

DES GROUPES À RISQUE À LA VULNÉRABILITÉ DES POPULATIONS AFRICAINES. DISCOURS SUR UNE PANDÉMIE *

Karine DELAUNAY

Des « groupes à risque » à la « vulnérabilité » : une succession de notions

On peut considérer, schématiquement, que trois grandes notions se sont succédées depuis les débuts de la pandémie de sida pour rendre compte de la diffusion de l'infection à VIH et orienter les politiques de prévention : à l'identification de « groupes à risque » a succédé une approche en terme de « comportements à risque » qui, elle-même, tend aujourd'hui à céder la place à une analyse mettant au premier plan la « vulnérabilité » individuelle et collective. Je voudrais d'abord tenter de replacer ces différentes notions dans le contexte du « discours médico-préventif » (Fabre, 1993) dominant¹.

Les procédures d'identification du sida en tant que maladie nouvelle, dont les premiers cas furent signalés en 1981, passaient par la construction d'une pathologie homogène au-delà de la diversité des symptômes observés chez les malades², construction ayant conduit, en l'absence d'un modèle étiologique établi, à rechercher ce que ces malades avaient en commun, partant à les constituer en groupes (cf. Péchu, 1992 : 44). En l'occurrence, la maladie, qui était alors mortelle à très brève échéance, fut d'abord observée dans des villes de la côte ouest des États Unis d'Amérique, chez de jeunes hommes, dont les médecins relevèrent qu'ils étaient homosexuels, qu'ils avaient des rapports sexuels fréquents et des partenaires multiples, et qu'ils étaient généralement usagers de drogues euphorisantes. Ainsi, les premiers énoncés sur le sida, en 1981, firent-ils référence à l'hypothèse d'un « style de vie homosexuel » prédisposant à un dysfonctionnement immunitaire, énoncés procédant par généralisation à partir de l'observation d'un nombre réduit de cas (cf. Oppenheimer, 1988 : 271). Tandis que le repérage de nouveaux cas renforçait la thèse d'un agent infectieux transmissible, sans pour autant disqualifier la mise en cause d'un « environnement social », leur enregistrement reposa sur la définition de « groupes à risque ». Notion *a priori* neutre en ce qu'elle entend rendre compte de la fréquence statistique de la maladie à un moment et dans un contexte d'observation donnés, sa mise en œuvre se fondait, en la circonstance, sur « des

* Texte à paraître dans *Autrepart* (moyennant quelques modifications mineures).

1 L'ensemble de la réflexion proposée ici a été initiée dans le cadre de ma participation au projet de recherche "Organiser la lutte contre le sida. Une étude comparative sur les rapports État/société civile en Afrique" financé par l'ANRS et coordonné par M.-É. Gruénais (IRD).

2 En effet, ce qui a été identifié comme un "syndrome d'immunodéficience acquise" (donnant naissance au sigle AIDS, SIDA en français qui lui-même a pris ensuite la forme de l'acronyme actuel, sida) se manifeste cliniquement par des affections diverses : si le sarcome de Kaposi (affection maligne de la peau) et une forme particulière de pneumonie furent les premiers "marqueurs" dans l'identification des cas, celle-ci révéla l'existence d'autres affections opportunistes également associées à un déficit immunitaire.



facteurs hypothétiques de risque » et opérait là encore « par isolement des caractéristiques communes » aux cas observés (Pollack, 1988 : 129) ; surtout, par généralisation à partir de ces cas, elle produisit des effets de désignation et de stigmatisation de « communautés » tant sociales que nationales.

1985 marquait l'entrée de « l'épidémie de sida [...] dans une phase nouvelle » (Gmerk, 1990 : 149). D'une part, la découverte du virus du sida puis l'identification de ses différents modes de transmission (sexuel, sanguin, materno-fœtal), entre 1983 et 1985, avait permis la construction d'un modèle étiologique scientifiquement admis qui « désenclavait » le sida de l'hypothèse du style de vie (selon l'expression de A. Giami, 1996 : 280). D'autre part, l'épidémie tendait non seulement à s'étendre en dehors des « groupes à risque » antérieurement identifiés mais aussi à se « mondialiser », conduisant à la création d'un Programme mondial sur le sida par l'OMS (le GPA, *Global Programme on AIDS*) ; la situation en Afrique apparaissait particulièrement préoccupante, attestant du même coup d'une propagation active du virus par voie hétérosexuelle qui avait été largement ignorée ou niée (cf. Gmerk, 1990 : 73-78, 157). Enfin, la mise à disposition de tests de dépistage, à partir de 1985, faisait apparaître l'existence d'une population séropositive, porteuse du virus et donc potentiellement contaminante, mais n'ayant pas développé la maladie et dont on ne savait prédire avec certitude dans quelle proportion et à quelle échéance elle la développerait effectivement, posant de nombreux problèmes éthiques et sociaux ; en rendant ainsi « objective une réalité invisible » (Setbon, 1993 : 23), la possibilité de dépister l'infection tendait à généraliser le risque et contribuait à transformer le sida en problème public. Dès lors, la question du sida ne pouvait plus être énoncée seulement selon une procédure descriptive « assignant » le risque à certaines catégories de personnes ; elle ouvrait le problème de la gestion de ce risque, gestion collective mais aussi individuelle. Dans un contexte où disparaissaient assez vite les espoirs de découverte rapide d'un vaccin et de mise au point d'un traitement curatif, la prévention était appelée à jouer un rôle de premier plan. Outre l'implication directe des pouvoirs publics et de l'OMS en matière de dépistage des dons de sang en prévention du risque collectif associé à la transfusion sanguine, celle-ci, selon les recommandations de l'OMS, a reposé, pour l'essentiel, sur la « responsabilisation individuelle » qui mettait au premier plan la notion de « comportements » (et/ou de « pratiques »), notamment ceux relevant du plus intime de la vie de chaque individu, les comportements sexuels. Aussi bien au Nord qu'en Afrique, tandis que les messages préventifs s'attachaient à faire à la fois du sida une menace potentielle pour chacun et une maladie évitable par chacun, dès lors qu'il adopte des comportements réduisant le risque d'infection (réduction du nombre de partenaires, puis, dès que son efficacité a été prouvée, en 1986, utilisation du préservatif), étaient lancées, en amont, de grandes enquêtes sur les comportements sexuels, d'abord à l'initiative de l'OMS¹.

