sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux : analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, p. 5-18.

Nguyen V.-K., 2002.
« Sida, ONG et la politique du témoignage en Afrique de l'Ouest »,
Anthropologie et sociétés, 26, 1, p. 69-87.

Nguyen V.-K., 2010.
The Republic of Therapy : Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS, Durham, Duke University Press.

Okin, S. M., 1989.
Justice, gender, and the family, New York, Basic books.

Okubagzhi G., Singh S., 2002.
« Establishing an HIV/AIDS programme in developing countries : the Ethiopian experience »,
Aids, 16, 12, p. 1575-1586.

Ooms G., Van Damme W., Baker B. K., Zeitz P., Schrecker T., 2008.
« The 'diagonal' approach to Global Fund financing : a cure for the broader malaise of health systems ? ».
Globalization and health, 4, 6, p. 1-7.

Ortner S. B., 1972.
« Is female to male as nature is to culture ? »,
Feminist studies, 1, 2, p. 5-31.

Oso L., Catarino C., 1996.
« Femmes chefs de famille et migration ».
In Bisilliat J. (dir.), *Femmes du Sud, chefs de famille*, Paris, Karthala, p. 61-97.

Ostergard Jr. R. L., 2002.
« Politics in the hot zone : AIDS and national security in Africa »,
Third World Quarterly, 23, 2, p. 333-350.

Pankhurst A., Damen H. M. 2000.
« The iddir in Ethiopia : historical development, social function, and potential role in HIV/AIDS prevention and control »,
Northeast African Studies, 7, 2, p. 35-57.

Pankhurst A., 2008.
« The Emergence, evolution and transformations of iddir funeral associations in urban Ethiopia »,
Journal of Ethiopian Studies, 41, 1, p. 143-185.

Pankhurst H., 1992,
Gender, Development and Identity. An Ethiopian Study, London, New Jersey, Zed Books.

Pankhurst R., 1957.
« Employment of Ethiopian Women »,
Ethiopian Observer, 1, 3, p. 98-102.

Pankhurst R., Endreas E.,1958.
« Self-help in Ethiopia »,
Ethiopia Observer, 2, 11, p. 354-364.

Pankhurst R., 1965.
« The beginnings of modern medicine in Ethiopia »,
Ethiopia Observer, 9, 2, p. 114-160.

Pankhurst R., 1968.
Economic History of Ethiopia 1800-1935, Addis Ababa, Haille Selassie I University Press.

Pankhurst R., 1974.
« The history of prostitution in Ethiopia »,
J*ournal of Ethiopian Studies*, 12, 2, p. 159-178.

Pankhurst R., 1982.
History of Ethiopian Towns. From the Middle Ages to the Early Nineteenth Century, Wiesbaden, Franz Steiner Verlag GMBH.

Pankhurst R., 1990.
An introduction to the medical history of Ethiopia, Trenton, Red Sea Press.

Pankhurst S., 1957a.
« The Ethiopian Women »,
Ethiopia Observer, 1, 3, p. 2-4.

Pankhurst S., 1957b.
« International Feminists congratulate Ethiopian Women. Letters of congratulation on attaining the right to vote and to be elected »,
Ethiopian Obsever, 1, 7 p. 211.

Pankhurst S., 1960.
« Ethiopian Women's welfare association *»,*
Ethiopia Observer, 4, 2, p. 45-47.

Pankhurst S., 1962.
« Empress Menen »,
Ethiopia Observer, 6, 1, p. 36-38.

Pateman C., 1989.
The Disorder of Women. Democracy, Feminism and Political Theory, Oxford, Polity Press.

Pateman C., 2005.
« Equality, difference and subordination : the politics of motherood and women's citizenship ». In Bock G., James S. (dir.), *Beyond equality and difference : citizenship, feminist politics and female subjectivity*, London, New York, Routledge, p. 14-27.

Patterson A., S., 2006.
The Politics of AIDS in Africa, Boulder, Lynne Rienner Publishers.

Patton C., 1990.
Inventing AIDS, New York, Routledge.

Patton C., 2005.
Last served ? : Gendering the HIV pandemic, London, New Yorik, Taylor & Francis.

Paugam S., 2005.
Les formes élémentaires de la pauvreté, Paris, Presses Universitaires de France.

Pearce N., 1831.
Life and Adventures of Nathaniel Pearce : Written by Himself During a Residence in Abyssinia from the Years 1810-1819, London, Henry Culburn and Richard Bentley.

Peixoto A. C., 1977.
« La théorie de la dépendance : bilan critique »,
Revue française de science politique, 72, 4, p. 601-629.

Pela A. O., Plat, J. J., 1989.
« AIDS in Africa : emerging trends »,
Social Science & Medicine, 28, 1, p. 1-8.

Pepin J., 2011.
The origins of AIDS, Cambridge, Cambridge University Press.

Périvier H., 2016.
« La pauvreté au prisme du genre »,
Communications, 1, 98, p. 159-173.

Petit V., Tchetgnia L. 2009.
« Les enjeux de la sexualité transactionnelle pré-maritale en milieu urbain camerounais »,
Autrepart, 1, p. 205-222.

Petryna A., 2002.
Life exposed : biological citizens after Chernobyl. Princeton University Press.

Pierret J., 2008.
« Femmes et expériences de la vie avec le VIH/sida »,
Médecine sciences, 24, p. 161-167.

Pinell P., 2005.
« Mobilisation associative et pauvreté » [En ligne]
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000662.pdf

Pinto J., 1990.
« Une relation enchantée : la secrétaire et son patron »,
Actes de la recherche en sciences sociales, 84, 2, p. 32-48,
[En ligne] doi : 10.3406/arss.1990.2948
http://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1990_num_84_1_2948

Piot P., Taelman H., Minlangu K. B., Mbendi N., Ndangi K., Kalambayi K., Mazebo P., 1984.
« Acquired immunodeficiency syndrome in a heterosexual population in Zaire »,
The Lancet, 324, 8394, p. 65-69.

Piot P., 2010.
L'épidémie de sida : mondialisation des risques, transformations de la santé publique et développement, Paris, Collège de France, Fayard.

Pouillon F., Démonio L., 1976.
L'anthropologie économique : courants et problems, Paris, Maspero.

Prévost B., Ehrhart C., 2008.
« Aux sources des réformes de seconde generation : quelques questions sur la Nouvelle Économie Institutionnelle et l'usage qui en est fait »,
Economies et Sociétés, 42, 4, p. 713-36.

Prévost B., 2011.
Le genre dans les nouvelles stratégies de lutte contre la pauvreté : de Sen à la Banque mondiale, Paris, ERES.

Prins G., 2004.
« AIDS and global security »,
International Affairs, 80, 5, p. 931-952.

Prost-Tournier, J.-M.1974.
« Premières données sur la géographie urbaine de l'Éthiopie »,
Revue de géographie de Lyon, 49, 1, p. 5-36.

Prouty C., 1986.
Empress Ṭayṭu and Menilek II, Ethiopia 1883-1910, Asmära, Red Sea press, (Ravens educational and development services).

Prunier G., 2006.
« Liaisons dangereuses de Washington en Somalie »,
Le Monde.

