

Surveillance épidémiologique du sida dans la Caraïbe : le déni scientifique et politique de l'épidémie à Saint-Martin/Sint-Maarten (1991-1997), ou Comment s'en débarrasser ?

Catherine Benoît *

« Amédée. — Un champignon! Zut! Alors là, s'il va en pousser dans la salle à manger, ça va être le comble! (*Il se relève, contemple le champignon.*) Il ne manquait plus que ça!... Vénéneux... évidemment [...].

Amédée *ferme enfin la porte, puis, venant vers Madeleine.* — C'est pour voir s'il a poussé!... On dirait qu'il a encore grandi, un peu.

Madeleine, *sèchement.* — Pas depuis hier... ou, du moins, pas de façon sensible!

Amédée. — C'est peut-être fini, tu sais. Il va peut-être s'arrêter là.

Madeleine. — Oh, toi, avec ton stupide "optimisme éclairé". On sait ce qu'elles ont toujours donné, tes prévisions. Tu ferais mieux d'écrire ta pièce. »

Eugène Ionesco, *Amédée ou Comment s'en débarrasser*

Saint-Martin/Sint-Maarten, île binationale de la Caraïbe¹, fut un lieu de séjour de la *jet-set*, avant que la fréquentation touristique ne devienne de plus en plus populaire depuis la fin des années quatre-vingt, suivant en cela l'évolution de la plupart des îles de la région. Les boutiques Chanel, Yves Saint-Laurent, Gucci, côtoient des magasins où l'on trouve maintenant la fripe des marchands indiens. À côté des hôtels de grand standing, se développent des *guest houses* misérables. À quelques kilomètres des luxueuses villas des *Lowlands*, les bidonvilles des étrangers employés clandestinement pour assurer le développement des infrastructures se multipliaient jusqu'à leur destruction après le cyclone Luis qui a dévasté l'île en septembre 1995². Sint-Maarten reste un territoire fréquenté par les croisiéristes friands de biens de consommation détaxés.

* Anthropologue associée au Centre d'études africaines-EHESS-CNRS.

1 Par convention, Saint-Martin désigne la partie française de l'île, et Sint-Maarten la partie néerlandaise.

2 Cet événement a été le prétexte pour déstabiliser davantage les communautés étrangères: destruction de plus de 500 maisons dans des conditions d'inhumanité et d'illégalité absolues en vertu d'un arrêté illégal

L'épidémie de l'infection à VIH n'a pas épargné l'île, bien plus touchée que nombre d'autres îles de l'archipel. Pourtant, aucune mention de cas de sida n'a été rapportée aussi bien du côté français que du côté néerlandais avant l'année 1991. Les années qui ont suivi ont été celles d'un déni de l'existence et du développement de l'épidémie de la part des autorités sanitaires locales et nationales jusqu'à l'intégration d'une consultation sida en octobre 1997, dans l'activité de l'hôpital français, avec la nomination d'un médecin chargé de cette affection.

C'est sous couvert d'une argumentation scientifique que cette épidémie n'a pas été considérée à sa juste mesure. La rationalisation de la sous-estimation de l'épidémie s'appuyait sur les définitions OMS du stade sida valables pour l'Europe. Nous tenterons de montrer que ces définitions sont en fait des constructions épidémiologiques culturelles et politiques. Régissant la surveillance de la maladie en France, elles ne tiennent compte ni des caractéristiques cliniques des populations antillaises, ni de l'absence de moyens de diagnostic de certains centres hospitaliers non métropolitains. Cette sous-estimation fut réalisable dans un contexte politique et économique où l'on faisait peu de cas de la population touchée, pour l'essentiel d'origine étrangère. À Sint-Maarten, le sida n'étant pas une maladie à caractère de déclaration obligatoire, et n'étant pas considéré comme une priorité de santé publique, l'épidémie peut encore être, en 1999, considérée comme inexistante.

La situation géopolitique de Saint-Martin/Sint-Maarten

La partie nord de l'île, Saint-Martin, d'une superficie de 52 kilomètres carrés, est une sous-préfecture de la Guadeloupe, département français d'outre-mer situé à 270 kilomètres au sud-est de l'île. Les DOM sont assimilés à la métropole en tant que département et région, et bénéficient, avec certaines adaptations, de la loi de décentralisation de 1984. Pour reprendre les termes de la politologue H. Hintjens,

« [cinquante ans après la loi de départementalisation], ces territoires restent des exceptions dans le monde actuel – des parties intégrantes de la République française – situées à plusieurs milliers de kilomètres du territoire métropolitain. On pourrait même considérer que les DOM apparaissent de plus en plus comme un anachronisme. Hors de la France, certes, on a tendance à considérer leur statut départemental comme une “fiction légale”, comme une survivance de l'époque coloniale révolue » [Hintjens, 1994 : 20].

La partie sud de l'île, Sint-Maarten, d'une superficie de 34 kilomètres carrés fait partie de la fédération des Antilles néerlandaises. Malgré une relative indé-

du maire; multiplication des reconduites à la frontières et organisation du côté français de retours dits « volontaires » par la sous-préfecture. La presse néerlandaise, à la différence de la presse française, a bien rendu compte des conséquences du cyclone pour les populations étrangères. Cependant, à notre connaissance, aucune analyse n'a été produite sur le caractère légal ou illégal des destructions de l'habitat au regard du droit des Antilles néerlandaises. Pour Saint-Martin, une équipe d'avocats a mis en place les procédures nécessaires à la réparation des préjudices subis par des centaines de familles. Ces procédures n'ont encore abouti à aucune décision de justice, mais le principe de la responsabilité, tant de l'État que de la commune, semble acquis [communication personnelle, M^e Alain Manville].

pendance vis-à-vis de La Haye, les Pays-Bas ont instauré en 1992, sous la pression des États-Unis, une mise sous tutelle (*higher supervision*) de Sint-Maarten, exécutée par Curaçao, afin de contrôler l'utilisation qui est faite des finances octroyées par le KabNA (Cabinet des affaires étrangères des Pays-Bas), des investissements *offshore* et des moyens de lutte contre le développement du marché de la drogue.

Les migrations de travail sont dans la Caraïbe, dès les débuts de la colonisation, une des caractéristiques du développement économique et démographique de la région. Saint-Martin/Sint-Maarten est exemplaire de cette situation. Après l'abolition de l'esclavage en 1848 du côté français, et en 1863 du côté hollandais, la population saint-martinoise a commencé à migrer vers les îles en pleine expansion économique. Une première vague, de 1860 à 1870, est partie exploiter les champs de canne de Sint-Kitts, les mines de phosphates de Sombrero ainsi que les sites aurifères de la Guyane française. Une seconde vague, vers les années 1890, s'est rendue en République dominicaine et à Cuba pour la coupe de la canne, puis au début du siècle à Panamá pour la construction du canal. La migration pour la canne était pour partie saisonnière; les hommes, parfois accompagnés de leur femmes, recrutées comme employées de maison, partaient en octobre-novembre et revenaient en avril afin d'exploiter les marais salants de l'île. Cette migration prit fin dans les années vingt pour les Saint-Martinois du côté hollandais qui se sont alors rendus au Venezuela, à Curaçao et à Aruba où s'ouvraient les raffineries de pétrole. Ils furent suivis par ceux du côté français dans les années quarante [Syphen Smit, 1995 : 126-203]. Dans les années cinquante, l'automatisation des raffineries de pétrole conduisit les Saint-Martinois à quitter les Antilles néerlandaises pour tenter leur chance dans le bâtiment, à Saint-Thomas et à Sainte-Croix, puis aux États-Unis, au point qu'il y a autant de Saint-Martinois français à Brooklyn que dans l'île, et que les candidats à la mairie doivent se rendre à New York en vue des élections municipales. Les familles saint-martinoises sont aujourd'hui constituées de foyers légitimes ou illégitimes habitant dans l'ensemble de la Caraïbe et des États-Unis. Parallèlement s'amorçaient dans les années trente les premières migrations vers Saint-Martin, en provenance d'Anguilla et de Sint-Kitts, qui fournissaient ouvriers agricoles et employées de maison.

