

## Risques, enjeux et partenaires de la lutte internationale contre le sida

Claude Fay \*

Quatre-vingt-quinze pour cent des personnes infectées par le VIH-sida vivent dans ce qu'il est convenu d'appeler les pays du Sud [Onusida, décembre 1998]. Mais c'est du Nord qu'est venue l'annonce de la maladie, et c'est largement au Nord, entre les ministères et les grandes agences internationales de développement, qu'ont été définies les politiques de lutte contre le sida et que s'élabore le « discours médico-préventif » [Fabre, 1993] qui les fonde. La mise en place des dispositifs correspondants au Sud a mobilisé en premier lieu les États des nations concernées et ouvert un nouveau champ de coopération internationale. Dans le cadre ambiant d'un ordre libéral dominant qui relativise les prérogatives des États et veut promouvoir les « sociétés civiles », dans le cadre conjoint de l'extension de l'humanitaire, le sida est ensuite devenu un élément constitutif du « marché financier » de l'aide aux ONG (organisations non gouvernementales) et aux associations [Gruénais, 1999 a].

La lutte internationale contre le sida s'est ainsi organisée dans des articulations plurielles entre instances de différents niveaux, pôles locaux, nationaux, inter ou transnationaux de décision et d'initiative. Elle a révélé, suscité ou potentialisé des tensions à ces divers points d'articulation, ce autour d'enjeux variés. Parmi ceux-ci, on retrouve des enjeux politiques et économiques classiques des relations Nord-Sud, concernant l'autonomie et la capacité de négociation des États face à l'ordre international, ou les compétitions entre acteurs sociaux pour l'appropriation de la rente liée au développement. Mais les particularités d'une maladie de type épidémique conjuguant la sexualité et la mort d'une part, et d'un champ d'aide ou de développement articulé autour de ces mêmes paradigmes d'autre part, ont suscité des enjeux plus mouvants et interactifs. Dès l'annonce de la maladie, au Nord d'abord puis au Sud, entre Nord et Sud, ces paradigmes du sida sont en effet entrés en résonance avec des lignes de tension, de distance ou de fracture sociales, produisant des effets idéologiques variés.

Au Nord, les premières spéculations sur le nouveau « *cancer gay* » ont témoigné de la promptitude avec laquelle une logique de stigmatisation se mettait en place autour de cette épidémie. Puis, avec l'isolement du virus, une traditionnelle « croyance à la science » a induit une adhésion populaire spontanée au message

---

\* Anthropologue, IRD, Centre d'études africaines, EHESS.

médical élémentaire – immédiatement constitué, du même fait, en discours d'État – c'est-à-dire à l'existence du virus et à sa transmission par les voies sexuelles et sanguines. L'imaginaire social a donc ensuite travaillé dans les marges de ce message, s'interrogeant sur l'origine biologique (animale?), géographique ou ethnique (Afrique?) du virus, sur l'identité privilégiée des victimes et des vecteurs (des coupables?) et sur la légitimité éthique des divers moyens de protection. Des investissements idéologiques de l'épidémie ont pris leurs sources dans de grandes oppositions déjà existantes (racisme ou antiracisme, libéralisme ou conservatisme éthique...), en même temps qu'ils en remaniaient la forme (autour de la drogue ou de l'homosexualité par exemple), et ont notamment emprunté des canaux institutionnels établis (partis politiques, églises, mouvements de défense des Droits de l'homme ou de minorités...). Dans le champ polémique ainsi ouvert, les tentatives de stigmatisation et les combats contre ces tentatives ont régulièrement constitué une pierre d'achoppement, et le paradigme Nord/Sud y fut, parallèlement à d'autres (hommes/femmes; hétéro/bi/homosexuels; nationaux/étrangers; riches/pauvres), régulièrement investi, comme en témoignent les imputations concernant l'origine ou la transmission de la maladie qui ont été faites à l'Afrique d'abord, à des communautés immigrées ensuite<sup>1</sup>. Ce même paradigme réapparaît sous d'autres formes lorsqu'il est question en Occident de la médicalisation ou de l'expulsion de travailleurs étrangers clandestins malades du sida, ou des coûts et urgences comparés, pour le Nord et pour le Sud, des soins pour le sida et d'autres maladies, ainsi que lorsqu'il est question (au Nord et au Sud) de la diffusion et du financement des traitements de pointe (trithérapie) dans le Tiers Monde. Ces questions s'insèrent alors dans des problématiques plus générales de la pauvreté, de l'assistance, de la justice, de la domination (différemment infléchies dans différents milieux du Nord et du Sud), témoignant de ce que « les grandes épidémies constituent de redoutables mises à l'épreuve du politique » [Fassin, 1996 : 231].

Différents travaux – d'abord à dominante africaniste – effectués dans la dernière décennie<sup>2</sup> ont montré que dans les pays du Sud, l'annonce du sida a produit des spéculations en partie semblables à celles décrites au Nord : sur ses origines (biologiques et géographiques) possibles, sur ses vecteurs privilégiés, sur la légitimité des protections. Mais le discours médical n'étant ici ni le seul savoir étiologique, ni nécessairement le savoir dominant, d'autres références (sociosymboliques), ont pu se substituer ou se combiner à la « croyance médicale<sup>3</sup> ». L'imaginaire social a donc effectué un travail spécifique sur l'annonce (qui a pu être déniée, ou partiellement acceptée et réinterprétée). Comme au Nord, ces divers positionnements interprétatifs ou normatifs se sont largement effectués sur

1 Cf. notamment Bibeau [1991] ; Dozon [1991] ; Farmer [1996].

2 Cf. notamment les sommes de travaux réunis dans Dozon, Vidal (éd.), [1995] ; Benoist, Desclaux (éd.) [1996] ; Le Palec *et alii* (éd.) [1997] ; Becker, Dozon *et alii* (éd.) [1999].

