

La « dépolitisation » comme concept stratégique.

Pour une critique émancipatrice de la lutte contre le sida en Afrique sub-saharienne

Moritz Hunsmann (moritz.hunsmann@cnrs.fr)

Note au moment de la mise en ligne, le 25 mars 2020 :

Ce texte est un chapitre à paraître dans l'ouvrage collectif : Desage, F., R. Parizet, C. Robert & M. Schotté (dir.) *La « dépolitisation » : registres, processus et interprétations [titre provisoire]*, Coll. Espaces politiques, Lille: Presses Universitaires du Septentrion. Écrit en 2014, il a été accepté pour publication en 2015.

Introduction

Le VIH/sida est sans doute une des épidémies les plus controversées et les plus médiatisées de l'histoire de la santé publique. À première vue, prétendre décrire, et par moment dénoncer, sa dépolitisation semble donc paradoxal. Toutefois, à partir de l'étude du cas tanzanien, cette contribution montre que la politisation manifeste de l'épidémie au niveau mondial (qui s'est traduite par une mobilisation de ressources sans précédent) s'accompagne d'un processus de formulation et de mise en œuvre des stratégies de lutte contre le sida au niveau national au cours duquel le caractère politique – car profondément conflictuel – des arbitrages effectués n'apparaît pas toujours comme tel. En effet, alors que la formulation de ces stratégies en Afrique subsaharienne implique des compromis politiques fondamentaux qui affectent la survie d'une part importante de la population nationale, le contexte de leur élaboration et mise en œuvre est souvent marqué par la prédominance des bailleurs occidentaux. Telle est la situation en Tanzanie, où la prévalence du VIH dans la population adulte est d'environ 4,7%¹, et où la lutte contre le sida est financée à 97% par l'aide internationale (TACAIDS, 2012).

Culminant à plus de 500 millions de dollars par an en 2008/09, cet afflux d'aide a fait émerger ce que les acteurs eux-mêmes appellent une « industrie du sida ». Durant cette période, cette « industrie » représente près d'un tiers de toute l'aide internationale à la Tanzanie et plus de 10% du budget de l'État tanzanien (Foster et al., 2008). Cet espace de politiques publiques spécifique à une seule épidémie est caractérisé par la multitude d'acteurs – nationaux et internationaux, publics et privés – impliqués dans la mise en œuvre des politiques. Le travail programmatique, en revanche, a principalement lieu lors de réunions entre quelques représentants de l'administration tanzanienne et de bailleurs bi- et multilatéraux². Parmi ces derniers, les États-Unis occupent une position

¹ Voir : <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/unitedrepublicoftanzania>

² Les agences bilatérales les plus actives pendant cette période étaient celles des États-Unis, de la Grande Bretagne, de l'Allemagne, de l'Irlande, du Japon, du Canada, des Pays-Bas, du Danemark, de la Suède, et de la Norvège. Les

dominante : leur *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR) fournit environ deux-tiers du budget de la lutte contre le sida en Tanzanie. Si l'on y ajoute les financements accordés par le *Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme*³, ces deux acteurs internationaux à eux seuls mettent à disposition 90% du total des ressources disponibles.

Ce chapitre se fonde sur une étude approfondie des politiques de lutte contre le sida en Tanzanie et de l'économie politique de l'aide sanitaire dans ce contexte de dépendance aiguë (Hunsmann, 2013).⁴ À partir d'une analyse de l'élaboration des stratégies nationales de prévention et de traitement du VIH, il pose un regard transversal sur différents aspects de cette lutte qui ont pour caractéristique commune d'avoir des effets « dépolitisants », au sens où ils induisent une négation des conflits d'intérêts et de valeurs irréductibles qui sous-tendent la formulation d'une réponse à l'épidémie.

Les trois premières sections circonscrivent progressivement la notion de dépolitisation en explorant trois facettes de ce que l'on pourrait décrire comme une dépolitisation protéiforme de l'épidémie. Si ces trois processus sont à bien des égards entremêlés, les dépolitisations qu'ils alimentent ne sont pas exactement de même nature et s'appuient en partie sur des ressorts différents. La première section montre ainsi comment la construction de récits explicatifs exagérant le rôle des comportements sexuels dans la propagation du VIH abouti à une dépolitisation causale de l'épidémie du VIH/sida en Afrique sub-Saharienne. S'appuyant sur une mobilisation sélective, voire une présentation erronée, des connaissances épidémiologiques existantes, ce cadrage des épidémies comme étant principalement dues à des comportements individuels conduit à faire abstraction des conditions sanitaires collectives qui constituent le « terreau fertile » (Stillwaggon, 2002) sur lequel s'est développé le VIH sur le continent. La *comportementalisation* de l'épidémie masque les origines politiques et économiques de la vulnérabilité particulière des populations africaines face au virus et transfère la responsabilité d'agir des pouvoirs publics vers les individus. La *dépolitisation* fait ici référence à un déplacement du problème – et donc des solutions – du domaine public au domaine privé et de l'intime. Suggérant que le *statu quo* socio-économique et les inégalités qui le caractérisent ne constituent pas un obstacle à la prévention du VIH, ce récit causal non ancrée dans les rapports de pouvoir protège les groupes dominants en évitant que les hiérarchies et structures de (re)distribution actuelles ne soient mises en question.

agences multilatérales les plus impliquées étaient Onusida, Unicef, le Pnud, l'UNFPA, et la Banque mondiale. Depuis, plusieurs bailleurs bilatéraux, ainsi que la Banque mondiale, se sont retirées de la lutte contre le sida en Tanzanie.

³ Le Fonds mondial est lui-même dominé par ses quatre plus grands contributeurs : les gouvernements des États-Unis, du Royaume-Uni, de la France et de l'Allemagne.

⁴ Il s'agit d'une recherche doctorale dont l'enquête de terrain a été réalisée principalement entre 2007 et 2009. Le matériau empirique englobe 92 entretiens semi-directifs et approfondis avec des acteurs clés de la politique de prévention et du traitement du VIH en Tanzanie (responsables administratifs tanzaniens, bailleurs bi- et multilatéraux, représentants d'ONG locales et internationales, consultants et chercheurs). Les données issues des entretiens ont été complétées et mises en perspective par l'observation de réunions programmatiques entre membres de l'administration tanzanienne et représentants des bailleurs internationaux.

Les deux formes de dépolitisation abordées ensuite concernent non pas les inégalités *en amont* – et à certains égards à l'origine – de l'épidémie, mais celles qui résultent des mesures de contrôle. Ainsi, la deuxième section décrit comment, dans un contexte d'insuffisance des ressources, les décideurs (bailleurs et responsables tanzaniens confondus) contournent le processus délibératif en refusant d'opérer des choix explicites de rationnement dans un cadre institutionnel formel. Ce refus se reflète dans des stratégies nationales de prévention et de traitement du VIH quasi-exhaustives dont le caractère manifestement irréaliste conduit à transférer le lieu de décision de la formulation de « stratégies » réelles, avec une hiérarchisation explicite des priorités, à leur mise en œuvre inévitablement sélective, selon des critères non transparents. L'absence de prise en charge politique de choix cruciaux qui en résulte constitue une dépolitisation par « non-décision », ou plus précisément par choix implicite.

Analysant une dynamique de dépolitisation étroitement liée à la précédente, la troisième section montre comment la prédominance des bailleurs internationaux conduit à un confinement du débat national et du processus décisionnel concernant le VIH/sida à des espaces politiques clos et dépourvus de légitimité démocratique. En résulte une situation où la population tanzanienne et ses représentants élus sont dépossédés de choix qui concernent la vie et la survie de plus d'un million de Tanzaniens vivant avec le VIH, mais aussi plus largement l'hiérarchisation de différents problèmes de santé – et donc l'attribution d'une valeur différentielle à la vie des patients concernés. Comme dans le cas de la dépolitisation par le contournement du processus délibératif à travers des choix implicites, la dépolitisation fait ici référence à une « dé-démocratisation » – à travers la limitation étroite de la participation aux décisions.

