



J A C Q U E S P É P I N

# AUX ORIGINES DU SIDA

Enquête sur les racines coloniales  
d'une pandémie

SEUIL



# Aux origines du sida



*JACQUES PÉPIN*

# Aux origines du sida

Enquête sur les racines coloniales d'une pandémie

OUVRAGE PUBLIÉ AVEC LE CONCOURS  
DU CENTRE NATIONAL DU LIVRE

*ÉDITIONS DU SEUIL*  
*57, rue Gaston-Tessier, Paris XIX<sup>e</sup>*

L'édition originale de cet ouvrage a été publiée en 2011 par Cambridge University Press  
sous le titre *The Origins of AIDS*.

© Jacques Pépin, 2011

La traduction de l'ouvrage dont est issue cette nouvelle édition revue et mise à jour  
est publiée avec l'accord de Cambridge University Press.

Traduction par l'auteur.

ISBN 978-2-02-141703-6

© Éditions du Seuil, octobre 2019, pour la traduction française.

Le Code de la propriété intellectuelle interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

[www.seuil.com](http://www.seuil.com)

## Avant-propos

La première édition de ce livre a été publiée en anglais en 2011 aux Presses de l'université de Cambridge sous le titre *The Origins of AIDS*. Elle fut suivie l'année suivante par une traduction japonaise. Plusieurs raisons expliquent qu'il ait fallu huit ans avant d'aboutir au présent ouvrage en français, qui est en réalité une deuxième édition, revue et actualisée, et non une simple traduction de la version initiale.

D'abord, je tenais à le traduire moi-même, non seulement par souci d'exactitude, mais surtout pour avoir la liberté de modifier le texte original là où j'en sentais le besoin. J'ai essayé de rendre le livre moins académique, plus accessible à un large public, en simplifiant les parties techniques ou, à tout le moins, en tentant de les exposer sous une forme intelligible par des lecteurs non spécialistes des méthodes de l'infectiologie et de l'épidémiologie. Afin d'incarner davantage un récit dont la plupart des protagonistes sont anonymes, j'ai retracé les biographies de certains personnages, dont la trajectoire croise à un titre ou un autre l'histoire du VIH et en éclaire, frontalement ou latéralement, certains aspects. Dans le même esprit, j'ai développé les portraits qui figuraient déjà dans la première édition. Au prisme de l'épidémiologie, les origines du sida, comme celles de toute pandémie, forment une histoire populationnelle, mais il importe de ne pas oublier les individus qui la composent.

Ensuite, depuis la parution initiale de ce travail, j'ai poursuivi mes recherches personnelles, autant épidémiologiques qu'historiques. Cela m'a notamment conduit à approfondir certains éléments autour de la sombre histoire du commerce du plasma à Port-au-Prince, une étape décisive dans la globalisation du sida. J'ai également mené une étude épidémiologique supplémentaire parmi les personnes âgées de Kinshasa, corroborant l'hypothèse, qui constitue l'un des principaux apports de ce livre, d'une amplification du virus en Afrique centrale par des injections contaminées avant 1960, durant la période coloniale.



Enfin, de nouvelles publications scientifiques, émanant de diverses équipes de recherche, ont renforcé la solidité des preuves dont je disposais pour établir la chronologie des épisodes de cette longue épopée. À ce stade, mis à part une éventuelle précision sur l'année de la transmission originelle du virus du chimpanzé vers l'homme, il me semble peu probable que d'autres découvertes bouleversent à l'avenir l'état de nos connaissances sur le sujet ou parviennent à en combler les lacunes. Je crois donc que ce livre représente en bonne partie l'histoire définitive de l'émergence du VIH/sida. Évidemment, l'analyse de certains de ses événements relève parfois de mon interprétation personnelle, et d'autres chercheurs pourront à leur égard adopter une perspective différente de la mienne, mais je crois que la trame de fond n'en sera pas modifiée.