L'ensemble de l'île jouit d'un statut de port franc. La frontière entre Saint-Martin/Sint-Maarten n'est matérialisée par aucun poste de frontière. Le commerce s'effectue en dollars, plus rarement en francs français ou en florins. Du côté néerlandais, ce développement repose sur des investissements étrangers, pour l'essentiel américains, effectués dans le tourisme depuis le début des années soixante, et de l'offre de services *offshore*. En 1955, est construit le premier hôtel, en 1990, on compte vingt-cinq hôtels, neuf casinos et de nombreux appartements en *time-share*. Du côté français, l'essor économique commence au début des années quatre-vingt, et repose essentiellement sur des mesures de défiscalisation. La Caraïbe est en 1990 la première destination touristique du monde intertropical: onze millions de touristes y ont séjourné. Saint-Martin/Sint-Maarten arrive en tête des destinations pour les Petites Antilles avec 23,6 % du total des touristes qui visitent cette partie de l'archipel. Le tourisme est devenu une source d'emploi pour environ 70 % des habitants de l'île et représente une part dominante du PIB [Taglioni, 1995].

Le développement économique de l'île a été rendu possible par le recrutement et l'exploitation d'une main-d'œuvre étrangère. De moins de 2 000 dans les années soixante [Badejo, 1990 : 22], on comptait trente fois plus d'habitants dans l'île au début des années quatre-vingt dix³. Les Saint-Martinois dits de souche constituent moins de 15 % de la population. Le pourcentage de nationaux (Français, Hollandais, nationaux des DOM et des Antilles néerlandaises) était sensiblement identique des deux côtés: 45 % du côté français, 47,9 % du côté hollandais. Les populations étrangères représentaient un peu plus de 50 % de la population. Les deux groupes migrants les plus importants étaient les Haïtiens (26 % pour Saint-Martin, 14 % pour Sint-Maarten) et les Dominicains (10 % pour Saint-Martin, 11 % pour Sint-Maarten).

La population étrangère en situation irrégulière de Sint-Maarten était estimée à 33 % de la population totale (soit 60 % des étrangers). À Saint-Martin, en 1991, trois étrangers sur quatre étaient en situation irrégulière. Cette population vit dans des conditions précaires de travail, de logement, de soins et de statut juridique. Par exemple, selon le dernier recensement Insee de 1990, alors que le nombre d'actifs est passé de 2 800 à 12 000 pour la période allant de 1985 à 1991, les 2 685 entreprises de Saint-Martin ont déclaré seulement 400 emplois⁴. Ceci avec l'assentiment de l'État français qui n'a jamais inquiété les employeurs, mais a choisi de reconduire à la frontière la main-d'œuvre étrangère quand le travail manquait sur l'île⁵. Nous avons calculé, d'après les données fournies par les registres de l'UCI (Unité de contrôle de l'immigration), que depuis 1992, ce sont 2 769 personnes qui ont été reconduites à la frontière, et 506 départs volontaires ont eu lieu suite au cyclone Luis de 1995, soit 3 275 départs d'étrangers. Si l'on s'en tient au recensement de 1990, il s'agit de 21 % de la population étrangère. L'accès à l'aide médicale gratuite (AMG) hospitalière est quasi impossible pour les étrangers atteints par le VIH, qu'ils soient en situation régulière ou irrégulière. Les politiques de santé publique et l'organisation sanitaire de Sint-Maarten sont peu développées.

Les dirigeants de chaque partie de l'île ainsi que les entrepreneurs et les commerçants oscillent entre un désir d'indépendance plus grand à la fois au niveau de la métropole et de l'assemblée régionale dont ils dépendent – surtout dans les domaines de la fiscalité, du droit du travail et du droit des étrangers –, et l'acceptation d'une tutelle métropolitaine garante pour des investisseurs de la stabilité politique et financière de l'île.

Il est frappant de constater que les études récentes en anthropologie et en sciences politiques consacrées à l'île décrivent cette île certes comme binationale, mais constituée d'un seul peuple (*One people, one language, the « Sint Ma'tin » language*) [Rummens: 1991; 1993], qui savoure les délices des apports culturels

3 Recensement Insee de 1990: 28 854 personnes résident à Saint-Martin. Recensement de 1992 du Central Bureau voor de Statistiek, 32 221 personnes résident à Sint-Maarten.

4 *Antiane*, revue de l'Insee, juin 1991, 14.

5 Pour une analyse des contradictions entre les intérêts économiques privés de l'immigration clandestine et les politiques migratoires des États, cf. Haour-Knipe, Rector [1996].

des différentes vagues de migration, en particulier dans les domaines culinaire et musical. Ces mêmes travaux considèrent le « système colonial français [comme étant] une philosophie originale d'une administration coloniale, humaniste et centralisatrice; la France pourvoyant avec générosité au développement de l'éducation, de la culture, assurant une aide financière et technique appréciable à ses colonies » et nommant comme sous-préfet l'élite de la classe politique française [Kersell, 1993 : 53] ! La loi de défiscalisation qui, en 1986, a déterminé l'essor économique de Saint-Martin, est rarement mentionnée, et même dans ce cas, ses effets ne sont pas analysés [Monza, 1996 ; Taglioni, 1995]. Or, le développement de la partie française a reposé sur la spoliation des terres des Saint-Martinois commencée en 1981 par un notaire et un géomètre métropolitains, et l'exploitation d'une main-d'œuvre d'origine étrangère vivant en situation irrégulière, ceci pour le bénéfice d'investissements métropolitains – via la création d'une société d'économie mixte. Peu de Saint-Martinois ont bénéficié de ce développement, même si le maire, le conseil municipal ainsi que le président d'honneur de la société d'économie mixte sont saint-martinois. Il y a en fait une concentration des pouvoirs décisionnels, politiques, économiques et médicaux autour de cette société. Son directeur métropolitain, arrivé à Saint-Martin peu avant la loi de défiscalisation, est le conseiller politique du maire et était le directeur technique de la présidente du conseil régional de la Guadeloupe. Il était auparavant directeur d'un hôpital à la Guadeloupe, et intervient régulièrement dans la gestion de l'hôpital français. La compagne de cet homme fut pendant plusieurs années directrice par intérim de l'hôpital, et devint, avant de quitter l'hôpital, la présidente de l'association de lutte contre le sida « Liaisons dangereuses », créée en 1995. C'est ainsi que certaines des créances de l'hôpital furent, pendant ces années, payées par la société d'économie mixte, et qu'un centre de consultation a été financé par cette société et la mairie. Ce centre, inauguré en janvier 1997, qui a permis à l'hôpital de recevoir dans des conditions décentes les patients atteints par le VIH, est appelé abusivement hôpital de jour, car il fut créé sans autorisation de l'État. Cette même société a fourni le matériel et les hommes qui ont détruit les bidonvilles et brûlé les maisons des étrangers après le cyclone Luis, et a été le maître d'œuvre de la construction de logements sociaux devant remplacer ceux des populations spoliées. Nous examinerons plus loin les liens entre cette concentration d'intérêts économiques, politiques et médicaux et l'absence de politique de santé publique.