Enfin, parce qu'elle renvoie aux conceptions du politique, l'analyse en termes de dépolitisation nécessite l'explicitation du « politique de référence » par rapport auquel telle ou telle réalité serait *dépolitisée*. Cette démarche est d'autant plus impérieuse dans les cas où, comme ici, le concept de dépolitisation est employé dans une visée de critique émancipatrice et non de manière principalement descriptive (comme cela peut, par exemple, être le cas lorsque l'on étudie les différences dans l'intérêt que portent certaines personnes ou groupes de personnes à la chose publique et/ou au fonctionnement des institutions politiques). Dans cette optique, et sur la base des processus de dépolitisation décrits auparavant, la dernière section tente d'explicitier les conditions d'utilisation du concept de dépolitisation en montrant que l'emploi de cette notion dans une optique critique suppose une conception *substantielle* du politique. Cette conception est empruntée ici à Chantal Mouffe (2005), qui, avec Carl Schmitt (1932), considère comme *politique* toute décision impliquant une hiérarchisation discrétionnaire d'intérêts incompatibles et de valeurs incommensurables. Comme le montrent les sections successives, c'est une caractéristique que partagent de nombreuses décisions dans la lutte contre le sida.

L'explication individualiste des épidémies africaines et la dépolitisation comme rejet de la responsabilité publique

« Les gens doivent être mis dans une situation où ils sont en mesure de comprendre le risque d'une infection VIH et de le soupeser par rapport au plaisir sexuel. [...] Les gens ont tendance à être irresponsables... ils ne savent pas ! Nous devons vraiment expliquer aux gens de quoi il en retourne ; leur faire comprendre, pour qu'ils ne sacrifient pas leur vie juste pour le plaisir ! Pour la prévention, nous devons leur dire : "Vous êtes responsables !" »

L'ancien directeur exécutif de la Tanzania Commission for AIDS (TACAIDS)⁵

Un aspect fondamental de la gestion politique des épidémies du sida en Afrique subsaharienne concerne les discours sur les causes de la forte propagation du VIH dans cette région. En effet, aucune autre région du monde n'a connu des épidémies du sida d'une ampleur comparable, et dans bien des pays africains la prévalence du VIH est des dizaines – voire des centaines – de fois supérieure à celle de la plupart des pays européens. Aussi bien du côté des bailleurs internationaux que de l'administration tanzanienne, l'explication causale dominante de l'ampleur exceptionnelle de l'épidémie en Afrique subsaharienne met l'accent sur la spécificité supposée des comportements sexuels des populations africaines. Ainsi, ces acteurs institutionnels pointent systématiquement du doigt les pratiques, présumées courantes, du sexe « transactionnel » ou « intergénérationnel », le caractère particulièrement risqué de certaines pratiques « culturelles » (comme le *dry sex* ou le *widow cleansing*⁶), ou une structuration spécifique des relations sexuelles en réseaux (les « relations concomitantes »)⁷.

Or, une analyse détaillée de l'état des savoirs épidémiologiques montre clairement que l'explication culturalo-comportementale des épidémies africaines du VIH ne tient pas. Non seulement il n'y a pas de « sexualité africaine », mais, en moyenne, les Africains n'ont pas plus de rapports sexuels que les personnes vivant dans d'autres régions du monde et leurs pratiques ne sont pas plus « risquées » qu'ailleurs (Buvé et al., 2001 ; Stillwaggon, 2006). Enfin, l'affirmation très répandue selon laquelle la forte « concomitance » des relations sexuelles en Afrique jouerait un rôle important est empiriquement fautive et théoriquement erronée. Non seulement celle-ci n'est pas particulièrement élevée en Afrique, mais les modélisations épidémiologiques réalistes montrent que son effet potentiel sur la propagation du VIH est négligeable (Lurie, Rosenthal et Williams, 2009 ; Sawers, 2013 ; Sawers, Isaac et Stillwaggon, 2011 ; Sawers et Stillwaggon, 2010a⁸). En somme, si le comportement sexuel influe évidemment sur le risque individuel de contracter ou de transmettre le VIH, il est en revanche strictement impossible d'expliquer l'ampleur des épidémies du VIH en

⁵ Entretien, Dar es Salaam, sept. 2008. Les extraits d'entretiens cités dans ce chapitre étaient à l'origine en anglais (et, dans un cas, en allemand) et ont été traduits en français par l'auteur.

⁶ Le « *dry sex* » est une technique qui consiste à artificiellement réduire la lubrification vaginale avant la pénétration ; le « *widow cleansing* » consiste en la dissolution ritualisée du lien qu'avait une femme avec son mari défunt à travers la soumission de celle-ci à un rapport sexuel avec l'un des membres vivants de la famille du défunt.

⁷ Pour un exemple condensé de ce récit causal, voir le site de la *Tanzania Commission for AIDS* (TACAIDS) : <http://www.tacaids.go.tz/hiv-and-aids-information/drivers-of-the-epidemic.html>

⁸ Pour un aperçu de cette question en français, voir (Hunsmann, 2010).

Afrique subsaharienne par des différences de comportements sexuels entre l'Afrique et le reste du monde (Hunsmann, 2013 : chapitre 1).

Si l'explication par les comportements ne résiste pas à un examen épidémiologique rigoureux, les connaissances biologiques et épidémiologiques sur les facteurs « non-comportementaux » de la transmission du VIH en Afrique se sont accumulées au cours des vingt dernières années. Ces facteurs peuvent être répartis en deux groupes : les déterminants biologiques de l'efficacité de la transmission sexuelle du virus et les risques d'infection iatrogène liés aux pratiques médicales non sécurisées.

Contrairement à une idée reçue, le VIH est une des maladies sexuellement transmissibles (MST) qui se transmettent le moins facilement. Le risque moyen de transmission du virus dans un rapport pénovaginal non protégé entre deux personnes en bonne santé (mise à part l'infection VIH de l'une) est d'environ 1/1000 pour la transmission homme-à-femme et d'environ 1/2000 pour la transmission femme-à-homme (Boily et al., 2009)⁹. Toutefois, ce risque varie fortement en fonction de l'état de santé général, ainsi que de l'état des muqueuses génitales des deux partenaires¹⁰. Plus les défenses immunitaires sont affaiblies, plus la charge virale des personnes infectées avec le VIH est forte (les rendant plus infectieux), et plus la susceptibilité à l'infection des personnes exposées au virus est grande. La dynamique de transmission sexuelle du VIH dans une population dépend donc fortement de son état général de santé. Plus spécifiquement, un ensemble de cofacteurs facilite la transmission du VIH. Ainsi, le risque de transmission sexuelle du VIH est considérablement accru si l'un des deux (ou les deux) partenaires souffre(nt) de malaria, de tuberculose, de schistosomiase génitale, de vers intestinaux, de certaines déficiences nutritionnelles, de filariose lymphatique, ou d'autres MST que le VIH¹¹. Parce que ces conditions sont particulièrement répandues en Afrique subsaharienne, la charge virale des personnes non-traitées vivant avec le VIH y est, en moyenne, trois à cinq fois plus élevée qu'en Europe ou aux États-Unis – multipliant le risque de transmission par rapport sexuel non protégé. Plus généralement, la prise en compte de ces cofacteurs rend la très inégale propagation du VIH au niveau mondial bien moins énigmatique (Cuadros et al., 2011 ; Sawers et Stillwaggon, 2010b).

Le second facteur de transmission du VIH en Afrique subsaharienne qui n'est pas lié au comportement sexuel concerne les infections dues à un manque de précaution lors d'interventions médicales, telles que la transfusion sanguine, les injections (réutilisation de seringues et/ou d'aiguilles), les opérations ou certains examens médicaux. Alors que les administrations africaines et les organisations internationales comme l'OMS ou l'ONUSIDA publient des estimations qui se

⁹ Il s'agit là de *moyennes*. Dans certains cas, comme par exemple lors de la défloration, le risque de transmission du VIH est extrêmement élevé puisque le déchirement de l'hymen provoque une plaie ouverte. De même, le risque de transmission est considérablement plus élevé dans le cas d'un rapport sexuel anal.