Dans les années quatre-vingt-dix, l'épidémie s'affirme comme pandémie : elle affecte sévèrement l'Asie puis s'étend en Europe de l'est tandis qu'elle progresse dans les différentes régions de l'Afrique sub-saharienne, continent le plus touché dans le monde. Dans ce contexte, l'OMS appelle à la mobilisation « communautaire », comme en témoigne le mot

¹ Les enquêtes CACP/CAP (« Connaissances, Attitudes, (Croyances,) Pratiques ») et RP (« Relations entre Partenaires »).

d'ordre donné à la journée mondiale du sida en 1992 : « les communautés s'engagent » ; aux côtés des autorités politiques, les différentes composantes de la " société civile " doivent contribuer à faire face à la menace du sida sous ses différents aspects (infection, maladie et conséquences de celle-ci, y compris dans les attitudes face aux personnes atteintes). Parallèlement, les études comportementales sont infléchies dans le sens d'une « plus juste prise en compte de la dimension relationnelle », cherchant « moins à expliquer intégralement les comportements selon un schéma de causalité linéaire et davantage à " rendre compte " de ce qui se joue dans les diverses situations étudiées » (Campenhoudt, 1998 : 78). La question du sida tend ainsi à être contextualisée et, face à l'évolution de la prévalence, s'impose l'idée que le sida suit les lignes de fracture sociale, que celles-ci soient appréhendées en terme de précarité au Nord ou de pauvreté au Sud. Dans ce cadre, la notion de « comportements à risque » tend à être reformulée en référence à des « situations » et une notion va tendre à devenir incontournable, la « vulnérabilité ». Renvoyant à l'existence, antérieurement identifiée, de certains " co-facteurs " biologiques augmentant le risque d'infection par le VIH chez certains individus, notamment le fait d'avoir antérieurement contracté une MST, elle s'est aussi appliquée à la gestion du risque ; dans ce cadre, elle est entendue comme « la résultante de facteurs personnels, sociaux ou en rapport avec des institutions ou des services qui vont déterminer l'adoption de comportements ou la survenue de situations qui peuvent aboutir à l'infection par le VIH » (Tarantola, 1997 : 25) ; le recours à la notion de vulnérabilité s'exerçant plus particulièrement à l'endroit de catégories dominées ou marginalisées, elle tend à faire du sida un risque passif pour celles-ci : « être vulnérable au VIH/SIDA » signifie alors « être pratiquement ou complètement désarmé face au risque d'infection par le VIH » (ONUSIDA, 1995 : 6)¹. Élaborée au début des années quatre-vingt-dix par une équipe démissionnaire de l'OMS, cette notion est devenue aujourd'hui l'un des arguments de la « réponse élargie » prônée par le Programme des Nations Unies sur le sida (ONUSIDA) qui a succédé en 1996 au Programme mondial sur le sida de l'OMS. Dans un contexte où « l'écart » Nord-Sud s'impose avec évidence en référence à un inégal accès aux traitements qui, depuis quelques années, ont fait naître « l'espoir »², la vulnérabilité en est venue à rendre compte de situations globales prévalant au Sud, secondairement en Europe de l'est, et elle est invoquée de manière récurrente au sujet de l'Afrique.

A passer en revue les principales notions utilisées pour rendre compte de l'infection à VIH, on fait apparaître une évolution qui, en première lecture, va dans le sens d'une meilleure appréhension de la complexité des facteurs intervenant dans la gestion du risque. On assiste en effet à un réaménagement du système de causalités mis en œuvre par le raisonnement probabiliste légitimant le concept de risque, réaménagement qui s'accompagne d'un infléchissement du contenu opératoire de ce concept dans le discours préventif selon que les préoccupations sanitaires se développent sur un axe sécuritaire ou sur axe humanitaire. Dans ce cadre, on a bien affaire à une succession de notions : la désignation de groupes à risque

1 Plus exactement, les modalités de qualification du risque ont évolué. Comme l'indique M. Seibon (1993 : 67-68) à propos de la France, au milieu des années quatre-vingts, une distinction actif/passif a bien été *de facto* opérée mais en considération des modes de contamination (sexualité/transfusion), la responsabilité politique étant restreinte aux « conséquences moralement insupportables » de l'infection à VIH.

2 Je reprends là le thème de la Journée mondiale du sida de 1996, « Unis dans l'espoir », qui faisait référence à l'émergence des trithérapies au Nord (les résultats d'essais thérapeutiques rendus publics la même année ayant montré qu'elles pouvaient restaurer significativement le système immunitaire des personnes infectées par le VIH) et le thème de la Conférence internationale sur le sida tenue en 1998 à Genève, « Réduire l'écart ».

n'est guère compatible avec les messages de responsabilisation individuelle, lesquels n'ont plus guère de sens face à un risque déterminé par des situations socio-économiques. Or, force est de constater aussi que le processus de généralisation faisant de plus en plus du sida un risque passif, s'accompagne d'une particularisation du Sud, notamment de l'Afrique. Et, de ce point de vue, l'idée, prédominante aujourd'hui, d'une Afrique « vulnérable » à l'infection par le VIH n'est pas sans faire écho à celle d'une Afrique « berceau du sida » qui, comme on va le voir, prévalait dans la première moitié des années quatre-vingts. C'est sur cette construction que je voudrais maintenant revenir.