En revanche, la situation du côté hollandais est mieux analysée. La politique du « laisser-faire » des autorités de Sint-Maarten dont profitent les entrepreneurs privés pour la plupart étrangers, la corruption généralisée, le recyclage de l'argent de la drogue dans les casinos sont bien analysés.

Épidémiologie

L'absence d'un organisme de centralisation des données pour l'ensemble de la Caraïbe, le caractère non obligatoire de la déclaration des cas de sida dans certains pays empêchent une lecture globale de l'épidémie dans la région. Les données d'une institution, le CAREC (Caribbean Epidemiology Center), dont dix-neuf

pays de la Caraïbe sont membres permettent cependant de dresser l'importance et le profil de l'épidémie ⁶.

Malgré la sous-notification des cas, la Caraïbe est en première place pour ce qui concerne l'incidence des cas de sida sur le continent américain. La transmission hétérosexuelle est devenue depuis 1987 le premier mode de transmission pour atteindre, en 1991, 83 % des cas chez les adultes. Le sex-ratio, qui était de huit hommes pour une femme en 1982, est passé à deux hommes pour une femme en 1994. Le plus grand nombre de cas de sida se retrouve chez les 20-39 ans qui représentent 62 % des cas. Le sida est la première cause de décès chez les adultes de 20 à 44 ans [Camara, de Groulard, 1996]. Le nombre de cas de sida chez les femmes et les enfants est en nombre croissant depuis le milieu des années quatre-vingt. La contamination par transfusion sanguine ne dépasse pas 1 % des cas. Seules les Bermudes présentent une contamination par toxicomanie intraveineuse importante. Porto Rico est le seul autre territoire où la toxicomanie est un facteur de risque important ⁷.

L'épidémie dans les départements français d'Amérique et à Saint-Martin

Les DFA sont parmi les départements de France les plus touchés. Au 31 décembre 1997, Paris, qui est le département français le plus touché, présente un taux de sida de 5 103 par million d'habitants. En deuxième position, vient la Guyane, avec un taux de 4 390. La Guadeloupe, avec les cas de Saint-Martin, a un taux de 1 894 et sans Saint-Martin de 1 685, la Martinique est le 9^e département le plus touché avec un taux de 1 135. D'après les données du RNSP, Saint-Martin présente un taux de 3 015; selon celles des médecins de l'hôpital, le taux est de 3 847. Saint-Martin est donc bien dans le peloton de tête des communes de France les plus touchées.

Le profil de l'épidémie est différent de la France métropolitaine. Le sex-ratio est moins élevé dans les DFA qu'en France métropolitaine. Le mode premier de transmission est hétérosexuel, il concerne 70 % des cas cumulés pour les DFA, alors que pour la France entière il est de 18,9 %.

Jusqu'à octobre 1997, la situation épidémiologique n'était que partiellement appréhendée malgré les inquiétudes manifestées les années précédentes dans plusieurs rapports demandés par l'État français [Montagnier, 1993; Conseil national du sida, 1996; Dormont, 1996]. Reprendre l'historique de la surveillance épidémiologique pose de véritables problèmes méthodologiques. Les données dont on dispose sont celles du RNSP, celles des registres du service de médecine constitués des feuilles de déclarations adressées au RNSP (complétés par des fiches retrouvées dans les archives de l'hôpital de Marigot dans le courant de l'année 1998, ce qui

6 Les membres du CAREC sont Anguilla, Turks & Caicos, Virgin islands UK, Montserrat, Cayman islands, Sint-Kitts/Nevis, Bermuda, Dominica, Antigua & Barbuda, Saint-Vincent & Grenadines, Grenada, Sainte-Lucia, Belize, Bahamas, Barbados, Suriname, Guyana, Trinidad & Tobago, Jamaica. Depuis la fin de l'année 1998, les Antilles néerlandaises en font partie.

7 M. de Groulard, *Journées inter-CISIH*, Guadeloupe, 1996.

explique que pour certaines années les cas déclarés par le RNSP soient supérieurs à ceux de l'hôpital), les courriers, communications à des colloques, articles rédigés par des médecins soucieux d'évaluer plus justement l'épidémie et de réclamer des structures de soins adéquates [Bardinet *et alii*, 1994 a et b; Bardinet, de Caunes, Hamlet, 1995; de Caunes *et alii*, 1994; de Caunes, Dorak, Hamlet, 1992; de Caunes, Dorak, Paucod, 1993; Paucod, 1996; Paucod, Claudel, 1998].

Les premiers cas de sida n'ont été identifiés qu'en janvier 1991, à l'arrivée d'un praticien hospitalier pédiatre à temps partiel également épidémiologiste qui, la première semaine de sa prise de fonction, identifie un premier cas de sida pédiatrique alors que, pour l'ensemble de la Guadeloupe, l'importance de l'épidémie était déjà bien identifiée par le RNSP avec 226 cas cumulés jusqu'en 1990. De plus, dans les dispensaires du côté français, bon nombre de tests de dépistage Elisa confirmés par des Western Blot, proposés aux femmes enceintes, étaient positifs dès 1985. Pour le RNSP, 1991 est, avec 8 cas, la première année de déclaration de cas de sida à Saint-Martin.

Une note rédigée en 1993 par trois médecins de l'hôpital de Saint-Martin fait le point de la situation au niveau du nombre des diagnostics de séropositivité et de stade sida à l'hôpital [de Caunes *et alii*, 1993]. 69 adultes étaient entrés dans la phase symptomatique de la maladie dont 32 dans la phase sida; 13 enfants étaient entrés dans la phase sida. Le RNSP retenait à cette date 16 cas adultes et 5 cas pédiatriques. On avait donc mention de 55 cas pour l'hôpital, et 21 pour le RNSP soit une différence de plus de la moitié.

En août 1995, estimant que le CISIH (Centre d'informations et de soins de l'immunodéficience humaine) ne pouvait recevoir, lors de la consultation mensuelle, toutes les personnes atteintes, des médecins de l'hôpital ont tenté d'évaluer la situation saint-martinoise à partir des dossiers exploitables de la maternité, de ceux du service de médecine, et de ceux dont le médecin faisant fonction d'interne, et chargé plus particulièrement du suivi des patients VIH + dans le service de médecine adulte, se souvenait avant son départ en septembre 1995⁸. On comptait, au 31 août 1995, 203 cas cumulés de séropositifs et 68 cas de sida adultes. Le taux de cas domiciliés de sida était de plus de quatre fois supérieur au taux métropolitain qui comprenait les cas de sida pédiatrique. Le RNSP validait, pour la fin de l'année 1995, 46 cas cumulés. 18 cas de sida pédiatrique avaient été déclarés, 6 étaient validés par le RNSP.

