

CHAPITRE 9

Le lien De connaissances en pratiques, évaluer les risques du sida

Laurent Vidal

L'incertitude est constitutive du risque, que l'on s'attarde sur son étymologie¹ ou, plus fondamentalement, sur les représentations et comportements qui lui sont associés. D'une façon générale, on admettra ainsi qu'« une situation ne peut comporter un risque que si, outre un enjeu, elle contient un élément d'incertitude² ». Cette incertitude se mesure, s'évalue, s'exprime en termes de probabilité qu'un événement arrive. Mesures qui intègrent d'inévitables marges d'erreur, qu'il s'agisse de la survenue de l'évènement en question à un instant donné ou dans la durée. Porteur d'effets le plus souvent négatifs et quantifié avec incertitude, l'évènement en question définit un danger. Initialement d'origine naturelle (les grandes catastrophes) ou scientifique (la menace nucléaire), avec le sida ce danger est *conjointement* individuel et social. Un tel glissement³ du registre d'application du

1. Il sera fait référence à l'italien *risco*, « le danger lié à une entreprise » ou « la chance ou malchance d'un soldat » ; au latin médiéval *risicum*, mot obscur, peut-être apparenté à *resicare* « écueil qui fend un navire », « risque partagé par deux parties contractantes » ; ou encore au grec byzantin *rizikon*, « solde gagnée par chance par un soldat de fortune » (Jacqueline Picoche, *Dictionnaire étymologique du français*, Paris, Les Usuels du Robert, 1995) ; et enfin au grec *rhiza*, « racine » (Albert Dauzat, Jean Dubois et Henri Mitterrand H., *Dictionnaire étymologique et historique du français*, Paris, Larousse, 1993).

2. Philippe Lazar, « Mesure de l'incertitude », *Esprit*, 1965, 334, 5-15, p. 5.

3. Glissement qui ne signifie pas que l'identification d'une origine scientifique au risque soit absente dans le cas du sida, comme en ont largement témoigné l'affaire du sang contaminé ou les imputations fantasmatiques à des manipulations de laboratoire de l'épidémisation de l'infection à VIH.

risque n'est certes pas propre à cette épidémie : d'anciennes et plus meurtrières épidémies ont désigné des populations, des villes et des gestes comme lieux et vecteurs de risques sanitaires majeurs⁴. Dès lors, le risque épidémique, parce qu'il associe un traitement de l'incertitude à une large menace sanitaire et sociale, occupe une place centrale parmi les diverses préoccupations de la santé publique.

Si la lecture de l'exposition au risque sous la double perspective individuelle et sociale ne peut se limiter au cas du sida, cette maladie infectieuse pose toutefois avec une pertinence renouvelée la question du lien entre les connaissances sur une affection et les pratiques liées à l'évitement de ce risque. De nombreuses études, dans quelque contexte culturel ou social que ce soit, soulignent alors que des connaissances exactes sur l'infection à VIH ne débouchent pas nécessairement sur l'absence de « prise de risque ». Je me situe volontairement ici dans un registre de formule discursive, voir de stéréotype de langage largement diffusé par les études dites socio-comportementales sur les connaissances et comportements relatifs au sida. Parmi les attributs de ce stéréotype, figurent l'absence d'interrogation sur la diversité des sources de connaissance qui participent de la construction des savoirs et, en amont de cette réflexion, de la non-prise en compte du caractère fluctuant et complexe des données médicales et épidémiologiques auxquelles il est fait référence pour évoquer les connaissances dites « exactes ». Dans le même temps, les comportements évalués à l'aune de ces « connaissances » sont figés dans l'instant et dans leurs déterminants sociologiques. Aussi, s'intéresser au lien entre les « connaissances » et les « pratiques » impose une réflexion à la fois épistémologique (la construction des savoirs - spécialisés et profanes - sur le sida) et anthropologique (la construction sociale des comportements individuels face à la maladie) des expressions et des enjeux des incertitudes probabilistes et sociales inhérentes à tout rapport au risque.

En développant la problématique du risque - et donc de l'incertitude - à travers cette analyse de la construction des savoirs et des pratiques, je serai amené à appréhender le savoir de santé publique relatif à la transmission et à la prévention du sida suivant une double

4. On se reportera à Patrice Bourdelais (« Contagions d'hier et d'aujourd'hui », *Sciences sociales et santé*, 1989, 7, 1 p. 7-20) et Gérard Fabre (« La notion de contagion au regard du sida, ou comment interfèrent logiques sociales et catégories médicales », *Sciences sociales et santé*, 1993, 11, 1 p. 5-32) pour le sida et les épidémies en général, François Delaporte pour le choléra (*Le Savoir de la maladie. Essai sur le choléra de 1832 à Paris*, Paris, PUF, 1990) et Claude Quélet pour la syphilis (*Le Mal de Naples. Histoire de la syphilis*, Paris, Seghers, 1986).