## Notice toponymique

En anglais, l’Afrique de l’Ouest comprend tous les pays situés sur la côte occidentale de l’Afrique, ainsi que d’autres pays dans leur hinterland. J’utiliserai plutôt la définition française, selon laquelle l’Afrique de l’Ouest s’étend de la Mauritanie au Nigéria, et inclut aussi les pays limitrophes à l’intérieur des terres. L’Afrique centrale commence avec le Cameroun et le Tchad, s’étendant jusqu’au Rwanda et au Burundi, et comprend les deux Congo, le Gabon, la République centrafricaine et la Guinée équatoriale. Une grande partie de l’histoire qui sera narrée dans ce livre s’est déroulée en Afrique centrale.

Dans les anciennes colonies françaises, les noms de lieu n’ont pas tellement changé après les indépendances. Le port principal du Gabon s’appelle toujours Port-Gentil, malgré le dossier assez lourd de cet ancien gouverneur en matière de respect des droits humains. Dans l’ancien Congo belge, les traces du colonisateur ont en revanche été effacées avec enthousiasme, si bien que Léopoldville est devenue Kinshasa, Stanleyville s’appelle maintenant Kisangani, Élisabethville a été rebaptisée Lubumbashi, et ainsi de suite. Même si ses frontières n’ont jamais été altérées, le pays lui-même a été connu tour à tour comme étant l’État indépendant du Congo, le Congo belge, la République démocratique du Congo (RDC) après 1960 (ou Congo-Léopoldville, puis Congo-Kinshasa), le Zaïre pendant la longue dictature de Mobutu, et de nouveau la RDC après la chute de ce dernier.

La fédération de l’Afrique-Équatoriale française (AEF) incluait quatre colonies distinctes : le Moyen-Congo (aujourd’hui la République du Congo ou Congo-Brazzaville), l’Oubangui-Chari (la République centrafricaine), le Gabon et le Tchad. L’AEF disparut comme entité géographique peu avant 1960 quand les quatre pays accédèrent à leur indépendance. Pour éviter la confusion entre les deux Congo, j’utiliserai le terme Congo-Brazzaville (il a aussi changé de nom quelques fois) pour désigner le pays indépendant qui a succédé au

Moyen-Congo. Le Cameroun français, ou tout simplement Cameroun, fera référence à la partie du Cameroun actuel qui était administrée par la France sous un mandat de la Société des Nations après la Grande Guerre, et des Nations unies après la Seconde Guerre mondiale (une partie du territoire de l'ancien Cameroun britannique rejoignit le Cameroun français en 1960, tandis qu'une autre partie préféra intégrer le Nigéria). Les cartes géographiques de ce livre utilisent les noms des pays et des villes tels qu'ils étaient connus au moment des faits qui nous intéressent. En principe, la localisation de chaque ville, district, région, rivière ou parc mentionné dans ce livre devrait se retrouver sur au moins une des cartes.

Carte 1. Carte de l'Afrique





## Introduction

Le 5 juin 1981 est la date de naissance officielle de l'épidémie de sida. Dans un bref article d'à peine cinq cents mots publié dans *Morbidity and Mortality Weekly Report*, une revue hebdomadaire des Centers for Disease Control (CDC), le grand organisme fédéral de santé publique, des cliniciens américains décrivirent un petit groupe de cinq patients ayant développé une pneumonie à *Pneumocystis carinii*, une infection pulmonaire rarissime qu'on n'avait jusqu'alors rencontrée que chez des malades connus pour présenter une grave déficience de leur immunité. Ces cinq cas initiaux venaient d'être diagnostiqués entre octobre 1980 et mai 1981 parmi des homosexuels qui vivaient tous à Los Angeles, étaient auparavant en bonne santé et ne prenaient pas de médicaments visant à supprimer la réponse immunitaire : une bien curieuse coïncidence<sup>1</sup>.

À cette époque, le traitement conventionnel de la pneumonie à *Pneumocystis* était une vieille molécule, la pentamidine, qui avait été développée pendant la Seconde Guerre mondiale pour traiter la maladie du sommeil et qui, par hasard, s'était également avérée très active contre le *Pneumocystis*. La pentamidine n'était pas commercialisée aux États-Unis, faute d'un marché suffisant, et devait être distribuée au cas par cas à partir d'un dépôt central géré par les CDC à Atlanta. Un astucieux magasinier trouva étrange de recevoir, dans un court laps de temps, plusieurs demandes pour de la pentamidine provenant d'hôpitaux en Californie, puis un peu plus tard de New York, pour des patients qui n'étaient pas connus pour avoir une atteinte de leur système immunitaire. Ce questionnement devint la première étape dans l'identification du nouveau syndrome par cette agence fédérale qui, dès lors, sera à la pointe, aux États-Unis, de la recherche et de la lutte contre cette maladie inconnue, en émergence, et ce malgré des budgets au départ faméliques : l'administration Reagan était, c'est le moins qu'on puisse dire, peu réceptive à des demandes de fonds visant

à investiguer et juguler une pathologie qui frappait les homosexuels, qu'elle assimilait à des pervers méritant amplement cette punition divine<sup>2</sup>.