3 En opposition à celle-ci, la croyance en « une absence de solution de continuité, dans l'absence de frontières entre les mondes du biologique, du cosmologique et du social » est, remarque F. Héritier [1997 : 9], un des modes fondamentaux de fonctionnement de la pensée. Cette croyance, repérable au Nord dans les référentiels sociaux de tous types des maladies, y est cependant, comme on l'a suggéré, écrasée par une éthique de la rationalité scientifique (en l'occurrence médicale), et condamnée à jouer à ses limites. Face au sida, elle a néanmoins retrouvé une certaine autonomie dans des discours stigmatisants tenus par l'extrême droite.

la base d'enjeux (sociaux, politiques, éthiques) préexistants, et ils ont également pris la forme d'une stigmatisation de groupes donnés.

Les textes réunis ici en fournissent des analyses variées de niveaux différents. Un peu partout, en Afrique et en Asie, l'épidémie (son origine, ses voies de transmission) a été renvoyée à différentes figures de l'altérité. L'incrimination de l'autre en réaction au malheur constitue un vieux réflexe et semble bien renvoyer, remarque F. Héritier [1997 : 22] à un des grands « butoirs de la pensée ». J.-L. San Marco [1996 : 148], examinant diverses épidémies passées, constate de même que « la maladie grave, c'est toujours la maladie de l'autre » et que l'histoire épidémiologique témoigne de ce point de vue de la parfaite universalité de ce type de « schéma défensif », sans doute surdéterminé, dans le cas du sida, par le caractère « intime » des modes de transmission. Des attitudes initiales de déni de la maladie, ou plutôt de déni de sa présence locale se sont ainsi justifiées par la conviction d'une immunité nationale définie à mi-chemin du biologique et du social. En Inde, note F. Bourdier, les normes orthodoxes qui réduisent les contacts et échanges entre individus étaient supposées faire barrage au sida; en Indonésie, L. Husson rappelle que le gouvernement a d'abord réagi à l'annonce en bloquant les importations de sang pour ne conserver que le « sang national sain ». Ces immunités fantasmatiques sont en général revendiquées par des groupes socioreligieux dominants qui se réclament d'une pureté « traditionnelle » et se démarquent, conformément aux frontières et tensions sociales en place, d'autres groupes minoritaires ou marginalisés. Ce fut le cas en Inde, où, par opposition à la moralité brahmanique, fut dénoncée la « frivolité » de certaines castes ou couches sociales défavorisées, des musulmans polygames ou des Hindous christianisés. Ce fut le cas, en Indonésie, pour les Noirs et les « primitifs » (notamment les pêcheurs thaïs) en opposition à l'Indonésien musulman; en Chine ou à Taiwan pour les « non-Han » ou des minorités (Tibétains, Aborigènes) dont E. Micollier nous décrit le curieux processus d'érotisation par les Chinois (finalement de même nature et de même intention que l'érotisation de l'Afrique par l'Occident); ou encore en Malaisie (S. Vignato) pour des couches hiérarchiquement inférieures.

Parallèlement à ces figures locales de l'altérité dangereuse, l'épidémie a été presque partout référée aux mœurs occidentales, à leur perversion et tout particulièrement à ce qu'on pourrait appeler leur contagiosité. La stigmatisation visait alors, à travers les valeurs étrangères décadentes, les modes de vie qui les incarnent et les acteurs locaux supposés s'y inscrire ou les approcher, et qui étaient de ce fait constitués en « groupes à risque ». Se construisaient du coup des catégories hétérogènes à extension variable, incluant au choix étrangers, « jeunes », homosexuels, prostituées, adultères, drogués, alcooliques, routiers... La contamination virale renvoie alors, selon l'expression de S. Vignato, « à l'infection morale ». Selon les contextes et les habitudes sociaux et politiques, celle-ci se pense comme immoralité, déviance sociale, transgression religieuse, sauvagerie ou dégénérescence. En Malaisie, l'État, en accord avec les instances islamiques, décide la promotion du *right sex* (par démarquage du *safe sex* promu par la campagne internationale), et englobe dans la catégorie infamante de « fornication » toutes les pratiques sexuelles « immorales » (homosexualité, sexualité prématrimoniale, masturbation...), définissant ainsi le risque comme une utilisation transgressive de son corps. En

Chine (E. Micollier), la première journée internationale de lutte contre le sida est le théâtre d'une stigmatisation publique des étrangers sous la bénédiction des organisations internationales, et l'épidémie, ravivant des représentations anciennes (et anciennement liées à la syphilis) d'un déclin racial lié à l'occidentalisation, potentialise en même temps des pratiques répressives médico-policières héritées des régimes antérieurs, dans le cadre d'une lutte contre la drogue et la prostitution (rééducation, désintoxications forcées). L'extension de l'épidémie provoque en Inde l'exacerbation d'une vague de traditionalisme, et attise aux Caraïbes une xénophobie galopante (C. Benoît).

