

ONG et puissances publiques dans la lutte contre le sida en Inde : enjeux et répercussions sociopolitiques

*Frédéric Bourdier **

En Inde, la tradition associative a toujours été un élément fort qui, en quarante ans d'expérience, a suscité une multitude de projets locaux dont les approches et les orientations témoignent d'une grande flexibilité et capacité d'intervention [Riddel, Robinson, 1995]. Le milieu des ONG indiennes regorge d'actions originales extrêmement diversifiées, innovatrices, alternatives et revendicatives et représente une source de réflexion pour tous les pays du Sud.

Avec l'irruption de l'épidémie du VIH et les ressources financières mises à disposition, le secteur associatif connaît un nouvel essor, mais aussi un rétrécissement de son champ d'activités et surtout de sa marge de liberté comme il sera analysé ultérieurement. C'est ainsi que dans l'État du Tamil Nadu, au sud-est de la péninsule, plusieurs centaines d'ONG¹ essentiellement financées de l'étranger sont impliquées, à des degrés divers, dans la lutte contre le sida. À l'opposé, le secteur public de santé, dont l'intégration spatiale des services, la disponibilité en médicaments, en ressources humaines et matérielles, constituent autant de points positifs en comparaison avec la majorité des pays du Sud [Bourdier, 1993], connaît une crise de récession budgétaire et affiche de plus en plus de difficultés à pérenniser son rôle au sein d'un pays en pleine recomposition sociale, économique et politique.

Un tel paradoxe entre le domaine public subissant le revers des incitations aux ajustements structurels et le domaine privé qui bénéficie de toutes les bienfaitances étrangères n'est pas sans soulever un certain nombre de controverses dans la mesure où la politique de développement a toujours fonctionné au sein d'un système administratif régi par des plans quinquennaux. Les affrontements entre acteurs du développement révèlent des enjeux géopolitiques, économiques, sociaux et culturels dont cet article ambitionne d'analyser une partie. Ces enjeux dépassent le cadre national et acquièrent leur pertinence dans un contexte global où s'expriment les tensions Nord-Sud.

* Géographe-ethnologue, université de Bordeaux-II, CNRS/Upres A 5036, « Sociétés Santé Développement ».

Recherche en milieu urbain financée par l'ANRS (1996-1998). Pour une bibliographie plus complète et des précisions sur le cadre, les conditions, les objectifs de la recherche, voir Bourdier [1998].

¹ Les estimations oscillent entre 400 et plus de 600 pour un État dont la population équivaut à celle de la France.

Notre propos vise à montrer que la lutte contre le sida fait émerger des forces antagonistes et ranime les conflits et contradictions entre gouvernement et secteur privé, dans un pays où les décideurs restent partagés sur la manière d'accepter et de gérer le processus de globalisation économique; d'où les négociations délicates entre idéologies opposées qui se cristallisent à propos de la politique à mener vis-à-vis de la pandémie.

Des politiques aux stratégies de prévention

Le sida est une préoccupation récente en Inde. On aurait pu croire que l'expérience des pays européens, africains et sud-est asiatiques (surtout la Thaïlande, érigée en modèle) eût contribué à une prise de conscience plus rapide. En 1986, date à laquelle fut recensé le premier cas, des voix isolées commencèrent à s'élever afin de sensibiliser le gouvernement et l'inciter à intervenir rapidement. On savait qu'une attitude de laisser-aller avait considérablement retardé la mise en place d'une politique de prévention dans de nombreux pays et les contrecoups néfastes de ces délais étaient désormais manifestes. La chance de l'Inde était de saisir l'opportunité de réagir promptement et de profiter des acquis et des erreurs commises ailleurs. Malheureusement, il n'en fut rien et la trajectoire de la politique nationale allait suivre les pérégrinations similaires observées auparavant en Afrique.

Au début de l'annonce officielle de l'existence de l'épidémie en Inde, le ministère de la Santé et du Bien-Être familial fut l'autorité légale désignée pour prendre en charge la lutte contre le sida. Quelques annonces préventives calfeutrées qui ne disaient pas grand-chose, un budget minimal, une politique inexistante assortie d'un laisser-aller entremêlé d'une attitude de déni: telles étaient les caractéristiques de l'intervention jusqu'en 1992.

Les faits et rumeurs en provenance de l'Afrique et de l'Occident attribuaient la diffusion du virus à des pratiques sexuelles sans contrôle social, à l'homosexualité, au multipartenariat endémique à certaines cultures débridées, à des peuples où la polygamie régnait. Autant de spécificités qui n'étaient pas censées exister dans une Inde régie par des normes orthodoxes réduisant échanges et contacts entre individus. Bref, une maladie transmise par le sexe ne pouvait trouver de terrain propice dans le pays. L'épidémie restait confinée à l'autre, à l'étranger, au marginal.

Pendant plus de quatre ans, toute tentative d'action fut paralysée. L'irruption de l'épidémie dérangeait trop le fonctionnement du système de santé déjà fragilisé par des coupes budgétaires et accablé par des épidémies plus visibles et plus virulentes. Une multitude d'autres questions de santé publique méritaient d'être résolues en priorité [Bourdier *et alii*, 1998].

Il y eut donc une réticence – tant pour des raisons matérielles qu'idéologiques – à intégrer le sida parmi les autres activités de santé et développement. En l'absence de données épidémiologiques, il semblait futile de se pencher sur un virus dont on ne savait pas sur qui, où et comment il se diffusait dans le sous-continent indien.

En 1989, l'Organisation nationale pour le contrôle du sida (NACO) fut créée. Des fondations comme Ford, Rockefeller et Mac Carthy financèrent des pro-

grammes de prévention dès le début des années quatre-vingt-dix, mais l'attitude des administrateurs restait frileuse. Les rares actions ponctuelles étaient des mesures répressives. Les personnes contaminées étaient fichées, mises à l'écart, rejetées des hôpitaux privés et publics, parfois incarcérées dans des lieux faisant office de sidatoriums, à l'image des centres de désintoxication où étaient incarcérés des centaines de jeunes à Manipur dans le nord-est du pays. En dehors de ces actions répressives, le gouvernement ne réagissait guère et affichait une politique démesurément libérale du genre « on verra plus tard ». À l'inverse, certains États comme celui de Goa – haut lieu touristique sur la côte ouest – mirent en place une politique coercitive avec des lois renforçant la mise à l'écart des personnes contaminées et insistant sur le dépistage obligatoire pour certaines populations à risque (prostituées, bisexuels, usagers de drogues intraveineuses, donneurs professionnels de sang) moyennant intervention de la police si nécessaire.