Personne n'aurait alors pu imaginer qu'au cours des trois décennies qui devaient suivre près de 39 millions d'individus décéderaient du sida, laissant au passage une vingtaine de millions d'orphelins. En 2017, un nombre similaire, environ 37 millions de personnes (dont 25,5 millions en Afrique subsaharienne), vivaient avec le VIH, l'agent étiologique du sida, ce qui en fait, et de loin, l'épidémie la plus meurtrière depuis la peste noire qui dévasta l'Europe il y a cinq siècles. Malgré une bien meilleure disponibilité des antirétroviraux dans les pays du Sud, véritable miracle de la solidarité internationale, un peu moins d'un million de décès s'ajoutent encore chaque année à ce triste bilan – tout en représentant un net progrès par rapport au chiffre record de 1,9 million de décès enregistrés en 2005<sup>3</sup>.

Depuis ce jour fatidique de 1981, plus de 450 000 articles scientifiques et des milliers de livres ont été consacrés au VIH/sida. La plupart appartiennent au domaine biomédical, tandis que d'autres analysent les aspects psychosociaux, historiques, politiques, économiques, géographiques et même photographiques du sida. On peut donc affirmer que l'histoire du VIH/sida de 1981 à 2019 a été décrite dans le menu détail. Les œuvres de Randy Shilts (*And the Band Played on*) et de Laurie Garrett (*The Coming Plague*) contiennent des descriptions captivantes des balbutiements de la pandémie aux États-Unis et en Europe, de la réponse héroïque de certains intervenants, mais aussi du déni fatal de tant d'autres. Journaliste gay de San Francisco, Shilts décéda du sida quelques années après la parution de son livre. Parmi les nombreux ouvrages parus sur ce sujet, certains présentent une chronique de l'épidémie de sida dans l'une ou l'autre partie de l'Afrique après la description initiale de la maladie et relatent son impact dévastateur sur la vie de milliers d'individus, puis quelques victoires, mais hélas bien davantage de défaites, dans la lutte menée contre le VIH/sida. Parmi ces dernières, l'une des plus tragiques concerne l'Afrique du Sud où, pendant une décennie, le président du pays, le successeur de Mandela, s'acharna stupidement à nier que le sida était causé par un virus transmis sexuellement. Comment lutter contre une maladie contagieuse si l'on affirme qu'il s'agit plutôt d'un déficit nutritionnel dû à la pauvreté ? Pour un résumé de la dissémination implacable du virus sur le continent noir entre 1981 et 2006, je recommande le travail

de l'historien africaniste John Iliffe, *The African AIDS Epidemic : A History*<sup>4</sup>.

Cependant, ce qui s'est produit avant 1981 – comment l'humanité en est-elle arrivée à ce point ? – n'avait jusqu'à présent été abordé que dans un seul livre, écrit par le journaliste britannique Edward Hooper, *The River : A Journey back to the Source of HIV and AIDS*. Ce pavé de plus de mille pages s'attache principalement, et de façon virulente, à défendre l'hypothèse selon laquelle l'émergence du VIH/sida aurait été déclenchée par la contamination d'un vaccin oral antipoliomyélitique par un virus de l'immunodéficience simienne, introduit malencontreusement dans certains lots à travers l'utilisation de cellules de chimpanzés pour sa production. Il est désormais certain que cette hypothèse était erronée et que ce vaccin expérimental n'eut rien à voir dans l'émergence du sida. Nous verrons dans un prochain chapitre comment cette théorie audacieuse, et au départ parfaitement légitime, a été infirmée de façon on ne peut plus définitive<sup>5</sup>.