Ces réactions diverses sont à la croisée de plusieurs logiques. Elles s'inscrivent en général dans le « schéma défensif » (et par conséquent offensif) évoqué plus haut, le rapport de domination Nord/Sud favorisant la production d'images fortes d'une altérité à la fois attractive et répulsive. Ces mêmes réactions ont été interprétées, notamment dans le cas africain, comme des retours (de l'imputation) à l'envoyeur<sup>4</sup>. Leur récurrence, le fait qu'elles aient fréquemment mobilisé diverses instances liées aux appareils d'État et aux appareils religieux (islam, brahmanisme, confucianisme selon le lieu) amènent à les référer également aux contraintes différenciées posées par les processus dits de mondialisation. Dans ce contexte, les appareils politiques et idéologiques du Sud peinent à conserver le contrôle de relations – idéologiques, politiques, économiques – devenues multiformes avec l'extérieur (États du Nord, réseaux transnationaux<sup>5</sup>). Sur le plan interne, ils éprouvent également des difficultés à contrôler d'une part une marginalité sociale grandissante, et d'autre part des groupes nouveaux qui développent des stratégies de contournement des hiérarchies en place, et les emblématisent par des styles de vie originaux, puisant pour cela soit dans le stock symbolique « traditionnel » (réinventions – islamiques ou autres – des traditions), soit dans le stock symbolique occidental. La lutte entre ces appareils et les divers contestataires (et de ces contestataires entre eux) se déroule donc de plus en plus autour des *signes* de la modernité occidentale, de leur promotion ou de leur rejet. L'épidémie de sida<sup>6</sup> offre un terrain particulièrement favorable à la mobilisation de forces idéologiques autour de ces paradigmes du Nord et du Sud, de la tradition et de la modernité. Cela se fait conformément aux configurations sociopolitiques spécifiques. Le déni ou la sous-estimation de l'épidémie, qui, dans certaines configurations, on l'a vu, correspondait à une volonté de distinction/séparation par rapport à l'extérieur,

4 Soit « l'Occident comme berceau du sida ». Notons que la procédure stigmatisante classique de « déshumanisation-animalisation » de l'autre a ainsi pris la forme d'accusations respectives de simiophilie faite à l'Afrique et de cynophilie faite à l'Occident [Le Palec, 1994].

5 Cela explique sans doute la fréquence des thèmes du « sida commercial » (inventé, ou répandu, ou utilisé pour vendre des préservatifs) et du « sida politique », au service d'un malthusianisme masqué du Nord ; sur ces thèmes en Afrique, cf. Le Palec, Diarra [1995] ; Fay [1999]. L. Husson note qu'en Indonésie une rumeur attribuait l'organisation des campagnes de prévention à des « sionistes » ayant monopolisé la commercialisation des préservatifs. En Inde (F. Bourdier), on parle d'un complot occidental destiné à « faire peur et à tester les vaccins ». En Chine (E. Micollier), on insiste sur le fait que les campagnes sont « demandées par l'étranger ».

6 Qui, encore une fois, est d'abord une « invention » (« invention scientifique » pour ceux qui y croient) occidentale, et qui met en rapport des paradigmes forts de la survie et de l'ordre individuel, familial et social. Sur une conjugaison impressionnante de ces trois ordres à la faveur de l'épidémie chez les Malinké du Mali, on consultera Gérard [1996].

résulte, à Saint-Martin, « d'enjeux géopolitiques et financiers » (C. Benoît) qui poussent les autorités à suridentifier l'île comme département français et à préserver l'image exotique favorable au tourisme. En Inde, des politiques s'emparent du thème pour « comparer la menace du libéralisme économique à la montée du sida » (F. Bourdier) – métaphorisation particulièrement signifiante qu'on retrouve sur d'autres continents<sup>7</sup>; d'autres au contraire – les chantres dudit libéralisme – s'en emparent pour appeler à « dépasser les contraintes culturelles et idéologiques d'un autre âge ». Sur presque tous les terrains, on constate que la question de l'utilisation du préservatif est névralgique, en ce qu'elle réfère triplement aux pratiques sexuelles, à l'ordre de la reproduction et à celui de la consommation marchande<sup>8</sup>.

Les conséquences de ces logiques d'imputation, de la « troisième épidémie », selon les termes de J. Mann (celle des discriminations opérées à la faveur du sida), ont souvent été très dures pour les groupes ou individus concernés: divers exemples de procédures d'expulsion, de quarantaines et de tests forcés, de surveillances policières et d'internements arbitraires, voire de suicides et de meurtres, sont donnés ici. Ces mêmes logiques, en présidant à l'élaboration de catégories hétérogènes et idéologiques de groupes à risque, ont souvent infléchi les campagnes de prévention dans des directions hasardeuses. D'une part, elles tendent à investir le discours médical lui-même qui, remarque F. Bourdier, se transforme en accusation sociale: les enquêtes sur les « connaissances, attitudes, pratiques » ciblent des groupes déjà marginalisés et « se transforment en outils de surveillance sociopolitiques »: on retrouve ce constat sur la plupart des terrains explorés ici<sup>9</sup>. Le surinvestissement moral et religieux général de l'épidémie dessine une image coupable du malade qui fait de lui le seul responsable de son mal, image qui pénètre les messages d'information<sup>10</sup>: S. Vignato note la discordance, en Malaisie, entre des discours qui incitent à la tolérance et des images qui représentent la dangerosité et incitent à la peur et à la répression. Pris entre la double légitimité de l'islam et de la biomédecine, l'État malais promeut parallèlement une réglementation concernant le traitement des cadavres des morts du sida qui aboutit à stigmatiser publiquement leurs familles et à compromettre le traitement funéraire.

Ces contextes idéologico-politiques ne favorisent évidemment pas le dépistage volontaire ou la démarche thérapeutique des malades, qui ont peur d'être stigmatisés par la fréquentation de structures souvent peu discrètes, lorsqu'ils n'ont pas, plus radicalement, peur d'être expulsés. Les mêmes logiques peuvent s'illustrer autrement: en Inde, où le dépistage public a été freiné devant la panique produite par l'épidémie, un dépistage sauvage s'est généralisé dans le secteur privé, chaque praticien inventant un modèle subjectif de « personne à risque » sur des apparences à la fois physiologiques et sociales.

7 Voir à ce propos la photo de couverture de ce numéro, prise à Dakar lors d'une journée internationale de lutte contre le sida.