La période de déni total (1986 à 1989) et de semi-déni (1990-1991) s'acheva quand les premières données épidémiologique brisèrent le rêve de l'immunité indienne. À l'instar d'autres pays du Sud et du Nord, l'épidémie fut perçue comme un problème médical. Les responsables du secteur de santé avaient de quoi être inquiets : l'absence de contrôle des banques privées de sang [Bhattacharya, 1991] et le manque de sécurité dans les hôpitaux laissaient suggérer l'immensité de la tâche à accomplir dans un pays de 900 millions d'habitants. La majorité des médecins et des équipes paramédicales n'avaient pratiquement aucune connaissance sur le sida, en dehors de ceux ayant accès à des revues scientifiques étrangères. Aucun programme de formation du personnel de santé n'était en place. Quant aux premières campagnes de prévention, elles se restreignaient à des événements extraordinaires et dispendieux, organisés en grande pompe (parade d'éléphants décorés, rallye d'étudiants, distribution massive de pamphlets avec des mots d'ordre du genre « non au sexe sans le mariage ») auxquels la population, dubitative ou fascinée, assistait comme à un spectacle « donné à voir ».

La formulation d'une politique pour contrecarrer l'épidémie continue à s'effectuer en dents de scie. Entre déclarations alarmistes et discours d'intention, on n'entrevoit guère, toujours en 1998, de résolution durable à l'échelle nationale. La politique existante est moins une politique explicite qu'une ligne directrice, impulsée par les agences internationales, et modulable au sein de chaque État².

L'OMS, traditionnellement mandatée pour appuyer techniquement la mise en œuvre des programmes de santé, fut appelée à élargir son champ d'action classique à l'égard de l'épidémie. Partant du postulat – non vérifié scientifiquement – que 80 à 90 % des contaminations s'effectuent en Inde par voie sexuelle, l'institution genevoise instaura son concept de tutelle. Il s'ensuivit une définition sélective des axes prioritaires en matière de prévention : il s'agit de réduire la propagation sexuelle en promouvant le préservatif tout en réalisant de vastes études CAP (connaissances, attitudes, pratiques) pour évaluer lesdites campagnes d'information et de sensibilisation. Deux autres axes retinrent l'attention, mais dans une

2 Pour plus de détails, voir Tamil Nadu State Aids Control Society [juin 1996], *Executive Committee Meeting Agenda*, Chennai, 153 p.

moindre mesure : contrôle du sang et des produits sanguins, dépistage obligatoire pour les donneurs de sang professionnels.

En 1992, 90 % du faible budget national antisida fut destiné à la séro-surveillance. Cette volonté d'obtenir des données épidémiologiques était en réalité commanditée par la politique de l'OMS souhaitant doter le pays d'infrastructures nécessaires pour assurer un système de surveillance épidémiologique. Une fois constatée la volonté des décideurs indiens de se conformer à la stratégie globale, l'agence genevoise mit rapidement à leur disposition des fonds pour installer 48 centres de surveillance épidémiologique. Par la suite, d'autres organismes internationaux comme Usaid et l'Union européenne vinrent appuyer des actions de prévention et financèrent la plupart des activités à l'échelon national. Le budget total disponible par Naco en 1996-1997 allait doubler en un an. En termes bruts, le programme contre le sida allait désormais recevoir davantage que le programme antimalaria, antituberculose, ou antilèpre [Shridhar, 1996 : 94]. Ce déploiement d'allocations tous azimuts fut accueilli comme un premier succès, nonobstant la question de son usage adéquat.

Le transfert des fonds en provenance de l'étranger fut retardé par des problèmes logistiques. C'est ainsi que l'agence d'aide américaine entama des négociations dès 1992 pour ne pas traiter avec le gouvernement. Étaient évoqués la corruption, le clientélisme, l'opportunisme et la lenteur des rouages institutionnels. Trois années furent nécessaires pour que les sommes allouées aillent directement à un organisme privé chargé de ventiler l'argent auprès des ONG locales. Néanmoins, après quatre ans d'existence, on constate que les raisons évoquées pour contourner l'État peuvent s'appliquer à propos des relations entre ONG, agences intermédiaires et organisations internationales comme en témoignent nos enquêtes [Bourdier, 1998], ainsi que des rapports effectués dans le Tamil Nadu dont un concluait récemment que « les programmes antisida font vivre autant de gens qu'ils ne parviennent à en sauver » [*Tamil Nadu Report*, 1998].

Agences internationales et sous-traitance

L'implication des ONG locales

Les premières initiatives dans le domaine de la prévention provinrent du secteur associatif qui, sans attendre la médiation de l'État, sut mobiliser l'opinion internationale et attirer l'attention sur l'inertie du gouvernement. Réciproquement, les pouvoirs publics reconnurent, dès 1990, l'indispensable participation du secteur privé dans la lutte contre le sida.

Les premières ONG à se consacrer spécifiquement au sida sont apparues dès la fin des années quatre-vingt. Auparavant, certaines organisations intégraient la prévention du sida dans leurs activités de développement d'une manière discrète et épisodique. La prévention sociale s'appuyait sur des concepts rudimentaires et se limitait à des incitations ayant pour but de renforcer l'harmonie de la famille. La société structurée dans ses formes conventionnelles constituait un rempart idéal contre la propagation de l'épidémie. D'autres associations travaillant en faveur du planning familial ajoutèrent l'élément santé comme justification supplémentaire pour l'emploi du préservatif.

Figure 1 – Chronologie de l'intervention du secteur privé

	Tamil Nadu	Reste de l'Inde
Premier diagnostic	1986	1987
Premières ONG	1989-1990	1990
Associations communautaires	1995-1996	début des années 90
Groupes séropositifs	1995	1989 : Goa
Groupes gays	1994	1997-1998

Sources : documents ONG.

Contrairement à d'autres pays, les voix des individus contaminés ne se firent pas entendre dès le début, à une ou deux exceptions près. À côté des scientifiques issus du secteur médical, des travailleurs sociaux et des journalistes commencèrent des actions auprès de groupes dont on ne parlait guère jusqu'à présent. Ces premières ONG circonscrivirent leurs projets sur les prostituées, les transsexuels et les homosexuels et eurent le mérite d'attirer l'attention sur la prévalence de la prostitution forcée masculine et féminine dans toutes les couches de la population. À côté de ces interventions « atypiques » et quelque peu dérangeantes, la mode restait aux grandes campagnes de masse, peu convaincantes, où, durant une journée entière, la population était appelée à défiler dans les rues en hurlant des slogans contre le démon mythologique (*rakshasa*) réapparaissant sous la forme du sida, annonçant la fin du monde proche si jamais la civilisation indienne ne se décidait pas à rejeter une bonne fois pour toutes les valeurs décadentes du monde occidental.