Le présent ouvrage résumera et assemblera les diverses pièces d'un immense puzzle, qui ont été progressivement mises en évidence durant les vingt dernières années par un petit groupe de chercheurs auxquels je dois beaucoup. À ces données scientifiques provenant d'établissements américains, européens et africains, j'ajouterai divers éléments mis en lumière par des investigations historiques ou épidémiologiques que j'ai réalisées moi-même au fil des ans. Certains éléments de la trame sont maintenant irréfutables, par exemple le fait que le chimpanzé *Pan troglodytes troglodytes* est la source du VIH-1. D'autres parties de l'histoire demeurent plus floues, par exemple le moment exact de la transmission du virus du chimpanzé à l'homme, un événement qui remonte probablement aux trois premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle. Depuis la parution de la première édition de ce livre en anglais, des recherches additionnelles ont permis d'affiner certains éléments du récit (quelques dates et routes du virus), sans changements radicaux quant au fond.

Ma propre contribution s'est concentrée sur l'idée que, durant la période coloniale, des interventions médicales de lutte contre les maladies infectieuses, nécessitant l'utilisation de seringues et d'aiguilles réutilisables pour administrer divers médicaments, et ce sur une très grande échelle, ont accéléré le déclenchement de l'épidémie en amplifiant rapidement le nombre de personnes contaminées, d'une poignée à quelques dizaines, voire quelques centaines. Cela généra une première masse critique qui rendit la migration du virus vers un milieu urbain



puis sa transmission sexuelle inéluctables, cette dernière commençant dans les groupes centraux des travailleuses du sexe et de leurs clients pour, ensuite, se propager au reste de la population adulte. Un peu plus tard, dans un contexte en effervescence, l'expansion rapide du nombre de personnes atteintes par les injections contaminées se conjuga à la transmission sexuelle pour permettre au virus d'atteindre une deuxième masse critique, sans retour en arrière possible : la dissémination à travers l'Afrique, puis hors de son creuset initial, était maintenant inévitable.

Certains éléments du récit font appel à des preuves circonstancielles, par exemple tout ce qui concerne les liens entre le Congo et Haïti, ainsi que la contribution putative du commerce du sang dans le déclenchement de l'épidémie à Port-au-Prince, d'où le virus put ensuite être exporté vers les États-Unis. Les lecteurs potentiellement sceptiques devraient examiner l'ensemble de l'histoire avant de porter un jugement. Je crois qu'elle est cohérente et que ses parties plus incertaines sont généralement étayées par des preuves assez imposantes en amont ou en aval de ces périodes obscures.

Je ne suis pas historien, mais plutôt médecin clinicien en infectiologie, avec une formation complémentaire en épidémiologie. Un historien se serait certainement attardé davantage que moi sur l'analyse de certains processus sous-jacents, par exemple les relations entre colonisés et colonisateurs, l'impact du racisme primaire de cette époque sur les mentalités et comportements des deux groupes, ou encore les motivations parfois ambiguës du corps médical, tandis que l'épidémiologiste s'attelle surtout à comprendre comment est survenu le tout premier cas, comment le deuxième a été contaminé, puis par quels mécanismes on est passé à cent, mille, puis un million de personnes atteintes, par quelles routes le virus est sorti de sa tanière africaine et ainsi de suite. Mais, ici, la reconstitution de la dynamique d'un virus sur maintenant presque un siècle nécessite une compréhension assez large du colonialisme européen en Afrique centrale et de ses multiples impacts sur les peuples qui y vivent, sujet que je n'esquiverai point.

J'ai commencé ma carrière en 1980 comme médecin de brousse dans un petit hôpital du Zaïre, où j'ai passé les quatre années les plus stimulantes de ma vie. Le type de médecine que j'ai pratiquée à cette époque n'était guère différent de celui de mes prédécesseurs de l'ère coloniale : des diagnostics très approximatifs, des traitements pour le moins empiriques, un déficit flagrant de ressources humaines

et matérielles, une réutilisation systématique des seringues, aiguilles et autres fournitures médicales (en Afrique, la pénurie est la mère de tous les recyclages). Et un isolement complet du reste de la planète en matière de connaissances scientifiques. C'était bien avant Internet, la téléphonie mobile et autres gadgets qui interconnectent désormais l'humanité entière jusqu'aux villages de la brousse africaine. Si je me posais une question sur un sujet quelconque, je devais me débrouiller avec la quinzaine de livres de référence apportés avec moi. Si la réponse ne s'y trouvait pas, il fallait improviser et apprendre à vivre avec l'incertitude et l'erreur. La culpabilité face à ces errements n'était pas de mise, car mes collègues et moi savions fort bien que, tout simplement, il était impossible de faire mieux.