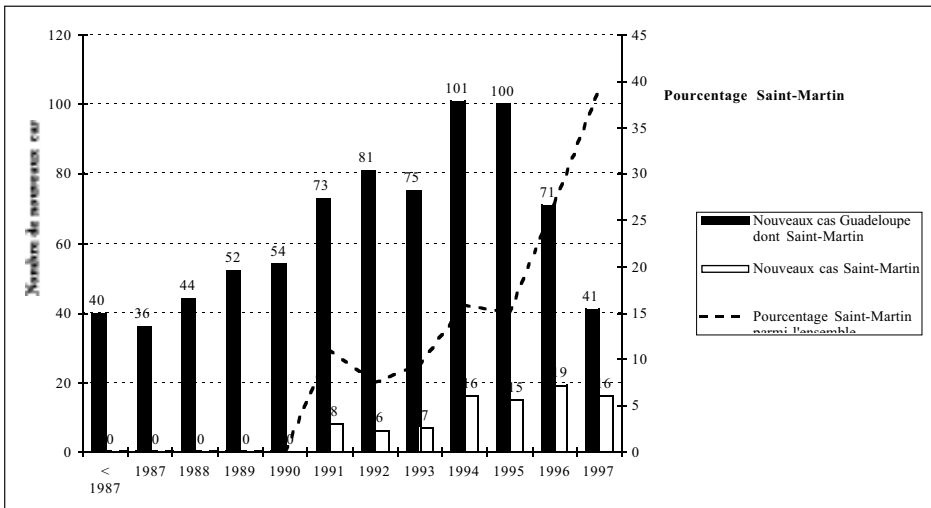
L'épidémie était d'autant plus sous-estimée que nombre de personnes résidant à Saint-Martin, par souci d'anonymat et de soins meilleurs, préféraient faire le test de dépistage et être pris en charge en dehors de l'île. Le lieu et le jour de la consultation mensuelle du CISIH Guadeloupe étant connus par l'ensemble du personnel de l'hôpital, le repérage des malades, jusqu'à l'arrivée d'un médecin chargé de la consultation sida et l'ouverture d'un centre de consultation sur l'île, était facile. Un certain nombre de Saint-Martinois faisaient un test de dépistage à Porto Rico. Les Dominicains, par méfiance vis-à-vis de l'hôpital qu'ils jugeaient de manière très

8 Un certain nombre de patients en situation irrégulière n'avaient pas de dossiers médicaux. Ils consultaient en se rendant directement auprès des médecins qui les recevaient sans formalité administrative.

négative, préféraient se rendre en République dominicaine. Des Saint-Martinois et des Métropolitains se faisaient suivre au CISIH Guadeloupe, et, lorsque leurs moyens ne leur permettaient pas de se rendre à Pointe-à-Pitre, donnaient rendez-vous au médecin de Guadeloupe à l'extérieur de l'hôpital. Un certain nombre de malades étaient suivis par des médecins de ville. C'était une population majoritairement étrangère qui se rendait à l'hôpital. Sur les 271 cas VIH + et sida, 167 étaient d'origine haïtienne, soit 61,7 % de la population totale. Les Français (Saint-Martinois, métropolitains, Guadeloupéens) représentaient 21,4 % des patients. Ces remarques valent encore pour 1998, en particulier pour les Saint-Martinois les plus aisés de l'île qui se rendent à Porto Rico pour les tests de dépistage et se font suivre en ville et aux États-Unis.

Une étude réalisée par le médecin chargé de la consultation sida et un médecin assistant du service de médecine a établi en 1987, avec diagnostic rétroactif, un recensement des cas de 1987 avec diagnostic rétroactif au 15 septembre 1997 [Paucod, Claudel, 1998]. Le nombre de cas de sida adultes ayant fait l'objet d'une déclaration au RNSP par le service de médecine était de 93, soit une différence de 13 cas avec le RNSP⁹. Le rapport du CISIH pour l'année 1996 mentionnait des dysfonctionnements dans la prise en charge des patients, et indiquait qu'une sous-évaluation du nombre de patients de la file active avait été mise en évidence avec la réactualisation des données depuis le début de l'épidémie [Strobel, 1996].

Figure 1 – Nombre de nouveaux cas de sida déclarés par année : Saint-Martin et la Guadeloupe (1982-1997)



Source : RNSP.

⁹ Le nombre de cas recensés, c'est-à-dire de patients vus au moins une fois à l'hôpital, était de 136, dont 111 étaient domiciliés côté français.

Figure 2 - Nombre de cas cumulés déclarés par le RNSP et les médecins de l'hôpital (1991-1997)

Adultes	< 1991	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Somme hôpital	0	1	7	32	60	68	90	93
Somme RNSP	0	5	11	16	31	46	64	80
RNSP-hôpital	0	4	4	-16	-29	-22	-26	-13

Sources : pour 1993 : de Caunes [1994]; pour 1995 : nombre de cas adultes d'après les dossiers exploitables déclarés, en cours de déclaration et refus du service de médecine au 31 août 1995 (68 cas adultes); pour 1997 : Paucod, Claudel [1998].

Enfants	< 1991	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Somme hôpital	0	n. p.	n.p.	13	n.p.	18	18	18
Somme RNSP	0	3	3	5	6	6	7	7
RNSP-hôpital	0			-8		-12	-11	-11

Sources : de Caunes, Sicard [1996].

NB : Les données recueillies par les médecins sont transversales à un moment de la publication, alors que les données du RNSP sont transversales avec rétroactivité.

À partir de l'année 1993, apparaît le décalage entre le nombre de cas adultes et pédiatriques cumulés par le service de médecine de l'hôpital et ceux retenus par la DDASS ou le RNSP. Plusieurs raisons peuvent en rendre compte :

- Le suivi médical spécialisé sur l'île pour les patients séropositifs a commencé en janvier 1993, année où les consultations avancées du CISIH Guadeloupe ont débuté à l'hôpital de Marigot. Les patients étaient auparavant orientés sur Pointe-à-Pitre à la Guadeloupe, d'autres se faisaient suivre en France métropolitaine. Ils étaient alors déclarés par les services qui les prenaient en charge.

- Des déclarations de patients qui n'ont pas été vus par le CISIH n'ont pas été faites faute de temps, selon les médecins du service de médecine, alors que le diagnostic de sida était porté.

- Entre 1992 et 1995, sept cas diagnostiqués à Saint-Martin et dont la déclaration a été réalisée à l'hôpital de Marigot – qui auraient donc dû être déclarés par le RNSP à Saint-Martin – ont été attribués par le RNSP au CHU de Pointe-à-Pitre, peut-être du fait que le médecin déclarant était un médecin du CISIH Guadeloupe.

- L'admission des adultes ou des enfants à l'hôpital à la phase terminale de la maladie avec survenue rapide du décès empêchait toute investigation pertinente.

- Les difficultés de transfert des patients en situation irrégulière au CHRU de Guadeloupe empêchaient toute confirmation de diagnostic.

De surcroît, il arrivait que des parents étrangers envoient des enfants dans leur pays d'origine quand la maladie se généralisait, et avant que la confirmation de la transmission materno-fœtale ait pu être établie [de Caunes, Sicard, 1996].

Enfin, les définitions du stade sida retenues en France par le RNSP ne permettaient pas de prendre en compte les pathologies spécifiques des populations caraïbéennes, ni les conditions de diagnostic propres à l'hôpital.

Les critères de définition du stade sida ou la variabilité des définitions

Une première définition adoptée par l'OMS en 1983 indiquait les infections opportunistes et les types de cancers nécessaires pour conclure au sida ainsi que les méthodes de diagnostic. Depuis, des modifications ont enrichi cette définition.

En 1987, une modification inclut deux nouvelles pathologies: les maladies neurologiques et le syndrome cachectique. Si l'infection par le VIH était mise en évidence par le test de dépistage, le stade sida était considéré comme atteint quand on diagnostiquait une des maladies citées dans la définition. Si l'infection par le VIH n'était pas reconnue par le test de dépistage, on pouvait aboutir au diagnostic de sida s'il existait une immunodéficience n'ayant pas d'autre origine possible (avec un nombre de lymphocytes T4 < 400/mm³) et si une des maladies de la définition était diagnostiquée avec certitude. Si l'infection par le VIH était niée par le laboratoire et en l'absence d'autre cause d'immunodéficience, certaines dispositions conduisaient tout de même au diagnostic de sida. Par exemple, c'était le seul diagnostic vraisemblable d'une pneumonie à *Pneumocystis carinii* ou celui d'une autre maladie de la définition accompagné d'un nombre de lymphocytes T4 < 400/mm³.

