

Summaries / Sommaires

Part One / Première Partie — *Introduction*

Philippe Denis, Towards a Social History of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa / Pour une histoire sociale du sida en Afrique subsaharienne

The purpose of this introductory chapter is to locate the book within the field of AIDS research in Africa. Against the background of a quasi-hegemony of biomedical research the social study of HIV/AIDS has started to take prominence in the 1990s. A smaller number of authors explore the historical roots of the epidemic. As far as the social response to the epidemic is concerned, HIV/AIDS resembles many previous epidemic episodes but it is unique with regard to the nature of the disease and the amplitude of the epidemic. This chapter also discusses issues of periodisation and raises methodological concerns, concerning African sexuality in particular.

Le propos de ce chapitre introductif est de situer le livre dans le champ de la recherche sur le sida en Afrique. Face à la perspective quasi-hégémonique de la recherche biomédicale, l'étude du VIH/sida par les sciences sociales a commencé à prendre son essor dans les années 1990. Un nombre plus faible d'auteurs ont exploré les racines historiques de l'épidémie. Pour autant que la réponse sociale à l'épidémie est concernée, l'épidémie du VIH/sida ressemble à beaucoup d'épisodes épidémiques précédents, mais elle est unique à cause de la nature de la maladie et de l'amplitude de l'épidémie. Ce chapitre discute également des problèmes de périodisation et soulève des questions méthodologiques, au sujet de la sexualité africaine en particulier.

Part Two / Deuxième Partie — *The Dynamic of the Epidemic / La dynamique de l'épidémie*

Chapitre I

Michel Caraël, Twenty Years of Intervention and Controversy / Face à la mondialisation du sida : vingt ans d'interventions et de controverses

The discovery of HIV in 1983 has been accompanied by an intense debate on the mode of transmission of the virus, the risks factors associated with the infection and its root causes. As time went on, the responses to the epidemic evolved. At first, emphasis was laid on the infected people and the medical control of the disease. More attention was later paid to the concepts of individual risk and groups at risk with the underlying ideology that peoples with risky behaviours had the power to make informed decisions. More recently, this conceptual framework began to include the notions of "situations at risk" and socio-economic vulnerability with the acknowledgment that individual attitudes are socially determined. International HIV/AIDS policies often faced resistance or indifference at national level. With the extension of the HIV/AIDS epidemic and their growing diversity in the world, the debate on the underlying causes of these divergent evolutions and the most appropriate responses is gaining momentum, not without ideological presuppositions.

La découverte du virus en 1983 s'est accompagnée d'un intense débat sur les modes de transmission du VIH, sur les facteurs de risque associés à l'infection et sur ses déterminants. Au gré des années, les stratégies de lutte contre l'épidémie ont évolué avec au début l'accent mis sur les personnes infectées et leur contrôle dans un cadre médical; ce furent ensuite les notions de risque individuel ou de groupes au comportement à risque qui l'emportèrent, avec l'idéologie sous-jacente que les personnes aux comportements à risque ont le pouvoir de prendre des décisions sur base d'un choix rationnel. Plus tard le cadre conceptuel s'est élargi avec les notions de "situation à risque" et de vulnérabilité socio-économique qui reconnaissent les contraintes qui pèsent sur les comportements. Avec l'extension des épidémies de VIH et leur grande diversité dans le monde, le débat sur les déterminants de ces évolutions divergentes a repris avec intensité

Chapitre II

Anne Buvé, The HIV Epidemics in Sub-Saharan Africa: Why So Severe? Why So Heterogeneous? An Epidemiological Perspective / L'épidémie de VIH en Afrique subsaharienne. Pourquoi si grave, si hétérogène ? Une perspective épidémiologique

Sub-Saharan Africa is the continent in the world worst affected by the HIV/AIDS epidemic. Over 90 % of adults in Africa acquired their infection through heterosexual contact. There are however large variations in HIV prevalence between different regions in sub-Saharan Africa. Eastern and Southern Africa are more severely affected than West and Central Africa. HIV infection has probably been present in African populations for many years before AIDS was first described in 1981 in the United States. The first cases of AIDS seem to have appeared in Uganda and Tanzania shortly after the liberation war in Uganda in 1978-1979, but antibodies against HIV were detected in a serum sample collected from a Kinshasa resident in 1959. The course of the HIV epidemic has been extremely variable in different regions of sub-Saharan Africa and it is very difficult to reconstruct these epidemics. HIV epidemics are the result of a complex interplay of sexual behavioral factors that determine the probability of having intercourse with an HIV infected person, and biological factors that influence the transmission of HIV during sexual intercourse. In the multicentre study on factors determining the differential spread of HIV in four African cities, for instance, it appeared that biological factors that enhance the transmission of HIV infection during sexual intercourse, probably outweighed differences in sexual behavior in explaining different prevalence rates between Eastern and Southern Africa and West Africa. These biological factors included lack of male circumcision and infection with herpes simplex virus 2 (genital herpes). Several cultural and socio-economic features of African societies conspire to enhance the vulnerability of African populations to HIV, including the subordinate position of women, impoverishment, rapid urbanisation and modernisation, and last but not least wars and conflicts.