D'une Afrique « berceau du sida » à une Afrique « vulnérable » à l'infection à VIH : une construction à la croisée de différentes logiques

Les différentes notions que l'on vient de voir fonctionner ne se sont en fait jamais totalement substituées l'une à l'autre ; ainsi, la succession évoquée n'exclue-t-elle pas certaines formes de superposition, à la croisée de différentes logiques, souvent récurrentes, diversement infléchies selon les périodes et les contextes. Ce qui est ici en jeu ne relève pas seulement du dispositif de lutte contre sida en lui-même mais aussi des représentations du monde social construites et véhiculées par cette lutte, représentations pouvant être travaillées par des tensions entre « discours concurrents » (pour reprendre l'expression de G. Seidel, 1993).

Logique de classement et imputation

Dans la première moitié des années quatre-vingts, a prévalu une logique de classement conduisant à regrouper les cas recensés selon des facteurs de risque qui demeurèrent étroitement associés, dans les représentations du sida, aux « styles de vie » de groupes minoritaires, généralement caractérisés, selon le vocabulaire du moment, par la « promiscuité » (sexuelle). Le décalage entre les effets de désignation des cibles privilégiées de la maladie et l'incertitude médicale quant aux modalités réelles de leur exposition au risque, donnant lieu à de multiples interprétations, a pu faire naître « chez beaucoup d'homosexuels le sentiment qu'ils étaient dénoncés moins pour ce qu'ils faisaient que pour ce qu'ils étaient » (Pollack, 1988 : 12). La logique épidémiologique de classement ouvrait ainsi la voie à une logique plus large de stigmatisation de l'Autre en tant que porteur potentiel et transmetteur de la maladie ; elle trouva d'autant mieux à se déployer dans l'opinion publique que les centres de surveillance épidémiologique américains en venaient eux-mêmes à construire, en 1983, un groupe à risque « Haïtien » après que des cas de sida aient été repérés chez des immigrants d'origine haïtienne dont le mode de contamination était alors déclaré inexplicable et mystérieux, voire inexplicable (cf. Farmer, 1996 : 299-302). En poussant ainsi à son extrême une procédure d'"essentialisation" du risque qui désignait une population comme « vecteur du sida » en soi, la stigmatisation s'infléchissait en imputation. De la sorte, bien que les cas de sida aient d'abord été identifiés au Nord, l'hypothèse selon laquelle les origines du virus devaient être recherchées au Sud, chez un Autre lointain et étranger, a rapidement prévalu. En l'occurrence, « ceux-là mêmes qui venaient d'établir l'entité et l'étiologie biomédicale du sida (et tout particulièrement le célèbre Pr. Robert Gallo) énoncèrent un récit de l'épidémie dont les diverses versions proposaient toutes l'Afrique comme sa terre d'origine ou d'élection » (Dozon, 1991 : 148), réactivant au passage nombre

de stéréotypes de l'exotisme (dont cette sorte de "proximité" particulière à la nature et la pratique de rituels liés au sang, mises en exergue dans les diverses spéculations sur une éventuelle transmission d'un virus mutant du singe à l'homme). L'hypothèse de l'origine africaine du virus du sida fut largement relayée par les médias et est demeurée prégnante dans l'opinion, y compris après que les débats scientifiques eurent montré qu'elle était sans véritable fondement. A la mobilisation, au Nord, des organisations homosexuelles et à celle des représentants de la communauté haïtienne immigrée aux États Unis contre les préjugés véhiculés à leur endroit, firent pendant, en Afrique, le silence et le déni, la non-déclaration des cas à l'OMS et le boycott du premier Symposium sur le sida en Afrique tenu à Bruxelles en 1985. Plus largement, prirent corps, en Afrique comme en Haïti, toute une série de rumeurs retournant à l'expéditeur la question des origines.

Logique de classification et discours " médico-moral "

La construction d'un modèle étiologique scientifiquement admis, dans les années 1983-85, a permis au discours médical de renforcer son pouvoir de référence. Ce phénomène allait faciliter la création, au Nord, des premières associations de prévention et de soutien aux malades, précédant parfois l'engagement des pouvoirs publics ; en Afrique, le développement de l'épidémie et la création d'un Programme spécifique au sein de l'OMS (susceptible de drainer des aides internationales) allaient conduire les différents États à procéder, dans les années 1986/88, à la mise en place de Programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS) et à établir ainsi une collaboration étroite avec l'OMS. Du point de vue épidémiologique, la construction d'une étiologie s'est accompagnée d'une recomposition de la logique de classement en une logique de classification fondée sur les modes de transmission du virus. Dans un contexte où le sida tendait à émerger comme problème public, cette classification ouvrait elle-même la voie à la mise en œuvre d'une logique de distribution de valeurs (ou de valorisation) prenant pour base l'évaluation du risque de transmission ; celle-ci opéra notamment à l'endroit des pratiques sexuelles, au centre de la prévention du risque individuel, et qui, dès lors qu'elles étaient entendues comme « type de contact sexuel susceptible de transmettre l'infection à VIH », pouvaient être analysées à l'aune d'une opposition entre « le " bon " et le " mauvais " sexe », procédant elle-même d'une « opposition morale entre le " bien " et le " mal " » (Giami, 1995 : 19, 22).