¹⁰ Pour une synthèse de l'état des savoirs dans ce domaine, voir (Hunsmann, 2013, chap. 1 ; Sawers et Stillwaggon, 2010b ; Stillwaggon, 2006, 2009 et 2012).

¹¹ Il est important de noter que la prévalence, souvent forte, des MST en Afrique est principalement due au faible accès au traitement des personnes infectées, non à une fréquence particulièrement élevée de rapports sexuels non protégés.

veulent rassurantes quant à la sécurité des soins, de nombreuses études mettent en évidence des pratiques médicales non stériles et sources d'un risque considérable de transmission du VIH (Brewer et al., 2003 ; Gisselquist, 2008 ; Gisselquist et al., 2003 ; Reid, 2009 ; Vachon et al., 2003)¹². Aussi, plusieurs enquêtes en Afrique subsaharienne font état d'une proportion parfois significative de cas d'infections inexplicées. Certaines indiquent des taux d'infection importants parmi les personnes déclarant n'avoir jamais eu de rapport sexuel (Brewer et al., 2007 ; Tengia-Kessy et al., 1998), d'autres des cas d'enfants séropositifs ayant des mères séronégatives. Ainsi, selon les Enquêtes démographiques et sanitaires en Uganda en 2004-05 (Ministry of Health Uganda, 2006, page 116)¹³, au Swaziland en 2006-07 (Okinyi et al., 2009), et au Mozambique en 2009 (INS, 2010, cité dans: Class, 2012) respectivement 13%, 22% et 31% des enfants séropositifs de moins de cinq ans avaient une mère séronégative.

Alors que cela indique l'existence possible de transmissions iatrogènes à une échelle importante, aucune tentative pour tracer l'origine, manifestement non-sexuelle, de ces infections n'a été faite en Afrique subsaharienne. Or, si l'on cherche on trouve : dans les rares pays (hors Afrique subsaharienne) où ce retraçage a été réalisé suite à l'apparition d'infections inexplicées, le séquençage des virus a permis de mettre en évidence des centaines (comme, par exemple, en Libye), voire de milliers de cas d'infections VIH d'origine iatrogène (en Roumanie environ 10 000 enfants ont été infectés ainsi). Enfin, et c'est là un point essentiel, la transmission iatrogène n'obéit pas aux mêmes logiques que la transmission sexuelle, qui peut se retrouver « bloquée » au sein d'un couple sexuellement fidèle, par exemple. Par conséquent, la transmission iatrogène pourrait bien jouer un rôle de « pont » entre différentes populations qui n'ont pas de contact sexuel – mais qui, par exemple, sont patients dans le même centre de santé, le même jour. Même si elle ne devait représenter qu'une proportion relativement faible des nouvelles infections, la transmission iatrogène pourrait donc contribuer à accélérer la dynamique de l'épidémie dans son ensemble en raison d'un effet multiplicateur sur la transmission sexuelle (Gisselquist, 2008 ; Vachon et al., 1985).

Ces facteurs non-comportementaux sont systématiquement sous-estimés, ignorés, voire niés lors de la formulation des récits causaux de la propagation du VIH en Afrique par les principales institutions impliquées dans la lutte contre le sida sur le continent. Une analyse critique des explications biologiques et épidémiologiques montre donc que, loin d'être politiquement neutre, l'explication comportementale dominante des épidémies africaines du VIH est porteuse d'une théorie politique implicite d'inspiration individualiste¹⁴. Cette explication est une « histoire causale » (Stone, 1989) parmi d'autres, qui a été activement construite et qui continue à être défendue. L'une des raisons de cette attention inégale qu'accordent les acteurs du VIH/sida aux différents récits causaux réside dans le fait que les explications comportementales de la propagation du VIH sont politiquement confortables pour ceux qui sont au pouvoir : elles dédouanent les

¹² Là encore, pour un aperçu plus détaillé des travaux dans le domaine, voir (Hunsmann, 2013, chap. 1).

¹³ Pour une discussion de ces données, voir : <http://dontgetstuck.wordpress.com/uganda-cases-and-investigations>.

¹⁴ Pour une analyse des théories politiques implicites dans les politiques de prévention sanitaires, voir (Tesh, 1988).

pouvoirs publics en assignant la responsabilité de l'épidémie aux personnes infectées. En véhiculant une vision individualiste de la propagation du VIH, elles font l'impasse sur les inégalités (économiques, d'accès aux soins, *etc.*) et les rapports de pouvoir politiques qui conditionnent la susceptibilité particulière des populations africaines à l'infection par le virus (Hunsmann, 2009 et 2013, chapitre 2). D'autres explications de la sélectivité du recours aux connaissances épidémiologiques tiennent davantage à des facteurs pratiques ou institutionnels. Ainsi, la focalisation étroite des programmes verticaux sur le seul VIH/sida (voir Section 3), le rôle longtemps prédominant des acteurs spécialisés sur les interventions comportementales dans le champ de la prévention du VIH, ou encore l'idée (souvent infondée) que les interventions plus structurelles nécessiteraient beaucoup de temps avant de donner des résultats visibles font tous obstacle à la prise en compte des facteurs non-comportementaux dans les politiques de prévention (Hunsmann, 2012a).

Cette individualisation et culturalisation concomitante des causes de la transmission du VIH constituent une dépolitisation de l'épidémie dans le sens où elles aboutissent à la négation des responsabilités politiques dans la propagation du virus¹⁵ tout en suggérant des politiques de prévention essentiellement centrées sur le changement de comportements sexuels présumés. Contrairement aux mesures qui s'imposeraient en cas d'acceptation des explications non-comportementales de la transmission du VIH, la prévention d'une épidémie essentiellement comportementale n'implique pas une réallocation significative de ressources – par exemple à travers la mise-en-place d'un système de santé garantissant un accès effectif à des soins de qualité (Hunsmann, 2013 : pages 52-53, 85-104, 304-307).

Les choix implicites comme contournement du politique

En Tanzanie, malgré l'arrivée massive de financements internationaux, les ressources disponibles pour la prévention et le traitement du VIH restent encore largement insuffisantes pour mettre en œuvre l'intégralité des interventions prévues dans le document cadre, le *National Multi-sectoral Strategic Framework* (NMSF). Cette insuffisance des ressources impose des choix concernant les populations bénéficiaires ainsi que les types d'intervention et leur étendue géographique. En décidant qui aura accès à des services de prévention ou de traitement, ces arbitrages dans l'allocation des ressources conduisent nécessairement à une forme de *triage*, c'est-à-dire à une distinction directe (dans le cas du traitement) ou indirecte (dans le cas de la prévention) entre ceux qui vivront et ceux qui mourront. Les décisions quotidiennes qui sous-tendent la mise-en-œuvre de la réponse nationale au VIH/sida sont donc au cœur du politique en Tanzanie. L'exercice de pouvoir permanent qu'elles impliquent constitue une composante centrale de la souveraineté biopolitique (Agamben, 1998 ; Foucault, 2004 ; Nguyen, 2010 ; Hunsmann, 2013 : pages 234-36).

¹⁵ Un aspect important à cet égard est le rôle des programmes d'ajustement structurel des années 1980 et 1990 dans l'appauvrissement des populations africaines et dans la dégradation de l'accès aux soins de santé.