L'Afrique subsaharienne est le continent le plus durement affecté par l'épidémie de HIV/sida dans le monde. Plus de 90 % des adultes en Afrique ont été infectés par contact hétérosexuel. Il y a cependant de grandes variations de la prévalence du VIH entre les différentes régions d'Afrique subsaharienne. L'Afrique de orientale et australe est plus sévèrement affectée que l'Afrique occidentale et centrale. L'infection par le VIH a probablement été présente dans les populations africaines beaucoup d'années avant la première description du sida en 1981 aux États-Unis. Les premiers cas de sida semblent être apparus en Ouganda et en Tanzanie peu de temps après la guerre de libération en Ouganda en 1978-1979, mais des anticorps du HIV ont été détectés dans un échantillon de sérum venant d'un résident de Kinshasa en 1959. Le cours de l'épidémie du VIH a été extrêmement variable dans les diverses régions d'Afrique subsaharienne et il est très difficile de reconstruire ces épidémies. Les épidémies de VIH sont le résultat d'une interaction complexe des facteurs liés aux comportements sexuels qui déterminent la probabilité d'avoir des rapports avec une personne infectée par le VIH, et des facteurs biologiques qui influencent la transmission du VIH pendant des rapports sexuels. Dans une étude multicentrique sur les facteurs déterminants de la diffusion différentielle du VIH dans quatre villes africaines, par exemple, il s'est avéré que les facteurs biologiques qui stimulent la transmission de l'infection à VIH lors des rapports sexuels, l'emportent probablement sur les différences de comportements sexuels pour expliquer la prévalence différente entre l'Afrique australe et orientale et l'Afrique occidentale et centrale. Parmi ces facteurs biologiques, on note l'absence de circoncision et l'infection par le virus de l'herpès simplex 2 (herpès génital). Plusieurs traits culturels et socio-économiques des sociétés africaines contribuent à augmenter la vulnérabilité des populations africaines au VIH, y compris la position inférieure des femmes, l'appauvrissement, l'urbanisation rapide et la modernisation, et enfin et surtout les guerres et les conflits.

Chapitre III

Alex de Waal & Alan Whiteside, AIDS, a Darwinian Event? / Le sida : un événement darwinien ?

In this chapter the authors view the HIV/AIDS epidemic as a complex systemic change in human ecology, unleashing secondary impacts that have demographic and feedback loops into the epidemic itself. They suggest that AIDS is an event of such magnitude as to assume proportions of a "Darwinian event". The aim of the paper is to stimulate debate and inspire disciplines new to the area to research the epidemic and its consequences. The authors examine whether AIDS fits Darwin's notion of "survival of the fittest", taking into account not only genes, but memes (a replicator similar to biology's genes, in the human brain) and their role in survival and reproduction, using the examples of male circumcision and risk-taking. Looking at demographic impacts of HIV/AIDS they argue that *Homo sapiens* is an organism as well as part of an ecological framework contending that any change in the framework affects us, leading to a new collective adaptation. Their conclusion is that AIDS is a longwave event with structural implications for human ecology, which in turn implies that its secondary impacts will themselves be structural and sustained. In this article they speculate that we have already adapted to the virus.

Dans ce chapitre les auteurs considèrent l'épidémie du VIH/sida comme un changement systémique complexe de l'écologie humaine, déclenchant des impacts secondaires qui ont des boucles démographiques et de rétroaction dans l'épidémie elle-même. Ils suggèrent que le sida est un événement d'une telle amplitude qu'il revêt des proportions d'un "événement darwinien". Le but de cet article est stimuler la discussion et d'inspirer aux disciplines nouvelles dans ce domaine de rechercher l'épidémie et ses conséquences. Les auteurs examinent si le sida concorde avec la notion darwinienne de "survie du plus capable", tenant compte non seulement des gènes, mais des mêmes (un réplicateur semblable aux gènes de la biologie, dans le cerveau humain) et de leur rôle dans la survie et la reproduction, en utilisant les exemples de la circoncision masculine et de la prise de risque. Observant les impacts démographiques de VIH/sida, ils arguent du fait qu' homo sapiens est un organisme aussi bien qu'une partie d'un cadre écologique affirmant que n'importe quel changement du cadre nous affecte, menant à une nouvelle adaptation collective. Leur conclusion est que le sida est un événement aux effets à long terme, avec des implications structurales pour l'écologie humaine, qui implique alternativement que ses impacts secondaires se veulent eux-mêmes structuraux et soutenus. Dans cet article, ils spéculent sur l'idée que nous nous sommes déjà adaptés au virus.

Yves Zoa Zoa, Cattle Breeders and the Spread of AIDS in the Lake Chad Basin / Les éleveurs de bovins et la diffusion du sida dans le bassin du lac Tchad

This paper presents and explains the involvement of cattle breeders in the spatial and temporal spread of HIV/AIDS in the Lake Chad basin. These cattle breeders are subdivided into three groups: the Djafoun, the Wordabé and the Akou. The paper is essentially based on statistical data collected in the field and on daily observations. Initiatives and policies have been established by different governments in the area as well as by the international community in an attempt to eradicate the disease. However, the incidence rate continues to grow approaching, on average, 14 %. The breeders are contributing to this increase. Their involvement appears to be as a result of the following factors: (i) a traditional system of breeding which is characterised by frequent and regular movements from one area to another ; (ii) a basic and low level of education ; (iii) an unrestricted system of marriage in areas to which the cattle move ; (iv) difficult access to modern information and communication technologies ; (v) lack of recourse to modern existing health care ; (vi) ignorance of the disease ; (vii) poorly run awareness campaigns. These breeders constitute a target group which has not been properly identified and which is almost unknown to the different awareness programmes. It is absolutely necessary to rectify and improve these situations if there is to be a meaningful reduction of HIV/AIDS in this region.