La mise en œuvre de ces logiques tendit à renforcer encore cette sorte de " spécificité " de l'Afrique que la quête des origines du virus avait mise en exergue. L'opération de classification fit d'emblée du mode de transmission hétérosexuel la principale caractéristique du " sida africain " et l'associa à l'expansion rapide de l'épidémie dans cette région du monde ; c'est ce qu'entérinait la typologie des profils épidémiologiques élaborée par l'OMS en 1986/7 en distinguant les pays d'Amérique du Nord et d'Europe de l'Ouest, représentatifs d'un type I à transmission homo- et bisexuelle dominante, des pays d'Afrique sub-saharienne, regroupés dans un type II (incluant aussi les Caraïbes) caractérisé par une transmission hétérosexuelle, à laquelle furent attribués 80 à 90% des cas de contamination¹. Dès lors, par

¹ Rappelons simplement que, dans des contextes africains où la prescription de transfusion était relativement fréquente, les dispositifs de sécurité transfusionnelle furent initiés lors de la mise en place des PNLS, concernant d'abord le dépistage des poches de sang centralisées dans les banques de sang, et que subsistent encore aujourd'hui des risques importants de transmission lors de transfusions effectuées dans les structures périphériques de divers pays, (cf. Kérourédan et al., 1994 ; Emmanuel, 1996) : une classification des cas selon

glissement entre transmission hétérosexuelle et population générale, s'imposait l'idée, pour reprendre une formulation journalistique, que « en Afrique, il n'y a pas de groupes à risque mais des peuples entiers » (*Africa International*, juin 1989 : 53), donnant naissance à des scénarios catastrophes quant au dépeuplement possible de certaines régions. Sans nier l'importance des taux de prévalence alors relevés au sein de la population sexuellement active dans certaines régions d'Afrique, force est néanmoins de relever que ce que A. Giami (1996) a appelé « la théorie sexuelle du sida », qui, dans les représentations, fait de la sexualité, et particulièrement du « sexe des autres », la « cause » essentielle du déclenchement et du développement de l'épidémie, a été prégnante vis-à-vis de l'Afrique. En effet, comme l'ont montré Packard et Epstein (1991), la transmission hétérosexuelle du virus constitua, vis-à-vis de l'Afrique, le paradigme à partir duquel furent construites et exploitées les enquêtes épidémiologiques, conduisant à minimiser ou écarter d'autres modalités d'exposition au risque d'infection ; l'analyse allait ainsi se focaliser sur « l'activité sexuelle » que les enquêtes quantitatives élaborées par l'OMS allaient s'attacher à « mesurer »¹. Cette focalisation infléchit notablement la mise en œuvre de la logique de valorisation en ce que celle-ci ne s'exerça pas tant sur des « pratiques sexuelles » mais réactiva bien davantage une interprétation en terme de « style de vie » en opérant la distinction entre « bon » et « mauvais » sexe en référence à la « promiscuité », favorisant ainsi la mise en œuvre d'un discours médico-moral. L'opposition première « multipartenariat vs fidélité » avait rapidement donné lieu, au sein des différents États africains, à l'identification d'un groupe transmetteur du virus, mettant en cause une nouvelle minorité, cette fois féminine : les « prostituées », auxquelles on associa les « femmes libres », tendant à assimiler *de facto* sexualité féminine « non contrôlée » maritalement et multipartenariat et à regrouper des situations diverses sous le label « sexe commercial »². Poussant plus loin, ce premier binôme a pu donner lieu à l'opposition « vagabondage sexuel vs union stable » à laquelle se surimposa celle de « culture polygame vs culture monogame ». Par généralisation, l'argumentaire comportemental tendit ainsi à être reformulé en argumentaire culturel, ouvrant la voie à une interprétation strictement culturaliste. On put ainsi s'attacher à distinguer un « modèle africain de sexualité », caractérisé notamment par sa « permissivité » vue comme partie intégrante de la culture, d'un « modèle eurasiatique » ; ce schéma relevant d'une publication de sciences sociales qui entendait jeter les bases d'une « *good and culturally sensitive social research* » (Caldwell et al., 1989 : 225), a coexisté avec la version médiatique d'une « boulimie » sexuelle qui, pensée comme « déviante », n'en était pas moins rapportée à une « culture africaine », comme avec une version purement raciologique d'une « sexualité négroïde » génétiquement déterminée³. Jouant parallèlement de contre-appositions entre ville et campagne comme entre « tradition » et « procès de civilisation », cet argumentaire a pu être diversement infléchi, donnant lieu à l'émission de diverses hypothèses quant aux « chemins de dissémination » du virus qui impliquèrent rapidement les camionneurs comme clients de prostituées puis tendirent à substituer à une

une transmission directement et indirectement imputable à la transfusion n'est, il est vrai, pas plus opérée en Afrique qu'en France.

1 Je reprends par ces termes l'intitulé d'une présentation de M. Caraël (1995) des enquêtes CACP dans les pays en développement.

2 Sur les premières notations assimilant prostitution et célibat, voir Packard et Epstein (1991 : 774) ; sur la notion de sexe commercial dans les enquêtes de l'OMS voir Caraël (1995 : 61) et sur sa critique voir Vidal (1995 : 15-16).

3 Sur ces différents aspects, voir les analyses de Bibeau (1991 : 133-143), Dozon & Fassin (1989 : 24-25) et Packard & Epstein (1991 : 773-776).

focalisation initiale sur les élites la mise en cause du rôle des travailleurs migrants. Parallèlement, les PNLS y trouvèrent d'une certaine façon l'opportunité de recentrer leurs propres énoncés sur les "inconduites" d'une jeunesse urbaine cherchant à s'émanciper du contrôle social des aînés.