8 Cf. notamment Vuarin [1999].

9 Dozon et Fassin [1989] avaient déjà soulevé le problème des fonctions discriminatoires des catégories épidémiologiques en Afrique.

10 Gruénais [1999 b] pointe à ce propos l'ambiguïté qu'il y a à instituer les instances religieuses en partenaires de la prévention, alors que leur discours moralisateur va le plus souvent à l'encontre des messages préventifs.

Cette politisation du médical s'accompagne, remarque F. Bourdier, d'une médicalisation du social<sup>11</sup> : pour éviter la contamination, il suffit finalement d'avoir « une bonne hygiène sociale et sexuelle de vie ». Cette représentation, elle aussi très générale (incitations « hygiénistes » à un retour au religieux et à l'ordre moral-familial), induit deux biais dans les politiques de prévention. Elle agit d'une part sur le ciblage des messages en superposant implicitement à la liste idéologique des groupes à risque une liste des groupes protégés ou supposés tels. En Indonésie, L. Husson note que la focalisation des messages sur la sexualité « transgressive », et essentiellement sur la prostitution, fait que les femmes mariées tendent à se sentir protégées par leur statut. Les adolescents, quant à eux, ne sont jamais spécifiquement sensibilisés au danger parce que leur sexualité (justement parce qu'on la suppose transgressive, du fait qu'ils sont considérés comme potentiellement protestataires et en voie d'occidentalisation) est un sujet tabou. Le deuxième biais, induit par la représentation sociomédicale en liant unilatéralement le risque à l'adoption de pratiques transgressives, et presque uniquement sexuelles, consiste à faire ainsi largement l'impasse sur les autres modes de contamination et notamment sur les risques liés aux insuffisances du dispositif médical lui-même. En Inde, par exemple, l'affirmation d'une contamination par voie sexuelle à 80 ou 90 % a été posée à titre de pur postulat.

La mise en place au Sud des dispositifs de lutte contre le sida a eu une dimension politique immédiate. Parallèlement aux tentations de déni qui ont été évoquées, la reconnaissance de l'épidémie et l'inscription dans le dispositif international sont apparues comme de nouveaux termes des négociations Nord/Sud (à Taiwan par exemple de la possibilité d'intégrer l'Onu), et tout particulièrement comme des conditions pour bénéficier d'un nouveau pan substantiel de l'aide internationale. Les États nationaux étaient constitués à la fois, selon l'expression de F. Bourdier, en receveurs et en clients. La pratique du dépistage, sa généralisation ou non, la divulgation des taux de séroprévalence sont donc rapidement devenus des enjeux politiques et financiers, la livraison de données épidémiologiques étant nécessaire pour bénéficier de programmes d'intervention, ces données étant par ailleurs réappropriées par des groupes d'intérêt. Aux négociations entre États et organismes internationaux (dont un exemple nous est donné, en Inde, par l'opposition entre le « catastrophisme » de l'OMS et le « possibilisme prudent » du gouvernement, et un autre à Saint-Martin, autour de l'opposition entre les définitions de l'OMS et celles de Bangui-Abidjan) s'est surimposé, avec une montée en puissance de la « société civile » et des ONG<sup>12</sup>, un jeu sociologique entre une pluralité d'acteurs. Ce jeu est particulièrement ambigu, puisque les agences internationales, qui passent de plus en plus outre aux États, ne peuvent néanmoins œuvrer sans son consentement, que ces derniers oscillent entre le raidissement sur leurs privilèges et l'investissement des nouvelles lignes de circula-

11 A. Desclaux [1998] observe d'autres types de dérives liées au même processus en Thaïlande et à propos de la recommandation de l'IVG aux mères séropositives. Elle montre alors comment « la médicalisation d'un discours sur le risque social légitime ce discours et garantit sa mise en pratique ».

12 Sur ce point et sur les reformulations par Onusida de la politique de prévention, on consultera Gruénais [1999 a] et Delaunay (dans ce recueil).

tion de la rente, et que les ONG oscillent entre la revendication (corporatiste) du dépérissement de l'État et une demande de reconnaissance de celui-ci.

Renner Mamert et Lié Onana [1996 : 195] remarquaient que « la fragmentation du tissu associatif sidéen est porteuse d'effets pervers », ce notamment du fait d'une compétition pour la distribution des ressources. À l'inégalité spatiale des campagnes de dépistage attestée sur la plupart des terrains évoqués ici, s'ajoute en effet une très inégale répartition des structures associatives selon les régions ou les provinces (cf. notamment Bourdier, Eboko, Husson, Vignato), répartition triplement orientée par les choix nationaux, la proximité des représentants des agences internationales et l'orientation des réseaux de partenariat. Ceux-ci tendent à se constituer en réseaux concurrents, avec des stratégies de capitalisation des partenaires, ce qui crée plusieurs distorsions. En Inde, une véritable compétition s'engage entre centres urbains pour acquérir le statut de « capitale du sida » ; une véritable chasse aux – nouveaux – groupes à risque s'organise pour légitimer de nouveaux types d'action, avec la caution des représentants des sciences médicales soucieux d'asseoir leur autorité et de s'insérer dans les nouveaux réseaux. F. Bourdier montre comment, dans le cadre d'une « montée du professionnalisme dans le domaine humanitaire », les grosses ONG absorbent les plus petites et récupèrent à moindre coût les leaders des organisations communautaires locales, et comment les pouvoirs locaux s'inscrivent dans la compétition en organisant des stratégies de blocage des financements. Au Cameroun, F. Eboko analyse les jeux de pouvoir entre État, médecins et scientifiques, et leur inscription dans des réseaux transnationaux. Il met en évidence une logique du « chevauchement » (*straddling*), de réappropriation personnalisée et de capitalisation des réseaux à partir de positions statutaires. Cette logique obéit aux « modes particuliers de la reconnaissance internationale » et réoriente à son profit la plupart des actions d'information ou d'encadrement. Tout cela relativise fortement l'idée d'une prise en main de la lutte contre le sida par la société civile, et montre que dans ce secteur comme dans d'autres la marginalisation des États n'est pas un gage d'éviction des logiques clientélistes.