Ces décisions concernent, par exemple, des arbitrages entre l'efficacité-coût des interventions et leurs effets en termes d'équité (en particulier entre zones urbaines et rurales), entre le nombre des personnes ayant accès à des services et la qualité de ceux-ci, ou encore entre le respect des droits de la personne et des mesures de santé publique potentiellement liberticides. Dans les programmes de traitement, les décisions consistent notamment dans l'identification des populations prioritaires pour l'accès à la thérapie antirétrovirale (comme les habitants de certaines régions, les personnels de santé, les soldats, ou les hauts fonctionnaires) – et donc des populations non-prioritaires.¹⁶ À titre d'exemple, au cours de ses premières années d'existence, le programme tanzanien de traitement antirétroviral a implicitement privilégié les populations urbaines au détriment des populations rurales – la préexistence d'infrastructures rendant le traitement de citadins moins cher. Or, ce choix privilégiant l'efficacité a accentué encore les inégalités sanitaires déjà considérables dans ce pays où deux tiers de la population vivent en milieu rural. Concernant la question du traitement pédiatrique, l'ancienne directrice du bureau national d'une organisation internationale¹⁷ témoigne de la conscience aiguë qu'ont les acteurs directement impliqués dans ces arbitrages des dilemmes cornéliens auxquels ils font face :

On avait décidé : « Puisque nos ressources sont limitées, utilisons l'argent pour les adultes ». Nous pensions qu'il était important de maintenir en vie les parents et, à l'époque, les traitements pédiatriques coûtaient environ dix fois plus chers et étaient beaucoup plus compliqués. Mais, tout d'un coup, l'UNICEF est arrivé en disant : « Vous *devez* mettre les enfants sous traitement ! ». [...] L'UNICEF, la Clinton Foundation et Elizabeth Glaser [Pediatric AIDS Foundation] ont mis la pression en ce sens...c'était complètement injustifié !

D'autres acteurs arguent, au contraire, qu'il y avait une obligation morale de 'sauver' les enfants et que seule la décision volontariste d'en mettre un nombre important sous traitement pouvait, à terme, provoquer une baisse significative du prix des antirétroviraux pédiatriques. Si des considérations techniques et éthiques peuvent éclairer ce type d'arbitrages, qui *in fine* conduisent à accorder une valeur différente aux vies humaines, elles ne permettent en aucun cas d'identifier une solution optimale, ni même un consensus rationnel. En ce sens, la définition et la hiérarchisation des critères de choix que nécessite la mise en œuvre de politiques de prévention et de traitement du VIH impliquent des décisions de nature irréductiblement politiques.

Une gestion démocratique de ces dilemmes suppose que ces décisions soient prises de manière explicite. Or, l'analyse de la façon dont les responsables administratifs tanzaniens et les représentants des bailleurs internationaux gèrent l'impératif de rationnement montre que l'obligation (démocratique) de choisir explicitement entre en contradiction avec leurs logiques d'action. Par conséquent, le processus d'élaboration des politiques de prévention et de traitement se caractérise par un refus des acteurs de prendre des décisions explicites dans le cadre officiel – et public – des stratégies nationales. Ainsi, loin d'être exprimés et discutés explicitement, les

¹⁶ L'OMS (2006) a publié une analyse inhabituellement explicite, pour une organisation internationale, de ces arbitrages en Tanzanie.

¹⁷ Entretien, Dar es Salaam, oct. 2009.

arbitrages sous-jacents aux politiques de prévention et de traitement du VIH restent généralement implicites.

Dans le domaine de la prévention, et malgré le constat largement partagé qu'il est indispensable d'établir des priorités en termes de types d'interventions et de populations, le groupe de travail mixte¹⁸ ayant pour mission la formulation d'une Stratégie nationale de prévention n'a pas réussi à introduire un degré de priorisation allant au-delà du document cadre, le NMSF. Au contraire, la Stratégie finale dresse un catalogue quasi-exhaustif et non priorisé de toutes les mesures préventives contenues dans ce document. Cette impossibilité de s'accorder sur un ensemble limité de priorités s'explique en partie par la structure d'incitation des multiples acteurs impliqués dans la formulation et la mise-en-œuvre des politiques de prévention du VIH. En effet, les représentants des bailleurs et les responsables tanzaniens ont une convergence objective d'intérêts : augmenter les fonds alloués à la lutte contre le VIH/sida. Ces dépenses étant la principale source de légitimité institutionnelle des bailleurs, ceux-ci font en sorte que les interventions variées qu'ils mettent déjà en œuvre (et pour lesquelles existent des financements), ainsi que leurs régions d'intervention prioritaires, figurent parmi les « priorités » identifiées dans la Stratégie. En parallèle, le maintien des flux d'aide constitue un objectif manifeste de l'administration tanzanienne. Celle-ci n'est donc pas incitée à procéder à une définition claire des priorités, qui risquerait d'offusquer certains bailleurs en identifiant leurs activités actuelles comme « non prioritaires ». Le directeur national d'une organisation internationale¹⁹ commente le positionnement de l'agence nationale de coordination de la lutte contre le sida (la *Tanzania Commission for AIDS*, TACAIDS) ainsi :

TACAIDS ne veut fermer la porte à personne, donc ils gardent la Stratégie aussi large que possible. [...] C'est difficile de travailler avec TACAIDS. Quand nous [les bailleurs] disons : 'Il serait bien de faire ceci ou cela', ils répondent : 'Oui, d'accord, allez-y !'. Jusqu'à un certain point, c'est compréhensible : le gouvernement ne leur donne presque rien, donc ils sont vraiment 'accros à l'aide'.

Une analyse approfondie montre que la « non-décision » – ou la décision collective de ne pas choisir dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention – résulte ici du fait que cette dernière remplit une fonction de légitimation réciproque de l'action de l'administration tanzanienne et des bailleurs internationaux. L'adéquation formelle entre l'activité de ces derniers et la Stratégie est indispensable afin que les deux parties puissent affirmer que l'action des bailleurs s'inscrit dans le cadre des priorités définies par le gouvernement tanzanien. Loin de constituer un document stratégique à proprement parler, la Stratégie nationale de prévention sert donc en premier lieu à légitimer une politique publique fondamentalement hétéronome (Hunsmann, 2013, chapitre 4). Elle permet au gouvernement Tanzanien de s'afficher comme étant « maître à bord »²⁰ tout en laissant aux bailleurs une latitude d'action maximale. Elle permet surtout à ces derniers de respecter

¹⁸ Ce groupe est composé de responsables administratifs tanzaniens, de représentants des différents bailleurs bi- et multilatéraux (le groupe le plus nombreux), et d'un ou de deux membres d'associations non-gouvernementales tanzaniennes – nommées par le gouvernement.

¹⁹ Entretien, Dar es Salaam, oct. 2009.

²⁰ L'expression fréquemment utilisée par les acteurs est celle de « in the driver's seat ».

formellement un engagement central de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement : l'*alignement* de l'aide sur les priorités nationales. Le fait que les bailleurs « se conforment » à un document qui a été écrit à leur propre initiative, et en bonne partie sous leurs plumes, n'est visiblement pas considéré comme préjudiciable à cette fonction légitimatrice.

Le décalage entre besoins et ressources disponibles impose des arbitrages sans doute encore plus difficiles dans le domaine du traitement du VIH. Sur les environ 1,4 million de personnes vivant avec le virus en Tanzanie, approximativement 660 000²¹ sont considérées comme ayant un besoin immédiat d'accéder à la thérapie antirétrovirale. Toutefois, jusqu'en 2013, cet accès n'était effectif que pour une minorité de ces personnes.²² Les autres 740 000 personnes infectées, dont le système immunitaire est encore relativement intact, auront elles aussi besoin de traitement dans les années à venir. Le programme de traitement tanzanien étant intégralement financé par une aide internationale qui a commencé à stagner, voire à décroître, au cours des dernières années, les décisions de rationnement sont considérées comme inévitables par la quasi-totalité des acteurs. Or, en adoptant unanimement l'« accès universel au traitement » comme mot d'ordre, la forte mobilisation internationale autour de l'épidémie (relayée par l'ONUSIDA) a contribué à tabouiser toute forme de rationnement de la thérapie antirétrovirale dans l'arène politique nationale.