Ce type d'analyse trouvait d'autant mieux à se déployer que le dispositif préventif mis en place en Afrique favorisait lui-même une approche non strictement médicale. En particulier, si l'accès au test de dépistage a été partie prenante des politiques publiques développées au Nord (bien qu'il y ait été diversement orienté selon les pays), ce ne fut pas le cas en Afrique où la possibilité du dépistage fut essentiellement exercée en liaison avec le dispositif de sécurité transfusionnelle : malgré une phase où des sessions de formation au "dépistage-conseil" furent organisées, au tournant des années quatre-vingts, l'OMS décida, sous la pression de la coopération américaine, que l'accès au dépistage volontaire n'était pas une priorité en terme de coût/efficacité, au vu des ressources en infrastructures et en personnels des systèmes de santé existant au Sud (cf. Lavollay, 1996). Dès lors, le sida demeura très officiellement défini en Afrique selon les critères de Bangui (1987), fondés sur la description symptomatologique de la maladie, puis sur les critères d'Abidjan (1992) qui n'incluaient le test de dépistage qu'en confirmation d'un diagnostic clinique ; aucune de ces définitions ne prenait donc en considération la phase de séroposivité asymptomatique¹, contribuant à façonner les représentations de la maladie (cf. Vidal, 1996 : 180-185) et à exacerber l'impuissance biomédicale des acteurs de santé du Sud, partant le désarroi des malades, de leurs proches et des personnels soignants (auquel tenteront de faire face diverses initiatives locales)². Encore aujourd'hui bien peu de centres de dépistage anonyme et gratuit existent en Afrique. L'action des PNLS s'est trouvée ainsi très étroitement orientée vers la prévention qui, reposant comme partout sur la « responsabilisation individuelle » et la promotion du préservatif, ne pouvait guère se réaliser, dans ces circonstances, qu'à travers un message du Bien et du Mal, ayant pour sanction la mort. Cette situation n'est sans doute pas indifférente à la forte implication des milieux religieux dans différents pays, à la fois dans l'élaboration d'un message préventif (faisant du préservatif un ultime recours après l'abstinence et la fidélité) et dans l'accompagnement des malades.

La vulnérabilité comme produit d'une logique de catégorisation

En dissociant de la sorte prévention et prise en charge médicale et psychosociale, les directives données par l'OMS contribuèrent à créer un clivage entre Nord et Sud dans les politiques de lutte contre le sida et à orienter les actions conduites en Afrique vers les contextes sociaux ou plutôt vers la modification de cet « environnement à risque » qu'évoquait le responsable du Programme sida de l'OMS, M. Merson, à la VII^e Conférence sur le sida en Afrique tenue à Yaoundé en 1992. C'est précisément ce qui va marquer les années quatre-vingt-dix. Cette dernière période est caractérisée par la diversification des acteurs

1 L'élaboration, au Nord, de critères plus fins, à la fois cliniques biologiques, pour décrire l'évolution conduisant de l'infection à la maladie (distinguant plusieurs stades au sein de la phase asymptomatique) est à relier aux essais thérapeutiques qui y ont eu lieu en vue de retarder l'apparition des maladies opportunistes et de ralentir, sinon d'empêcher, la répllication du virus (préconisant un traitement de plus en plus précoce).

2 Au sujet des problèmes rencontrés face à l'annonce de la séroposivité mais aussi de la pratique de dépistage à l'insu des patients de la part des médecins, soit dans le cadre de leur activité de cliniciens soit dans le cadre du suivi sentinelle de la séroprévalence, voir Collignon *et al.* (1994).

intervenant dans la lutte contre le sida : la crise institutionnelle interne que connaît le Programme sida de l'OMS, conduisant à la démission, en 1990, de celui qui en avait jusqu'alors été le responsable, J. Mann, s'accompagne du développement de programmes bilatéraux au détriment du rôle joué précisément par l'OMS dans l'acheminement des aides et la définition d'une politique internationale ; parallèlement, les relais de prévention se multiplient avec l'intervention d'un nombre croissant d'ONG et d'associations tant du Nord que d'Afrique, intervention encouragée par les organismes internationaux qui se montrent de plus en plus critiques envers les PNLS, auxquels est notamment reprochée la trop grande verticalité de leur structure qui était pourtant partie intégrante des directives internationales ayant présidé à leur naissance (*cf.* Fassin, 1994). Les registres d'analyse tendent alors à être réaménagés : en particulier, la problématique du développement devient un argument d'intervention plus directe pour des organismes tels que la Banque Mondiale, le PNUD ou la Banque Africaine de Développement ; plus largement, cette problématique tend à infléchir la mise en perspective contextuelle du sida, faisant apparaître l'épidémie comme une menace majeure vis-à-vis des " efforts de développement " consentis jusqu'alors mais aussi comme une " maladie de la pauvreté " dans des contextes africains où les mesures d'ajustements structurels imposés aux États ont affecté les conditions de vie des ménages. Dans ce contexte, des « voix dissidentes » (Seidel, 1993 : 175) se font davantage entendre, notamment en ce qu'elles prennent appui sur les expériences d'ONG et/ou la conduite de recherches-action. Prennent ainsi forme des « discours concurrents » vis-à-vis du schéma précédemment mis en œuvre, à savoir, pour simplifier : un discours des droits de l'homme et de l'éthique contre les discriminations (que J. Mann avait d'abord tenté de défendre à la tête du Programme sida de l'OMS) ; un discours d'inspiration féministe qui s'oppose notamment au discours médico-moral ; lui-même relayé par une approche que l'on peut qualifier de " matérialiste " qui vise plus particulièrement à déconstruire les interprétations culturalistes.

Les logiques préexistantes trouvent alors de nouveaux axes d'articulation. Les enquêtes quantitatives du type CACP ayant elles-mêmes " mesuré " combien il était délicat de parler " d'une " sexualité africaine et le décalage existant entre connaissance et comportements, ces logiques ne s'exercent plus tant à l'endroit de l'activité sexuelle que de situations et de pratiques ; en " désenclavant " les discours sur le sida d'une approche en terme de « promiscuité », elles se recentrent ainsi sur les facteurs de risque ; dès lors tend à être opérée une classification fondée sur des critères relevant de la distribution de valeurs ; en d'autres termes, tout se passe comme si le produit de la logique de valorisation constituait désormais le prédicat à partir duquel sont classés les risques, conduisant simultanément à appréhender ceux-ci à partir de différents registres. L'un de ces registres concerne les facteurs d'expansion du sida dans un contexte où, depuis la seconde moitié des années quatre-vingts, est posé le problème de l'inégale répartition géographique de la prévalence en Afrique et de son évolution. Puisant une nouvelle fois dans une interprétation strictement culturaliste de la réalité, sont alors identifiées des pratiques " positives " et " négatives " ¹ que certains vont entreprendre de cartographier. Au titre des premières, est particulièrement mise en avant la circoncision ; vue comme une " protection " contre l'infection à VIH, elle est dès lors déconnectée de l'ensemble des mutilations sexuelles que des ONG et certains gouvernements (avec l'appui d'organisations internationales) s'attachent par ailleurs à condamner comme « pratiques traditionnelles néfastes » à l'encontre des femmes. A l'inverse le lévirat (désignant