Prunier G., 2015.
« The Meles Zenawi Era : from Revolutionary Marxism to State Developmentalism ».
In Prunier G., Ficquet É. (dir.) *Understanding Contemporary Ethiopia : Monarchy, Revolution and the Legacy of Meles Zenawi*, London, C. Hurst & Co. (Publishers), p. 415-437.

Quisumbing A. R., 1996.
« Male-female differences in agricultural productivity : Methodological issues and empirical evidence »,
World Development, 24, 10, p. 1579-1595.

Raynaut C, Muhongayire F., 1993.
« Chronique d'une mort annoncée : problèmes d'éthique et de méthode posés par l'application de la démarche anthropologique au suivi de familles touchées par le sida (à partir du cas rwandais) ».
In Dozon J.-P., Vidal L., (dir) *Les sciences sociales face au sida : cas africains autour de Vexemple ivoirien, Actes de l'Atelier, Bingerville (Côte d'Ivoire), 15-17 Mars 1993*, Abidjan, Centre ORSTOM de Petit-Bassam, p. 299-322.

Ricoeur P., 1983.
Temps et récit, t. I, *L'intrigue et le récit historique*, Paris, Éditions du Seuil.

Ricoeur P., 1990.
Soi-même comme un autre, Paris, Éditions du Seuil.

Ricoeur P., 1991.
« Événement et sens ».
In Petit J.-L. (dir.), *L'événement en perspective*, Paris, Éditions de l'EHESS (« Raisons Pratiques »), p. 59-69.

Ricoeur P., 2004.
Parcours de la reconnaissance : trois études, Paris, Stock.

Rogalski M., 2009.
« Afrique/Etats-Unis : une relation singulière »,
Recherches internationales, 85, janvier-mars, p. 89-101.

Rollins J., 1990.
« Entre femmes : les domestiques et leurs patronnes »,
Actes de la recherche en sciences sociales, 84, 2 p. 63-77,
[En ligne] doi : 10.3406/arss.1990.2951
http://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1990_num_84_1_2951

Rondinelli D. A., 1981.
« Government decentralization in comparative perspective : theory and practice in developing countries »,
International Review of Administrative Sciences, 47, 2, p. 133–145.

Rose N., 1996.
« Governing 'Advanced' Liberal Democracies ».
In Barry A., Osboe Th., Rose N. (dir.) *Foucault and Political Reason : Liberalism, Neo-Liberalism, and Rationalities of Government*, London, University College London Press, p. 37-64.

Rose N., 2007.
The Politics of Life Itself : Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century, Princeton, NJ : Princeton University Press.

Rose N., Novas C., 2005.
« Biological citizenship ».
In A. Ong, S. Collier (dir.), *Global assemblages : Technology, politics and ethics as anthropological problems*, Malden, MA : Blackwell Publishing, p. 439–63.

Roseneil S., 2013.
Beyond Citizenship ? Feminism and the Transformation of Belonging, London, Palgrave Macmillan.

Rosenfeld C. P., 1978.
The medical history of Menilek II, Emperor of Ethiopia (1844-1913) : a case of medical diplomacy, Pasedena California, Munger Africana Library.

Rosenfield A., Maine D., 1985.
« Maternal mortality-a neglected tragedy : Where is the M in MCH ? »,
The Lancet, 326, 8446, p. 83-85.

Ross A., 1996.
Science Wars, Durham (Caroline du Nord), Duke University Press.

Roy A., 2010.
Poverty Capital : Microfinance and the Making of Development, Londres, New York, Routledge.

Rubin G., 1975.
« The Traffic in Women : Notes on the 'Political Economy' of Sex ».
In R. Reiter, (dir.), *Toward an Anthropology of Women*, New York, Monthly Review Press, p. 157-210.

Rubin G., 2010.
« Le marché aux femmes. 'Économie politique' du sexe et système de sexe/genre ».
In G. Rubin, *Surveiller et jouir. Anthropologie politique du sexe*, Paris, Epel, p. 23-82.

Ruddik S., 1989.
Maternal Thinking : Toward a Politics of Peace, New York, Balantine.

Rushton S., 2010.
« AIDS and international security in the United Nations System »,
Health policy and planning, 25, 6, p. 495-504.

Sanders *et al.* 2000 Sanders E., Tsehaynesh M., Dawit W., Dorigo-Zetsma J.W., Tilahun W., Aberra G., Coutinho R., 2000.
« Development of Research Capability in Ethiopia : The Ethio-Netherlands HIV/AIDS Research Project (ENARP), 1994–2002 »,
Northeast African Studies, 7, p. 100-115.

Sapiro V., 1992.
A vindication of political virtue : The political theory of Mary Wollstonecraft, Chicago, University of Chicago Press.

Sardan J. P. O. de, 1995.
Anthropologie et développement, Paris, Karthala.

Sardan J. P. O. de, 2001.
« Les trois approches en anthropologie du développement »,
Revue Tiers Monde, 729-754.

Sayad A., 1999.
La double absence : des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré, Paris, Éditions du Seuil.

Schaefer Ch. G. H., Amsalu A. 2005.
« *Əqqub* ».
In Uhlig S. (dir.) *Encyclopaedia Aethiopica*, vol. 2, Wiesbaden Harrosowitz Verlag, p. 346-347.

Schneider B. E., Stoller N. E., 1995.
« Introduction : Feminist Strategies of Empowerment ».
In Schneider B. E., Stoller N. E. (dir.) *Women Resisting AIDS*. Philadelphia, Temple University Press, p. 1-6.

Schneider H., 2004.
« Le passé dans le présent. Epidémiologie de l'inégalité face au sida et politiques de justice sociale ».
In Fassin (dir.), *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*, Paris, Karthala : 74-110.

Schumacher E. F., 1973.
Small is Beautiful. Une société à la mesure de l'homme, Paris, Seuil.

Schwartz O., 1990.
« Le baroque des biographies »,
Les Cahiers de philosophie, 10, p. 173-183.

Scott J.-W., 1988.
« 'L'ouvrière ! Mot impie, sordide… ' Women Workers in the Discourse of French Political Economy, 1840-1860 ».
In Scott J.-W., *Gender and the Poltics of History*, New York , Columbia University Press, p. 119-142.

Scott J.-W., 1989.
« History and Difference ».
In Conway J. K., Bourque S. C., Scott, J. W. (dir.), *Learning about women : Gender, politics and power*, Ann Arbor, University of Michigan Press, p. 93-118.

Sebstad J., 2003.
« Short Study on Microfinance : Ethiopia », 2003,
a Short study undertaken with the purpose of understanding the operation of microfinance institutions (MFIs) in Ethiopia with particular attention to the Amhara Credit and Savings Institution (ACSI),
(En ligne) http://www.sida.se/contentassets/d30074e716f041a594f8ab3378cd0e37/short-study-on-microfinance-in-ethiopia_472.pdf, consulté le 16 mai 2017.

Sebstad J., Cohen M., 2003.
« Financial education for the poor »,
Financial Literacy Project, Working Paper, 1, p. 2-17.