Cet article présente et explique l'implication des éleveurs de bovins dans la diffusion spatiale et temporelle du VIH/sida dans le bassin du lac Tchad. Il est basé prioritairement sur les données statistiques de terrain et les observations quotidiennes. En effet des initiatives et des politiques ont été mises en place par les différents États de la région et la communauté internationale pour éradiquer le mal. Mais, les taux de prévalence continuent d'augmenter avoisinant en moyenne les 14 %. Les éleveurs participent à cet accroissement. Leur implication semble donc déterminer par les insuffisances suivantes:

1. *un système d'élevage traditionnel caractérisé par de forts et constants mouvements spatiaux.*
2. *un niveau d'instruction approximatif et faible.*
3. *une situation matrimoniale assez libérale en zone de transhumance.*
4. *le difficile accès aux nouvelles technologies de l'information et de communication.*
5. *le non-recours aux soins de santé modernes existants.*
6. *l'ignorance de la maladie.*
7. *une sensibilisation mal menée.*
8. *une cible mal recensée et presque ignorée dans les différents programmes de sensibilisation. La correction ou l'amélioration de celles-ci serait par conséquent un préalable déterminant dans la réduction sensible du VIH/sida dans cette région.*

Part Three / Troisième Partie — HIV/AIDS in the History of Epidemics / Le sida dans l'histoire des épidémies

Chapitre III

Myron Echenberg, Historical perspectives on HIV/AIDS: Lessons from South Africa and Senegal / Perspectives historiques sur le sida : leçons sud-africaines et sénégalaises

Too often HIV/AIDS is viewed as an unprecedented catastrophe. Yet lessons can be learned from earlier societal responses in both South Africa and colonial Senegal to epidemics like bubonic plague, or to coercive public health programs associated with STDs. Despite clear differences, South Africans and Senegalese resisted public health policies which blamed victims, abused power under the guise of medical exigency, and made cultural

assumptions about peoples “without knowledge”. These shared historical experiences offer a simple lesson and its corollary: health policies and programs imposed from above which do not respect subaltern voices are doomed to face strenuous resistance and likely failure. Conversely, health policies attuned to the local medical, cultural and social environment are much more likely to succeed.

Trop souvent le VIH/sida est regardé comme une catastrophe sans précédent. Pourtant des leçons peuvent être apprises de premières réponses sociales, tant en Afrique du Sud qu’au Sénégal colonial, face aux épidémies comme la peste bubonique, ou aux programmes coercitifs de santé publique liés aux maladies sexuellement transmises. En dépit de différences évidentes, les Sud-Africains et les Sénégalais ont résisté aux politiques de santé publique qui blâmaient des victimes, abusaient du pouvoir sous le prétexte de l’exigence médicale, et faisaient preuve de prétention culturelle au sujet des peuples “sans connaissance”. Ces expériences historiques partagées offrent une leçon simple et leur corollaire — les politiques sanitaires et les programmes imposés d’en haut qui ne respectent pas les voix des subalternes sont condamnées à faire face à une résistance vigoureuse et à un échec probable. Réciproquement, des politiques sanitaires adaptées à l’environnement local — médical, culturel et social — ont beaucoup plus de chance de réussir.

Chapitre IV

Benedict Carton, Historicising the Unspeakable. Legacies of Bad Death and Dangerous Sexuality in South Africa / Le silence et la honte comme objet d’histoire

In South Africa the principal mode of HIV transmission, unprotected intercourse, and the stigma that surrounds this issue have spurred historians to probe patterns of sexual socialization. But an important related theme, perceptions of mortality, has yet to receive this level of recognition. This chapter traces the topical intellectual currents propelling historians to examine the social impact of untimely death during devastating outbreaks of disease. It then compares the late nineteenth-century rinderpest epizootic to the unfolding AIDS pandemic in Zulu-speaking African communities, exploring how Western medical intervention dovetailed with indigenous penitential mourning to create a milieu of recrimination, which reflected legacies of colonial racism. Finally, the chapter traces how assertive young people, especially unmarried women, become scapegoats for spreading the sexual “pollution” said to bring about the decimation of multitudes.

En Afrique du Sud le principal mode de transmission du VIH, des rapports non protégés, et le stigma qui entoure ce sujet, ont stimulé des historiens à sonder les modèles de socialisation sexuelle. Mais un thème connexe important, celui des perceptions de la mortalité, demande encore qu’on l’identifie à ce niveau. Ce chapitre trace les courants intellectuels topiques qui poussent les historiens à examiner l’impact social de la mort intemporelle pendant les manifestations dévastatrices de la maladie. Il compare alors l’épizootie de peste bovine du XIX^e siècle à celle du sida qui se déploie dans les communautés parlant le zulu, en explorant comment l’intervention médicale occidentale se confronte aux rituels pénitentiels du deuil indigène, pour créer un milieu de récrimination, qui a reflété des legs du racisme colonial. En conclusion, ce chapitre retrace comment les jeunes pleins d’assurance, particulièrement les femmes célibataires, deviennent des boucs émissaires, accusés de propager la “pollution” sexuelle censée provoquer la décimation des foules.