1 Sur ces aspects, voir l'analyse de Vidal (1996 : 156-169).

le fait qu'une veuve soit "remariée" à un frère du défunt) a été stigmatisé comme une « coutume » négative ; vue comme favorisant la diffusion de la maladie, elle est alors déconnectée des considérations ayant précédemment fait de l'instabilité des unions un élément de la dynamique de l'épidémie et de ce corpus de représentations occidentales faisant de la « solidarité africaine », notamment de la solidarité familiale, une réponse mécanique aux conséquences du mal¹. Un autre registre concerne les facteurs d'exposition au risque d'infection à VIH dans un contexte où l'évolution des sex-ratios de prévalence semble particulièrement préoccupante, montrant l'infection d'un nombre croissant de femmes jeunes. Les situations de transmission sont alors divisées en actives et passives. Les prostituées, dont les représentations persistent à faire des "vecteurs du sida", mais au sujet desquelles diverses études ont montré qu'elles étaient en mesure d'adopter des comportements à moindre risque (du moins celles exerçant une prostitution de métier), coexistent désormais avec les femmes mariées comme "victimes" du comportement de leur mari à l'extérieur du foyer. Si cette dernière figure n'est pas infondée, elle n'en devient pas moins problématique dès lors qu'elle est prise comme emblématique d'un statut spécifique de "la femme africaine" ; elle l'est tout autant que celle où "l'Africain" est vu comme opposé à l'utilisation du préservatif, tendant l'une et l'autre à placer les populations africaines « dans la situation de bouc-émissaires d'une épidémie abusivement imputée à des cultures défailantes ou inadaptées » (Vidal, 1996 : 162).

Les énoncés produits procèdent ainsi par réduction : entre la circoncision et la réduction éventuelle du risque d'infection au VIH, il y a probablement la réduction du risque de contracter une MST ; entre le lévirat et le risque de diffusion de l'infection, il y a le problème de l'accès à l'information et au conseil ; entre tout individu et l'exposition au risque de transmission sexuelle du virus, il y a, entre autre, la difficile question de la négociation du préservatif, particulièrement dans le cadre conjugal, surtout quand son utilisation a été associée à la fréquentation des prostituées. Ces mêmes énoncés opèrent aussi par généralisation : à partir de l'observation de certaines situations et pratiques sont mis en cause des statuts et des normes culturelles vus comme immobiles. En sorte qu'ils relèvent globalement d'une logique de catégorisation qui conduit à distinguer des dominants et des dominés, des libres et des dépendants, des actifs et des passifs, des transmetteurs et des victimes, *etc.* Or les "voix dissidentes" évoquées plus haut ont pu elles-mêmes se trouver prises dans cette logique. D'une part, le discours d'inspiration féministe, centré sur le concept de genre, a perdu une partie de sa pertinence par l'infléchissement de son analyse en terme de relations de pouvoir en une approche tendant à faire du pouvoir un attribut discriminant. D'autre part, le discours "matérialiste" qui tentait de montrer l'intrication complexe entre le sida et les systèmes de positions socio-économiques considérés dans leur dynamique historique a tendu à être réduit à une évaluation des déterminants structurels de la pandémie. Enfin, le discours des droits s'est vu progressivement reformuler en un discours des besoins. Dans ces circonstances, les énoncés se sont certes complexifiés. Ainsi, dans les "chemins" de transmission du virus, les travailleurs migrants, toujours vus comme "disséminateurs" potentiels, sont-ils également considérés comme "victimes" de la pauvreté qui détermine leur migration et les place dans des situations qui les exposent au risque d'infection aussi bien

¹ Comme l'a souligné A. Le Palec (dans Collignon et *al.* 1994), le lévirat pourrait tout aussi bien être considéré comme un mode de prise en charge des veuves et de leurs enfants : s'il y a un risque de transmission du VIH, il ne tient pas au lévirat en lui-même mais à l'accès des femmes au dépistage et à la connaissance de leur statut sérologique.

en les éloignant de leurs foyers qu'en rendant plus difficile leur accès à l'information et aux soins. De même, la réalité s'est-elle, d'une certaine façon, chargée de rappeler que s'il n'y a pas de lien mécanique entre connaissance et comportement, l'analyse des pratiques et des représentations qui leur sont liées ne pouvait être totalement dissociée des messages de prévention qui contribuent à leur donner forme et sens, qu'il s'agisse de rendre compte des pratiques et représentations populaires ou de celles du corps médical. Reste que ces approches ont elles-mêmes donné lieu à certaines globalisations, affectant du même coup la portée analytique de certains concepts nés de l'observation de contextes précis. Les emplois de la notion de « situations à risque » sont, de ce point de vue, éclairants : posée comme alternative à la notion de « comportements à risque », elle a d'abord été utilisée chaque fois que l'exposition au risque était liée à l'exercice d'une violence, individuelle (viol) ou collective (guerre, déplacements forcés) ; elle s'est progressivement élargie pour rendre compte du quotidien de personnes appartenant à des catégories dont la désocialisation (travailleurs migrants) ou la domination (femmes) ou encore, de manière plus extensive, la pauvreté définissent des « situations de vie » exposant au risque ; par superposition, les situations de vie qui avaient été initialement entendues comme relevant d'un quotidien tel qu'il est géré par les individus ont tendu à être appréhendées sous l'angle des situations à risque, c'est-à-dire conditionnées par des contraintes d'ordre structurel sur lesquelles la gestion individuelle n'a aucune prise. Un glissement de même ordre semble avoir été opéré dans l'appréhension de la « mobilité » et des « besoins des populations mobiles » dès lors que sont mis sur le même plan « les difficultés économiques et la situation de l'emploi, les conflits armés ouverts, les dégâts causés à l'environnement, les catastrophes naturelles et les guerres larvées » en ce qu'elles « provoquent des mouvements de populations et le déplacement de millions de personnes en Afrique »¹ ; on peut alors lire que « les situations de conflits et les déplacements de populations qui en résultent exacerbent la vulnérabilité préalable des populations africaines vis-à-vis du sida » (Tarantola, 1997 : 23).