Seidel G., 1993.
« The Competing Discourses of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa : Discourses of Rights and Empowerment vs Discourses of Control and Exclusion »,
Social Science & Medicine, 36, 3 : 175-94. Seidel 1993

Selik R. M., Haverkos H. W., Curran J. W., 1984.
« Acquired immune deficiency syndrome (AIDS) trends in the United States, 1978–1982 »,
The American journal of medicine, 76, 3, p. 493-500.

Servant J.-C., 2003.
« Offensive sur l'or noir africain »,
Le Monde diplomatique, janvier.

Servet J.-M., 2006.
Banquiers aux pieds nus, Paris, Odile Jacob.

Setbon M., 1993.
Pouvoirs contre SIDA. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède. Paris, Seuil.

Setbon M., 2000.
« La normalisation paradoxale du sida »,
Revue Française de Sociologie, 41, 1, *Sida et action publique*, p. 61-78.

Shepherd G., 1987.
« Rank, gender and homosexuality : Mombasa as a key to understanding sexual options ».
In Caplan P. (dir.), *The cultural construction of sexuality*, Londres, Tavistock publications, p. 240-270.

Simmel G., 2004.
« Digressions sur l'étranger ».
In Joseph I., Grafmeyer Y. (dir.), *L'école de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine*, Paris, Flammarion.

Simon B. L., 1994.
The empowerment tradition in American social work : a history, New York, Columbia University Press.

Singer E.,1974.
« Premature Social Ageing : the Social Psychological Consequences of a Chronic Illness », *Social Science and Medicine*, 18, p. 143-151.

Singer P. W., 2002.
« AIDS and international security »,
Survival, 44,1, p. 145-158.

Slocum S., 1975.
« Woman the gatherer : male bias in anthropology »,
Toward an anthropology of women, 49, p. 31-56.

Solomon A., 2006.
A History of the City of Gondar, Trenton NJ, Asmara Eritrea, Africa World Press.

Solomon G., 1990.
« Sexual behavior and knowledge of AIDS and other STDs : A survey of senior high school students »,
Ethiopian Journal of Health Development, 4, 2, p. 123-131.

Solomon G., 2001.
« The Evolution of Gondar's Public Health College and Training Center : Che-Che-la from an Italian Consular Office to a Madical College »,
Northeast African Studies, 8, 1, p. 77-104.

Sophocle, 1869.
Antigone. Tragédie de Sophocle traduite en français et représentée en grec par les élèves du petit séminaire d'Orléans, Orléans chez les principaux libraires,
(En ligne) http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k58519244/f1.item.r=Je%20ne%20suis%20pas%20faite%20pour%20vivre%20avec%20ta%20haine,%20mais%20pour%20être%20avec%20ceux%20que%20j'aime%C2%A0.

Spelman E. V., 1988.
Inessential woman : Problems of exclusion in feminist thought, Boston, Beacon Press.

Spencer J. H., 1984.
Ethiopia at bay. A personal account of the Haile Selassies, Algonac Micigan, Reference Publications.

Steffen M., 2000.
« Les modèles nationaux d'adaptation aux défis d'une épidémie : France, Grande- Bretagne, Allemagne, Italie »,
Revue Française de Sociologie, 41, 1, *Sida et action publique*, p. 5-36.

Stein K. W., 2002.
« The Bush Doctrine : Selective Engagement in the Middle East »,
Middle East, 6, 2, p. 52-61.

Stiglitz J. E., 2002.
Globalization and its Discontents, New York, Norton.

Stilwaggon E., 2006.
AIDS and Egology of Poverty, New York, Oxford University Press.

Stockdill B. C., 2003.
Activism against AIDS : At the intersection of sexuality, race, gender, and class, Boulder, CO, Lynne Rienner Publishers.

Surur F., Kaba M., 2000.
« The role of religious leaders in HIV/AIDS prevention, control, and patient care and support : A pilot project in Ǧəmma Zone »,
Northeast African Studies, 7, 2, p. 59-79.

Tabet P. 1985.
« Fertilité naturelle, reproduction forcée ».
In N.-C. Mathieu (dir.), *L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, Paris, Éd. de l'EHESS, p. 61-146.

Taddese G., Yigzaw K., Taddese A., Mersha Ch., 2014.
« Prevalence of HIV Infection among VCT Users and Assessment of Socio-Demographic Factors Affecting the Follow-Up Status of Clients on ART in Gondar Town, Northwest Ethiopia »,
Journal of Immunological Techniques in Infectious Diseases 3, 1, p. 2-7.

Tadesse K., Tesgaye A., Fatuma H., Amare D., 2008.
The impact of HIV/AIDS on Microfinance, Addis-Abeba, Association of Ethiopian Microfinance Institutions, (AEMI),
(En linge) http://stopaidsnow.org/sites/stopaidsnow.org/files/MF_The%20Impact%20of%20HIV%20on%20Microfinance_Ethiopia.pdf

Taffa N., Sundby J., Holm-Hansen C., Bjune G. 2002.
« HIV prevalence and socio-cultural contexts of sexuality among youth in Addis Ababa, Ethiopia ».
Ethiopian Journal of Health Development, 16, 2, p. 139-145.

Tekle H., Eliaa G. E., Gelachew G., Amaale Y., Khodakevich L., Debrework Z., Flanaian D., 1990.
« Intersectoral Collaboration in AIDS Control in Ethiopia »,
Ethiop J Health Dev, 4, 2, p. 32-35.

Tesfaghiorghis H., 1986.
« The growth of urbanization in Ethiopia, 1966-1984 »,
East Afr. Econ Rev, 2, p. 157–167.

Teshale T.,1995.
The making of modern Ethiopia : 1896-1974, Lawrenceville, The Red Sea Press.

Théry I, Tasserit S.,1996.
« Sida et exclusion ».
In Paugam S. (dir.), *L'exclusion : l'état des savoirs*, Paris, Éditions La Découverte, p. 363-373.

T'Hoen E., (2002).
« TRIPS, pharmaceutical patents and access to essential medicines : Seattle, Doha and beyond ».
In Moatti J. P., Coriat B., Souteyrand Y., Barnett T., Dumoulin J., Flori Y. A. (dir.) *Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries : issues and challenges*, Paris, ANRS, p. 39-65.

Thornton R. J., 2008.
Unimagined Community. Sex, Networks and AIDS in Uganda and South Africa, Berkeley, University of California Press.

Tiedje K., 2009.
« Le genre ».
In Atlani-Duault L., Vidal L., 2005. *Anthropologie de l'aide huamanitaire et du développement : des pratiques aux savoirs, des savoirs aux pratiques*, Paris, Armand Colin, p. 203-228.

Touzé V., Ventelou B., 2002.
« Sida et développement : un enjeu mondial »,
La Revue de l'OFCE, hors série, mars, p. 153-174.

Tripodi P., Patel P., 2004.
« HIV/AIDS, peacekeeping and conflict crises in Africa »,
Medicine, Conflict and Survival, 20, 3, p. 195-208.

Tsega E, Mengesha B, Nordenfelt E, Hansson BG, Lindberg J., 1988.
« Serological survey of human immunodeficiency virus infection in Ethiopia »,
Ethiop. Med. J., 26, p. 179–184.