Chapitre V

Elizabeth Colson, The Search for Healing: the AIDS Epidemic in Gwembe Valley / En quête de guérison. L’épidémie de sida dans la vallée Gwembe

How people respond to their own and others’ illnesses due to AIDS depends in part at least on timing : timing with reference to occurrence within the time span that AIDS related illnesses have been known and to other occurrences within the same support group, and a personal history of being ill or providing support to others. Responses also reflect national and family resources and the resources and social status of an individual patient. In Zambia, cabinet ministers are flown to South Africa for treatment at government expense even when death is imminent while most citizens have no access to ARVs and government health centres lack other medications. This paper uses data from the Gwembe Tonga longitudinal study to examine how the search for healing and the ability to mobilize support systems have varied over a twenty year period as Gwembe Tonga first became aware of the threat caused by the spread of HIV and then tried to deal with it. Their responses built on a recognition of increased morbidity and mortality among kin and neighbours, information campaigns about the nature of HIV, an increasing ability to diagnose symptoms as indicative of AIDS, and continuing reappraisals of both western explanations (biomedical and religious) of how HIV is transmitted and the efficacy of western and traditional medicine to treat and cure. But how people have responded has also reflected perceived obligations to support kin and the variability over time of familial and national resources, for these limit what can be done whatever one thinks should be done in a search for cure or the sustaining of those who are ill.

Comment les personnes répondent à leurs propres maladies et à celles des autres dues au sida dépend en partie au moins de synchronisations : synchronisation concernant l'occurrence de la période où des maladies liées au sida étaient connues et d'autres occurrences dans le même groupe de soutien, et une histoire personnelle d'un vécu de la maladie ou d'un appui fourni à d'autres. Les réponses reflètent également des ressources nationales et familiales, ainsi que les ressources et le statut social d'un patient individuel. En Zambie, des ministres du conseil sont partis en Afrique du Sud pour se traiter, aux frais de gouvernement, même quand la mort est imminente, alors que la plupart des citoyens n'ont aucun accès aux ARV et les centres de santé gouvernementaux manquent même des autres médicaments. Cet article utilise des données d'une étude longitudinale des Gwembe Tonga pour examiner comment la recherche de soins et la capacité de mobiliser les systèmes de soutien ont changé sur une période de vingt ans, depuis que les Gwembe Tonga ont commencé à prendre conscience de la menace causée par la diffusion du VIH, et ont alors essayé d'y faire face. Leurs réponses se sont fondées sur une reconnaissance de la morbidité et la mortalité accrues dans la famille et chez les voisins, sur les campagnes d'information au sujet de la nature du VIH, sur une capacité croissante de diagnostiquer des symptômes évoquant le sida, et sur des réévaluations continues des deux explications occidentales — biomédicale et religieuses — de la façon dont HIV est transmis et de l'efficacité de la médecine occidentale et traditionnelle pour traiter et soigner. Mais la manière dont les personnes ont répondu a aussi reflété des obligations acceptées : de soutenir des parents, ainsi que la variabilité des ressources familiales et nationales, pour autant que celles-ci peuvent limiter ce qui peut être fait par rapport à ce qu'on pense qui devrait être fait dans la recherche du traitement ou le soutien de ceux qui sont malades.

Part Four / Quatrième Partie — Faire face au sida / Facing the Challenge of HIV/AIDS

Chapitre VI

Gerald Oppenheimer et Ronald Bayer, Choosing Between Life and Death: Rationing of Health Care During the AIDS Epidemic in South Africa / Choisir entre la vie et la mort : le rationnement des soins de santé pendant l'épidémie du sida en Afrique du Sud

Since January 2003, the authors have been interviewing South African physicians whose careers focus, in particular, on treating people with AIDS. They include doctors in rural and urban settings, of various specialties, working within the private or public health care system. Some began treating AIDS in the early 1980s, others only recently. Many speak of the stress of caring for those with this demanding and stigmatizing disease. But most must also contend with further constraints imposed upon them by historically given factors: their health care system, relative poverty, and remnants of apartheid. A critical area, one in which all three factors converge, is that of rationing health care within a regime of material scarcity. How do AIDS doctors describe such scarcity? For them, does rationing in the face of an AIDS epidemic differ from rationing for other health problems? Has rationing changed since the end of apartheid? What do they ration and for whom? How do they negotiate with patients, families, hospitals, drug manufacturers and government to maximize resources? How do they justify rationing? How do they contend with it personally and professionally? Through what means can they distance themselves from the patients affected? How do they justify refusing effective medical interventions to people with HIV/AIDS because they have a fatal illness? How do they deal with the fact that they may be caring for some patients who can buy life-saving drugs, while others they treat, otherwise little different, must die for lack of sufficient income? Most poignantly, how do they choose among their patients those who will receive scarce resources like life-saving anti-retroviral drugs? Employing the techniques of oral history, we try to answer these questions, using the doctors' own narratives.