De fait, l'emploi actuel de la notion de « vulnérabilité » tend précisément à pousser à son extrême la logique de catégorisation par effet de globalisation². En particulier, il conduit à surimposer aux catégories préexistantes une catégorisation hommes/femmes. Prenant pour fondement premier des caractéristiques physiologiques exposant davantage les femmes que les hommes au risque d'infection lors de pénétrations vaginales non protégées, elle y associe la considération selon laquelle, en raison de « leur statut socio-économique », les femmes sont « interdites d'autonomie » et n'ont dès lors « guère, voire absolument pas le pouvoir de choisir les conditions ni le moment du rapport sexuel » (ONUSIDA, s.d. : 2). Soit une catégorisation qui, certes, inverse les présupposés du discours médico-moral prévalant lors des premières campagnes de prévention qui faisaient des femmes des vecteurs de la propagation du sida. Mais une catégorisation qui fait désormais d'elles, globalement, l'un des « groupes de population particulièrement à risque » (ONUSIDA, 1996 : 1) en lui attribuant une

1 Rapport final de l'Atelier sur la situation et les tendances des épidémies de VIH/SIDA en Afrique, 1995, cité dans Tarantola (1997).

2 En particulier, telle qu'elle est employée dans les documents d'ONUSIDA, elle tend à superposer différents niveaux identifiés dans *AIDS in the World* (Mann et al., 1992) : celui des individus, celui des programmes et celui des sociétés. Plus exactement, elle entérine une évolution, sensible dans la deuxième édition de cet ouvrage (Mann et Tarantola, 1996), consistant à faire de la « vulnérabilité sociale » la principale entrée d'une « analyse contextuelle » considérant à la fois les aspects gouvernementaux, socio-culturels et économiques : évolution qui conduit, parallèlement, à identifier une « vulnérabilité communautaire » (Tarantola, 1994).

nouvelle fois, en référence à un " statut " qui les définirait toutes, une sexualité particulière, vue comme " passive ". Elle tend ainsi à occulter l'ensemble des dynamiques sociales à l'œuvre en Afrique et qui, face au sida, de négociations individuelles en " initiatives communautaires ", soulignent « le potentiel de ressources des femmes elles-mêmes » (Seidel, 1996 : 35). Or comment prétendre renforcer la capacité des femmes à gérer leur vie si cette capacité leur est, au départ, déniée et donc si l'on se refuse à prendre en considération l'ensemble des espaces relationnels au sein desquels elles évoluent et ont à affronter de multiples contraintes (il ne s'agit pas de le nier) mais à partir desquels elles sont aussi en mesure de préserver certaines marges de manœuvre ?

Parallèlement, l'emploi de la notion de vulnérabilité tend à entériner l'écart Nord-Sud en faisant de la poursuite de la propagation du sida au Sud tout à la fois la conséquence d'un " mal développement " et la cause d'un nouveau " sous-développement " ; il est significatif à cet égard que le terme de Tiers Monde soit aujourd'hui régulièrement repris pour parler du sida au Sud, non seulement dans les médias, mais dans les discours des représentants des agences internationales, comme s'il y avait bien là une nouvelle inversion des imputations qui, dans les années quatre-vingts, faisaient de l'Afrique un continent potentiellement " contaminant " du fait de son " étrangeté ". Peut-être n'est-il pas indifférent, dans ce cadre, que le Plan stratégique d'ONUSIDA (1995 : 15) prône, aux côtés de la poursuite de la prévention telle qu'elle est entendue depuis le début des années quatre-vingt-dix (information, promotion du préservatif, éducation sexuelle pour la santé, diagnostic et traitement des MST) en vue de réduire le risque de transmission du virus, « le changement des normes culturelles et sociales afin de favoriser des comportements moins à risque » dans le cadre de la réduction de la vulnérabilité. Certes, la « réponse élargie » d'ONUSIDA ne se limite pas à ces quelques aspects ; elle insiste en particulier sur l'articulation nécessaire entre prévention et prise en charge et sur un meilleur accès aux traitements de l'infection à VIH, affirmant ainsi une volonté politique à l'encontre de ce qui avait précisément contribué à faire émerger un " sida du Sud " ; cela dans des contextes africains où, de fait, la question de la prise en charge des malades ne peut plus être éludée. Reste que cette question de l'accès aux traitements favorise désormais un discours humanitaire dont le Président français, J. Chirac, et le secrétaire d'État à la Santé, B. Kouchner, se sont faits les principaux promoteurs lors de la dernière Conférence sur le sida en Afrique, tenue à Abidjan en décembre 1997, en lançant l'idée d'un fonds d'aide thérapeutique. Dès lors, tout en entendant placer la question du sida dans une analyse relevant de l'économie politique au sens large, cette approche ne s'inscrit-elle pas dans un vaste courant de disqualification des États africains ? Dans le même temps, sachant que le discours des agences internationales tend à s'imposer comme cadre de légitimation de toute action, quelle opportunité laisse-t-elle à la " société civile " de s'emparer politiquement du problème du sida ? En particulier, les associations africaines de personnes vivant avec le VIH, constituées en réseau depuis 1994, qui luttent pour l'accès aux soins et contre les discriminations sociales et économiques, seront-elles en mesure de donner naissance à un véritable mouvement social ?

Références bibliographiques

Bibeau G.