Il en résulte une situation contradictoire où un programme de traitement qui est *de facto* non-généralisé s'accompagne de la réitération quasi-rituelle de l'objectif de l'« accès universel » au traitement dans les discours publics et documents programmatiques. L'accès au traitement antirétroviral étant considéré comme un droit humain inaliénable, plusieurs acteurs témoignent qu'il est extrêmement difficile d'admettre (et de défendre publiquement) la décision – pourtant inévitable – de privilégier certaines vies au détriment d'autres. Une haut-responsable d'une agence bilatérale²³ souligne, par exemple :

La plupart des pays vont devoir réviser leur engagement politique en faveur de l'accès universel aux antirétroviraux. Et l'ONU devra faire de même... En Tanzanie, l'accès universel aux soins et au traitement nécessiterait à lui seul environ 1,2 milliards de dollars par an. Et il est *très peu* probable que cette somme soit disponible un jour ! Je n'ai aucune idée de comment ils vont s'y prendre, mais ce débat va devoir avoir lieu. *Politiquement*, ce débat n'est pas encore possible, mais la question va se poser très bientôt..."

La construction politique de l'inacceptabilité du choix rend toute décision explicite de rationnement politiquement risquée et induit une préférence des acteurs pour des décisions implicites. Loin de faire disparaître la nécessité de procéder à des arbitrages, cette aversion au choix explicite contribue à exclure du débat public les décisions de triage qui affectent la vie et la survie de centaines de milliers de personnes (Hunsmann, 2013, chapitre 5).

²¹ En 2013, l'OMS a de nouveau élargit les conditions d'éligibilité pour le traitement antirétroviral. Ces chiffres concernent encore l'ancienne norme, en vigueur jusqu'en juin 2013. La nouvelle norme rapproche sans doute du million le nombre de tanzaniens considérés comme ayant besoin de traitement antirétroviral.

²² En 2016, l'ONUSIDA (2016 : p. 241) annonce que 688 600 adultes sont désormais sous traitement en Tanzanie – un chiffre probablement surestimé.

²³ Entretien, Dar es Salaam, oct. 2008.

En somme, l'analyse met au jour un contexte politique dans lequel les acteurs refusent d'opérer des choix cornéliens, soit dans le but de maximiser l'afflux d'aide internationale (dans le cas des politiques de prévention), soit par souci de ne pas être tenus responsables de mesures de rationnement politiquement impopulaires (dans le cas des politiques de traitement). L'absence de programmation réellement stratégique entraîne un transfert du lieu de décision : les priorités effectives ne sont pas établies *ex ante* à travers un processus explicite d'hierarchisation dans le cadre de la formulation de stratégies nationales, mais à travers des décisions implicites lors de la mise-en-œuvre – inévitablement incomplète – de ces stratégies, selon les priorités budgétaires des bailleurs et les intuitions ou convictions de leurs techniciens. Se souvenant du caractère informel du processus décisionnel concernant la définition des populations prioritaires au début du programme de traitement antirétroviral, l'ancienne directrice d'une organisation internationale en Tanzanie²⁴ témoigne :

Toutes les décisions étaient prises par des techniciens et les bailleurs. [...] Il n'y avait aucun processus de décision clair pour aborder ce type de problème éthique. La plupart du temps, les décisions étaient simplement prises par des techniciens, sur la base de données et de raisonnements très fragiles.

Cette configuration décisionnelle engendre une double dépolitisation, au sens où elle aboutit à un contournement du processus délibératif (ce qui rend impossible tout débat public au sujet des arbitrages vitaux qu'impliquent les politiques de prévention et de traitement), et elle contribue à rendre invisibles les inégalités qui résultent de ces choix de rationnement implicites. Comme le montre la prochaine section, ces arbitrages cruciaux se font non seulement de manière implicite, mais dans des espaces politiques à *huis clos*, qui échappent de fait au Parlement et au gouvernement tanzaniens.

Formuler des politiques publiques en espace confiné : la technocratie humanitaire comme légitimation de l'hétéronomie

Au début des années 2000, au moment de l'afflux massif de fonds internationaux pour la lutte contre le sida, les principaux bailleurs – États-Unis en tête – ont fait le choix d'adopter une approche dite « verticale ». Celle-ci consiste en des programmes exclusivement centrés sur le VIH/sida (plutôt qu'intégrés dans le système de santé), gérés par des institutions spécialisées souvent spécifiquement créées à cet effet (PEPFAR, ONUSIDA, TACAIDS, etc.), et mis en œuvre en grande partie par des structures de santé nouvelles et autonomes par rapport à l'infrastructure sanitaire existante. Si les bailleurs invoquaient l'urgence due à l'extraordinaire gravité de l'épidémie pour justifier ce contournement du système de santé tanzanien (qui, selon eux, permettrait des résultats plus rapides), de nombreux acteurs ont mis en cause l'efficacité réelle de cette approche et souligné ses conséquences néfastes sur la cohérence des politiques de santé en Tanzanie (Hunsmann, 2013, chapitres 6 et 7). Quoi qu'il en soit, ce choix d'une approche verticale a fait émerger une configuration particulière de l'espace de formulation des politiques concernant le

²⁴ Entretien, Dar es Salaam, oct. 2009.

VIH en Tanzanie, espace qui se caractérise par une grande autonomie non seulement par rapport au reste du champ politique mais aussi, paradoxalement, par rapport au processus de formulation des politiques de santé – dont la lutte contre le sida fait, en principe, partie.

Concrètement, cette autonomie du domaine du VIH/sida se traduit par un processus d'élaboration des politiques assez confiné, où les discussions et décisions importantes ont lieu lors de réunions entre représentants des bailleurs et responsables administratifs tanzaniens. Comme mentionné, la réponse « nationale » à l'épidémie est financée à 97% par les bailleurs internationaux. 85% de ces financements, dont la grande majorité provient de PEPFAR, sont dépensés hors budget (TACAIDS, 2012), c'est-à-dire directement par les bailleurs (surtout les États-Unis) et leurs organisations partenaires chargées de la mise en œuvre. Les principales décisions d'allocations concernant ces fonds sont prises par la direction de PEPFAR à Washington, puis ajustées au contexte national lors de pourparlers entre PEPFAR et quelques hauts-responsables administratifs tanzaniens. Même les décisions concernant les dépenses qui figurent au budget national (essentiellement celles en provenance du Fonds mondial) ne sont pas discutées au Parlement, mais sont définies au sein du Tanzania National Coordinating Mechanism (TNCM) – un forum *ad hoc*, créée à l'initiative du Fonds mondial et composé principalement de bailleurs internationaux et de responsables administratifs tanzaniens²⁵. Ces réunions s'inscrivent dans un système décisionnel largement parallèle au reste du processus institutionnel et se tiennent généralement à huis clos. Ainsi, et comme le souligne un responsable de programme dans une ONG internationale²⁶, la réponse internationale au VIH/sida en Tanzanie contourne quasi-intégralement les structures représentatives nationales :

Le Parlement est quasiment hors jeu, et, dans le domaine du VIH, tellement de choses sont déléguées aux différentes administrations. [...] Les représentants élus ne jouent aucun rôle...

La critique de ce processus trouve des échos y compris parmi les bailleurs eux-mêmes. Ainsi, le directeur-santé d'une agence bilatérale²⁷ marginalisée par PEPFAR et le Fonds mondial s'exclame :

Il est hautement problématique que tous ces accords et arrangements contournent complètement le processus démocratique du pays. En réalité, le TNCM est une violation flagrante des principes de bonne gouvernance !