Avec l'encouragement des organisations internationales, le nombre d'ONG augmenta rapidement après 1992, quoique de manière inégale : des États comme le Bihar et le Madhya Pradesh n'ont pratiquement aucun réseau associatif et l'on ignore encore tout de leur situation épidémiologique. Dans le Tamil Nadu, les programmes se concentrèrent essentiellement en milieu urbain, d'énormes disparités apparurent d'une ville à l'autre et à l'intérieur même d'une ville. Les bidonvilles et les quartiers défavorisés devinrent la cible prioritaire des ONG pour qui les pauvres constituaient une population particulièrement vulnérable. Il fut aussi demandé aux ONG de poursuivre ce que le secteur public ne pouvait pas accomplir. Ainsi, la réticence et le « blocage » des professeurs à aborder la sexualité et le sida incitèrent le gouvernement à utiliser les services des associations perçues comme capables d'accomplir la besogne contraignante.

Une autre raison de l'inégale intervention des programmes de prévention est que les grandes organisations internationales préféraient concentrer des actions dans des lieux « pilotes » afin de ne pas disperser leur budget dans le vaste sous-continent. Mais si le Tamil Nadu fut le premier État à capter les fonds de l'OMS et d'Usaid, c'est parce qu'il fut le premier à mettre sur pied des structures capables de les recevoir directement de l'étranger. Ce tour de main administratif lui permit d'être en position de force pour attirer l'attention des organismes

soucieux de passer outre New Delhi et de s'implanter dans un lieu circonscrit susceptible d'être érigé en modèle.

Très peu d'ONG indiennes disposent d'une source de financement interne. Dans le Tamil Nadu, seulement deux ou trois associations, soit moins de 1 % d'entre elles, ont une garantie d'autonomie et de financement durable et ne dépendent pas des soubresauts de la politique internationale. Personne ne sait en effet en quoi, et à quelles conditions, consisteront les donations dans les années à venir. C'est dire la fragilité du système sur lequel reposent les ONG. Ne parvenant pas à générer de dynamisme interne, elles sont constamment menacées de disparition en cas de restriction de l'aide extérieure.

En contrepoint, apparaissent des mouvements de mobilisation communautaire. À Calcutta, les prostituées s'organisent, demandent un statut légal, entendent participer à la lutte contre l'épidémie et comptent susciter un mouvement d'envergure nationale [Namboodiri, Chowdhury, 1997]. Le comité national des femmes a constitué un groupe d'anciennes prostituées qui fait pression au niveau du gouvernement et attire l'attention sur des problèmes ouvertement peu discutés comme la prostitution des mineures et le trafic des femmes. Des communautés *gays* dans le Tamil Nadu développent des réseaux et prennent une part active dans la prévention et l'éducation sans se focaliser sur les homosexuels.

En dehors de ces mouvements créatifs mais exceptionnels, le nombre des organisations communautaires régresse dans le Tamil Nadu. Trois phases se sont succédé : leur apparition à côté des ONG, leur développement assorti d'un accès à une relative autonomie et depuis peu leur diminution au profit d'une réabsorption par les ONG. Avec la montée du professionnalisme dans le domaine humanitaire, les leaders des organisations communautaires font figure de parents pauvres : mal à l'aise pour rédiger de beaux rapports en anglais, éprouvant de la difficulté à maintenir une cohésion. Plus dérangent, leurs objectifs n'apparaissent pas clairement aux yeux des bureaucrates habitués à comptabiliser, à prévoir un agenda, à mettre en place des actions tangibles, et peu réceptifs à donner libre cours à des groupes informels percevant le développement comme un processus. En conséquence, leurs financements tendent à s'effriter au profit de grosses ONG dont certaines font preuve d'ingéniosité à récupérer à moindre coût les leaders d'organisations communautaires.

Professionnalisation des ONG et mainmise internationale

Au premier abord, les chiffres impressionnent. Le nombre d'ONG qui s'attachent à combattre le sida serait révélateur de l'ampleur et de la mobilisation des groupes concernés dont le Tamil Nadu fournirait un cas exemplaire. On ne peut cependant interpréter cette montée du secteur associatif indépendamment des financements mis à disposition par les bailleurs de fonds étrangers.

L'augmentation rapide du nombre d'ONG peut donc être soumise à interrogation. Leur crédibilité a été interrogée à maintes reprises et force est de reconnaître que beaucoup d'entre elles n'ont qu'une existence sur le papier. Dans le Tamil Nadu, trois types d'ONG ont été mis en évidence : celles, minoritaires, qui sont pleinement actives et font des efforts constants en vue d'accomplir leurs objectifs

à terme ; celles, majoritaires, qui sont partiellement actives et qui se créent en fonction des fonds disponibles ; et celles qui ne fonctionnent absolument pas, et sont en éventuelle attente d'une opportunité financière. De plus, une tendance à la compétition règne. Une lutte sans merci implique délation, récupération du personnel compétent, chantage politique, clientélisme et diffusion populaire de discours destinés à briser les efforts d'un concurrent. Des réseaux d'ONG se forment pour faire contrepoids à d'autres réseaux, rarement dans un but de réflexion collective mais plutôt dans une perspective stratégique (drainer les fonds, s'unir contre un ennemi commun, ruiner un adversaire).

Les ONG doivent satisfaire à des critères précis et répondre aux appels d'offres émanant des bailleurs de fonds. Une pratique courante consiste à avoir recours, moyennant rétrocession financière si le projet est sélectionné, à des spécialistes familiers des rouages institutionnels et capables d'écrire des projets attrayants adaptés à la demande. Les projets doivent être clairs et précis avec des cibles facilement repérables et des résultats quantifiables (sous forme de comptabilité : *accountability*). Ils sont limités à une année, éventuellement renouvelables en fonction du succès obtenu. Afin de ne pas dilapider les subventions, des contrôles s'exercent régulièrement et des consultants nationaux et étrangers sont chargés en quelques jours de vérifier le bon suivi du planning des projets. Une évaluation avec statistiques à l'appui devient l'outil de légitimité fondamentale et la condition *sine qua non* de continuation à moyen terme.

À l'inverse, les stratégies mises en œuvre restent floues : à partir du moment où les ONG respectent les diktats des bailleurs de fonds, elles sont encouragées, au nom de la flexibilité et de la nécessité de prendre en compte les particularités locales, à aménager comme bon leur semble les conditions d'implantation de leur projet. Pur discours incantatoire car en réalité celles-ci sont contraintes d'adapter leur agenda non pas en fonction des systèmes sociaux et des systèmes de pensée vernaculaires mais en fonction du plat du jour imposé par les agences multilatérales qui financent peu les projets visant à comprendre de l'intérieur la production sociale de la maladie.

Les grandes ONG s'octroient le privilège des budgets importants et tendent de plus en plus à absorber les plus petites, à leur proposer de la sous-traitance en leur imposant leurs lignes directrices. Cette récupération par le haut limite l'éventail des stratégies sur le terrain et va jusqu'à ruiner les possibilités d'ajustement d'une intervention face à une situation locale originale.