Au 1^{er} janvier 1993, des modifications sont apportées à la définition de 1987. Les quarante-huit pays européens membres de l'OMS et les USA n'ont pas opté pour les mêmes modifications. Aux États-Unis, trois critères cliniques – la tuberculose pulmonaire, les pneumopathies bactériennes récurrentes, le cancer invasif du col – et un critère biologique – un nombre de T4 inférieur à 200/mm³ –, diagnostiqués chez un sujet porteur de l'infection VIH, ont été ajoutés aux autres critères. Les pays européens ont retenu les trois critères cliniques, mais ont rejeté le critère biologique.

L'OMS a établi en 1985 une définition du sida en Afrique, différente des définitions précédente, définition dite de Bangui enrichie par la suite des recommandations d'Abidjan. En Afrique, les affections opportunistes sont différentes et le manque d'équipements de laboratoire, voire la difficulté de réaliser un test de dépistage, empêchaient la confirmation des diagnostics cliniques. Ce sont des critères cliniques qui permettent de diagnostiquer l'infection à VIH.

Les médecins de Saint-Martin demandaient que soit appliquée la définition de Bangui, et ont en fait déclaré les cas selon cette définition, et ce pour les raisons suivantes:

- La tuberculose n'a été retenue comme pathologie classante que depuis 1993, alors qu'une déclaration sur quatre sur les 87 cas acceptés par le RNSP relevait de cette pathologie dans ses formes pulmonaires ou extrapulmonaires. Saint-Martin apparaissait ainsi comme une zone de forte prévalence pour cette pathologie [Paucod, Claudel, 1998].

– L'hôpital était dans l'impossibilité de respecter les contraintes de la définition de 1987. Depuis 1987, il faut préciser le taux de lymphocytes T4 si la pathologie classante est le syndrome cachectique. En 1992, il n'était pas possible de disposer des T4, de 1992 à 1995 il était difficile d'obtenir cet examen, les délais et les conditions de transport des prélèvements à la Guadeloupe rendaient son résultat très aléatoire. Cet examen a été possible à partir du milieu de l'année 1995 dans deux laboratoires de l'île, dont les résultats, pour l'un d'entre eux, ont paru bien des fois contestables aux médecins qui ont renoncé à demander cet examen. Or le syndrome cachectique a été, sur les 87 cas déclarés et acceptés par le RNSP en 1997, la pathologie déclarante pour 43 d'entre eux, et la seule pathologie déclarante pour 12 cas. Ce sont deux syndromes cliniques (cachexie et encéphalopathie) qui étaient les pathologies les plus fréquentes car l'hôpital ne disposait pas de matériel pour en diagnostiquer d'autres [Paucod, Claudel, 1998].

– Le nombre de cas proposés par les médecins de l'hôpital était sous-estimé faute de pouvoir confirmer des diagnostics de sida, par manque de matériel (impossibilité d'effectuer le lavage broncho-alvéolaire pour le diagnostic de pneumocytose, ou l'endoscopie digestive pour le diagnostic de candidose œsophagienne), et vu les difficultés que rencontrait le laboratoire de l'hôpital pour identifier des infections bactériennes ou virales [de Caunes, Sicard, 1996].

C'est ainsi que le pédiatre qui s'occupait des déclarations des cas de sida pédiatrique, dans une note datée de 1996, signalait qu'il avait déclaré 18 cas qui relevaient de la définition de Bangui, alors qu'au regard de la définition européenne de 1993, il n'aurait dû tenir compte que de six cas.

De son côté, le RNSP nous a expliqué qu'il ne pouvait comptabiliser les cas de syndrome cachectique sans le nombre de T4 car « dans les populations antillaises, le syndrome cachectique pouvait être dû à une parasitose » [RNSP, communication personnelle, juin 1998]. Les copathologies citées n'étaient pas classantes, de même que les déclarations de tuberculose dans ses formes pulmonaires avant 1993. Dans le cas d'un syndrome cachectique en l'absence du nombre de T4, le médecin traitant ou le chef de service était directement contacté pour savoir si une autre pathologie s'était déclarée. Sans réponse avant la fin du trimestre de la demande, le cas était rejeté et la DDASS Guadeloupe en était informée.

Accepter la définition de Bangui aurait été admettre la situation spécifique de Saint-Martin, qui bien que commune française, eût ainsi présenté un profil différent pour l'épidémie de sida (d'ailleurs le CAREC rend compte de l'épidémie dans la Caraïbe en comptabilisant le nombre de cas selon la définition de Bangui). Cela aurait également signifié la reconnaissance du manque de structure dans l'île pour établir des diagnostics satisfaisants. Or, à cette époque, les propositions de l'administration de l'hôpital hésitaient entre la demande d'autorisation de créer une clinique et la mise en place de cliniques ouvertes au sein de l'hôpital. La seconde solution vient d'être retenue. Le débat portait alors sur la place respective du secteur public et du secteur privé avec une nette préférence pour un désengagement du secteur public, plus que sur la mise en œuvre d'une politique de santé publique. La société d'économie mixte est actuellement maître d'œuvre de la construction du nouvel hôpital.

Les données des Antilles néerlandaises et de Sint-Maarten

À Sint-Maarten, l'analyse de la situation épidémiologique se présente différemment du fait que le sida n'est pas considéré comme une priorité de santé publique. La situation de l'épidémie a fait l'objet de plusieurs rapports qui insistent sur le manque de données épidémiologiques, et d'un rapport rédigé par le VOMIL (Department van Volksegezondheid & Milieuhygiëne), dont les recommandations, préconisant un projet de santé pour 1993-1998 [VOMIL, 1992], n'ont pas été suivies. L'équivalent du RNSP aux Pays-Bas est l'« Inspectie voor de Gezondheidszorg » qui enregistre le nombre de cas de sida dans le royaume mais pas dans les États associés.

L'évaluation de l'épidémie est réalisée localement, avec difficulté car dans les Antilles néerlandaises le sida n'est pas une maladie à déclaration obligatoire. L'évaluation est réalisée de deux manières par le Département de santé publique de Curaçao. Soit on recense le nombre de personnes séropositives à partir des WB positifs réalisés pour l'ensemble des îles par le Laboratoire national de santé publique (Landslaboratorium) qui a une antenne à Bonaire et une à Sint-Maarten au Sint-Maarten Medical Center qui dessert également Saint-Eustache et Saba. Soit on prend en compte le nombre de cas de sida déclarés connus à partir du nombre de traitements d'AZT dispensés dans l'ensemble des îles par la pharmacie du Sint-Elisabeth Hospital de Curaçao et consignés dans le « AZT-register ». Ces données sont publiées dans les annuaires annuels statistiques des Antilles néerlandaises. Jusqu'en 1993, était indiqué le nombre de cas de sida déclarés. Depuis, c'est le nombre de cas connus VIH + qui est mentionné. Les premiers cas de séropositivité ont été enregistrés en 1985, ceux de sida bien après. Selon le Department of Public Health and Environmental Hygiene, le nombre de personnes séropositives pour les Antilles néerlandaises en juillet 1996 est de 735 [Centrall Bureau of Statistics, 1997 : 20]. Le pourcentage de la transmission materno-fœtale est estimé entre 26 % et 56 % pour Curaçao, aucune donnée officielle n'étant disponible pour les autres îles. Selon l'unité de recherche et d'épidémiologie du Service de médecine et de santé publique de Curaçao dont les sources d'évaluation sont plus complètes (le nombre de cas enregistrés provient toujours du National Public Health Laboratory de Curaçao, mais également de ceux du laboratoire du Sint-Elisabeth Hospital – SEHOS – qui depuis 1995 réalise également les tests de dépistage Elisa et WB), il faut ajouter 60 cas à l'estimation précédente. Le mode premier de contamination est la voie sexuelle. Le ratio homme/femme est de 1,34/1. Sint-Maarten, avec une population de 17 % de l'ensemble des Antilles néerlandaises, comprend 37,3 % des cas.