J'ai durant cette période développé une véritable fascination pour la maladie du sommeil, une pathologie tropicale mythique dont le hasard fit qu'elle devint épidémique dans le district de Nioki au moment de mon arrivée, et autour de laquelle je menai divers projets de recherche au cours des vingt années qui suivirent. La thérapeutique de cette maladie n'ayant pas évolué depuis quarante ans, pour comprendre le caractère rationnel (et, parfois, irrationnel) de ces traitements antiques et ensuite tenter de les améliorer, je me suis mis par nécessité à rechercher et à lire des articles remontant à l'époque coloniale, une première incursion dans l'histoire de la médecine tropicale. En rentrant en congé au Canada, je faisais toujours une escale régénératrice à la bibliothèque de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, où j'abusais de la photocopieuse au risque de la surchauffe.

Tout bien considéré, j'ai dû me rendre à l'évidence : les perspectives de carrière pour un médecin généraliste expatrié en Afrique étaient nulles dans le contexte d'une production grandissante de diplômés nationaux, et je suis donc retourné aux études. Après avoir terminé une formation en infectiologie au Canada, je suis revenu en Afrique, cette fois-ci comme chercheur clinicien aux laboratoires du Medical Research Council en Gambie, minuscule pays d'Afrique de l'Ouest dont les frontières demeurent un éloquent témoignage de l'absurdité du découpage colonial du continent. J'y ai travaillé sur l'épidémiologie de l'infection à VIH-2 et son interaction avec les infections transmises sexuellement (ITS). Des chercheurs de l'Institut Pasteur venaient tout juste d'identifier ce nouveau virus de l'immunodéficience humaine chez des patients ouest-africains, et leurs collègues britanniques avaient résolument décidé de s'y attaquer à partir d'un centre de recherche

situé au cœur même de la région endémique. Le hasard avait fait en sorte qu'ils soient aux premières loges.

Ces études m'ont permis de rencontrer une bonne partie des quelques centaines de prostituées sénégalaises qui proposaient leurs services à leurs voisins gambiens à un prix défiant toute concurrence. Toutes les bonnes choses ayant une fin, je suis retourné au Canada en 1990 comme infectiologue pratiquant en milieu académique, mais je me suis alors aussi occupé de coordonner des projets de lutte contre le VIH/sida en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest, renforçant les structures de santé de première ligne pour qu'elles soient en mesure de fournir des soins préventifs et curatifs à un très grand nombre de travailleuses du sexe. La prostitution contemporaine en Afrique est un sujet que je connais bien, surtout dans ses strates les plus misérables : les rapports sexuels tarifés à 1 ou 2 dollars.

Durant un congé sabbatique, j'ai obtenu une maîtrise en épidémiologie à Londres. L'épidémiologie est une science qui établit des liens entre des « expositions » (par exemple, à un agent infectieux) et des « issues » (développer le sida, un cancer, mourir, etc.), dans le but ultime de diminuer la fréquence de ces issues défavorables. Je n'utiliserai pas beaucoup d'épidémiologie dans ce livre, mais je dois admettre que j'éprouve, sans doute de façon congénitale, un amour pour les chiffres qui, n'en déplaise à Mark Twain (écrivain et polémiste américain fort critique de la statistique, assimilée par lui au mensonge), peuvent souvent prouver ou infirmer une hypothèse.