Malgré ses effets bénéfiques indéniables, l'afflux d'aide a mis en cause la capacité du gouvernement tanzanien à formuler une stratégie endogène de lutte contre sida et, plus généralement, à assurer une répartition équilibrée des ressources entre le VIH/sida et d'autres problèmes de santé. Alors que le sida représente un peu plus de 20% de la charge de morbidité globale en Tanzanie, les dépenses pour la lutte contre cette épidémie ont dépassé, pendant une brève période autour de l'année 2007, le montant total du budget de santé régulier du pays, aide internationale comprise. Cette asymétrie dans la structure de dépenses, qui a fait l'objet de vives

²⁵ Pour une description plus détaillée du rôle du TNCM, voir (Hellevik, 2012).

²⁶ Entretien, Dar es Salaam, oct. 2008.

²⁷ Entretien, Dar es Salaam, oct. 2009.

discussions entre acteurs de la santé publique en Tanzanie, illustre comment l'inégal succès de différentes causes sanitaires dans la collecte de fonds au niveau international peut engendrer une dépossession des gouvernements « bénéficiaires » dans la formulation des priorités en matière de santé.

Deux types de raisonnement, souvent entremêlés, reviennent régulièrement dans les discours des acteurs pour justifier la mise à l'écart de ces décisions du débat public : l'un technocratique, l'autre humanitaire. Ainsi, aussi bien les institutions internationales que les représentants de bailleurs et responsables administratifs au niveau national se réfèrent quasi-systématiquement à la nécessité de formuler une « réponse fondée sur des preuves ». Cette rhétorique hégémonique, dont les limites et les effets dépolitisants sont désormais largement étudiés (Holmes et al., 2006 ; Wesselink et al., 2014 ; Hunsmann 2012a et 2016), fait abstraction de l'inexistence de « preuves » univoques sur lesquelles l'on pourrait simplement « fonder » les politiques de prévention ou de traitement du VIH. Cette vision aboutit à considérer les choix qui sous-tendent la formulation de politiques de prévention et de traitement du VIH comme relevant simplement de l'identification des *moyens* les plus efficaces et non comme impliquant des arbitrages entre différentes *fins* souhaitables – arbitrages qui nécessitent une hiérarchisation de valeurs incommensurables et d'intérêts incompatibles. Présentées comme étant de nature essentiellement technique, ces choix sont considérés comme étant l'affaire d'experts. Ce raisonnement favorise la prédominance des « acteurs technico-administratifs » (Gruénais et al., 1999) dans l'arène nationale de lutte contre le sida et dissimule la nature irréductiblement conflictuelle des choix qu'implique l'élaboration de toute réponse à l'épidémie (Hunsmann, 2012a ; Parkhurst, 2012). En ce sens, le fait que les décisions principales concernant cette réponse soient prises dans les quartiers généraux des agences des bailleurs internationaux et, au niveau national, au sein du cercle restreint des représentants des bailleurs et des responsables administratifs tanzaniens, constitue une dépossession, ou une confiscation (cf. Desage et Guéranger, 2011), de choix intrinsèquement politiques.

La seconde composante du discours de justification du confinement du processus de décision est la référence à la raison humanitaire. En effet, aussi bien la structure verticale de la réponse internationale au VIH que l'importance, parfois disproportionnée, de cette réponse par rapport à d'autres problèmes de santé sont généralement justifiées en référence à un impératif d'action face à la catastrophe humanitaire provoquée par les épidémies africaines du VIH. Ce discours humanitaire centré sur l'urgence et l'obligation morale de « sauver des vies » immédiatement en danger rend l'intervention internationale imperméable à toute critique (Hunsmann, 2012b). En réduisant le politique à la seule préservation de la *vie nue* (Agamben, 2005), il rejette toute proposition alternative dans le domaine de la non-assistance à personnes en danger et masque le fait qu'il s'agit toujours de la préservation de *certaines* vies, plutôt que d'autres (cf. Fassin 2010).

Ces deux raisonnements constituent les deux piliers de la légitimation d'un mode de gouvernement que l'on pourrait qualifier de *technocratie humanitaire*. La justification de l'exclusion de certains

choix du champ de la décision démocratique est fondée sur une double négation du fait que les politiques de prévention et de traitement du VIH sont, par essence, conflictuelles : l'affirmation de la possibilité de définir des politiques optimales selon des critères techniques fait perdre sa légitimité à toute revendication de participation de non-experts au processus décisionnel ; l'invocation d'un impératif humanitaire suspend tout débat sur les choix de rationnement à l'œuvre. Cette rhétorique transfère la décision du domaine politique aux domaines technique (régi par la recherche de l'efficacité par rapport à des fins prédéterminées) et moral (régi par l'impératif de « sauver des vies »). Ce faisant, elle dépeint toute revendication de débat et de processus décisionnel ouverts comme étant des appels au règne de l'incompétence ou de l'indifférence face à la souffrance d'autrui. Elle légitime la dépossession de la population tanzanienne de choix sanitaires cruciaux et contribue à rendre invisibles les nouvelles inégalités qu'engendrent – en partie inévitablement – les politiques de lutte contre le sida.

Une conception substantielle du politique, condition préalable à une critique émancipatrice

« Bien loin de nous désintéresser du concept, apprenons à le considérer pour ce qu'il est : une entité stratégique. »
(Latour, 2001, page 31)

L'analyse de ces aspects de la gestion de l'épidémie en Tanzanie montre qu'à différentes étapes de l'élaboration des réponses au VIH/sida, la nature politique des compromis qui sous-tendent ces stratégies est passée sous silence et la population tanzanienne est tenue à l'écart de décisions qui concernent directement la vie et la survie d'une part importante de ses membres. S'il est impossible de rendre justice à toutes les nuances des processus variés décrits ci-dessus en les examinant à travers le seul prisme de la « dépolitisation », ce concept semble néanmoins heuristique parce qu'il donne une cohérence analytique à un ensemble de phénomènes hétérogènes dont les points communs et les effets convergents ne sont pas *a priori* évidents. Une caractéristique commune des formes de dépolitisation dont traite cette contribution est qu'elles se fondent sur l'omission de la nature irréductiblement conflictuelle des choix en jeu.

Cette déconflictualisation prend des formes diverses, mais elle s'appuie toujours sur l'éclipse des inégalités sanitaires – qu'il s'agisse de celles qui façonnent la propagation du virus ou de celles qui résultent des stratégies, nécessairement sélectives, de prévention et de traitement du VIH. Ainsi, la dépolitisation causale par l'explication comportementale de la propagation du virus alimente le mythe d'une compatibilité des intérêts en suggérant que les inégalités existantes n'interfèrent pas avec le contrôle de l'épidémie et que la formulation de politiques de prévention efficaces n'impose pas de choix redistributifs importants (notamment sous la forme de politiques sanitaires). La dépolitisation par « non-décision » se fonde, elle, sur une négation de la rareté lors des processus décisionnels formels. L'abondance suggérée par l'adoption de stratégies de prévention et de traitement quasi-exhaustives, et donc irréalistes, fait abstraction du conflit irréductible pour la

répartition de ressources limitées et rend invisibles les inégalités d'accès à la prévention et au traitement qui résultent des choix de rationnement implicites. La dépolitisation par dépossession se fonde, elle aussi, sur un mécanisme comparable. Le confinement du processus de décision à des espaces politiques clos et dépourvus de légitimité démocratique est là encore légitimé par une vision artificiellement consensuelle niant l'existence de choix discrétionnaires entre objectifs incompatibles, vision fondée sur un double régime de justification – technocratique et moral.