En l'espace de cinq ans, un peu plus d'une dizaine d'ONG ont acquis une position vénérable et ambitionnent d'étendre leurs activités dans d'autres villes, dans les campagnes, parfois même dans les États voisins. Elles concourent à une uniformisation des actions en même temps que leur discours se transforme en réquisitoire contre le gouvernement et le politique dont elles sont pourtant une émanation. Il est fréquent de lire dans la presse ou d'entendre à la radio les déclarations véhémentes d'un responsable de projet qui s'insurge contre l'inefficacité et l'incompétence des administrateurs publics tout en alléguant l'inadéquation des programmes de sensibilisation initiés par l'État. Ces ONG agissent en tant que porte-parole d'une idéologie où globalisation, appel à la réduction des marges de l'État et encouragement des initiatives privées sont les leitmotivs.

Or ce sont justement ces organisations qui reçoivent l'attention « paternaliste » des organismes internationaux. Rien d'étonnant de constater, à travers les idées qu'elles véhiculent, leur fonction stratégique, à l'échelle mondiale, de poste d'avant-garde d'où se diffusent des actions et se répandent des idées d'une affligeante homogénéité. La vivacité des concepts de modélisation, de reproductivité et de standardisation, témoigne de leur adhésion à des normes importées et atteste de leur désintéret progressif pour la prise en compte des facteurs socioéconomiques et culturels qui déterminent inégalement les situations de vulnérabilité auprès de différentes catégories de population. En retour, cette adéquation aux normes leur garantit une relative sécurité d'existence et satisfait la fonction latente primordiale de ces organismes, locaux comme internationaux, qui est, ne l'oublions pas, de s'autoreproduire.

Pour des raisons d'ordres politique et économique, l'Inde organise donc de façon peu indépendante sa lutte contre le sida, ayant des droits mais aussi des obligations vis-à-vis de l'ONU. Le pays cherche à se conformer aux consignes internationales pour les objectifs de santé publique mais aussi pour des mobiles diplomatiques. Cependant la divulgation des taux de séroprévalence et la généralisation du dépistage représentent des points extrêmement sensibles où, là encore, s'affrontent les partisans d'idéologies opposées. Affirmer la virulence de l'épidémie ou, au contraire, modérer sa présence est éminemment révélateur des enjeux sociopolitiques que recouvre un problème d'envergure internationale.

L'ampleur épidémique : du moindre dépistage aux estimations alarmantes

Une épidémie fragmentée, reflet d'une politique atomisée ?

La mise en place de programmes d'intervention dépend, au niveau régional et local, de l'existence de données épidémiologiques montrant un taux d'incidence élevé. Or, dès le début des années quatre-vingt-dix, les États réagirent inégalement devant l'épidémie. D'emblée, trois d'entre eux furent considérés comme des épicycles de l'épidémie : le Maharashtra, le Tamil Nadu et le Manipur. Les données officielles montraient une concentration de l'épidémie à Mumbai et Pune dans le Maharashtra, à Chennai, Vellore et Madurai dans le Tamil Nadu. Dans chacune de ces villes, les populations principalement visées étaient similaires : prostituées, personnes porteuses d'une MST, routiers, donneurs professionnels de sang. Après le recueil de données épidémiologiques, le gouvernement encouragea le contrôle des activités dans les quatre principales métropoles (Delhi, Calcutta, Mumbai, Chennai) ainsi que dans trois États du Nord-Est concernés par la drogue (Manipur, Nagaland et Mizoram). Ainsi se développa artificiellement une atomisation des campagnes antisida : la disparité des cas détectés révélait davantage l'inégalité spatiale des campagnes de dépistage et de prévention que l'incidence réelle de l'épidémie.

Peu à peu, l'attitude de terreur face à l'épidémie prit le contre-pied de celle observée durant la période de déni. Les médias jouèrent un rôle non négligeable dans ce changement en soutenant les idées avancées par les organisations internationales stipulant que le sous-continent est « une bombe à retardement » pour

l'épidémie. C'est l'ère du « *kama*³ chaos », comme le titrait une revue à grand tirage. L'Inde devient le « pays des 100 capitales du sida ». L'État du Manipur, plaque tournante du trafic d'héroïne vu la proximité du triangle d'or, obtient le premier rang « mondial » pour le taux de séroprévalence. Goa est une autre « capitale de l'épidémie » en raison du tourisme sexuel. Mumbai, la porte de l'Occident, est présentée comme la ville de la prostitution, de la libéralisation sexuelle et de la décadence.

En pays Tamoul, Madurai est la première ville à obtenir en 1994 le trophée de la capitale du sida dans la péninsule indienne. Une presse prolifique s'empresse de mettre des outsiders dans la course : Pollachi, ville moyenne au sud de Coimbatore, est mise en avant dès 1996 en raison de la prostitution de tout acabit qui y règne, de même que Chennai où les premières ONG aidées par des experts identifient les innombrables lieux de prostitution et décrivent une Inde insoupçonnée [Oostvogels, 1992]. Namakkal, un centre routier où convergent les camions, est fatalement classé comme étant sous l'emprise « totale » de l'épidémie : chaque village voisin, chaque maison aurait une personne contaminée. Les médias ne sont pas les seuls responsables : il n'est pas rare que certaines ONG montent en épingle l'ampleur du sida dans un lieu spécifique pour justifier la nécessité de leurs actions. Après les villes, des villages furent stigmatisés suite à l'identification d'une personne sidéenne décédée et dont la famille est accusée d'avoir propagé le virus dans la localité. Habiter tel village, tel hameau ou tel quartier de la ville devient « sidatiquement » connoté.

Centres de sérosurveillance versus dépistage de masse ?

Devant la panique créée par l'annonce de la séropositivité (suicide, rejet, violence, meurtre) et l'ampleur présumée de la séroprévalence (surestimation des chiffres, diffusion progressive dans tous les milieux sociaux), les responsables de la lutte contre l'épidémie ont *temporairement* décidé, conformément à la politique de l'OMS, de ne pas encourager le dépistage, sauf envers les donneurs de sang professionnels et certains patients montrant des signes évidents de maladies opportunistes comme la tuberculose. Le dépistage volontaire se pratique en théorie dans les grands hôpitaux publics mais il est rarement anonyme, d'où la forte réticence à se faire tester.

Une recrudescence du dépistage sauvage s'observe dans le secteur privé. Les médecins généralistes et spécialistes, notamment les gynécologues et ceux en contact avec le sang, testent leurs patients sans les avertir. Le dépistage n'est pas systématique mais sélectif. Il concerne les parturientes, les femmes enceintes, et toute une catégorie floue de personnes supposées appartenir à un « groupe à risque » et susceptibles d'être contaminées⁴.

3 En sanskrit : plaisir. L'intitulé fait référence au *Kamasutra*, un traité sur l'amour et les plaisirs sexuels.

4 Cette catégorie est soumise à l'appréciation du clinicien. Chaque praticien construit à partir de critères subjectifs un modèle de personnes à risque qui repose sur les apparences physiologiques (maigreux, diarrhées persistantes, tuberculeux, etc.) et sociales (routiers, itinérants). Il en résulte un dépistage sélectif privilégiant les femmes, les populations pauvres et les individus marqués par les stigmas d'une mauvaise santé.