Dans les Antilles néerlandaises, le déni de l'épidémie repose également sur la définition du stade sida, mais pour des raisons différentes. Le Comité national de lutte contre le sida basé à Curaçao (National Aids Committee, NAC) a mis au point en 1995 une méthode de recensement des cas de sida en demandant, à toutes les professions médicales des Antilles néerlandaises, de référer au Département de santé publique de Curaçao les cas dépistés. Peu de cas ont été enregistrés : il n'y a pas pour les Antilles néerlandaises de consensus sur la définition du sida, et ce comité, qui par ailleurs n'avait pas de référent à Saba, ne se réunit plus depuis 1996. À Sint-Maarten, l'épidémie est encore davantage sous-estimée. Nombre de

médecins libéraux font faire les tests de dépistage aux États-Unis, ou à Saint-Martin car les résultats, plus fiables qu'à Curaçao, sont également plus rapides. De surcroît, il n'existe pas de recensement officiel de nombre de cas. Le médecin interniste du Sint-Maarten Medical Center ne tient pas de comptabilité du nombre de cas de personnes atteintes, estimant qu'il y a des pathologies bien plus graves à traiter [Communication personnelle, mars 1998]. L'évaluation de l'épidémie est le fait d'un médecin libéral à partir de sa clientèle privée. De 1989 à août 1995, il a comptabilisé dans sa clientèle 56 personnes séropositives et estime que Sint-Maarten est l'île des Antilles néerlandaises la plus touchée par l'épidémie, avec 3 % de la population qui serait atteinte [Van Osch, 1993 : 4]. En 1996, environ 50 nouvelles personnes auraient été touchées¹⁰. Dans sa clientèle, la proportion de femmes atteintes est en augmentation.

En 1991, la PAHO (Pan American Health Organization) et le Landslaboratorium de Curaçao avaient conduit une recherche anonyme de séroprévalence dans la population de l'île¹¹. Les chiffres obtenus étaient nettement plus importants que ceux cités jusque-là. Une fois les corrections effectuées (doublons, sexe, tranche d'âge représentée), et quand bien même les auteurs de l'étude pensent que les résultats sont loin de la réalité, l'étude avance un total d'au moins deux mille personnes touchées à Curaçao, le pourcentage de personnes atteintes serait ainsi proportionnellement dix fois plus élevé qu'aux Pays-Bas.

Surveillance épidémiologique et géopolitique

La sous-estimation de l'épidémie a servi les intérêts locaux du déni de l'épidémie, motivé par la place de Saint-Martin/Sint-Maarten dans les enjeux géopolitiques et financiers des tutelles départementales, fédérales et nationales. Ce souci était lisible dans la stigmatisation dont ont été victimes les personnes atteintes, au même titre que d'autres populations considérées comme indésirables dans l'île. De plus, l'organisation des consultations sida et la localisation du centre de lutte contre le sida ne garantissait pas l'anonymat, et ont eu pour résultat d'évincer des patients des institutions de soins.

Il importait aux responsables politiques, économiques et médicaux de l'île, dont nous avons vu qu'ils étaient constitués de quelques personnes cumulant l'ensemble de ces pouvoirs, de donner une image idyllique et aseptisée de la société correspondant aux fantasmes de l'exotisme touristique. Ceci afin de maintenir la fréquentation touristique de l'île et d'éviter toute intrusion du droit français; toute investigation dans le domaine de la santé publique étant susceptible d'en susciter d'autres au niveau du droit du travail, du non-respect des Droits de l'homme dans les conditions de reconduite à la frontière par exemple. Les propos des acteurs de la lutte contre le sida et de la toxicomanie relevaient d'un discours normatif et

10 Dr Van Osch, *The Chronicle*, 30 novembre 1996, X, 221 : 3.

11 Dr J. M. Eustatia en W. Gonzales MSC, Landslaboratorium, *étude anonyme de la séroprévalence du VIH1 au mois de janvier 1991 dans la population du Landslaboratorium de Curaçao in Milieuhygiëne* [1992 : 19-20].

hygiéniste visant à la stigmatisation, pouvant être suivie de reconduite à la frontière des individus considérés comme déviants : usagers de drogue, population sans-abri, personnes atteintes par le VIH et hommes bisexuels.

Depuis 1996, se multiplient les arrivées de jeunes gens métropolitains, sans ressources et, pour certains, usagers de drogues. Le chargé de mission de lutte contre la toxicomanie, aidé par l'association de lutte contre le sida « Liaisons dangereuses », contactait les familles pour qu'elles fassent revenir leurs enfants. Le cas échéant, il organisait les retours avec l'aide financière de la mairie ou envisageait, après leur avoir trouvé du travail, des projets de saisie sur salaire pour payer le billet, projets jusque-là refusés à la Guadeloupe par le procureur de la République.

Le profil de l'épidémie a évolué pendant ces six années. Lors de la première année de déclaration, six cas sur huit déclarés étaient des patients français, dont la majorité était saint-martinoise. C'est alors qu'a été rendue publique la bisexualité de certains hommes saint-martinois. Du fait du non-respect par certains médecins hospitaliers du secret médical, des hommes, et pour certains leurs enfants, ont été alors mis à l'écart par l'ensemble de la population, au point que des familles ont envisagé de migrer aux États-Unis¹². Ces médecins qui avertissaient les conjointes de leurs patients justifiaient leur décision par la crainte d'être accusés par ces dernières de non-assistance à personne en danger. Il est à noter que les médecins de ville ont consulté l'ordre des médecins quand ce dilemme se posait à eux, et ont été amenés à respecter le secret médical.

L'organisation spatiale de la consultation mensuelle du CISIH et la localisation du centre d'informations sur le VIH ne permettait pas le respect de l'anonymat des patients. La consultation mensuelle qui avait lieu tous les premiers jeudis du mois rassemblait tous les patients dans le jardin de l'hôpital. Certains d'entre eux pensent avoir été ainsi repérés et dénoncés comme malades à la fois par le personnel de l'hôpital et d'autres patients, dont ils découvraient au fil des consultations qu'ils avaient la même pathologie qu'eux. Le centre de lutte contre le sida « Liaisons dangereuses », de par son nom déjà stigmatisant, bien que parfois nommé « Centre de prévention santé », était situé près de la caserne des pompiers, du centre EDF-GDF, et d'un dispensaire, ce qui n'était pas non plus une garantie d'anonymat pour les patients qui s'y rendaient. La permanence de l'association étant assurée par une infirmière, par la compagne du directeur de la société d'économie mixte et le chargé de mission de lutte contre la toxicomanie, les patients craignaient que ne soit dévoilé leur statut sérologique ; et ce d'autant que le local était le lieu de rendez-vous et de réunions de quelques commerçants de l'île, et de personnalités politiques saint-martinoises occupant, pour certains, des fonctions de soignant à l'hôpital. Certains patients étaient encouragés – j'en fus le témoin –, s'ils étaient métropolitains, à retourner en France pour de meilleurs soins ou, s'ils étaient étrangers, à rentrer chez eux « afin d'y mourir avec leurs rituels » ! Depuis qu'un médecin chargé de la consultation sida exerce à l'hôpital, la méfiance des

12 Les résultats préliminaires de l'enquête ACSAG (Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane, un des volets de l'enquête ACSF – Analyse des comportements sexuels des Français) ont montré la stigmatisation à l'égard des conduites homosexuelles masculines [Giraud, 1994].

patients à l'égard de l'institution a diminué, grâce aux précautions prises par le personnel. Ce médecin, également dermatologue, reçoit des patients présentant différentes pathologies. La secrétaire médicale récupère elle-même les médicaments à la pharmacie de l'hôpital, qu'elle remet aux patients dans des sachets en papier opaque. Les patients peuvent venir chercher leurs prescriptions en entrant directement dans son bureau par une deuxième porte sans passer par la salle d'attente.