Toute critique théoriquement fondée de la dépolitisation de certaines questions se fonde sur une comparaison entre une observation empirique des frontières du politique (à travers ce que les acteurs considèrent comme en relevant) et une définition normative de celui-ci. Une telle critique présuppose donc que certains choix sont de nature intrinsèquement politique. Ainsi, on pourrait qualifier la conception du politique sous-jacent à cette analyse comme étant à la fois constructiviste *et* substantielle. Elle est constructiviste parce qu'elle admet que les problèmes de santé sont pour partie socialement construits et que leur perception collective comme étant « politiques » ou « non politiques » résulte d'une lutte politique perpétuelle (Rosenberg et Golden, 1992 ; Gilbert et Henry, 2009). Comme les processus de politisation décrits par Jacques Lagroye (2003 : page 360), les processus de *dépolitisation* consistent donc eux-aussi en une "requalification des activités sociales". Cette lutte de requalification continue est co-constitutive du politique et la perception dominante d'une question comme étant politique (ou non) dépend du succès relatif des efforts de différents acteurs à l'inclure ou l'exclure du champ des préoccupations politiques légitimes. Lionel Arnaud et Christine Guionnet (2005 : page 24) soulignent ainsi à juste titre que

les tentatives de déplacement des frontières du politique apparaissent fréquemment comme des façons de participer plus ou moins directement à la vie politique, en cherchant dans une requalification (par politisation ou dépolitisation) [...] des ressources légitimantes destinées notamment à mieux s'imposer.

Il y a un demi siècle déjà, la conscience de la dépolitisation comme modalité d'action politique avait poussé Peter Bachrach et Morton Baratz (1962) à appeler leurs collègues à prêter davantage d'attention, dans leurs analyses de l'exercice du pouvoir, à cette capacité des acteurs à « limiter le champ des prises de décision à des questions relativement 'sûres' » (page 948) pour eux, et donc à exclure du processus politique les questions potentiellement plus délicates.

Or, aucune critique fondée d'un processus de dépolitisation n'est possible si l'on accepte la construction dominante d'un problème comme un état de fait, c'est-à-dire si l'on s'en tient à considérer comme « politiques » les questions qui ont été politisées avec succès, et comme « non politiques » les questions qui ont été dépolitisées avec succès. Ainsi, et comme mentionnée en introduction, la conception du politique mobilisée ici est *substantielle* au sens où elle définit – dans le prolongement de C. Schmitt (1932) et, surtout, de C. Mouffe (1993 et 2005) – comme *intrinsèquement* politique toute question qui implique la formulation de compromis entre intérêts incompatibles et valeurs incommensurables. Autrement dit, la caractéristique distinctive du politique réside ici dans l'arbitrage discrétionnaire entre intérêts et/ou valeurs inconciliables. Dans

son acception démocratique, cette conception du politique implique la nécessité d'un processus ouvert et contradictoire de débat et de décision collective²⁸. Comme le souligne C. Mouffe (2005 : pages 2–3²⁹),

la croyance en la possibilité d'un consensus rationnel universel a conduit la pensée de la démocratie sur une fausse route. Plutôt que d'essayer de concevoir des institutions qui, à travers de procédures prétendument « impartiales », résoudraient tous les conflits d'intérêt et de valeurs, les théoriciens de la démocratie et les responsables politiques devraient travailler à la création d'un vibrant espace public « agonistique » de contestation, où différents projets politiques hégémoniques pourraient s'affronter. Telle est, à mon sens, la condition *sine qua non* d'une pratique effective de la démocratie.

Dans cette optique, la raison d'être du politique est de gérer au mieux ce que C. Mouffe appelle la « diversité radicale », cette conflictualité sociale indépassable³⁰. La mission du processus politique consiste donc à transformer l'hétérogénéité sociale initiale en une homogénéité politique, c'est-à-dire en des règles qui s'appliquent à tous les membres de la *polis*. L'élaboration de compromis temporairement acceptables (et non pas de solutions définitives) à travers ce processus suppose de prendre acte du caractère irréductible de la conflictualité initiale. Ainsi, même « dépolitisées », c'est-à-dire construites comme mettant en jeu des intérêts harmonieux et des valeurs compatibles, certaines questions restent intrinsèquement politiques. Autrement dit, le politique ne peut disparaître ; il peut simplement être dissimulé à travers des rapports de pouvoir (Schmitt, 1932 : pages 72 et 76)³¹.

Les formes de déconflictualisation décrites dans cette contribution aboutissent donc à une *dédémocratisation* des décisions, et non une quelconque *a-politisation* effective des enjeux. En ce sens, la repolitisation analytique – à travers la réintroduction de la conflictualité grâce à l'explicitation des arbitrages à l'œuvre – constitue une condition préalable à une critique émancipatrice. Au-delà de ses vertus heuristiques, le concept de dépolitisation est donc bien une entité stratégique, comme dirait Bruno Latour. C'est un outil qui permet d'analyser des formes d'exercice de pouvoir qu'il serait difficile de mettre en lumière autrement, et parfois de dénoncer les inégalités qui en résultent. Or, l'absence d'une définition substantielle du politique, ou une timidité à énoncer celle-ci explicitement, privent le concept de dépolitisation d'un fondement théorique solide et donc de son précieux potentiel critique.

²⁸ Cette exigence ne se retrouve évidemment pas dans l'interprétation autoritariste de cette conception du politique chez C. Schmitt.

²⁹ Version, légèrement modifiée, de la traduction française de l'ouvrage *On the Political*, sous le titre « L'Illusion du consensus » (Albin Michel, 2016).

³⁰ Outre chez C. Schmitt et C. Mouffe, l'idée que la nature irréductiblement antagoniste du monde social est une dimension constitutive du politique se retrouve également chez des auteurs comme Julien Freund ou Georg Simmel. De même, la notion de « polythéisme des valeurs » (ou de « lutte des Dieux ») chez Max Weber souligne l'idée que les conflits de valeurs ne connaissent pas de dépassement rationnel – ou de *Aufhebung* hégélienne (une idée que défend, par exemple, Jürgen Habermas).

³¹ À la différence de C. Schmitt, une auteure comme Hannah Arendt (1993) considère, par exemple, que le politique peut effectivement disparaître, au moins dans l'acception – exigeante – qu'elle en propose.

Bibliographie

- Agamben, Giorgio, *Homo Sacer: Sovereign Power and Bare Life*, Stanford University Press, 1998.
- Agamben, Giorgio, *State of Exception*, Chicago, University of Chicago Press, 2005.
- Arendt, Hannah, *Was Ist Politik?*, Munich, Piper, 1993.
- Arnaud, Lionel et Guionnet, Christine (dir.) *Les frontières du politique : Enquêtes sur les processus de politisation et de dépolitisation*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2005.
- Bachrach, Peter et Baratz, Morton, « Two faces of power », *The American Political Science Review*, vol. 56, n° 4, 1962, p. 947-952.
- Boily, Marie-Claude, Baggaley, Rebecca, Wang, Lei, Masse, Benoit, White, Richard, Hayes, Richard, Alary, Michel, « Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 9, n° 2, 2009, p. 118-129.
- Brewer, Devon, Brody, Stuart, Drucker, Ernest, Gisselquist, David, Minkin, Stephen, Potterat, John, Rothenberg, Richard et Vachon, François, « Mounting anomalies in the epidemiology of HIV in Africa: cry the beloved paradigm », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 14, 2003, p. 144-147.
- Brewer, Devon, Potterat, John, Roberts, John et Brody, Stuart, « Male and female circumcision associated with prevalent HIV infection in virgins and adolescents in Kenya, Lesotho, and Tanzania », *Annals of epidemiology*, vol. 17, n° 3, 2007, p. 217-226.
- Buvé, A., Caraël, M., Hayes, R. J., Auvert, B., Ferry, B., Robinson, N. J., Anagonou, S., et al.; « The multicentre study on factors determining the differential spread of HIV in four African cities: summary and conclusions », *AIDS*, vol. 15, suppl. 4, 2001, p. S127-131.
- Cuadros, Diego, Crowley, Philip, Augustine, Ben, Stewart, Sarah et García-Ramos, Gisela, « Effect of variable transmission rate on the dynamics of HIV in sub-Saharan Africa », *BMC Infectious Diseases*, vol. 11, n° 1, 2011, p. 216.
- Desage, Fabien et Guéranger, David, *La politique confisquée: Sociologie des réformes et des institutions intercommunales*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, 2011.
- Fassin, Didier, *La raison humanitaire : Une histoire morale du temps présent*, Paris, Seuil, 2010.
- Foster, Mick, Do, Cam, Lupa, Milton et Urassa Mdoi, Vera, *2007 Tanzania Public Expenditure Review - Multi-sectoral Review: HIV-AIDS, Final Report*, Dar es Salaam, TACAIDS, 2008.
- Foucault, Michel, *Naissance de la Biopolitique : Cours Au Collège De France (1978-1979)*, Paris, Seuil, 2004.
- Gilbert, Claude et Henry, Emmanuel (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009.
- Gisselquist, David, *Points to Consider: Responses to HIV/AIDS in Africa, Asia, and the Caribbean*, Adonis & Abbey Publishers Ltd., 2008.