Outre le fait que la notion de groupes à risque est aléatoire d'un point de vue sociologique, aucune étude dans le contexte socioculturel indien n'a montré en quoi le fait de connaître son statut modifie les comportements sexuels ou l'usage des drogues. Si les études entreprises en Europe sur la question montrent a contrario une réduction des pratiques à risque [Pollak, 1992 : 63-65], encore faut-il se rappeler que les conditions de prétests et post-tests sont relativement élaborées dans les pays du Nord par rapport à celles existant actuellement en Inde.

Ce que laissent entendre les données épidémiologiques

Les données officielles divulguées à partir des centres de surveillance montrent qu'à partir de 1994, l'épidémie entame une phase de progression rapide, que certains experts étrangers et microbiologistes indiens qualifient d'exponentielle. Tous les États de la fédération indienne rapportent des cas de séropositivité. Des régions à forte prévalence (Maharashtra, Manipur, Tamil Nadu) contrastent avec d'autres comme le Rajasthan, l'Uttar Pradesh et le Kérala où l'épidémie semble peu virulente. La séroprévalence passe de 7,28 ‰ en mai 1994 à 16,9 en décembre 1996 pour culminer à 22,04 ‰ en janvier 1998. Sur les 75 000 cas recensés en Inde au début 1998, un peu plus de 8 300 sont répertoriés dans le Tamil Nadu. Des États montrent un accroissement inquiétant, d'autres une stagnation et certains suggèrent une légère diminution de la séroprévalence à l'image de Manipur. Cela ne signifie pas que lesdits États accusent une baisse de l'épidémie mais que le nombre de personnes contaminées commence à refléter davantage la population générale : les taux de séroprévalence ne concernent plus seulement les prétendus groupes à risque qui, au début des années quatre-vingt-dix, étaient quasiment les seules populations testées.

Les prévisions sont encore plus sujettes à caution que les données officielles. Spécialistes et experts s'affrontent sur l'épineuse question de la validité des sources et sur la nécessité de s'acharner à connaître la situation épidémiologique. Une tendance dominante auprès du gouvernement, qui n'est jamais exprimée dans les rapports mais qui demeure constamment avancée en catimini dans les causeries informelles, est de penser que les figures avancées par les experts étrangers sont volontairement erronées afin de créer une panique dans le pays et de faire monter la pression pour tester des vaccins et expérimenter des traitements.

Deux théories extrêmes s'affrontent. La première, que l'on peut désigner comme relevant du « catastrophisme », est appuyée par l'OMS et Usaid depuis 1990 pour inciter le pays à prendre au sérieux un mal auquel nulle contrée n'échappe. Pour ce faire, ces agences sont prêtes à fournir une aide, mais encore faut-il que l'Inde reconnaisse, accepte et se montre conciliante. Cependant les chiffres s'emballent : les déclarations d'un expert de passage, d'une personnalité avertie sont autant de cris d'alarme de plus en plus inquiétants en termes de nombre de personnes contaminées, « contaminables » et « contaminantes ». Reposant sur des présomptions plus que sur des faits scientifiquement établis, ce catastrophisme ambiant culmine depuis la conférence de Vancouver en 1996, où le directeur d'Unaid annonça l'existence de plus de trois millions de séropositifs en Inde, ajoutant que le pays était en passe de devenir la capitale mondiale du

sida. Les estimations pessimistes qui lui emboîtent le pas vont jusqu'à envisager plus de dix millions de cas d'ici l'an 2000. Cette tendance à percevoir l'Inde comme le creuset mondial où se développera de façon incontrôlée l'épidémie est accréditée par de nombreuses ONG qui en profitent pour accuser de légèreté le gouvernement, déplorant l'absence de soutien logistique et institutionnel dont elles pâtissent.

Le gouvernement reste plus circonspect. Rien ne prouve selon lui que l'Inde soit le pays dont le taux de séropositivité augmente le plus rapidement. Il refuse d'effectuer des prévisions dans la mesure où le système de surveillance épidémiologique n'est pas encore au point. Cette attitude se rapproche de la théorie du « possibilisme prudent ». Elle dénote un souci de conjurer les approximations les plus exagérées et de pondérer les estimations officielles en rappelant que les cas détectés en Inde ne sont pas représentatifs de la population générale. D'aucuns assimilent cette prudence à une politique d'autruche. Mais pour les administrateurs réservés, les projections alarmistes seraient, dans le meilleur des cas, le reflet d'inductions épidémiologiques réalisées sur des populations à risque. Les seules estimations que le gouvernement accepte sont celles concernant les cas de sida déclarés, argumentant que la théorie du doublement annuel de la population contaminée ne peut pas s'appliquer aux personnes séropositives.

Si le gouvernement reconnaît que les centres sentinelles sont un outil indispensable pour observer la progression de l'épidémie, l'obtention de données épidémiologiques au niveau national reste malgré tout sujette à controverses. Comment se font les calculs ? En principe, le sang testé dans les centres est divisé en deux catégories : celui appartenant à une population à haut risque (personnes souffrant de MST, usagers de drogues injectables) et celui appartenant à une population à moindre risque (femmes enceintes, donneurs volontaires de sang). Le taux de séroprévalence, identifié sur un échantillon d'environ 400 personnes au cours d'une période de six à huit semaines par site, est extrapolé à la population générale. Cependant, comme le rappellent les épidémiologues indiens avertis, le dysfonctionnement d'une majorité de centres sentinelles empêche toujours, en 1998, de dresser un tableau épidémiologique acceptable et plausible à l'échelle du pays [Mohan, 1997 : 1]. Le risque de biais dans l'interprétation des données ne peut que démentir les propos exagérés de l'opinion internationale qui s'évertue à fournir une piètre image de la société indienne.

Discours médical, revendication sociale

Il fut un temps où l'Inde espérait bénéficier d'une immunité biologique et sociale face à l'épidémie. Les faits ont rapidement démenti cette hypothèse. Ce revers de situation constitue un choc culturel : certains l'acceptent et le présentent comme une évolution inéluctable de la société ; d'autres le refusent et prônent un retour aux sources en limitant les influences néfastes dues à la modernisation. Un tel dilemme suscite des réactions contradictoires et opposées à l'égard des décisions à adopter envers la lutte contre le sida.

Raisons épidémiologiques ou logiques sociales ?