Outre l'inégalité spatiale qu'ils induisent dans la couverture préventive et sanitaire, et dont les effets sont accentués par la récession budgétaire du secteur public de santé, ces processus renforcent la tendance à l'uniformisation des messages et procédures, et à la subordination ou à l'éjection des acteurs susceptibles d'incarner des logiques véritablement locales. Ceux-ci apparaissent d'ailleurs facilement comme contestataires (cf. le cas des associations d'homosexuels, de routiers et de prostituées en Inde). Les actions bénévoles, lorsqu'elles ne sont pas intégrées aux réseaux dominants, disparaissent faute de financement ou sont éliminées (cf. le cas d'une émission radiophonique au Cameroun). Les projets d'intervention sont, dans le cadre d'une compétition aiguë, définis par des « spécialistes en projets » avec un souci de conformité technocratique qui aboutit à servir inlassablement le « plat du jour » (F. Bourdier) des agences internationales. Celui-ci, outre les idéologies stéréotypées de la globalisation, de l'antiétatisme et de l'associativité, procède d'une forme virtuellement stigmatisante de culturalisme<sup>13</sup> (où se concurrencent d'ailleurs

---

13 Pour la critique du culturalisme appliqué au sida, cf. Vidal, 1996.

« cultures » et « couches sociales »). Il s'agit de repérer des groupes à risque, des « traits culturels-obstacles », aux antipodes d'une analyse des contraintes économiques et sociales concrètes, des conditions locales internes de la production de la maladie. Des modulations idéologiques interviennent de plus sporadiquement dans des logiques purement verticales et tout aussi abstraites. Selon les modes et le moment, des campagnes de soins et de suivi des malades seront privilégiées au détriment de campagnes de prévention-information, ou bien le contraire, cela de façon largement indifférente aux nécessités locales aussi bien qu'à la logique générale d'articulation des deux types d'action.

Ces logiques dominantes du champ international peuvent s'éclairer en examinant la succession des concepts qui ont fondé le « discours médico-préventif » depuis le déclenchement de l'épidémie. Du concept de *groupe à risque*, vite ressenti comme stigmatisant, à celui de *comportement à risque* (fondé par une étiologie scientifique et promouvant la responsabilité individuelle), puis à celui de *vulnérabilité* (prenant en compte les déterminants socioéconomiques qui exposent certains groupes de façon privilégiée et renvoyant à la gestion de la santé publique), K. Delaunay suggère qu'on a affaire à des « logiques d'identification » successives aux implications différentes. Elle y repère, sous l'apparente succession linéaire, la présence de « discours concurrents » [Seidel, 1993] d'une part, et celle d'une logique récurrente de particularisation de l'Afrique d'autre part. La prise en compte des vulnérabilités notamment, articulée à une « théorie sexuelle du sida », a suscité un discours médico-moral qui glisse subrepticement d'un argumentaire comportemental à un argumentaire culturel avec la mise en avant d'un « modèle africain de sexualité ». L'Afrique redevient-elle insensiblement le « berceau (culturel cette fois et non plus biologique) du sida » ? La prévention (qui domine au sud, *versus* le dépistage et la prise en charge) distribue sur des « pratiques culturelles » (circoncision, excision, tatouages, lévirat...) des valeurs positives ou négatives. Des investissements idéologiques variés y président en se conjuguant ou en s'opposant : universalisme, humanisme, matérialisme, féminisme, « développementisme ». Ils ont en commun la volonté de lutter contre les inégalités et les discriminations. Mais on peut se demander si, en filtrant la réalité à travers une série d'oppositions plus ou moins explicites ou conscientes (dominants/dominés ; actifs/passifs ; transmetteurs/victimes ; libres/dépendants), ces idéologies n'entérinent pas finalement, sous le concept de *vulnérabilité*, l'écart entre Nord et Sud, et ne consacrent pas, sous celui d'*empowerment*, la domination masculine.

On peut s'interroger, dans le même esprit, sur les uniformisations conceptuelles repérables dans le discours scientifique et celui des organisations internationales et sur leurs effets. Pour comprendre la plus grande exposition des femmes à la maladie, de nombreux travaux socioanthropologiques ont exploré les conditions concrètes de leur discrimination<sup>14</sup>. Mais, dans le langage « préventif-international », remarque L. Vidal, la notion de *vulnérabilité* a été investie pour penser des réalités extrêmement diverses, de la plus grande susceptibilité biologique des femmes au virus à leur possibilité de contrôler, réduire ou négocier le risque

---

14 Cf. notamment Le Palec *et alii* (éd.) [1997] ; Le Palec [1999] ; Farmer, Furin [1997].



dans des situations variées et concrètes. Celle d'*empowerment*, transférée du champ d'analyse des rapports de pouvoir dans celui des relations de genre, tend à réduire les rapports de genre aux rapports de sexes et ceux-ci à la négociation du préservatif: comme K. Delaunay, L. Vidal se demande si son emploi indifférencié n'est pas de nature à conforter la hiérarchie des sexes. Dans les faits, des femmes sont confrontées, dans des situations hétérogènes, à des contraintes de plusieurs niveaux mettant en jeu leur statut professionnel, leur autonomie financière, leur rapport à leur mari, leur désir de maternité, leur accès différencié aux systèmes de soins: l'ensemble détermine des « vulnérabilités » singulières et des rapports différenciés aux risques. La notion de *communauté* enfin est souvent utilisée de façon acritique et sans enquête sociologique préalable dans le système de prévention. Le jeu de ces notions globalisantes forme un discours apparemment consensuel qu'on retrouve sur des supports divers (conférences, rapports administratifs, scientifiques...). Loin d'assurer l'intercompréhension, ce discours polysémique ne s'impose que par un « effet de contexte » et est entendu différemment, en situation, par des chercheurs, des agents de santé, des responsables institutionnels et des membres d'associations de séropositifs, suscitant malentendus et attentes déçues. Contre cette « pauvreté descriptive et explicative », l'auteur appelle donc à une discussion des procédures de conceptualisation des phénomènes observés.