Tsehai Berhane-Selassie (dir.), 1991,
Gender Issues in Ethiopia, Addis-Ababa, Institute of Ethiopian Studies, Addis-Ababa University Press.

Tsehai Berhane-Selassie 1997,
« Ethiopian Rural Women and the State »,
in Gwendolyn, M. (dir.) 1997, *African Feminism: the Politics of Survival in Sub-Saharan Africa*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

Tully DC, Wood C., 2010.
« Chronology and evolution of the HIVP1 subtype C epidemic in Ethiopia »,
AIDS, 24, p. 1577-1582.

Ulrich B., 2006.
Qu'est-ce que le cosmopolitisme ?, Paris, Aubier.

UNGASS 2001,
Declaration of Commitment on HIV/AIDS,
(En Ligne)
http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_en_0.pdf

USAID, CDC.
Celebrating Life : The US President's Emergency Plan for AIDS Relief, Washington, USAID, CDC.

Van Goethem P., 2008.
« Note sur les récits de vie »,
Fralica,
http://www.users.skynet.be/fralica/explicat/identite.htm, consulte le 21 mai 2017.

Vangroenweghe D., 2000.
Sida et sexualité en Afrique, Bruxelles, Editions Aden.

Vaughan S., 2007.
« Le fédéralisme ethnique et la démocratisation depuis 1991 ».
In Prunier G. (dir.) *L'Éthiopie contemporaine*, Addis-Abeba, Paris, Karthala, p. 369-395.

Vidal L., 1995.
« L'anthropologie, la recherche et l'intervention sur le sida en Afrique. Enjeux méthodologiques d'une rencontre »,
Sciences sociales et santé, 13, 2, p. 5-27.

Vidal L., 1996.
Le silence et le sens : essai d'anthropologie du sida en Afrique, Paris, Anthropos.

Vidal L., 1999.
« Anthropologie d'une distance : le sida, de réalités multiples en discours uniformes »,
Autrepart, 12, p. 19-36.

Vidal L., 2000.
Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique. Paris, Presses universitaires de France.

Vidal L., 2004.
Ritualités, santé et sida en Afrique : pour une anthropologie du singulier, Paris, Karthala.

Vidal L., 2011.
« Rendre compte. La restitution comme lieu de refondation des sciences sociales en contexte de développement »,
Cahiers d'études africaines [En ligne], 202-203 | 2011, mis en ligne le 27 octobre 2013, consulté le 27 janvier 2017.
URL : http://etudesafricaines.revues.org/16802

Voegtli M., 2004.
« Du Jeu dans le Je : ruptures biographiques et travail de mise en cohé-rence »,
Lien social et Politiques, 5, p. 145-158, (En ligne),
http://www.erudit.org/revue/lsp/2004/v/n51/008877ar.pdf, consulté le 21 mai 2017.

Voelker R., 2000.
« An Ancient Nation Braces to Fight AIDS »,
Journal of the American Medical Association, 285, p. 593-595.

Walley J. D., McDonald M., 1991.
« Integration of mother and child health services in Ethiopia »,
Tropical doctor, 21, 1, p. 32-35.

Wartenberg T., 1990.
The forms of power : From domination to transformation, Philadelphia, Temple University Press.

Wead D., 1977.
The compassionate Touch, États-Unis d'Amérique, Carol Stream, Creation House.

Whitehead H.,1981.
« The bow and the burden strap : a new look at institutionalized homosexuality in native North America ».
In Sh. B. Ortner et H. Whitehead (dir.), *Sexual meanings : the cultural construction of gender and sexuality*, Cambridge, University Press, p. 80-115.

Win E. J., 2004.
« Not very Poor, Powerless or Pregnant : The African Woman forgotten by Development »,
IDS Bulletin, 35, 4 : 61-64.

Winnow J., 1992.
« Lesbians evolving health care : Cancer and AIDS »,
Feminist Review, 41, p. 68-76.

Winslow C. E., 1920.
« The untilled fields of public health », 51, 1306,
Science, p. 23-33.

Wolday A., 2000.
« 'Review of Microfinance Industry in Ethiopia : Regulatory Framework and Performance' »,
Occasional Paper No 2, Association of Ethiopian MFIs, Addis Ababa, Ethiopia, August 2000.

Wolde T., 1990.
The impact of AIDS on the income of prostitutes : Case study of fifteen prostitutes in Addis Ababa. BA Senior Essay : Dept of Sociology and Anthropology, Addis Ababa University.

Wolfe N. D., Switzer,W. M., Carr J. K., Bhullar V. B., Shanmugam V., Tamoufe U., McCutchan F. E., 2004.
« Naturally acquired simian retrovirus infections in central African hunters »,
The Lancet, 363, 9413, p. 932-937.

Woolf V., 1931.
A Room of one's own, London, the Hogarth press.

Woolf V., 1938.
Three guineas, London, the Hogarth press.

Worobey M, Santiago ML, Keele BF, Ndjango JB, Joy JB, Labama BL, Dhed'A BD, Rambaut A, Sharp PM, Shaw GM, Hahn BH., 2004.
« Origin of AIDS : contaminated polio vaccine theory refuted »,
Nature, 428, 6985, p. 820.

Yach, D., Bettcher D., 1998.
« The globalization of public health, II : The convergence of self-interest and altruism. »,
American journal of public health 88, 5, p. 738.

Yakobson S., 1963.
« The Soviet Union and Ethiopia : A Case of Traditional Behavior »,
The Review of Politics, 25, 03, p. 329-342.

Yared M., 2003.
Epidemiology of HIV-1 in Ethiopia : Cohortand Population-Based Studies, PhD diss.,
Amsterdam, University of Amsterdam.

Yared M., 2008.
Keeping the Promise ? A Study of the Progress Made in Implementing the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS in Ethiopia,
[En ligne] http://www.melaresearch.info/admin/upload/Ethiopia_UNGASS_REPORT.pdf

Yemane B., Yared M., Eleni S., Gelmon L., Wilson D., 2008.
HIV/AIDS in Ethiopia :an epidemiological synthesis, Washington DC, The Internotional Bank for Reconstruction and Development/ World Bank.
http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/EthiopiaSynthesisFinal.pdf

Yunus M., 2007.
Creating a World Without Poverty : Social Business and the Future of the Capitalism, New York, PublicAffairs.

Zaghi C., 1973.
L'Africa nella coscienza europea e l'imperialismo italiano (t. 1), Napoli, Guida.

Zervos A., 1936.
L'empire d'Éthiopie, Athens, Bibliothèque Nationale d'Athens.

LISTE DES RAPPORTS ET DE DOCUMENTS OFFICIELS

Adeyi O., Hecht R., Njobvu El., Soucat A., 2001.
Sida, lutte contre la pauvreté et allégement de la dette : module de formation sur l'intégration des programmes de lutte contre le VIH/sida dans les instruments de développement, Genève, ONUSIDA,
(En ligne) http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1136997394502/AIDSToolkitFrancais.pdf, consulté le 14 mai 2017.

Assefa Y., Alebachew Ach., Fassil H., Haniko N., *et al.* 2010.
HIV/AIDS and the Health-related Millenium Development Goals : the experience in Ethiopia,
(En ligne) http://data.unaids.org/pub/report/2010/20100917_ethiopia_aids_plus_mdgs_en.pdf consulté le 4 mai 2017.