- 1991 " L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes ", *Anthropologie et Sociétés*, 15(2-3) : 125-147.

Caldwell J. C., Caldwell P. & Quiggin P.

- 1989 " The social context of AIDS in sub-saharan Africa ", *Population and Development Review*, 15(2) : 185-234.

Campehouth L. van

- 1998 " Nouvelles tendances théoriques dans la recherche européenne sur les comportements sexuels face au risque du VIH ", dans *Le sida en Europe. Nouveaux enjeux pour les sciences sociales*, Paris, ANRS : 71-80.

Caraël M.

- 1995 " La mesure de l'activité sexuelle dans les pays en développement ", dans N. Bajos et al. (coord.), *Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales*, Paris, ANRS : 57-80.

Collignon R., Gruénais M.-É. et Vidal L. (dir.)

- 1994 *L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique*, numéro spécial de *Psychopathologie africaine*, XXVI(2).

Dozon J.-P.

- 1991 " D'un tombeau l'autre ", *Cahiers d'Études Africaines*, 121-122 : 135-157.

Dozon J.-P. et Fassin D.

- 1989 " Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du SIDA en Afrique ", *Sciences Sociales et Santé*, VII(1) : 21-36.

Emmanuel J.

- 1996 " Sécurité transfusionnelle : beaucoup reste à faire (entretien) ", *Le Journal du Sida*, 86-87 : 87-89.

Fabre G.

- 1993 " La notion de contagion au regard du sida, ou comment interfèrent logiques sociales et catégories médicales ", *Sciences Sociales et Santé*, XI(1) : 5-32.

Farmer P.

- 1996 *Sida en Haïti. La victime accusée*, Paris, Karthala (trad. fr. de *AIDS and accusation : Haïti and the geography of blame*, 1992).

Fassin D.

- 1994 " La mémoire courte. Coopération internationale et lutte contre le sida en Afrique ", *Sociétés d'Afrique et Sida*, 5 : 2-3.

Giami A.

- 1995 " Représentations de la sexualité et représentations des partenaires à l'époque du sida ", dans N. Bajos et al. (coord.), *Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales*, Paris, ANRS : 15-38.
- 1996 " Représentations du sida : une théorie sexuelle ", dans S. Hefez (dir.), *Sida et vie psychique*, Paris, La Découverte : 275-290.

Gmerk M. D.

1990 *Histoire du sida*, Paris, Payot (2ème ed.).

Kérouédan D et al.

1994 " Réflexions sur la transfusion sanguine en Afrique au temps de l'épidémie de sida. État des lieux et perspectives en Côte-d'Ivoire ", *Cahiers Santé*, 4 : 37-42.

Lavollay M.

1996 " Quand USAID et GPA s'opposaient au dépistage-conseil... ", *Journal du Sida*, 86-87 : 61-62.

Mann J., Tarantola D. et Netter T.

1992 *AIDS in the world*, Harvard University Press.

Mann J. et Tarantola D.

1996 *AIDS in the world II*, Oxford University Press.

Oppenheimer G.

1988 " In the eye of the storm : the epidemiological construction of AIDS ", dans E. Fee et D. Fox (dir.), *AIDS : The burden of history*, Berkeley, University of California Press : 267-300.

ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA)

s.d. *Réduire la vulnérabilité des femmes à l'infection à VIH*, Genève.

1995 *Plan stratégique 1996-2000*, Genève (multigr.).

1996 *VIH/SIDA : faits et tendances*, Genève.

Packard R. M. et Epstein P.

1991 " Epidemiologists, social scientists, and the structure of medical research on AIDS in Africa ", *Social Science and Medicine*, 33(7) : 771-794.

Péchu C.

1992 " Tenir le politique à l'écart. Jeux et enjeux du travail médical ", dans P. Favre (dir.), *Sida et politique. Les premiers affrontements*, Paris, L'Harmattan : 41-59.

Pollack M.

1988 *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris, Ed. Métailié.

Seidel G.

1993 " The competing discourses of HIV/AIDS in subsaharan Africa : discourses of right and empowerment vs discourses of control and exclusion ", *Social Science and Medicine*, 36(3) : 175-194.

1996 " Le deuxième sexe de la prévention ", *Le Journal du Sida*, 86-87 : 32-35.

Setbon M.

1993 *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage*, Paris, Seuil.

Tarantola D.

1994 " Vulnérabilité communautaire face au sida ", *Sociétés d'Afrique et Sida*, 3 : 4-5.

1997 " Effets des conflits sur le risque et la vulnérabilité vis-à-vis du VIH/SIDA en l'Afrique. Ébauche d'une méthode analytique ", dans A. Desclaux et C. Raynaud (ed.), *Urgence, précarité et lutte contre le VIH sida en Afrique*, Réseau Sociétés d'Afrique et Sida - L'Harmattan : 19-34.

Vidal L.

1995 " L'anthropologie, la recherche et l'intervention sur le sida en Afrique. Enjeux méthodologiques d'une rencontre ", *Sciences Sociales et Santé*, 13(2) : 5-27.

1996 *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Anthropos.

IRD (Institut de Recherche pour le Développement)
Programme « Sida en milieu tropical »
213 rue La Fayette
75480 PARIS cedex 10

ORGANISER LA LUTTE CONTRE LE SIDA.

**Une étude comparative sur les rapports
État / société civile en Afrique**
(Cameroun, Congo, Côte-d'Ivoire, Kenya, Sénégal)

sous la direction de
Marc-Éric GRUÉNAIS

avec la participation de

Auguste Didier Blibolo
Katy Cissé-Wone
Karine Delaunay
Jean Pierre Dozon
Fred Éboko
Éric Gauvrit
Jocelyne Quinio
Carolyne Wanja Njue

Recherche financée par
L'AGENCE NATIONALE DE RECHERCHE SUR LE SIDA
Décision n° 97019
Appel d'offres 1997

Paris, mars 1999