Les biologistes, bien avant les médecins, attirèrent l'attention sur la réalité épidémiologique du sida en Inde. Alors que des interprétations diverses commençaient à voir le jour, quelques personnalités médiatiques furent sollicitées pour donner des conférences de presse afin d'expliquer clairement les modes de transmission du virus. Au Tamil Nadu, les discours de scientifiques réputés étaient censés chasser les superstitions des couches populaires (perceptions étiologiques liées à l'idée de transgression, sélectivité sociale de la maladie) mais aussi bouleverser les représentations des praticiens de la médecine classique du *siddha*⁵ puisant une interprétation de l'épidémie dans leur propre idéologie. Pour ces derniers, le sida a toujours existé mais il connaît un nouvel essor en raison de la dégénérescence des mœurs. Il est le reflet d'un malaise dans la civilisation : les comportements se relâchent, les modes de vie sont décadents⁶. Ces représentations trouvèrent rapidement un écho auprès des classes sociales moyennes et supérieures, en particulier auprès des castes orthodoxes qui attribuèrent la propagation du sida aux conditions de vie dépravées des populations miséreuses. La mission du discours bioscientifique était sans ambiguïté : elle consistait à dénoncer ce qui ne ressortit pas de la science, à informer d'après ses propres catégories de pensée et, par là même, à affirmer une légitime suprématie qui, peu à peu, finit par avoir droit de cité en 1994-1995 sur les représentants des médecines tamoules et ayurvédiques.

Nombreuses sont les personnalités scientifiques à avoir acquis une renommée, un prestige à l'égard de leur prise de parole face au sida. Il peut sembler paradoxal que les représentants des sciences médicales n'aient jamais été autant sollicités par les médias et écoutés par les décideurs alors qu'aucune thérapie n'est accessible à ce jour. Mais leurs discours ne se sont pas restreints à rectifier les dérapages interprétatifs. Bénéficiant d'une reconnaissance sociale auprès des agences internationales, beaucoup d'entre eux obtinrent des financements pour lancer des projets de prévention avec le souci de conférer une démarche scientifique à leurs actions. Ne pouvant réfuter que l'épidémie était un problème socioculturel, ils souscrivirent à la volonté des bailleurs de fond et entreprirent des enquêtes CAP. Les résultats des enquêtes montrèrent les ignorances, croyances et irrationalités des populations [APAC-VHS, 1997] et évoquèrent la frivolité sexuelle de groupes sociaux qu'il devenait primordial de cibler.

C'est à partir de ce moment-là que le discours médical se transforme en accusation sociale : on évoque, avec emphase, le poids de la culture. Les enquêtes CAP, dont la démarche méthodologique est issue d'une représentation médicale du social, deviennent alors des outils de surveillance sociopolitiques [Pollack, 1992 : 25] et participent à l'incrimination de populations déjà marginalisées (habitants des slums, routiers, prostituées, etc.). Si un programme ne fonctionne pas, c'est que les

5 Médecine savante tamoule reposant sur des textes anciens.

6 Tabac, alcool, pollution industrielle, insalubrité de l'hygiène, environnement dénaturé, promiscuité, dégradation des régimes alimentaires, immoralité sexuelle, vie familiale éclatée, rupture des liens de solidarité, vie dépravée, absence de spiritualité, négligence des ancêtres et du sacré, abus de drogues médicamenteuses sont autant de paramètres qui concourent à la propagation de l'épidémie.

gens ont été inattentifs ou n'ont pas compris. L'organisation, le fonctionnement et les concepts sur lesquels reposent les stratégies de prévention sont exceptionnellement remis en cause. La responsabilité des échecs incombe à la population.

Telle est l'impasse où aboutissent la plupart des conclusions des recherches comportementales. Il s'ensuit une constante quête de cet autre, de celui susceptible d'appartenir à un groupe à risque. Les ONG sont encouragées par leurs donateurs à repérer de nouveaux groupes, à tel point qu'on a pu observer une véritable compétition: des associations sont toutes fières d'identifier « en exclusivité » des corporations comme les avocats, les médecins du secteur public, les conducteurs de cyclo-pousses, les taxis, les vendeuses de fleurs et bien d'autres encore!

Cette fuite en avant peut perdurer indéfiniment si les bailleurs de fonds sous-estiment les déterminants sociaux qui génèrent des pratiques à risque et se contentent de commanditer des campagnes précises sur des populations ciblées, tout en accordant une importance au facteur culturel uniquement comme support ou comme obstacle à la prévention sociale et individuelle. Or cet usage de la notion de culture est sujet à caution car, quoi qu'en disent les théories culturalistes, rien n'est impossible ni incompatible. Tout au mieux peut-on dire que certaines choses vont à l'encontre de l'interprétation culturelle qu'une société se fait de la réalité sociale. Ce sont avant tout les conditions d'implantation des programmes qui nécessitent d'être prises en compte, ainsi qu'un examen minutieux des contraintes économiques et sociales susceptibles d'empêcher les individus d'adopter les pratiques suggérées par des connaissances acquises.

Ainsi le discours médical s'approprie la dimension sociale de la diffusion de l'épidémie en la réduisant à de vagues croyances dont il faut se débarrasser, à des préjugés culturels indispensables à surmonter comme par exemple pouvoir parler librement de la sexualité et du préservatif. On aboutit à une médicalisation du social où la survie des gens dépend de leur « bonne hygiène sociale et sexuelle de vie ». Or l'absence de prise de risque ne réduit pas entièrement le risque dans la mesure où certaines pratiques et certains modes de contamination (transfusion sanguine, injection de médicaments, etc.) échappent au contrôle des individus et sont plutôt liés à un dysfonctionnement du système médical, à une insuffisante capacité organisationnelle des structures en place.

Des formes de résistance aux conflits entre acteurs du développement

Des phénomènes de réappropriation sociale de l'épidémie s'articulent à diverses échelles: ils se retrouvent aussi bien au niveau du gouvernement central et des États qu'au niveau de la population et de certaines ONG.

Une première « anomalie » est apparue au niveau institutionnel. Selon toute apparence, elle ne s'était jamais remarquée en dehors de l'Inde: malgré l'arrivée massive des financements, des protestations s'élevèrent parmi les ONG sans ressources pour dénoncer l'argent qui restait inutilisé, notamment au Tamil Nadu. Furent accusés les organismes gestionnaires indiens chargés de le répartir. Or ce blocage de fonds peut se comprendre comme une réaction des pouvoirs locaux qui déplorent de voir leur rôle restreint à de simples intermédiaires et distributeurs de fonds, alors qu'eux-mêmes disposent de ressources très limitées pour entre-

prendre des actions autonomes et durables. Ces pratiques de rétention budgétaire deviennent un moyen d'affirmer un rôle stratégique, de retrouver une fonction clé dans la lutte contre l'épidémie. Les administrateurs s'arrogent un droit de regard légitime et justifié, quoique devenant subjectif quand ils cherchent à déceler les motivations et les compétences des associations.