Ultimement, ces divers intérêts professionnels se sont rejoints quand j'ai compris, avec un bien grand retard et une bonne dose de hasard, qu'il y avait probablement un lien entre l'infection à VIH-2 en Guinée-Bissau, son épïcentre, et les programmes visant à lutter contre la maladie du sommeil pendant l'époque coloniale, quand ce petit pays était encore connu sous le nom de Guinée portugaise. Une étude épidémiologique parmi des personnes âgées vivant à Bissau, ma première incursion dans ce domaine, nous permit de confirmer que les individus qui, bien des lustres auparavant, avaient été traités pour la maladie du sommeil ou pour la tuberculose avaient une plus forte probabilité que les autres d'être contaminés par le virus VIH-2. Contrairement au VIH-1, l'infection à VIH-2 est compatible avec une survie à très long terme, ce qui nous offrit l'occasion de documenter de telles associations avec des outils très simples : un bon questionnaire et quelques gouttes de sang sur un papier buvard<sup>6</sup>.

J'ai alors compris que, durant mon séjour au Zaïre, il est probable que des malades dont je m'occupais furent infectés par le VIH-1 en recevant des soins de santé. L'hôpital de Nioki, un établissement rudimentaire de 110 lits, est situé dans la région du Mai-Ndombe, à environ 500 kilomètres au nord-est de Kinshasa. Nous utilisions tous les jours des seringues de verre et des aiguilles réutilisables. Normalement, ces fournitures devaient passer, après chaque utilisation, dans l'autoclave de notre hôpital, un magnifique appareil de stérilisation par la vapeur qui, en principe, éliminait tous les microbes, virus compris. Cependant, je dois confesser que je n'ai jamais prêté beaucoup d'attention à ce que faisaient les infirmiers quand l'hôpital était privé d'électricité et que l'autoclave était ainsi hors d'état de fonctionner. Pendant combien de temps faisaient-ils bouillir les seringues et les aiguilles dans de simples casseroles ? Les pénuries de courant pouvaient durer jusqu'à deux mois, quand l'ensemble du pays se retrouvait à court du mazout indispensable pour faire tourner les groupes électrogènes. Ces crises étaient elles-mêmes une conséquence de la gouvernance épouvantable de cette malheureuse nation : quand le président et son entourage s'étaient approprié toutes les devises étrangères disponibles à la Banque du Zaïre, pour s'acheter un château de plus sur la Côte d'Azur ou pour faire venir par avion des milliers de bouteilles de son champagne préféré, les sociétés pétrolières cessaient les importations, n'étant nullement disposées à être payées en zaïres, la monnaie locale, dont la valeur fondait comme neige au soleil. L'économie du pays tout entier s'arrêtait, jusqu'à ce que les autorités réussissent à fournir les dollars nécessaires au réapprovisionnement en carburant.

Pour les patients souffrant de maladie du sommeil (jusqu'à quatre cents par an), nous utilisions surtout des séries de six à douze injections intraveineuses d'une vieille molécule contenant de l'arsenic, le mélar-soprol. Malgré l'aide indéfectible de la coopération belge, le mélar-soprol venait constamment à manquer (de malheureux sommeilleux mouraient parfois en attendant la livraison du prochain stock). Dans ces conditions, le moindre dixième de millilitre restant dans l'ampoule après que la dose appropriée avait été administrée à un premier malade était mis à profit pour le suivant. Le gaspillage n'était pas une option.

Je ne pourrai jamais oublier non plus nos infortunés tuberculeux, à qui l'on infligeait des injections intramusculaires de streptomycine chaque jour pendant deux mois (ou même plus longtemps pour ceux qui ne toléraient pas une des drogues antituberculeuses administrées

sous forme de comprimés). La streptomycine entraînait des effets secondaires passablement dramatiques : le remède était toxique pour l'oreille interne (organe de l'équilibre) et beaucoup de patients développaient une grande difficulté à marcher ou même à rester debout et, dans certains cas, ces symptômes étaient irréversibles. Et dire qu'on se plaignait alors que les tuberculeux africains étaient récalcitrants au traitement, alors que c'était en fait un véritable miracle que les deux tiers acceptent de subir cette cure jusqu'à son terme ! À cette époque pas si lointaine, mais bien avant Bill Gates et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, les ressources consacrées à l'amélioration de la « santé internationale » étaient au moins dix fois inférieures aux moyens disponibles aujourd'hui. Les traitements plus efficaces et moins toxiques de la tuberculose, par voie orale uniquement, étaient considérés comme hors de prix : ils revenaient à 50 dollars par tuberculeux alors que les régimes faisant appel à la streptomycine n'en coûtaient que 10. Si je regrette une chose de ma pratique médicale au Zaïre, c'est d'avoir aveuglément suivi les directives nationales pour la prise en charge de la tuberculose au lieu de m'activer à trouver les quelques milliers de dollars nécessaires à l'achat de médicaments modernes pour mes patients.