Depuis le mois de janvier 2003, nous interviewons des médecins sud-africains dont les carrières se concentrent surtout sur le traitement des personnes atteintes du sida. L'enquête inclut des médecins ayant des spécialités diverses, qui travaillent dans des régions rurales et urbaines et dans des services médicaux publics et privés. Certains parmi eux ont commencé à traiter le sida dès les années 1980, d'autres plus récemment. Beaucoup d'entre eux parlent du stress éprouvé dans le traitement de ceux qui souffrent de cette maladie exigeante et stigmatisante. La plupart d'entre eux sont obligés de faire face aux contraintes qui leur sont imposées par des faits historiques : le système sanitaire du pays, la pauvreté relative et les suites de l'apartheid.

Un domaine critique où il y a une convergence de tous les trois faits est celui du rationnement des soins sanitaires au sein d'un régime de pénurie matérielle. Comment ces médecins du sida décrivent-ils pareille pénurie? Pour eux, le rationnement face au sida diffère-t-il du rationnement pour les problèmes de soins? Le rationnement a-t-il changé depuis la fin de l'apartheid? Qu'est-ce que l'on rationne et pour qui? Comment négocier avec les malades, leur famille, les hôpitaux, les fabricants des drogues et l'État pour maximiser les ressources? Comment justifier le rationnement? Comment y font-ils face professionnellement et personnellement? Comment se distancient-ils d'eux-mêmes et des malades affectés? Comment justifier leur refus des interventions médicales efficaces à ceux qui ont le VIH/sida parce qu'ils ont une maladie terminale?

Comment s'y prennent-ils quand ils s'occupent des malades qui peuvent se permettre d'acheter des drogues qui sauvent la vie tandis que d'autres qu'ils traitent, autrement peu différents, sont condamnés à mourir faute d'argent ? Et le plus poignant, comment choisir entre les malades ceux qui recevront les rares ressources comme les drogues anti-rétrovirales capables de sauver la vie ? En nous servant des techniques de l'histoire orale nous essayerons de répondre à ces questions tout en employant les narratives des médecins eux-mêmes.

Chapitre VII

Paul Kocheleff, AIDS in Burundi and South Africa : a Day-To-Day Experience / Le sida au Burundi et en Afrique du Sud : le vécu au quotidien

As a medical internist, the author first came into contact with AIDS in Burundi between 1983 and 1994, then in the South African province of KwaZulu-Natal from 1996 to the present. He explains in his paper how clinicians working in these two countries and in daily contact with patients suffering from AIDS lived through the different phases of an unparalleled medical disaster. In 1984 the recurrence of unusual clinical factors suggested that AIDS was present in Burundi. This diagnosis was confirmed by a growing number of patients of Central African origin in Belgium. In 1985 a national seroprevalence survey revealed the gravity of the problem in Bujumbura with 7 % of seroprevalence, whereas rural areas were almost entirely free. However, the Burundian authorities forbade the publication of the results, accusing the authors of deliberately distorting the survey. The close links between HIV and AIDS as well as the apparent African origin of the epidemic created an uneasiness which was of a racial nature. In 1989 a second seroprevalence survey, this time with a more sympathetic government, showed that epidemic had spread beyond the capital. Increasing congestion in medical departments caused by the arrival of patients in terminal stages. Health workers develop feelings of helplessness. In KwaZulu-Natal the seroprevalence rate rose from 1 % in 1990 to 25 % in 1996. The author witnessed the medical authorities' reluctance to take responsibility, the negative attitude of many medical students and the stigmatisation of seropositive people in the population sometimes accompanied by acts of extreme violence. In 1997 two AIDS clinics opened in Pietermaritzburg. By 2000, the seroprevalence rate among pregnant women was 35 %. Relief came in 2003 when, at long last, the South African government accepted the principle of ARV roll-out. Logistical difficulties, however, created a lot of stress among health professionals who now had to organise proper care for hundreds of thousands of potential patients.

Comme médecin interniste l'auteur a été confronté au sida d'abord au Burundi, de 1983 à 1994, puis au KwaZulu-Natal (Afrique du Sud) de 1996 à ce jour. Il raconte dans ce papier comment des cliniciens travaillant dans ces deux pays, en contact quotidien avec des patients souffrant du sida, ont vécu différentes phases d'un désastre médical sans équivalent. En 1984, la répétition de faits cliniques insolites suggère que le sida existe au Burundi. En Belgique, le diagnostic est confirmé chez un nombre croissant de patients originaires d'Afrique centrale. En 1985, Une enquête nationale de séroprévalence révèle la gravité du problème à Bujumbura (7%) ; par contre, le milieu rural est quasiment indemne. Les autorités burundaises interdisent la publication des résultats et accusent les auteurs d'avoir sciemment biaisé l'étude. Les liens étroits entre le VIV et le sida, ainsi que l'origine vraisemblablement africaine de l'épidémie créent un malaise à caractère racial.

En 1987 une deuxième enquête nationale de séroprévalence, menée sous un gouvernement plus compréhensif, montre l'extension de l'épidémie hors de la capitale. Il y a alors un encombrement croissant des services médicaux par des malades arrivant au stade terminal. Les agents de santé développent un sentiment d'impuissance.