L'analyse de ces décalages explique le constat, fait par F. Bourdier, de la tendance qu'a le système de prévention à « prescrire des modèles et tester leur répliquabilité » plutôt qu'à mettre en commun idées et expériences. On a largement constaté qu'au Sud l'avènement du sida avait exacerbé la plupart des tensions sociales et suscité maintes logiques d'exclusion, ce qui amène F. Eboko à parler d'une « épidémie du conservatisme », en clin d'œil critique à « l'épidémie progressiste » « qui bouscule la hiérarchie des légitimités » dont parlait, pour le Nord, D. Durand [1996 : 302]. On peut rappeler d'ailleurs que l'épidémie aurait pu être tout aussi conservatrice au Nord et pour les mêmes raisons, si ne s'étaient dressés des discours militants. Mais on peut constater aussi que toutes les grandes tensions idéologiques et théoriques propres aux systèmes de pensée occidentaux – les nouveaux « butoirs » de la pensée occidentale, serait-on tenté de dire en plagiant F. Héritier – se sont projetés sur le sida, et ont successivement ou simultanément présidé à l'élaboration – dans la contradiction<sup>15</sup> – du dispositif de lutte. Cela est particulièrement net, comme on vient de le voir, dans les hésitations sur la nature des destinataires de la prévention: individus, communautés, cultures, couches ou classes – sociales ou sexuées – défavorisées. Derrière ces inflexions se cachent des choix politiques et éthiques, mais aussi de vieilles problématiques revues au prisme des idéologies du développement et de leurs récentes inflexions. Au carrefour de ces hésitations, dans les campagnes d'information, où il s'agit de convaincre

---

15 Contradiction illustrée par les « discours concurrents » déjà évoqués, et liée à des mutations accélérées des principaux codes sociaux qu'on n'évoque curieusement, le plus souvent, qu'à propos des sociétés du Sud, alors même que celles du Nord sont le théâtre de réadaptations constantes de ces codes et de luttes idéologiques permanentes à leur sujet, que l'actualité ne cesse de témoigner du caractère instable des consensus réalisés dans le dernier demi-siècle et que la survenue du sida elle-même a immédiatement réactivé des affrontements potentiels.

des destinataires mal identifiés mais qu'on suppose rationnels, même si leur apparente résistance semble témoigner de leur singularité<sup>16</sup>, « un pari sur l'universalité de la raison abstraite englobe des interrogations inspirées par un relativisme bien tempéré » [Bourdarias, 1996 : 11]. Cette situation explique sans doute qu'on se rabatte tantôt sur un « culturalisme de l'obstacle », tantôt sur un néo-universalisme de la « condition » (humaine, précaire, féminine). Les deux peuvent d'ailleurs se rejoindre, les discours sur la vulnérabilité et l'*empowerment* s'inspirant par exemple à la fois d'un militantisme universaliste et d'une vision culturaliste parfois réductrice des rapports de genre même dans les sociétés du Nord [Spencer, 1997].

De même, note L. Vidal, le thème d'un « double sida » (sida du Nord/sida du Sud), s'il reflète d'une part une réalité incontestable<sup>17</sup> (même si les situations précaires au Nord y dessinent un sida « du Sud »), peut présenter le danger de « sur-culturaliser » la maladie (d'instaurer arbitrairement la culture comme *fondement* de ces différences); inversement, dit-il, la pensée exagérément globalisante à l'œuvre dans les campagnes « sous-culturalise » la maladie en occultant les singularités locales. Ces mêmes dérives sont repérables dans les consignes de prévention, lorsqu'on stigmatise des « coutumes » en faisant l'impasse (pour le Sud) sur les modes sexuels comportementaux de contamination (*surparticularisation*, cf. K. Delaunay); ou lorsqu'on conjugue fidélité et/ou préservatif sans se demander si on n'interfère pas avec des problématiques locales globalisantes de la pureté et de l'impureté morale ou religieuse (*sous-particularisation*, cf. Taverne, 1999, et ici même Husson et Vignato). D'autres contradictions entre les catégories de la pensée hégémonique et les réalités locales sont repérables lorsqu'on incite dans les mêmes messages à la peur du sida (notamment par des images provoquant la peur des malades) et à la solidarité avec les personnes atteintes, et qu'on émet parallèlement le vœu institutionnel de voir celles-ci intervenir dans la prévention en ignorant le « coût social » (L. Vidal) qu'ils risquent d'assumer (*sous-particularisation*); ou en impliquant dans la prévention ou les systèmes de soins des instances religieuses locales sans se demander si les messages qu'elles diffusent ne sont pas porteurs d'exclusion [Gruénais, 1999 b; Desclaux, 1996]. Les différentes analyses présentées ici suggèrent donc de se recentrer sur les comportements et réalités locales, les conditions locales de production sociale de la maladie d'une part, et les systèmes de référencements de celle-ci d'autre part (logiques d'attribution et d'imputation<sup>18</sup>). Ces productions sociales doivent être l'objet central de l'interrogation préventive, ce contre trois tendances (concurrentielles et/ou conjointes) du discours médico-préventif: la tendance à l'uniformisation conceptuelle; la tendance, propre à la santé publique moderne, de « ramener le social au sujet, maître de son destin biologique » [Fassin, 1996 : 271], qui peut fâcheusement entrer en résonance avec des messages culpabilisateurs moraux ou religieux; et la tendance à instaurer un culturalisme épidémiologique qui est aussi virtuellement stigmatisant. Ce dernier

---

16 Cela bien qu'on n'ait jamais prouvé qu'au Nord une bonne connaissance de la maladie entraîne son ralentissement dans une population [Farmer, 1996 : 97], mais on n'investit pas dans ce cas l'hypothèse culturaliste.