Pour les étrangers en situation irrégulière, s'ajoutait la crainte d'être arrêté sur le chemin de l'hôpital ou des dispensaires. En effet, les véhicules de la police ou de l'UCI stationnaient certains jours devant les dispensaires – notons d'ailleurs que le véhicule de « Liaisons dangereuses » utilisé par l'infirmière pour des visites à domicile était semblable à ceux de l'UCI : fourgon rouge vif, repérable de loin les matins d'arrestations. De plus, les équipes qui ont rasé les bidonvilles et brûlé des maisons étaient constituées de gendarmes, d'employés municipaux et d'employés de la société d'économie mixte. Cette terreur de l'arrestation conduit, encore aujourd'hui, des patients en situation régulière à annuler leur rendez-vous s'ils apprennent que des contrôles d'identité sont effectués ce jour-là.

Au début de notre recherche, nous étions tentée de considérer cette île comme « un laboratoire de rencontres des cultures ». Juste après le cyclone Luis, l'absence d'État de droit – en matière de droit du travail et des conditions de séjour des étrangers dans l'île – est devenue flagrante, en particulier à l'égard de la communauté haïtienne. À Saint-Martin, les populations les plus touchées par le VIH (stade sida) sont, depuis 1993, les populations étrangères, en particulier la communauté haïtienne. Pour les Antilles néerlandaises, aucune donnée n'est disponible.

Si l'hôpital de Saint-Martin reçoit les patients en situation irrégulière, sans plus les signaler à l'UCI ou confisquer leur passeport en exigeant une caution, les étrangers ne bénéficient pas pour autant de l'AMG hospitalière qui faciliterait leur insertion dans des organismes de soin, et on a vu les risques encourus pour se rendre dans les institutions de soin. Le conseil général de Guadeloupe, principal dispensateur de l'AMG, ne tient pas à pallier les déficiences de l'État français [communications personnelles DDASS, avril 1998], surtout quand on sait les différends qui opposent la Guadeloupe à Saint-Martin, perçue comme dépendance – c'est ainsi que sont appelées, hormis la Guadeloupe, les îles de l'archipel guadeloupéen – peuplée d'Anglais et d'étrangers, dont la majorité haïtienne est stigmatisée dans toute la Caraïbe¹³. À Sint-Maarten, le Sint-Maarten Medical Center, qui possède 74 lits, est un centre de soins semi-privé, qui de fait n'a pas à proposer une politique de santé publique.

Saint-Martin/Sint-Maarten est peut-être le cas extrême de l'accomplissement d'une politique libérale dans un contexte néocolonial. Suivant la nature des enjeux et les acteurs concernés, l'État de non-droit domine, ou, à l'inverse, le respect ou l'imposition d'analyses valant pour l'Europe sont affirmées avec force. Afin d'améliorer la rentabilité économique de ce port franc, du côté français, le droit du travail, la protection sociale, les conditions d'entrée et de séjour des étrangers ne sont

13 Pour une analyse plus générale de la stigmatisation dont sont victimes les Haïtiens dans la Caraïbe et l'Amérique du Nord, cf. Farmer [1992, 1994].

pas respectés. Du côté néerlandais, c'est l'absence de législation qui autorise l'exploitation des populations étrangères. Les avancées dans le domaine de la lutte contre le sida ont été réalisées grâce à la mobilisation de quelques médecins et de fonctionnaires qui, à Paris pendant ces années, avaient pour souci que les inégalités d'accès aux soins régressent dans les DOM: mission sida de la Direction des hôpitaux (pour les années 1996 et 1997, une enveloppe spéciale pour les trithérapies des étrangers en situation irrégulière a été attribuée à Saint-Martin et en Guyane par la mission sida de la Direction des hôpitaux), Conseil national du sida. C'est plus la rencontre de quelques acteurs au niveau national de la lutte contre le sida et de médecins contestataires au niveau local, qu'une véritable politique de santé publique qui a permis la prise en charge d'une partie de la population atteinte. Du côté hollandais, cette conjonction est loin d'être réalisée car La Haye, malgré des tentatives de soutien, via la CEE, la PAHO et le KabNA¹⁴, n'a pour correspondant qu'un médecin libéral, le département de santé publique et l'hôpital déniaient l'importance de l'épidémie.

La richesse économique de l'île se réalise aux dépens d'une main-d'œuvre corvéable à merci, dont l'état de santé importe peu, puisqu'elle est aisément remplaçable [Bardinet, de Caunes, 1997]; on l'a vu rapidement avec les événements qui ont suivi le cyclone Luis. Les itinéraires thérapeutiques des malades, que nous avons présentés ailleurs [Benoît, 1997], montrent combien les stratégies d'évitement des institutions de soins sont étroitement dépendantes de cette situation politique. Elles ne relèvent pas tant des représentations culturelles de la maladie que des enjeux géopolitiques dans la région.

*

L'étude des appréciations différentes entre certains médecins de l'hôpital de Saint-Martin, la DDASS Guadeloupe, le CISIH, le RNSP quant à la surveillance de l'épidémie amène à rejoindre l'analyse de Laurent Vidal, dans une étude consacrée aux patients atteints par le VIH à Abidjan. Là aussi, mais en des termes différents, puisqu'il est tenu compte des représentations et des définitions que les patients donnent de la séropositivité et du stade sida, il apparaît que l'étude de la fragilité de la distinction entre séropositivité et maladie qui tend vers une véritable opposition pour les malades, et qui, pour l'OMS, a été suffisamment problématique pour faire l'objet de plusieurs définitions, en arrive à « transformer une simple interrogation sur des problèmes de définition [pour les patients et pour les médecins] en un débat aux enjeux conjointement médical, anthropologique et politique » [Vidal, 1996 : 180]. Cet article voudrait contribuer à cette interrogation qui relève à la fois du domaine de l'histoire des sciences – comment se définit biomédicalement l'histoire naturelle d'une maladie, à la fois lorsque la connaissance

14 Communication personnelle, M. Hans Moerkerk (International Health Affairs Division, Advisor International AIDS Policy/Aids coordinator, Ministry of Foreign Affairs), La Haye, janvier 1998. Pourtant, les rapports officiels sur la situation des Antilles néerlandaises n'ont pas manqué. Cf. par exemple Buijs [1991] et VOMIL [1992] et une mission de Unaid est envisagée pour Sint-Maarten [Moerkerk, 1997].

de la maladie se précise de même que les enjeux politiques qui la sous-tendent – et du contexte géopolitique qui détermine les critères de définitions. C'est ainsi qu'en France l'estimation de l'épidémie à partir du nombre de personnes séropositives devrait permettre d'évaluer, au regard des nouvelles exigences thérapeutiques entamées dès la phase asymptomatique, les besoins en matière de soins. Il restera à voir si cette décision n'est que scientifique et ne relève que de préoccupation de santé publique, ou si, là encore, les DOM, pour des raisons autres que celles de l'éloignement des centres de décisions, connaissent des retards ou des régimes différents.