En Afrique du Sud, dans la province du Kwazulu Natal, le taux de séroprévalence croît de 1% en 1990 à 25% en 1996. L'auteur constate le peu d'enthousiasme des autorités médicales à prendre leurs responsabilités, l'attitude négative de beaucoup d'étudiants en médecine et la stigmatisation des personnes séropositives au sein de la population, avec parfois des actes de violence extrême. En 1997, deux cliniques sont ouvertes à Pietermaritzburg. En 2002, la séroprévalence chez les femmes enceintes atteint 35 %. En 2003, il y eut un "soulagement" quand le gouvernement accepte le principe de fournir les traitements antirétroviraux dans les services publics. Cependant des difficultés logistiques ont créé une "angoisse" chez les professionnels de santé à propos de la manière d'organiser une prise en charge correcte pour des centaines de milliers de patients potentiels.

Chapitre VIII

Stephen Van Houten, Historical Trends in the HIV/AIDS Training of Health Care Workers in the Western Cape, South Africa, 1990-2003 / La formation au sida des travailleurs de la santé de la province du Cap occidental (1990-2003)

The proper training of health care professionals is crucial to the success of HIV/AIDS programs and interventions. This paper uses an historical analysis to highlight the changing methodologies and content of key

training organisations in Cape Town in the last decade. These shifts are discussed in light of contributing historical factors. The complex interaction between political, social, economic, and cultural factors is explored. This analysis highlights the problems and successes of training organisations and health care workers. Finally, this study provides guidelines for countries and regions with similar transmission routes, and those regions moving from the low-level, to the concentrated, to the generalised phase of HIV infection.

Une formation adéquate pour les professionnels dans le domaine des soins de santé est décisive pour le succès des programmes VIH/sida et les interventions. Cet article se sert des analyses historiques de la dernière décennie pour mettre l'accent sur les changements dans la méthodologie et le contenu des programmes des ONG les plus importantes dans la ville du Cap. Nous examinerons le développement des thèmes fondamentaux comme la lutte contre le déni, la promotion de l'engagement dans la lutte contre le sida et la mise en oeuvre d'actions spécifiques. Cette analyse met l'accent sur les problèmes, les succès et les tendances futures de la lutte contre le sida. De cette manière il fournit des lignes directrices pour des pays et des régions ayant des modes de transmission similaires à ceux de l'Afrique du Sud et aussi aux pays qui progressent de la phase faible à la phase aiguë de l'infection VIH avant d'arriver à une phase généralisée.

Chapitre IX

James Putzel, A History of State Action: The Politics of AIDS in Uganda and Senegal / Histoire d'une action d'État : la lutte contre le sida en Ouganda et au Sénégal

This paper looks at the recent history of the fight against HIV/AIDS in Uganda and Senegal. It considers two success stories in the fight to confront the AIDS epidemic and suggests, in contrast to the reigning paradigm of action proposed by UNAIDS and the World Bank, that central state action has been pivotal in bringing the epidemic under control. The paper examines the nature of the political coalitions that emerged in Uganda and Senegal that formed the basis for sustained action to bring the epidemic under control in Uganda and to prevent the virus from attaining epidemic proportions in Senegal. The paper interrogates the multi-sectoral model of action currently proposed by UNAIDS and the World Bank in the context of the historical record of campaigns to fight the virus in Uganda and Senegal. It attempts to explain the basis for the much celebrated political will to engage the fight against AIDS in these two countries, considering on the one hand, the balance between action at the level of the state and in civil society, and on the other, biomedical versus socio-economic-political approaches. The paper is based on a review of documentation from domestic and international organisations involved in the campaigns, interviews with some fifty actors in the two countries, and a review of media sources from the mid-1980s.

*Cet article examine l'histoire récente de la lutte contre le VIH/sida en Ouganda et au Sénégal. Il considère ces deux histoires de réussite dans la lutte pour faire face à l'épidémie du sida et suggère, en contraste avec le paradigme actuel sur l'action proposée par l'ONUSIDA et la Banque Mondiale, que l'intervention par l'État a joué un rôle central dans le contrôle de l'épidémie. L'article examine la nature des coalitions politiques qui ont servi de base à des actions qui ont permis le contrôle de l'épidémie en Ouganda et qui ont empêché que le virus atteigne des proportions épidémiques au Sénégal. L'article interroge le modèle d'action multisectorielle actuellement proposée par l'ONUSIDA et la Banque Mondiale dans le contexte des rapports des campagnes historiques pour lutter contre le virus en Ouganda et au Sénégal. Il propose des éléments de réflexion sur la * volonté politique + tant célébrée pour entreprendre la lutte contre le sida dans ces deux pays, prenant en considération, d'un côté, l'équilibre entre l'action au niveau de l'État et dans la société civile et, de l'autre côté, l'approche biomédicale contre l'approche socio-économique politique. L'article se base sur une révision de la documentation provenant des organisations nationales et internationales impliquées dans les campagnes, des interviews avec une cinquantaine d'habitants des deux pays et une étude des sources médiatiques datant du milieu des années 80.*