Cette entreprise de barrage susceptible d'enrayer une stratégie globale de privatisation correspond à une forme invisible de conflits où se jouent les relations de pouvoir et les compétitions pour l'appropriation de la rente liée au développement. Des enjeux similaires sont repérables quand il s'agit de débattre sur l'efficacité des campagnes de prévention. En l'absence d'évaluation rigoureuse, les réactions suscitées par les campagnes sont emblématiques des conflits opposant les divers intervenants de la santé publique. Des interviews menées auprès de membres du gouvernement et d'ONG révèlent deux positions antithétiques. Chez les premiers, un discours défaitiste et critique à l'égard des interventions des ONG : on évoque le gaspillage d'argent, l'opportunisme et l'inexpérience en matière de santé publique. Chez les seconds, on parle de réalisation, d'accomplissement, de nombre d'individus ayant eu accès à l'information, sans pour autant en vérifier les tenants et les aboutissants.

Des ressentiments se retrouvent également au niveau de la population et de certains activistes « marginalisés ». Ainsi le postulat d'une forme de prévention dominante, qui repose sur l'idée simpliste que toute personne est maître de ses agissements et peut faire un choix raisonné indépendamment de son contexte de vie, n'est pas sans susciter des résonances auprès de ceux qui pâtissent de la pauvreté, de la domination et de l'exploitation. À force d'être la cible privilégiée des ONG et des discours médiatisés de la lutte contre le sida, des bidonvilles en viennent à refuser l'irruption des protagonistes de la prévention et accusent le gouvernement de les marginaliser en tentant de confiner l'épidémie dans leur périmètre géographique. Il s'ensuit, chez certains groupes sociaux (habitants de slums, mais aussi associations de routiers, de prostituées), une remise en question de l'existence du sida dans leur milieu, tout au moins une mise à distance de l'imminence des risques encourus et une attitude de défi face à ceux qui représentent l'ordre établi.

Quelques ONG minoritaires prennent conscience de ce malaise induit par des campagnes se contentant de slogans stéréotypés et exclusivement ciblées sur des populations à risque, perçues comme des fornicateurs en puissance. Refusant de limiter leur rôle à celui d'une société de marketing-conseil et de communication soucieuse de distribuer des préservatifs, des groupements volontaires essayent d'ancrer leur projet dans les réalités quotidiennes des populations. Des communautés *gays* à Chennai et des regroupements de femmes impliquées dans la prostitution à Chennai, Madurai et à Trichy développent des réseaux pour briser l'isolement social de leurs homologues et cherchent à les mobiliser en prenant en compte leurs situations de vie. Pour ces associations au nombre encore limité, la prévention se comprend comme un enchaînement de logiques dynamiques ; leurs efforts visent à réaménager les pressions et contraintes sociales qui sont à l'origine d'une exposition accrue envers l'épidémie. Dans la pratique, elles reçoivent plus d'encouragement que de support effectif : comment serait perçu un gouvernement qui donne son aval à des groupes sociaux fortement stigmatisés ? Comme l'affir-

mait un ex-directeur du programme sida en 1997, comment justifier, aux yeux de l'opinion publique, le versement des fonds publics pour de telles préoccupations?

De la prévention des risques épidémiologiques à la prévention des risques politiques

Les conflits reflètent plus que de simples désaccords de principe: ils sont révélateurs et générateurs de tensions sociopolitiques car la manière de penser un problème de santé publique est imprégnée de l'ambiguïté à laquelle est confrontée la politique indienne: comment un parti nationaliste hindou actuellement au pouvoir peut-il concilier, dans un contexte de mondialisation, éthique de conviction et éthique de responsabilité? Dans quelle mesure les préceptes culturels et la moralité explicite qu'il revendique (retour aux traditions, méfiance de l'invasion des valeurs modernes) vont-ils de pair avec la nécessité d'affronter lucidement l'épidémie?

Le discours médical a depuis le début été récupéré par le discours politique. Le sida fut un accélérateur des tensions sociales, participa à l'exacerbation d'une vague de traditionalisme et devint l'objet de multiples appropriations (religieuses, entre les sexes, entre aînés et cadets, entre castes, entre classes). De nos jours encore, les hindous montrent du doigt la polygamie des musulmans et le caractère versatile des Indiens christianisés. Des membres des partis extrémistes avaient même suggéré d'interdire la vente du préservatif car les vrais hindous se comportent comme il le faut. Des leaders religieux (*guru*) allèrent jusqu'à dire qu'en ces temps de *kali yuga*⁷, le sida jouerait un rôle purificateur, décimerait ceux qui s'adonnent à la lubricité. Seuls seraient sauvés ceux qui méritent de l'être tandis que les autres subiraient les conséquences de leurs actes (*karma*).

Il est fréquent que les politiciens s'imprègnent des représentations médicales et fassent usage de la peur du sida dans leurs allocutions. En avril 1998, le ministre des Affaires extérieures, membre du parti nationaliste hindou au pouvoir, comparait la menace du libéralisme économique à la montée du sida, l'un allant de pair avec l'autre. Un de ses collègues analysait de façon systématique en quoi l'ouverture économique au monde était un facteur déclenchant pour la perversion des mœurs. Le sida fait partie du « *package* »: il est considéré comme un élément qui s'importe avec les vêtements modernes, la musique occidentale et les nouveaux modes de loisirs. Mumbai, réputée pour être le symbole de cette infortunée rencontre Est-Ouest, est régulièrement prise en exemple avec son taux de sida inquiétant.

Les différentes affiches préventives dans les villes reflètent les situations politiques locales. Alors que les images de préservatifs et de couples parsèment les rues des centres urbains du Tamil Nadu, elles sont totalement absentes dans une métropole comme Mumbai. Le maire, président de la Shiv Sena⁸, manifeste ainsi une volonté de modifier l'image de marque de sa ville et de lui faire retrouver sa religiosité et ses valeurs. Cette orientation n'est pas sans rappeler la situation dans

7 Dans la cosmologie hindoue, *Kali yuga* est le dernier des quatre âges, le plus décadent, annonciateur d'une prochaine destruction.

8 Parti politique nationaliste pro-hindou, violemment antimusulman.

le Nord du Vietnam où la campagne de prévention du sida est englobée dans une campagne plus large de lutte contre les déviances sociales [Blanc, 1998 : 7]. En Inde, l'identification des pratiques à risque se renforce d'une volonté de repérage des éléments marginaux. Ces deux tendances puisent leur justification eu égard à la montée de l'épidémie et servent de tremplin au politique (extrémiste) pour réaffirmer sa tendance réformatrice et hindouisante.

La tonalité du discours général des partis nationalistes, à l'opposé des autres, exprime la nécessité d'un retour à la moralité brahmanisante. Il est fréquent d'entendre que la faillite de l'Inde, donc des partis qui ont précédé avant 1997, tient à la corruption endémique, au laisser-aller, à la prédominance de l'individu sur la collectivité, à l'oubli du religieux : en somme à une « occidentalisation » de la politique. D'où le retour à des valeurs anciennes, porteuses de dynamismes économiques et sociaux pour le futur. À l'inverse, les organisations internationales et les partisans de l'ultralibéralisme du pays aimeraient balayer ce qu'ils considèrent comme des entraves au bon déroulement de la modernisation. Il est révélateur que leurs propos soient similaires à l'égard du développement socioéconomique et de la lutte contre l'épidémie : un politicien affirmait en juin 1998 à la radio :

« On ne peut concilier l'ancien avec le nouveau, et celui qui ne s'adapte pas à la mondialisation prendra inévitablement du retard, de la même manière que l'avènement du sida agit comme une sonnette d'alarme et doit inciter le gouvernement à réagir vivement et dépasser les contraintes culturelles et idéologiques d'un autre âge. »

L'alibi comparatif comme véhicule de la pensée unique ?