Banque pour la reconstruction et le développement/Banque Mondiale, 1993.
Rapport sur le développement dans le monde : investir dans la santé, Washington, Oxford University Press,
(En ligne)
http://documents.worldbank.org/curated/en/581581468174893634/pdf/121830WDR0FRENCH0Box35456B01PUBLIC1.pdf, consulté le 12 mai 2017.

Central Statistical Agency (CSA), 2006.
Demographic Health Survey 2005 (EDHS 2005), Addis Ababa, Ethiopia,
(En ligne) http://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR119/SR119.pdf, consulté le 21 mai 2017.

Central Statistical Agency (CSA), 2012.
Demographic Health Survey 2011 (EDHS 2011)
(En ligne) http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR255/FR255.pdf, consulté le 6 avril 2017.

Central Statistical Agency (CSA), ICF International 2016.
Demographic Health Survey 2016 : Key Indicators Report, Addis Ababa, Ethiopia, Rockville, Maryland, USA.
(En ligne) .http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/PR81/PR81.pdf, consulté le 29 mai 2017.

Central Statistical Agency, 2010.
The 2007 Population and Housing Census of Ethiopia : Statistical Report for Amhara Region, Addis-Ababa.
(En ligne) http://catalog.ihsn.org/index.php/catalog/3583, consulté le 21 mai 2017.

Central Statistical Authority (CSA), 2001a.
Demographic Health Survey 2000 (EDHS 2000)
(En ligne) http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR118/FR118.pdf, consulté le 21 mai 2017.

Central Statistical Authority (CSA), 2001b.
Report on the 1999/2000 Household income, consumption and expenditure survey, Addis Ababa, Ethiopia.

Central Statistical Authority (CSA), 2001c.
Report on the year 2000 Welfare Monitoring Survey, Addis Ababa.

D'April M., 2009.
« Répenser l'exceptionnalisme du VIH : l'éthique de pouvoir refuser un test VIH en Afrique subsaharienne »,
Bulletin de l'OMS,
(En ligne) http://www.who.int/bulletin/volumes/88/9/09-073049-ab/fr/, consulté le 6 mai 2017.

Family Health International, Addis Ababa Health Administration Health Bureau, 2002.
Mapping and Census of Female Sex Workers in Addis Ababa, Ethiopia (a Study Undertaken by Family Health International, FHI-Ethiopia in collaboration with Addis Ababa City Administration Health Bureau), Addis-Abeba
(En ligne)
http://www.who.int/hiv/topics/vct/sw_toolkit/mapping_census_female_sex_workers_ethiopia.pdf, consulté le 6 juin 2017.

Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Finance and Economic Development, 2002.
Sustainable Development and Poverty Reduction Program, Addis-Abeba,
(En ligne) http://siteresources.worldbank.org/INTPRS1/Resources/073102.pdf, consulté le 5 mai 2017.

Federal Ministry of Health and Regional Health Bureaux, 2006.
Health Sector Development Programme, HSDP 2002/03-2004/05, Addis Ababa,
(En ligne),
http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/ethiopia/report_of_the_final_evaluation_of_hsdp_ii_with_indicator_trends1.5.2006-fin.pdf, consulté le 30 mai 2017.

Federal Ministry of Health 2010.
Health Sector Development Programme, HSDP 2010/11-2014/15,
(En ligne)
http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Ethiopia/ethiopia_hsdp_iv_final_draft_2010_-2015.pdf, consulté le 30 mai 2017.

Federal Ministry Of Health, Disease Prevention & Control Departement (FMOH, DPCD) 2004,
AIDS in Ethiopia Fifth Report,
(En ligne) http://www.etharc.org/aidsineth/publications/AIDSinEth5th_En.pdf, consulté le 5 mai 2017.

Federal Ministry OF Health, HIV/AIDS Prevention Control Office (FMOH et HAPCO) 2006
AIDS in Ethiopia Sixth Report,
(En ligne) http://www.etharc.org/aidsineth/publications/aidsineth6th_en.pdf, consulté le 5 mai 2017.

International-Training Education Centre for Health (I-TECH) 2013.
Vision, Mission and Principles
(En ligne) http://www.go2itech.org/who-we-are/vision-mission-and-principles/2013%20Vision%20Mission%20Principles%20NEW%208x11.pdf, consulté le 5 mai 2017.

Ministry of Finance and Economic Development (MoFED), 2007.
A Plan for Accelerated and Sustained Development to End Poverty (PASDEP), 2005/06-2009/10,
(En ligne) https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Policy-Documents/Plan_for_Accelerated_and_Sustained_(PASDEP)_final_July_2007_Volume_I_3.pdf, consulté le 12 mai 2017.

Ministry of Finance and Economic Development (MOFED) [Ethiopia], 2010.
Growth and Transformation Plan, (20110/11-2014/15) and the Monetary Plan in the Five Years : the Case of Ethiopia, Addis Ababa, Ethiopia, Ministry of Finance and Economic Development,
(En ligne) http://www.theigc.org/wp-content/uploads/2014/08/ethiopia-presentations-gw2011.pdf, consulté le 29 mai 2017.

Ministry Of Health (MOH) 1993.
Health Policy of Ethiopia 1993,
(En ligne) http://www.cmpethiopia.org/media/health_policy_of_ethiopia_1993

Ministry Of Health (MOH), 2004.
Ethiopian Strategic Plan for Intensifying Multi-Sectoral HIV-Response (2004-2008),
(En ligne) http://www.etharc.org/oromia/resources/publication/HIVStrategicPlan.pdf, consulté le 4 mai 2017.

Ministry Of Health (MOH), 2007.
Single Point HIV Prevalence Estimate, Addis-Abeba,
(En ligne) http://www.etharc.org/aidsineth/publications/singlepointprev_2007.pdf, consulté le 20 avril 2017.

Ministry of Women's Affairs, 2006.
National Action Plan on Gender Equality (NAP-GE) 2006-2010,
(En ligne) http://www.itacaddis.org/docs/2013_09_24_08_18_47_National%20Action%20Plan%20on%20Gender%20Equality.pdf, consulté le 12 mai 2017.

National Network of Positive Women Ethiopians (NNPWE), 2007.
Strategic Plan (2007-09) : Working for Positive Change, Addis-Ababa,
(En ligne), http://www.etharc.org/resources/download/finish/33/92, consulté le 12 mai 2017.

ONUSIDA, 1995.
Réduire la vulnérabilité des femmes à l'infection à VIH, Genève, ONUSIDA.

ONUSIDA, 1997.
Les femmes et le sida : le point de vue de l'ONUSIDA, Genève, ONUSIDA.

PNUD 1994.
Rapport mondial sur le développement humain, Paris, Economica,
(En ligne) http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_fr_complet_nostats.pdf

PNUD 1995.
Rapport Mondial sur le Développement Humain 1995, Paris, Economica,
(En ligne) http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1995_fr_complet_nostats.pdf, consulté le 30 mai 2017.

President Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) 2010.
Ethiopia Operational Plan Report FY 2010,
(En ligne) https://www.pepfar.gov/documents/organization/145719.pdf, consulté le 4 mai 2017.

President Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) 2012.
Ethiopia Operational Plan Report FY 2012,
(En ligne) https://www.pepfar.gov/documents/organization/212142.pdf, consulté le 4 mai 2017.

Transitional Government of Ethiopia, Office of the Prime Minister, 1993.
National Policy on Ethiopian Women, Addis-Ababa.

UN Team Country Ethiopia, Officie of the UN Resident Co-ordinator, 1999.
Consolidated UN report prepared by the Information Section of the UN Emergencies Unit for Ethiopia from information and reports provided by specialised UN agencies, media sources, the Ethiopian Government and NGOs
(En ligne) http://www.africa.upenn.edu/eue_web/strp0499.htm, consulté le 19 mai 2017.

U.S. Ethiopia Global Health Initiative Team, 2011.
Ehtiopia Global Health Initiative Strategy
(En ligne) https://www.ghi.gov/whereWeWork/docs/EthiopiaStrategy.pdf, consulté le 4 mai 2017.

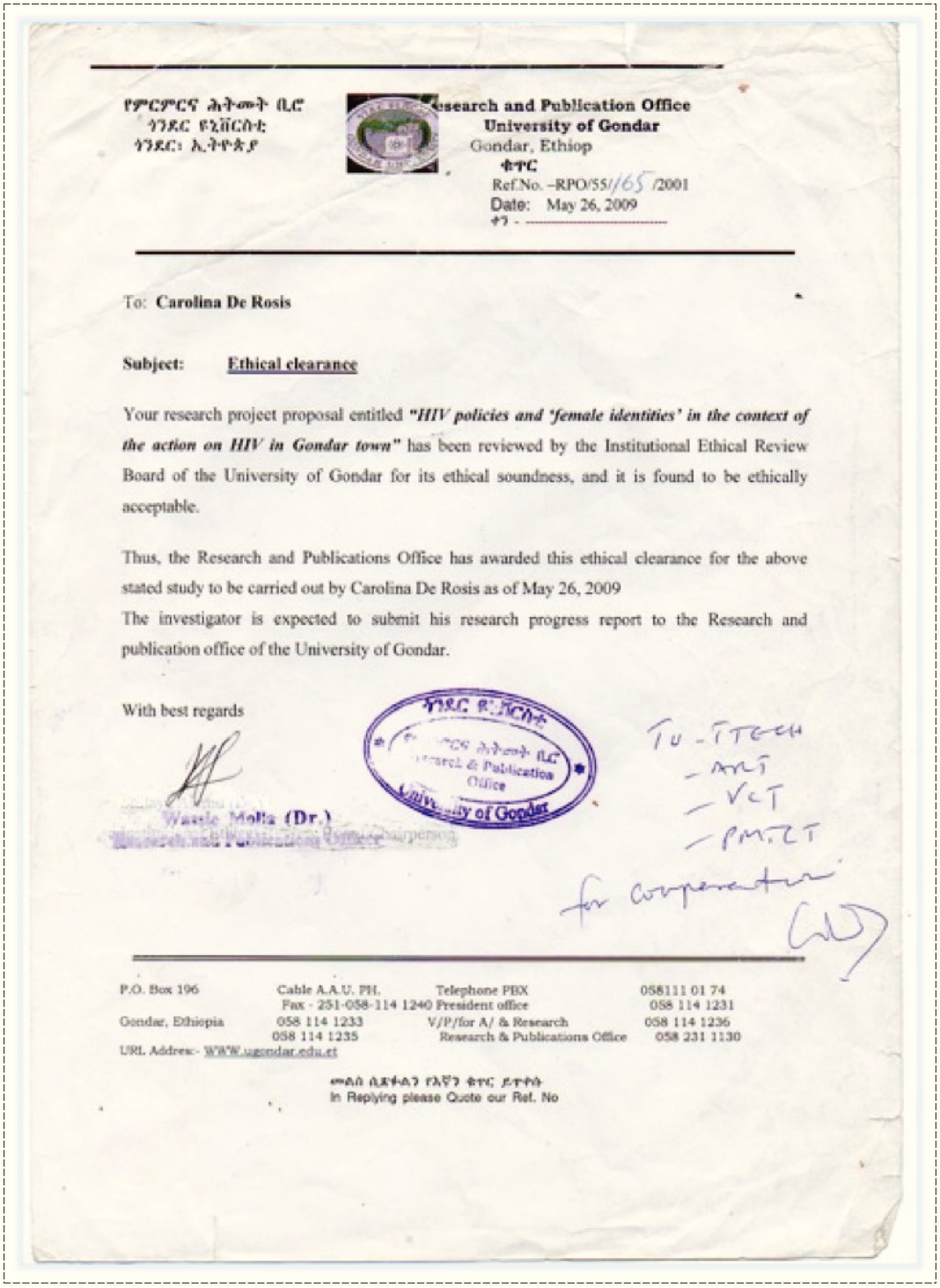
World Bank 2007.
Implementation, Completion and Results Report on a Loan/Credit in the Amount of US$ Million 7.6 to Ethiopia for Women Development Initiatives,
(En ligne)
http://documents.worldbank.org/curated/en/682741468032069242/pdf/ICR1340REPLACE1LIC01disclosed081211.pdf, consulté le 12 mai 2017.

World Health Organization (WHO), 2009.
Executive Summury, Women and Health : Today's Evidence, Tomorrow's Agenda
(En ligne)
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70119/1/WHO_IER_MHI_STM.09.1_eng.pdf, consulté le 17 mai 2017.

ANNEXES

ANNEXE A

Ethical Clearance



የምርምርና ሕትመት ቢሮ
ጎንደር ዩኒቨርሲቲ
ጎንደር፡ ኢትዮጵያ

Research and Publication Office
University of Gondar
Gondar, Ethiop

ቁጥር
Ref.No. –RPO/55//65 /2001
Date: May 26, 2009
ተ.ን -

To: **Carolina De Rosis**

Subject: **Ethical clearance**

Your research project proposal entitled ***"HIV policies and 'female identities' in the context of the action on HIV in Gondar town"*** has been reviewed by the Institutional Ethical Review Board of the University of Gondar for its ethical soundness, and it is found to be ethically acceptable.

Thus, the Research and Publications Office has awarded this ethical clearance for the above stated study to be carried out by Carolina De Rosis as of May 26, 2009
The investigator is expected to submit his research progress report to the Research and publication office of the University of Gondar.

With best regards

Wassie Molla (Dr.)