Part Five / Cinquième Partie — Debating HIV/AIDS / Débats et controverses

Chapitre X

Guillaume Lachenal, "Scramble for Cameroon". Atypical Viruses and Scientific Zeal in Cameroon (1985-2000) / "Scramble for Cameroon": virus atypiques et convoitises scientifiques au Cameroun, 1985-2000

This paper shows how Cameroon became, in the 1990s, one of the most coveted terrains for HIV/AIDS research. An unprecedented scientific interest prompted the apparition of local scientific figures and the development of new forms of cooperation. The paper tells that story. After the discovery of the first cases of AIDS in 1985 not

much research was conducted in Cameroon. Until 1988 the different research bodies of the French Department of Cooperation jointly studied the epidemic in Cameroon which was still limited in scope. At the turn of the decade the economic crisis and the establishment of the *Programme national de lutte contre le sida* (National AIDS Programme) radically changed the situation. Local scientists became major roleplayers. These scientists took part in the first studies of atypical viruses in Cameroon, an event of high economical, medical and scientific significance since the discovery of HIV-2 in West Africa. In 1994 the identification of a new HIV (HIV-1 group O) observed in a group of patients from Cameroon was announced. The discovery of this virus, which seemingly was of Cameroonian extraction, effectively prompted a competition between international research teams. The challenge was to collect massive amounts of blood in order to adapt the diagnostic tests to HIV-1 O and potentially to other atypical viruses. Research projects mushroomed and overlapped. They revitalised a few Cameroonian institutions. Results rewarded these efforts. In 1998 a new atypical virus, the HIV-1 group N, was isolated by a French team active in Cameroon. The phylogenetical originality of this virus and its closeness to simian viruses hinted at the possible solution of the mystery of the origins of AIDS. A new competition was launched, focussing this time on Cameroonian monkeys, not without conflicts and ethical dilemmas. More recently, with the multiplication of local and international initiatives for a wider dissemination of ARV treatment, new ways of operating seem to have appeared.

Cette étude montre comment le Cameroun est devenu, dans les années 1990, l'un des terrains les plus convoités pour la recherche sur le VIH/sida. Un intérêt scientifique sans précédent a suscité l'apparition de figures scientifiques locales et le développement de nouvelles formes de coopération. Le papier narre cette histoire. Après la découverte des premiers cas de sida en 1985 peu de recherches ont été menées au Cameroun. Jusqu'en 1988, les différents corps de recherches du département français de la coopération ont conjointement étudié l'épidémie au Cameroun dont la portée était encore limitée. À la fin de la décennie, la crise économique et l'établissement du Programme national de lutte contre le sida ont radicalement changé la situation. Les scientifiques locaux sont devenus des acteurs principaux. Ces scientifiques ont participé aux premières études sur les virus atypiques au Cameroun, un événement d'une haute importance économique, médicale et scientifique depuis la découverte de HIV-2 en Afrique occidentale. En 1994, l'identification d'un nouveau VIH (HIV-1 groupe O), observé dans un groupe de patients du Cameroun, a été annoncé. La découverte de ce virus, qui était apparemment d'extraction camerounaise, a efficacement suscité une concurrence entre les équipes de recherche internationales. Le défi a été de collecter des quantités massives de sang afin d'adapter les tests de diagnostic au VIH-1-O et potentiellement à d'autres virus atypiques. Les projets de recherche ont foisonné et ont se sont concurrencés. Ils ont redynamisé quelques établissements camerounais. Les résultats ont récompensé ces efforts. En 1998 un nouveau virus atypique, le VIH-1 groupe N, a été isolé par une équipe française active au Cameroun. L'originalité phylogénétique de ce virus et de sa proximité avec le virus simien a laissé entrevoir la solution possible du mystère de l'origine du sida. Une nouvelle concurrence a été lancée, se focalisant cette fois sur les singes camerounais, non sans conflits et dilemmes moraux. Plus récemment, avec la multiplication des initiatives locales et internationales pour une diffusion plus large des traitements ARV, de nouvelles manières du faire semblent apparaître.

Chapitre XI

Charles Becker, Law, Ethics and AIDS in Sub-Saharan Africa. Senegal as a Case Study / Droit, éthique et sida en Afrique subsaharienne. Considérations historiques à propos du cas sénégalais

The AIDS epidemic is one of the major challenges in modern Africa. Millions of men, women and children are affected and have no access to drugs which are, nevertheless, available. Whilst scientific discoveries and past successes in the field of biomedicine have been transferred and placed at the disposition of former colonised people in order to stem the mortality rate, AIDS has been accompanied by the neglect of impoverished countries with lowered birth rates for which, eventually, causes must be sought and responsibility accepted. The epidemic poses specific problems within a context of more wide spread crises and economic problems which are exacerbated by the existence of weak laws and governments. Whilst the AIDS epidemic in northern countries has provoked strong social reaction and major improvements in health systems as well as the development of ethical standpoints it has barely begun to form the basis for social and political debate in sub-Saharan Africa where legislation in the field of health is often nonexistent or inappropriate. As is the case with other health problems, the methods of assuming responsibility for AIDS (where medication is not available) and for carrying out research into the disease (done in the South by teams from the North who are often unable to apply ethical principles accepted in their home countries) must be analysed within the framework of the relations which exist between the State, health authorities and the law. This paper proposes some general reflections on the study of the slow emergence of debate on legal and ethical questions by particularly examining the case of Senegal which, elsewhere, is categorically labelled as a success story in the fight against AIDS. An historical analysis

shows that, in this case as in others, debate on these issues is rare and does not address the challenges posed by AIDS.