Pire encore, dans la vingtaine de centres de santé ruraux que je supervisais régulièrement, dont plusieurs n'étaient accessibles qu'en pirogue, des comprimés de formol étaient placés dans une boîte métallique avec les seringues et les aiguilles en tant que méthode de stérilisation, ces comprimés dégageant quelques vapeurs antiseptiques. Les patients développaient rarement des abcès suite à ces injections, donc le procédé éliminait les bactéries, mais qu'en était-il des virus ? Quant aux transfusions sanguines, environ deux cents par an, administrées surtout à des enfants souffrant d'une forme sévère de malaria, aucun examen de laboratoire n'était effectué pour s'assurer que le sang ne contenait pas d'agents infectieux. La nécessité est la mère de toutes les inventions, mais aussi de tous les risques, et il nous arrivait de réaliser des transfusions sans connaître le groupe sanguin du donneur et du receveur (pénurie de réactifs), en nous basant sur un simple test de compatibilité. Beaucoup de vies ont néanmoins été sauvées grâce à ces pratiques peu orthodoxes.

Je ne crois pas que la transmission par des interventions médicales joue encore un rôle significatif dans la dynamique du VIH aujourd'hui et je suis d'accord avec certains experts qui ont estimé que ce mode

<i>La maladie du sommeil : la mère de toutes les maladies tropicales</i> .....	236
<i>Le pian et la syphilis</i> .....	245
<i>La lèpre : de la ségrégation à la guérison</i> .....	249
<i>La malaria et le Quinimax</i> .....	253
<i>Les autres maladies endémiques et les vaccins</i> .....	255
<i>Un accident de l'histoire</i> .....	257
<i>Des maladies tropicales aux virus présents dans le sang</i> .....	258
<b>Chapitre 9. La colonie modèle</b> .....	265
<i>Une mosaïque d'établissements sanitaires</i> .....	266
<i>Le contrôle des maladies infectieuses</i> .....	269
<i>Un vaste réseau de laboratoires</i> .....	277
<i>Dans une classe à part</i> .....	283
<i>Une épidémie de tuberculose</i> .....	288
<i>Prendre bien soin des femmes libres</i> .....	292
<i>La tempête parfaite</i> .....	304
<b>Chapitre 10. Une histoire de famille</b> .....	309
<i>Le VIH-1 des groupes O, N et P</i> .....	309
<i>La chance ou le destin ?</i> .....	313
<i>Une autre découverte de l'Institut Pasteur</i> .....	318
<i>Un Vietnam africain</i> .....	321
<i>L'épicentre</i> .....	323
<i>Pour une Guinée meilleure</i> .....	329
<i>Une étrange tête de pont en Asie</i> .....	334
<b>Chapitre 11. Du Congo aux Antilles</b> .....	337
<i>Une décolonisation bâclée</i> .....	337
<i>La carrière météorique de Patrice Lumumba</i> .....	341
<i>Reconstruire la nation, avec un peu d'aide</i> .....	347
<i>Le quatrième « H »</i> .....	353
<i>Vacances antillaises</i> .....	355
<i>Import-export</i> .....	360
<b>Chapitre 12. Le commerce du sang</b> .....	365
<i>Le précieux liquide</i> .....	365
<i>Le vampire des Caraïbes</i> .....	371

<i>Les premières études</i> .....	377
<i>L'or rouge</i> .....	382
<b>Chapitre 13. Assembler les pièces du puzzle</b> .....	389
<i>Un mythe tenace : le bouc émissaire</i> .....	412
<b>Chapitre 14. La mondialisation</b> .....	419
<i>D'un bout à l'autre de l'Afrique</i> .....	420
<i>La dissémination extra-africaine</i> .....	426
<i>La lutte commence</i> .....	429
<b>Épilogue. Les leçons d'une histoire</b> .....	439
<b>Remerciements</b> .....	443
<b>Notes</b> .....	445
<b>Table des cartes et figures</b> .....	489