ጎንደር ዩኒቨርሲቲ
ምርምርና ሕትመት ቢሮ
Research & Publication Office
University of Gondar

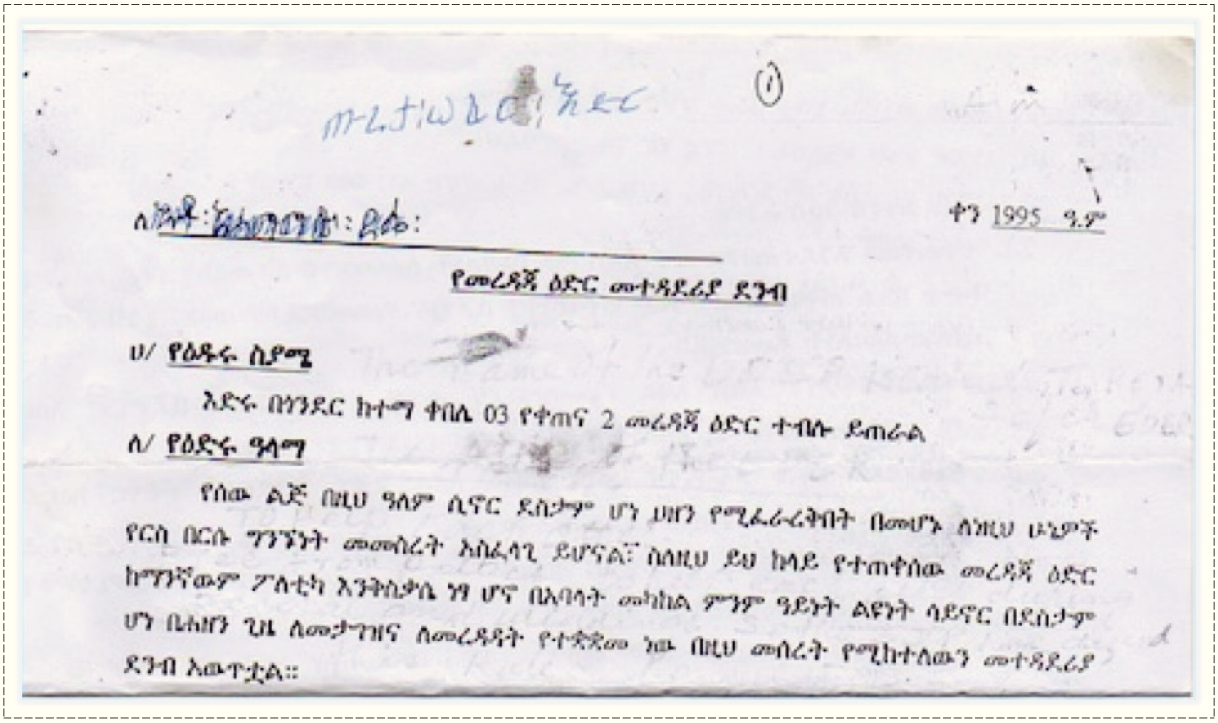
TU - TTECH
- ART
- VCT
- PMTCT
for cooperation

P.O. Box 196 Cable A.A.U. PH. Telephone PBX 058111 01 74
Fax - 251-058-114 1240 President office 058 114 1231
Gondar, Ethiopia 058 114 1233 V/P/for A/ & Research 058 114 1236
058 114 1235 Research & Publications Office 058 231 1130
URL Address:- www.ugondar.edu.et

መልስ ሲጽፉልን የእኛን ቁጥር ይጥቀሱ
In Replying please Quote our Ref. No

ANNEXE B

t'urəta səfər əddər



የመረዳጃ ዕድር መተዳደሪያ ደንብ

ሀ/ የዕዱሩ ስያሜ

እድሩ በማንደር ከተማ ቀበሌ 03 የቀጠና 2 መረዳጃ ዕድር ተብሎ ይጠራል

ለ/ የዕድሩ ዓላማ

የሰው ልጅ በዚህ ዓለም ሲኖር ደስታም ሆነ ሀዘን የሚፈራረቅበት በመሆኑ ለዝህ ሁኔዎች የርስ በርሱ ግንኙነት መመሰረት አስፈላጊ ይሆናል፡ ስለዚህ ይህ ከዛይ የተጠቀሰው መረዳጃ ዕድር ከማንኛውም ፖለቲካ እንቅስቃሴ ነፃ ሆኖ በአባላት መካከል ምንም ዓይነት ልዩነት ሳይኖር በደስታም ሆነ በሐዘን ጊዜ ለመታገዝና ለመረዳዳት የተቋቋመ ነዉ በዚህ መሰረት የሚከተለዉን መተዳደሪያ ደንብ አዉጥቷል።

Règlement de l’əddər d’entraide

A/ Appellation de l’*əddər*

L’*əddər* s'appellera *« əddər d’entraide du qäbäle 3 (qäṭäna 2) de la ville de Gondär »*.

B/ Les buts de l’*əddər*

« Vu qu'un être humain, lors de sa vie sur cette terre, connaît aussi bien le bonheur que le chagrin, il est nécessaire de créer, pour ces situations, des espaces d’aide mutuelle. C’est pourquoi l’əddər cité ci-dessus, libre de toute affiliation politique, fut établi pour soutenir et aider ses membres sans aucune discrimination, dans les moments de bonheur et de chagrin ».

ANNEXE C

Affiche de la lutte contre le sida avec Mälläs Zenawi

« Arrêtons le sida avec un leadership fort »

Source : photo prise dans le siège HAPCO de Gondär en septembre 2010

Affiche de la lutte contre le sida

Source : photo prise dans le North Gondar University Hospital en janvier 2008

Affiche de promotion du test de dépistage du VIH

« Celui qui sait en bénéficie : en nous faisant dépister notre espoir de vivre s'est amélioré »

Source : photo prise à Addis-Abeba en mars 2009

ANNEXE D

Brochure d'éducation thérapeutique concernant les aspects diététiques publié par la FAO. Sur la page à gauche, le message délivré par le médecin :
« Que vous commenciez à prendre les médicaments contre le VIH ou non, une alimentation équilibrée est essentielle pour vous »

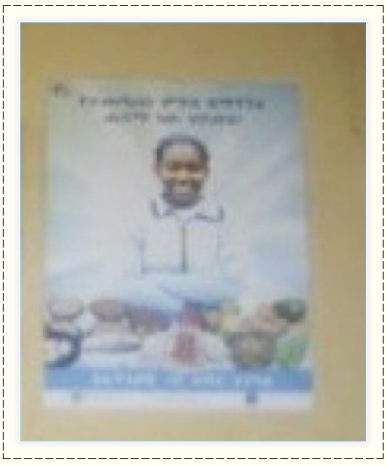


Photo de l'affiche prise dans le centre de santé
Azäzo, avril 2008

« Planifions pour demain, faisons-nous dépister »
Source : photo prise au siège de Wəgagän à Gondär, septembre 2010

ANNEXE E

Photos des membres fondateurs de Täsfa Goh

Source : photo prise dans le siège de Täsfa Goh à Addis-Abeba en mars 2009

Tableau qui représente la mobilisation contre le sida

Source : photo prise dans le siège de Täsfa Goh à Addis-Abeba en mars 2009

Siège de Mäqdəm

Source : photo prise à Addis-Abeba en septembre 2010

ANNEXE F

Images de la ville de Gondär

Route qui amène au centre-ville depuis Azäzo

Source : photo prise en décembre 2007

Qäñ bet

Source : photo décembre 2007

Betä Krəstiyan Däbrä Bərhan.