- Gisselquist, David, Potterat, John, Brody, Stuart et Vachon, François, « Let it be sexual: how health care transmission of AIDS in Africa was ignored », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 14, n° 3, 2003, p. 148-161.
- Gruénais, Marc-Eric, Delaunay, Karine, Eboko, Fred et Gauvrit, Eric, « Le sida en Afrique, un objet politique ? », *Bulletin de l'APAD*, n° 17, 1999, p. 19-36.
- Hellevik, Siri, « Les modes et les problèmes de coordination multisectorielle dans la lutte contre le VIH/sida en Tanzanie », *Revue Internationale des Sciences Administratives*, vol. 78, n° 3, 2012, p. 595-617.
- Holmes, Dave, Murray, Stuart, Perron, Amélie et Rail, Geneviève, « 'Deconstructing the Evidence-Based Discourse in Health Sciences: Truth, Power and Fascism », *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, vol. 4, n° 3, 2006, p. 180-186.
- Hunsmann, Moritz, « Political determinants of variable aetiology resonance: explaining the African AIDS epidemics », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 20, n° 12, 2009, p. 834-838.
- Hunsmann, Moritz, « Les relations sexuelles concomitantes comme moteur du VIH en Afrique subsaharienne : la fin d'une idée reçue ? », *Transcriptases*, n° 144, 2010, p. 55-58.
- Hunsmann, Moritz, « Limits to evidence-based health policymaking: policy hurdles to structural HIV prevention in Tanzania », *Social Science & Medicine*, vol. 74, n° 10, 2012a, p. 1477-1485.
- Hunsmann, Moritz, « “Alternatives to Development” and Acute Dependency: HIV/AIDS as a Blind Spot of Post-Development Theory? », *Journal für Entwicklungspolitik*, XXVIII(4), 2012b, p. 88-108.
- Hunsmann, Moritz, *Depoliticising an Epidemic. International AIDS Control and the Politics of Health in Tanzania*, thèse de doctorat, École des Hautes Études en Sciences Sociales et Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, 2013, disponible à : <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01055458>
- Hunsmann, Moritz, « Le “plaidoyer fondé sur des preuves” dans l'action sanitaire internationale : vers un nouveau type d'ingénierie sociale ? », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 10, n° 2, 2016, p. 219-243.
- INS, *INSIDA 2009: Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação Sobre o HIV e SIDA em Moçambique*. Instituto Nacional de Saúde (INS), Instituto Nacional de Estatística (INE) et ICF Macro, 2010. Disponible à : <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AIS8/AIS8.pdf>
- Lagroye, Jacques, *La politisation*, Paris, Belin, 2003.
- Latour, Bruno, *Le métier de chercheur. Regard d'un anthropologue*, Paris, INRA, 2001.
- Lurie, Marc, Rosenthal, Samantha et Williams, Brian, « Concurrency driving the African HIV epidemics: where is the evidence? », *The Lancet*, vol. 374, n° 9699, 2009, p. 1420.
- Ministry of Health Uganda, *Uganda HIV/AIDS Sero-behavioural Survey 2004-2005*, Calverton, MA, USA, Ministry of Health and ORC Macro, Disponible à : <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AIS2/AIS2.pdf>

- Mouffe, Chantal, *The Return of the Political*, London & New York, Verso, 1993.
- Mouffe, Chantal, *On the Political*, London, Routledge, 2005.
- Nguyen, Vinh-Kim, *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*, Durham, Duke University Press, 2010.
- Okinyi, Moses, Brewer, Devon et Potterat, John, « Horizontally-acquired HIV infection in Kenyan and Swazi children », *International journal of STD & AIDS*, vol. 20, n° 12, 2009, p. 852-857.
- OMS, *Equity and fair process in scaling up antiretroviral treatment: potentials and challenges in the United Republic of Tanzania*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
- ONUSIDA, *Prevention Gap Report*, Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2016.
- Parkhurst, Justin, « HIV prevention, structural change and social values: the need for an explicit normative approach », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 15, suppl. 1, 2012, p. 1-10.
- Reid, Savanna, « Injection drug use, unsafe medical injections, and HIV in Africa: a systematic review », *Harm Reduction Journal*, vol. 6:24, 2009.
- Rosenberg, Charles et Golden, Janet, *Framing Disease - Studies in Cultural History*, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1992.
- Sawers, Larry, « Measuring and modelling concurrency », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 16: 17431, 2013.
- Sawers, Larry, Isaac, Alan et Stillwaggon, Eileen, « HIV and concurrent sexual partnerships: modelling the role of coital dilution », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 14: 44, 2011.
- Sawers, Larry et Stillwaggon, Eileen, « Concurrent sexual partnerships do not explain the HIV epidemics in Africa: a systematic review of the evidence », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 13: 34, 2010a.
- Sawers, Larry et Stillwaggon, Eileen, « Understanding the Southern African “Anomaly”: Poverty, Endemic Disease and HIV », *Development and Change*, vol. 41, n° 2, 2010b, p. 195-224.
- Schmitt, Carl, *Der Begriff des Politischen*, Berlin, Duncker & Humboldt, 1932 [édition de 1963].
- Stillwaggon, Eileen, « HIV/AIDS in Africa: Fertile Terrain », *Journal of Development Studies*, vol. 38, n° 6, 2002, p. 1-22.
- Stillwaggon, Eileen, *AIDS and the ecology of poverty*, New York, Oxford University Press, 2006.
- Stillwaggon, Eileen, « Complexity, cofactors, and the failure of AIDS policy in Africa », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 12:12, 2009.
- Stillwaggon, Eileen, « Living with uncertainty », *Trends in Parasitology*, vol. 28, n° 7, 2012, p. 261-266.

- Stone, Diana, « Causal Stories and the Formation of Policy Agendas », *Political Science Quarterly*, vol. 104, n° 2, 1989, p. 281-300.
- TACAIDS, *HIV and AIDS Public Expenditure Review 2011 - Tanzania Mainland*, Dar es Salaam, Tanzania Commission for AIDS, 2012.
- Tengia-Kessy, Anna, Msamanga, Gernard et Moshiro, Candida, « Assessment of behavioural risk factors associated with HIV infection among youth in Moshi rural district, Tanzania », *East African medical journal*, vol. 75, n° 9, 1998, p. 528-32.
- Tesh, Sylvia, *Hidden arguments. Political ideology and disease prevention policy*, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1988.
- Vachon, François, Coulaud, Jean-Pierre et Katlama, Christine, « Épidémiologie actuelle du syndrome d'immunodéficit acquis en dehors des groupes à risque », *La Presse Médicale*, vol. 14, n° 38, 1985, p. 1949-1950.
- Vachon, François, Gisselquist, David, Potterat, John et Rothenberg, Richard, « Les liaisons négligées : transmissions iatrogènes du VIH en Afrique », *La Presse Médicale*, vol. 32, n° 26, 2003, p. 1205-1207.
- Wesselink, Anne, Colebatch, Hal et Pearce, Warren, « Evidence and policy: discourses, meanings and practices », *Policy Sciences*, vol. 47, n° 4, 2014, p. 339-344.