BIBLIOGRAPHIE

- BARDINET F., DE CAUNES F., LEGRAIN D., OFFRINGA P. [1994], *Projet de création d'un département mère-enfant à l'hôpital de Saint-Martin*, multigr.
- BARDINET F., DE CAUNES F. [1997], « Saint Martin: Friendly Heart of Darkness », *Dérades*, 1: 69-74.
- BARDINET F., DE CAUNES F., HAMLET J.-L. [1995], « Île de Saint-Martin: on n'expulsera pas l'épidémie par charter », *Le Journal du sida*, 79.
- BARDINET F., DE CAUNES F., LEGRAIN D., MARCHESSEAU A., OFFRINGA P. [1994 a], *Les soins aux femmes et aux enfants à l'hôpital de Saint-Martin: la défaillance du service public*, multigr.
- BARDINET F., DORAK B., DE CAUNES F., HAMLET J.-L. [1994 b], *Infection HIV chez la mère et l'enfant à Saint-Martin: approche épidémiologique et réponse institutionnelle*, Réunion inter-CISIH Antilles-Guyane, Cayenne, multigr.
- BENOÎT C. [1997], « Sida et itinéraires thérapeutiques à Saint-Martin/Sint-Maarten: représentations culturelles ou pratiques sociales? », *Dérades*, 1: 79-88.
- BENOÎT C. [1998], *Le Sida à Saint-Martin: représentations et recours aux soins dans une société pluri-ethnique*, ANRS-Sidaction, rapport multigr.
- BUIJS G.J. [1991], *Aids Prevention and Health Education on the Dutch Windward Islands: a Proposal for a Prevention Project*, Buro GVO.
- CAMARA B., DE GROULARD M. [1996], « Analyse de la situation du sida, de l'infection à VIH et des MST dans les pays membres du CAREC », in *Premières Assises caraïbéennes des associations de lutte contre le sida, 8-10 février 1996, Martinique*, Aides fédération, Fort-de-France, Aides Martinique: 44-49.
- CAUNES F. DE [1994], *Lettre de M. de Caunes à M. le président du comité guadeloupéen de prévention et d'éducation sanitaire*.
- CAUNES F. DE, DORAK B., HAMLET J.-L., GIBBS V., OFFRINGA P., BARDINET F., LEGRAIN D. [1994], *High Prevalence of HIV Infection in Saint-Martin (French West-Indies)*, CIP meeting, congrès annuel du CCMRC, Jamaïque.
- CAUNES F. DE, SICARD F. [1996], *Projet de santé communautaire. Infection par le virus de l'immuno-déficience humaine: programme de prise en charge de la mère et de l'enfant à Saint-Martin*, multigr., 25 p.
- CAUNES F. DE, DORAK B., HAMLET J.-L. [1992], *Épidémiologie de l'infection à VIH à l'hôpital de Saint-Martin*, multigr.
- CAUNES F. DE, DORAK B., PAUCOD S. [1993], *Épidémiologie de l'infection à VIH à l'hôpital de Saint-Martin*, multigr.
- CENTRAL BUREAU OF STATISTICS [1997], *Statistical Yearbook Netherlands Antilles*, Willemstad, Curaçao.
- CONSEIL NATIONAL DU SIDA [1996], *Spécificités et inégalités - Le sida dans les départements français d'Amérique*, rapport multigr.
- DORMONT J. [1996], *Prise en charge des personnes atteintes par le VIH*, Paris, Flammarion.
- FARMER P. [1992], *Aids and Accusation Haiti and the Geography of Blame*, Berkeley, Berkeley University Press.

- FARMER P. [1994], *The Uses of Haiti*, Monroe, ME, Common Courage Press.
- GIRAUD M., GILLOIRE A., COLOMBY P., HALFEN S. [1994], *Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane*, Paris, ANRS, rapport intermédiaire multigr.
- HAOUR-KNIPE M., RECTOR R. (éd.) [1996], *Crossing Borders. Migration, Ethnicity and Aids*, London, Taylor & Francis.
- HINTJENS H. [1994], « Évolution politique et constitutionnelle des Antilles françaises depuis 1946 », in R. Burton, F. Rénon (éd.), *Les Antilles-Guyane au rendez-vous de l'Europe: le grand tournant*, Paris, Economica: 19-35.
- KERSELL J.E. [1993], « Small-Scale Administration in Sint-Martin: two Governments of one People », *Public Administration and Development*, XIII: 49-64.
- LOURENTS N., GERSTENBLUTH I., HALABI Y., O'NIEL J., EIMERS J., BALENTIEN E., NAARDEN E. [1997], *HIV Registration in the Netherlands Antilles 1985-1996*, Sint-Maarten, CCMRC, 18 p.
- MONZA R. [1996], *La Guadeloupe, kaléidoscope de la géopolitique d'un département français de la Caraïbe*, thèse de doctorat, université Paris-VIII.
- MOERKERK H. [1997], *Memorandum DSI/SB nr. 524/97. Betreft: Verslag dienstreis Caraïbisch gebied, AIDS coördinator, NTIS*, multigr, 6 p.
- MONTAGNIER L. [1993], *Le Sida et la Société française*, Paris, La Documentation française.
- PAUCOD S. [1996], « Bilan d'activité du 1^{er} semestre de fonctionnement du Centre de prévention-santé de Saint-Martin (consultation de dépistage anonyme et gratuit du VIH) », *Info sida, publication DDASS Guadeloupe*, (7): 6-7.
- PAUCOD S., CLAUDEL P. [1998], « Situation épidémiologique du sida à Saint-Martin », *Info sida, bulletin de la DDASS Guadeloupe*, 8.
- RUMMENS J.W.A. [1991], « Identity and Perception: the Politicalization of Identity in Sint-Maarten », in H. Diaz, J.W.A. Rummens, P. Taylor, *Forging Identities and Patterns of Development*, Toronto, Canadian Scholars' Press.
- RUMMENS J.W.A. [1993], *Personal Identity and Social Structure in Sint-Maarten/Saint-Martin: a Plural Identities Approach*, PhD, York University, Canada.
- STROBEL M. [1996], *Rapport annuel du CISIH Guadeloupe 1995*, multigr.
- SYPKENS SMIT M.P. [1995], *Beyond the Tourist Trap: a Study of Sint-Maarten Culture*, Amsterdam, Pays-Bas, Publications Foundation for Scientific Research in the Caribbean Region.
- TAGLIONI F. [1995], *Géopolitique des Petites Antilles*, Paris, Karthala.
- VAN OSCH G. [1993], *HIV-Aids Statistics, Sint-Maarten*, mult.
- VIDAL L. [1996], *Le Silence et le Sens*, Paris, Anthropos.
- VOMIL (DEPARTMENT VAN VOLKSGEZONDHEID & MILIEUHYGIËNE) [1992], *Regering van de Nederlandse Antillen - Nota Aids Beleid (1993-1998)*.

5 Il y a évidemment hétérogénéité dans ces catégorisations et des cas intermédiaires entre les catégories elles-mêmes, comme ceux des « petits dragons » du Sud-Est asiatique qu'il n'est pas de notre ambition d'étudier ici. Les États d'Amérique latine aussi sont intermédiaires dans la mesure où, si leur appartenance à la périphérie me semble peu contestable, leur indépendance précoce sur un mode « créole » ou « rhodésien » y a permis l'existence de vraies bourgeoisies nationales ibéro-métissées qui réussissent mieux à négocier leur dépendance globale.