Toute tentative de lutte contre le sida est l'objet de perpétuels efforts de questionnement entre les différents acteurs. Si la polémique est une étape nécessaire quand elle ne répond pas à des intérêts d'ordre personnel, force est de reconnaître que l'absence d'autonomie financière des ONG et la soumission des États à une instance supérieure réduisent considérablement les marges de négociation. Pourtant les décideurs internationaux doivent faire face aux échecs qu'ils ont impulsés, et faire preuve de flexibilité s'ils ne veulent pas être accusés à leur tour de rigidité et d'incompréhension. C'est ainsi que les mots d'ordre changent mais trop lentement. Car durant les délais de procédure destinés à réorienter les politiques de prévention, l'épidémie ne s'est pas arrêtée. Ce décalage, entre la réalité sociale vécue par les populations et les idées abstraites que les organisations multilatérales, par le truchement d'ONG bureaucratisées, cherchent à disséminer pour freiner la pandémie, fut compris dès le début par des gens de terrain (travailleurs sociaux, petites ONG, etc.). Mais ces derniers ne disposèrent pas des moyens techniques, logistiques et organisationnels pour mettre en œuvre une stratégie adaptée dont eux seuls pouvaient connaître les ultimes rouages.

D'une manière générale, la façon dont la pression a été exercée sur les ONG a démobilisé les équipes locales et les populations avec qui elles travaillent, et les ont privées de réfléchir et de proposer des stratégies qu'elles auraient pu juger plus adéquates. Nombreuses sont les associations qui furent étouffées et non financées car leurs projets ne figuraient pas *au bon moment* dans le plan d'action prôné par les agences étrangères. Avant 1997, il était illusoire de proposer à Usaid un programme

portant sur le soin et le suivi des personnes séropositives alors qu'il devint hasardeux de rédiger un projet reposant sur la prévention et l'information en 1998 auprès de ce même organisme qui, tout comme l'Union européenne et Unaid, se mit soudainement à privilégier le développement des associations de séropositifs au détriment des campagnes de prévention. Un document surprenant, repris dans la presse locale, mentionnait au début de l'année 1998 que les campagnes d'information et de prévention dans le Tamil Nadu étaient accomplies et qu'il était temps de se consacrer maintenant à la prise en charge des personnes séropositives; alors que des études récentes effectuées aux États-Unis et en Europe ont montré la nécessité de percevoir la prévention sociale et individuelle comme un processus continu, au risque de constater un déclin des connaissances, attitudes et pratiques en matière de prévention.

Dès le début de l'épidémie, les sciences sociales se sont ralliées à l'appel de Frankenberg sur la nécessité de collaborer au niveau mondial [Pollak, 1992 :15]. Encore faut-il savoir ce que l'on entend par comparaison et ce que l'on attend d'elle :

« L'analyse comparative est un exercice ardu, nécessitant de pouvoir considérer un minimum de références communes, qu'il peut être difficile de définir lorsque les systèmes sociaux et les niveaux de développement des pays sont différents » [Desclaux, 1998 : 19].

Pour les donateurs, les échanges internationaux sont également un objectif prioritaire. Au regard de la situation indienne, on est toutefois en droit de se demander si leur véritable objectif est de confronter et mettre en commun des idées et des expériences sur les programmes de prévention entre pays ou bien de se contenter de prescrire des modèles et tester leur reproductibilité. Trop souvent le concept de replicabilité repose sur le principe – très critiquable d'un point de vue anthropologique – qu'à des connaissances similaires sur les risques du sida doivent correspondre les mêmes programmes de prévention. Il suffit pourtant de constater qu'un projet réalisé dans une même région ne suscitera pas les mêmes réactions auprès des catégories différentes de population. Il n'en demeure pas moins que la situation de l'Inde est emblématique des problèmes soulevés par l'ingérence étrangère et de la difficulté à concilier logiques des organisations internationales, logiques d'État, logiques sociales et logiques épidémiologiques.

BIBLIOGRAPHIE

- APAC-VHS [1997], *Tamil Nadu Behavioral Surveillance. Baseline Survey*, Chennai, APAC, 45 p.
- BATTHACHARYA [1991], « Art of Buying Blood in Ahmedabad », *Aids Action*, 5.
- BLANC M.-É. [1998], « La campagne de prévention de l'épidémie de sida au Vietnam », table ronde *Sociétés asiatiques face au sida*, Aix-en-Provence, 23-25 novembre 1998, 15 p.
- BOURDIER F., SANTOSH K., GEETHA G. [1998], *HIV-Aids Emergence in India and its Policies since 1989*, International Geographical Union Commission on Health, Environment and Development: Changing Pattern of Health in Developing Countries, Vadodara, India, 21-23 janvier, 10 p.
- BOURDIER F. [1998], *Conditions de vie, Comportements sexuels et Risque d'exposition au VIH en Inde méridionale*, Paris, rapport ANRS, 225 p.

- BOURDIER F. [1993], *Santé, Espace de vie et Société en pays Tamoul*, thèse de doctorat, université Michel-de-Montaigne, Bordeaux-II, 745 p.
- DESCLAUX A. [1998], « Péril majeur, cause mineure. Le sida chez l'enfant en Thaïlande et au Burkina Faso », table ronde *Sociétés asiatiques face au sida*, Aix-en-Provence, 23-25 novembre 1998, 19 p.
- GEORGE A. [1996], « Understanding Sexuality », *Seminar*, 447: 26-35.
- MOHAN [1997], « What the Figures Conceal », *Nexus*, New Delhi, décembre 1996-février 1997: 1-2.
- NAMBOODIRI U., CHOWDHURY N. [1997], « Sex Workers: Legal Soliciting », *India Today*, New Delhi, 8 décembre: 65-66.
- OOSTVOGELS N. [1992], *Sex Workers, Clients, Brokers and Brothel Keepers in the City of Madras: Assessment Study*, non publié, 42 p.
- POLLAK M., PAICHELIER G., PIERRET J. [1992], *Aids: a Problem for Sociological Research*, New Delhi, Sage publications, 124 p.
- RIDDEL G., ROBINSON M. [1995], *Non-Governmental Organisations and Rural Poverty Allevation*, London, Oxford, Clarendon Press, 303 p.
- TAMIL NADU REPORT [1998], *Report for Aids programmes and Application*, non publié, ronéotypé, 54 p.