17 Modes de transmission, types d'extension, pathologies associées, type de diagnostic, accès aux soins...

18 Ne serait-ce que pour éviter de les servir, comme on en a vu des exemples plus haut.

masque les phénomènes de « biologisation des forces sociales » [Farmer, Furin, 1997 : 39] dont maints exemples sont donnés ici et qui, notamment par le biais d'inégalités actives (exploitation, domination, racisme, sexisme...), produisent en différents lieux des expositions différentielles au risque. Si en effet des habitus socioculturels existent partout, ils sont partout pris dans des dynamismes sociaux qui suscitent des « représentations polymorphes et changeantes » [Dozon, 1997 : 170], ce qui fait que, comme le remarque F. Bourdier, « rien n'est impossible ni incompatible », ou tout au moins rien ne l'est *absolument*, si l'on prête attention aux conditions de définition, d'implantation et de mise en œuvre des programmes de prévention et de prise en charge.

Ce bref tour d'horizon des processus constitutifs ou parasites de la lutte internationale contre le sida illustre les modalités très particulières qui, en temps de « mondialisation », président à l'internationalisation des enjeux. Au Nord comme au Sud, le sida, épidémie de forte « puissance métaphorique » [Dozon, 1999 : 683], a été l'occasion conjointe de retravailler les tensions socioidéologiques internes et de traiter des relations internationales. Les pratiques locales de stigmatisation par exemple réfèrent l'épidémie, *en première instance*, à la problématique classique de la reproduction et de l'infléchissement des contradictions sociales internes face à une « situation-catastrophe ». La discrimination par l'« étrangeté » (du migrant, de l'« occidentalisé »), ainsi que les réciproques imputations intercontinentales (concernant l'origine de la maladie d'abord, les inadaptations ou les discriminations dans les dispositifs de prévention et de soin ensuite) s'inscrivent, elles, partiellement, dans un paysage postcolonial bien connu. Elles réfèrent l'épidémie, *en seconde instance*, à une problématique de la domination ou de la dépendance et à leurs dimensions politique, institutionnelle et fantasmatique. Mais ces processus renvoient aussi, *en troisième instance*, à une complexification des rapports du Nord et du Sud, à leur relative interdépendance – orientée par des positions de force – dans la gestion de certaines ressources et la définition de certains modèles<sup>19</sup>. En témoignent de nouveaux types de négociations entre les États et les organisations du Nord et les États « receveurs et clients » du Sud, que ce soit à propos des vagues de démocratisation, de la gestion des ressources naturelles ou des politiques mondiales de la santé – instaurées par le Nord – dans lesquelles la lutte contre le sida vient prendre sa place.

Ces négociations s'opèrent d'autant plus sous le signe de la contradiction que les politiques des États du Nord et celles des agences internationales ne sont pas toujours homogènes, et qu'au Nord comme au Sud les nouveaux circuits internationalisés de personnes, de ressources et de paradigmes posent problème. C'est dans ces circuits que s'inscrivent, *en quatrième instance*, les phénomènes étudiés. Les articles présentés ici montrent qu'on conjugue un peu partout, pour penser et traiter l'épidémie, des éléments provenant de registres sémantiques géographiquement, historiquement et logiquement hétérogènes : médico-scientifique, religieux, politico-économique. Sur le plan idéologique, les « bricolages » de la prévention internationale coexistent (et interagissent) ainsi avec ceux qu'effec-

---

19 Je développe ici une idée suggérée par D. Fassin [communication personnelle, juin 1999].

tuent les symboliques populaires ou les idéologies d'État. La diversité de ces bricolages renvoie, à différents niveaux, à l'extrême diversification des rapports sociaux, et l'ensemble de ces représentations ainsi « décontextualisées » ne constitue pas pour autant un stock symbolique mondial et homogène : elles se recontextualisent différemment dans chaque configuration spécifique locale. Parallèlement à un rapport global de domination Nord/Sud, aux nouvelles formes « mondialisées » de négociation entre États et à une trompeuse « globalisation » des référents, dans chaque contexte spécifique, le jeu entre États du Nord et du Sud, et entre États, organisations internationales, forces sociales établies et en émergence réagence la configuration des signes et des pouvoirs. On a vu par exemple que les relations internationales peuvent s'inscrire, à la faveur du sida, dans des rapports sociaux déjà dominants, mais aussi que de nouveaux rapports sociaux locaux peuvent investir les réseaux transnationaux pour émerger, ce en utilisant et/ou en contournant les États. Terminons en rappelant que, dans ce système complexe d'enjeux, la place et les capacités d'action des personnes atteintes (et de celles qui risquent de l'être) par le sida doivent elles aussi se négocier, ce qui se fait, on l'a vu, beaucoup plus difficilement encore au Sud qu'au Nord.