Source : photo mars 2008

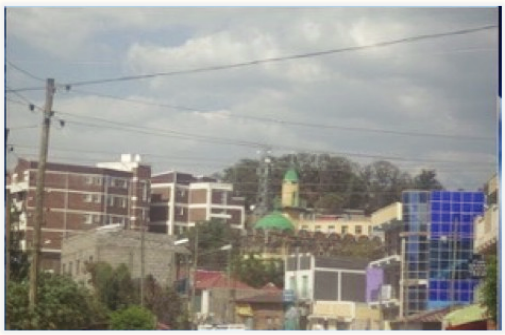
Betä Krəstiyan Saint Mikaël.

Source : photo, octobe 2010

Aperçu de Betä Krəstiyan Təklə Haimanot

Source : photo octobre 2010

ANNEXE G

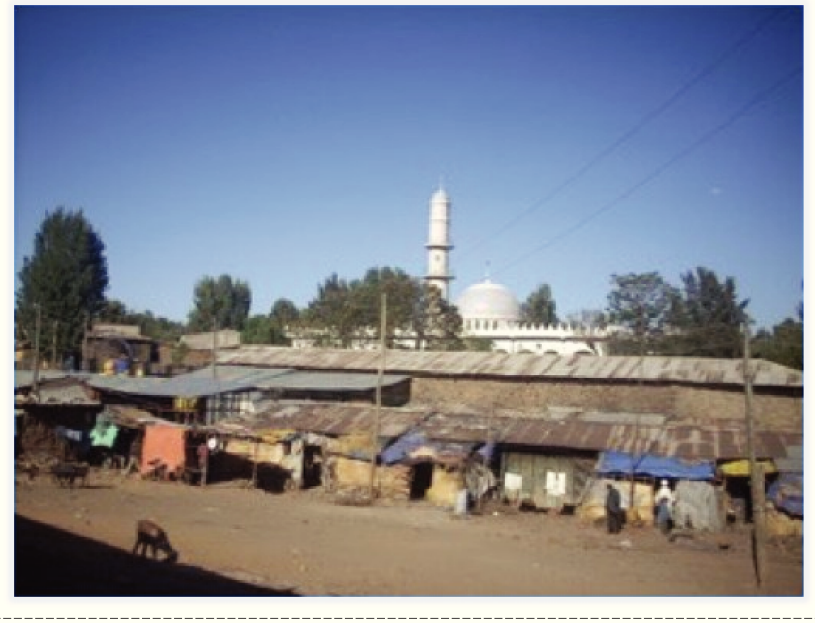


Vue de la mosquée Addis Alam de la ville de Gondär

Source : photo prise en mai 2008

Mosquée Addis Alam dans la ville de Gondär

Source : photo prise en novembre 2010



Vue de la mosquée Abubäkär Sadiq depuis le Qədame Gäbäya

Source : photo prise en mai 2009

ANNEXE H

Condominiums

Source : photo prise en octobre 2010

Centre ville, Piyassa

Source : http://www.timelessethiopia.com/images/articles/gonder/gonder-3.jpg

Château de Fasilädäs

Source : photo prise en septembre 2010

Ənkoyämäsk

Source : photo prise en septembre 2010

ANNEXE I

Siège d'un qäbäle de Gondär

Source : proto prise en avril 2009

Préparation de l'*ənǧǧära*

Source : photo prise en octobre 2010

Préparation de la ṭälla qiṭṭa

Source : photo prise en avril 2009

Ṭälla bet

Source : photo prise en avril 2009

Qədame Gäbäya : marché du samedi

Source : photo prise en mai 2009

ANNEXE L

Assemblée générale de *Fəreḥəywät Maḫbär*.

Source : photo prise en décembre 2007

Parcelle de terrain de *Fəreḥəywät Maḫbär*

Source : photo prise en mai 2009

En route vers l'Angärab

Source : photo prise en octobre 2010

ANNEXE M

Siège de *Wəgagän*

Source : photo prise en mai 2009

Siège de *Wəgagän*

Source : photo prise en mai 2009

Membres de *Wəgagän*

Source: photo prise en novembre 2010 au siège de Wəgagän

ANNEXE N

Betä krəstiyan de Täkäl Dəngay

Source : photo prise en avril 2008

Site du *ṭäbäl* à Täkäl Dəngay

Source : photo prise en avril 2008

ANNEXE O

Entrée du North Gondar University Hospital

Source : photo prise en décembre 2007

Aperçu du North Gondar University Hospital

Source : photo prise en décembre 2007

Aperçu du North Gondar University Hospital

Source : photo prise en janvier 2008

Exercices et constructions du pouvoir aux marges de la cité : la participation des femmes dans la lutte contre le VIH/sida en Éthiopie, entre marginalité et mobilité sociale

En s'appuyant sur les données recueillies au cours d'enquêtes ethnographiques réalisées en Éthiopie entre 2007 et 2010, cette thèse se propose d'étudier l'impact que les politiques d'accès aux médicaments contre le VIH/sida (ARV) ont eu sur la représentation sociale de la pauvreté féminine dans la société éthiopienne tant par le développement de diverses formes de solidarité parmi des citoyens les plus marginalisés que par la facilitation de leur accès à diverses ressources matérielles et symboliques. Mises en place grâce au développement de partenariats du gouvernement éthiopien avec des organisations d'aide multilatérale, des pays engagés dans la coopération bilatérale, et des instances globales de la santé, ces politiques d'accès aux soins se sont de fait progressivement inscrites à différents titres dans le champ de la lutte contre la pauvreté. Elles ont plus particulièrement facilité la prise en charge globale de femmes séropositives au sein de la population considérée pauvre sur la base de leur condition médicale alors que le ciblage de cette population est imparfaitement atteint par les politiques de réduction de la pauvreté. Dès lors des femmes malades socialement marginalisées ont pu accéder à de nouvelles expériences de citoyenneté en lien avec diverses formes de mobilité sociale engendrées par leur participation en tant qu'actrices profanes au fonctionnement des dispositifs sociosanitaires dévolus à l'endiguement de cette épidémie.

The Exercise and Building of Power on the Margins : Women's Participation in the Fight against HIV/AIDS in Ethiopia, between Marginality and Social Mobility

By the use of data gathered during the ethnographic studies carried out in Ethiopia between 2007 and 2010, the precise aim of this thesis is to study the impact that policies of access to care have had on the social representation of female poverty in the Ethiopian society through the development of a variety of forms of solidarity among the most marginalised citizens and their access to various material and symbolic resources. The strategies for widespread free access to ARVs that were implemented in Ethiopia thanks to the development of partnerships with multilateral aid organizations, the countries involved in bilateral cooperation and global health organisations gradually became involved in different ways in the struggle against poverty. More particularly, they facilitated the global care of HIV positive women from the population that was deemed to be poor based on their medical condition, whereas targeting of this population is only imperfectly obtained through policies to reduce poverty. Thenceforth new citizenship experiences have become possible for socially-marginalized HIV-positive women, in relation to the various forms of social mobility engendered by their participation as lay actors in the functioning of the social and health care devices dedicated to containing this epidemic.

Mots-clés :
ARV, citoyenneté, Éthiopie, mobilité, participation profane, pauvreté féminine, ressource, VIH/sida.

Key-words :
ARVs, citizenship, Ethiopia, female poverty, HIV/AIDS, lay participation, mobility, resource.