L'épidémie du sida constitue un des défis majeurs de l'Afrique contemporaine. Des millions d'hommes, de femmes et d'enfants sont affectés et n'ont pas accès aux médicaments pourtant disponibles : alors que les découvertes scientifiques et les succès passés de la biomédecine avaient été "transférés" et mis à la disposition des anciennes populations colonisées pour faire reculer la mortalité, on a assisté avec le sida à un abandon des pays à faibles ressources et à des régressions démographiques pour lesquelles il faudra un jour établir les causes et situer les responsabilités. L'épidémie pose des problèmes spécifiques dans un contexte de crises beaucoup plus vastes et de problèmes économiques exacerbés dans des contextes où le droit et l'État sont faibles.

Alors que l'épidémie du sida a suscité dans les pays du Nord des réactions sociales fortes ainsi que des évolutions majeures dans le domaine de la codification sanitaire et dans le développement des réflexions éthiques, elle commence à peine à faire l'objet de débats sociaux et politiques en Afrique subsaharienne, où les législations dans le domaine de la santé restent souvent inexistantes ou inappropriées. Comme pour d'autres problèmes sanitaires, les modalités de la prise en charge du sida (dans un contexte d'absence des médicaments) et de la recherche sur la maladie (menée le plus souvent dans des pays du Sud par des équipes du Nord, qui sont loin d'appliquer toujours ici les principes éthiques acceptés là-bas) demandent à être analysées dans le cadre d'une réflexion sur les relations entre l'État, la santé et le droit.

La communication proposera des réflexions générales à partir de l'étude de la lente émergence des débats sur les questions juridiques et éthiques, en examinant plus particulièrement le cas du Sénégal, cité par ailleurs, avec insistance, comme exemple d'une "success story" dans le domaine de la lutte contre le sida. Une analyse historique montre, dans ce cas comme ailleurs, que les débats sur ces questions reste encore faibles et très en deça du défi posé par le sida.

Chapitre XII

César Nkuku Khonde, A Oral History of HIV/AIDS in the Congo / L'histoire du sida au Congo selon les sources orales

Oral sources bring a decisive contribution to the history of HIV/AIDS in the Congo. While written sources cover only the period posterior to 1983, oral testimonies witness to the presence of AIDS in the early 1970s if not earlier. Migrant labour, prostitution, poverty, political conflicts determine the propagation and growth of seroprevalence in the country. The response was immediate but for a long it merely consisted of ineffective awareness campaigns. Recently a few non governmental organisations found new ways of fighting the epidemic. Unfortunately, these efforts are often impeded by various social and cultural prejudices.

Les sources orales apportent une contribution décisive à l'histoire du VIH/sida au Congo. Comme les sources écrites couvrent seulement la période postérieure à 1983, les témoignages oraux attestent la présence du sida au début des années 1970 voire plus tôt. La main-d'oeuvre saisonnière, la prostitution, la pauvreté, les conflits politiques déterminent la propagation et la croissance de la séroprévalence dans le pays. La réponse a été immédiate, mais pendant longtemps, elle s'est simplement composée de campagnes inefficaces pour une prise de conscience. Récemment quelques organisations non gouvernementales ont trouvé de nouvelles voies pour combattre l'épidémie. Malheureusement, ces efforts rencontrent souvent des obstacles du fait des préjugés sociaux et culturels.

Part Six / Sixième Partie — Bibliography / Bibliographie

Stephen van Houten and Charles Becker, The History of HIV/AIDS in Africa: Bibliography / L'histoire du sida en Afrique subsaharienne

This bibliography only lists books, chapters of books and journal articles published in English and French. For these reasons, more attention is paid to western, central, eastern and southern Africa, than to the North and the North-East of the continent. In addition to historical studies, the choice was made to include studies in biomedical and social science which are of interest to an history of HIV/AIDS in Africa. This bibliography comprises three sections:

1. Introduction to international research on AIDS,
2. Anglophone and francophone research on HIV/AIDS in Africa,
3. Other resources for an history of HIV/AIDS in Africa, including electronic resources.

Cette bibliographie retient exclusivement les travaux publiés en français et en anglais. Pour ces raisons, davantage d'attention est portée à l'Afrique occidentale, centrale, orientale et australe qu'au nord et au nord-est du continent.

Les choix opérés pour cette bibliographie ont tenu compte non seulement des travaux d'histoire, mais aussi des études des sciences médicales, sociales et humaines qui présentent un intérêt historique, s'inspirent de la méthode historique ou fournissent des données utilisables pour l'histoire du sida en Afrique. Cette bibliographie comporte trois sections :

- 1. Introduction à la recherche internationale sur le sida,*
- 2. Recherches anglophone et francophone sur le VIH/sida en Afrique,*
- 3. Autres sources pour l'histoire du sida en Afrique, en particulier les ressources de l'internet.*