## BIBLIOGRAPHIE

- ANRS-ORSTOM [avril 1997], *Le Sida en Afrique. Recherches en sciences de l'homme et de la société*, Paris, coll. Sciences sociales et sida, 172 p.
- BECKER C., BENAINI S., CISSE-WONE K., DELAUNAY K., DIOUF M., TOURÉ M., VIDAL L. [1996], *Colloque international sciences sociales et sida en Afrique*, bilan et perspectives, communications, Dakar, Codesria-CNLS-Orstom, 1.
- BECKER C., DOZON J.-P., OBBO C., TOURÉ M. (éd.) [1999], *Vivre et Penser le sida en Afrique (Experiencing and Understanding Aids in Africa)*, Paris, Codesria-Karthala-IRD, 707 p.
- BENOIST J., DESCLAUX A. (éd.) [1996], *Anthropologie et Sida*, bilan et perspectives, Karthala, Médecine du monde.
- 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.
- BOURDARIAS F. [1996], « Faut-il croire au sida pour s'en protéger ? Perceptions et négociations du risque biologique : une dynamique des tensions sociales en milieu urbain (Bamako, Mali) », in C. Becker, S. Benaini *et alii* (éd.) : 11-20.
- DESCLAUX A. [1996], « La recherche anthropologique peut-elle contribuer à la lutte contre la discrimination envers les personnes atteintes par le VIH ? », in J. Benoist, A. Desclaux (éd.) : 267-281.
- DESCLAUX A., [1998], « Interprétations médicales du risque VIH : en Thaïlande, le jeu entre risque biologique, risque statistique et risque social », in Shadyc-Orstom : 51-52.
- DOZON J.-P. [1991], « D'un tombeau l'autre », *Cahiers d'études africaines*, 121-122 : 135-157.
- DOZON J.-P. [1997], « Postface », in ANRS-Orstom, 1997 : 169-172.
- DOZON J.-P., FASSIN D. [1989], « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux sociopolitiques du sida en Afrique », *Sciences sociales et Santé*, 7 : 21-36.
- DOZON J.-P., VIDAL L. (éd.) [1995], *Les Sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, Orstom éditions.
- DOZON J. P. [1999], « Des appropriations sociales et culturelles du sida à sa nécessaire appropriation politique : quelques éléments de synthèse », in C. Becker, J.-P. Dozon *et alii* (éd.) : 679-688.
- DURAND D. [1996], « Le sida, épidémie "progressiste" ? », in J. Benoist, A. Desclaux (éd.) : 301-308.

- 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], « L'anthropologie face à la pauvreté et au sida dans un contexte rural », in J. Benoist, A. Desclaux (éd.): 89-100.
- FARMER P., FURIN J. [1997], « Sexe, drogue et violences structurelles: les femmes et le VIH », in A. Le Palec *et alii* (éd.): 35-46.
- FASSIN D. [1996], *L'Espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Puf, Sociologie d'aujourd'hui, 324 p.
- FAY C. [1999], « Du "culturel", de l'"universel" ou du "social" ? Penser le sida et la prévention au Mali », in C. Becker, J.-P. Dozon *et alii* (éd.): 277-298.
- GÉRARD E. [1996], « Gestion du sida et gestion du changement social: le cas de Sélingué au Mali », in C. Becker, S. Benaini *et alii* (éd.): 129-140.
- GRUÉNAIS M.-É. [1999 a], « Les dispositifs de lutte contre le sida à l'heure d'Onusida et de la démocratisation », in C. Becker, J.-P. Dozon *et alii* (éd.): 455-471.
- GRUÉNAIS M.-É. [1999 b], « La religion préserve-t-elle du sida? Des congrégations religieuses congolaises face à la pandémie de l'infection par le VIH », *Cahiers d'études africaines*, XXXIX (2), 154: 253-270.
- HÉRITIER F. [1997], « Préface », in ANRS-Orstom: 7-9.
- LE PALEC A. [1994], « Bamako, taire le sida », *Psychopathologie africaine*, XXVI (2): 211-234.
- LE PALEC A., DIARRA T. [1995], « Révélation du sida à Bamako, le traitement de l'information », in J.-P. Dozon, L. Vidal (éd.).
- LE PALEC A., LUXEREAU A., MARZOUK Y. (éd.) [1997 a], « Femmes et sida », *Journal des anthropologues*, 68-69.
- LE PALEC A., LUXEREAU A., MARZOUK Y. [1997 b], « Entretien avec Françoise Héritier », in A. Le Palec *et alii* (éd.): 21-34.
- LE PALEC A. [1999], « Le sida, une maladie des femmes », in C. Becker, J.-P. Dozon *et alii* (éd.): 343-362.
- RENNER M., LIÉ O. [1996], « Un objet politique au carrefour des problématiques légitimes du nouvel ordre international: science politique, réalités et symboliques du sida en post-colonies », in C. Becker, Benaini *et alii*: 191-204.
- SAN MARCO J.-L. [1996], « Quelle est la valeur prédictive des études épidémiologiques? », in J. Benoist, A. Desclaux (éd.): 107-116.
- 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.
- SHADYC-ORSTOM [1998], *Gérer les risques, maîtriser les pratiques*, journées Orstom « Sciences sociales et santé », Communications.
- SPENCER B. [1997], « Où sont passées les relations hommes-femmes dans la prévention du sida? », in Le Palec *et alii* (éd.), « Femmes et sida », *Journal des anthropologues*, 68-69: 67-76.
- TAVERNE B. [1999], « Valeurs morales et messages de prévention: la "fidélité" contre le sida au Burkina Faso », in C. Becker, J.-P. Dozon *et alii* (éd.): 509-525.
- VIDAL L. [1996], *Le Silence et le Sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Anthropos, 217 p.
- VUARIN R. [1999], « Le chapeau utile n'est pas dans le vestibule », in C. Becker, J.-P. Dozon *et alii* (éd.): 433-454.