perspective. Tout d'abord, je mettrai l'accent sur le type de connaissances épidémiologiques disponibles sur la transmission du VIH (sexuelle ou de la mère à l'enfant) : elles nourrissent un savoir de santé publique et participent de sa culture - que l'on définira succinctement comme l'ensemble des savoirs et pratiques, considérés dans leurs élaborations historiques. La seconde perspective revient à se pencher sur les interprétations et applications du savoir scientifique médico-épidémiologique chez les destinataires des messages de prévention du sida. Dans ce processus d'appropriation/transformation du savoir scientifique sur l'infection à VIH, le savoir de santé publique occupe une place essentielle : c'est lui qui, par le biais de différents supports médiatiques, diffuse des informations et formule des recommandations censées reprendre, en les vulgarisant, les données scientifiques existantes. Au cœur de ces liens entre savoirs (médical, de santé publique et commun ⁵), la permanence d'incertitudes demeure remarquable. À tel point que réfléchir aux passages des uns aux autres, de même qu'au lien entre connaissances et comportements, c'est, inévitablement, se pencher sur la façon dont se *construisent et se négocient* des incertitudes ⁶.

Appréhensions scientifiques du risque

Cette réflexion sur les incertitudes qui traversent comportements et connaissances mettant en jeu le risque de contamination par le VIH ne peut se concevoir sans une appréhension préalable de la signification de la principale notion utilisée pour décrire le risque et ses négociations, tant dans les analyses épidémiologiques que dans les messages de santé publique. Je fais ici référence à la notion de *transmission*, dont la construction épidémiologique et sa traduction en termes de santé publique procèdent par simplification et vulgarisation de situations et de connaissances complexes, hétérogènes et parfois incertaines ⁷.

5. Je définirai le savoir commun comme un ensemble de connaissances et de représentations non scientifiques et non spécialisées (soit non compris les connaissances et représentations véhiculées par les spécialistes de prises en charge de la maladie que sont, notamment, les tradipraticiens).

6. En émettant l'hypothèse que les incertitudes sont inhérentes aux savoirs scientifiques relatifs au risque et modèlent les pratiques des individus, en particulier leur rapport au risque, j'exclus par définition de mon propos l'idée d'une éventuelle abolition de ces incertitudes et la construction de certitudes définitives.

7. Je reprends ici certains éléments d'un propos développé dans un article récent (Laurent Vidal, « La transmission. Le sida et ses savoirs », *L'Homme*, 1999, avril-juin, 150, p. 59-84).

La question de la transmission

Rappelons que dans la transmission, il y a un émetteur, un destinataire et une modalité. Or, des modes de transmission avérés du VIH, seule la transmission de la mère à l'enfant nomme et identifie l'émetteur : la mère. Quand on parle de « transmission sexuelle », c'est un partenaire sexuel qui est désigné, sans plus de précisions. Lorsque l'on se réfère à la transmission par voie transfusionnelle, un geste médical est désigné : il demeure tout à fait exceptionnel⁸ qu'un médecin ou tout intervenant médical soit identifié, et encore moins désigné, comme auteur du geste contaminant. En somme, pour l'ensemble des modes de transmission, à l'exception de la transmission mère-enfant, lorsque l'émetteur est connu de la personne infectée (tel partenaire sexuel, par exemple), il n'est pas nommé par le mode de transmission en cause. Ne serait-ce que de ce seul point de vue, la transmission mère-enfant témoigne donc d'une particularité au regard des autres modes de transmission du VIH. Précisons qu'une telle particularité peut avoir des conséquences sociales non négligeables dans la mesure où l'infection de l'enfant désigne celle de sa mère - éventuellement ignorée jusqu'alors - avec d'évidents risques de stigmatisation que ne sous-tend pas la terminologie des autres modes de transmission.

Une fois cette spécificité terminologique de la transmission mère-enfant mentionnée, il est remarquable de constater l'hétérogénéité des émetteurs « en cause » dans la transmission du VIH en général. En d'autres termes, si l'on se demande quelle est la personne à l'origine du geste ayant permis la transmission du VIH, on constate qu'il s'agit tantôt de la mère, d'un partenaire (identifié ou non) dans la transmission sexuelle, de soi-même toxicomane (lors d'une transmission par voie intraveineuse) ou soignant (cas de la transmission nosocomiale), tantôt du personnel de santé qui a procédé à la transfusion sanguine ou à l'injection avec du matériel souillé. Cette diversité se double d'une variété des modalités de contamination : une activité physiologique (enfanter, avoir des rapports sexuels) ; une activité mobilisant un support matériel (seringue ou tout autre matériel contaminé). Si la transmission mère-enfant se retrouve dans ce type de partition suivant l'existence ou non d'un objet vecteur de la transmission du VIH, elle marque en revanche à nouveau son originalité par rapport à l'ensemble des autres modes de transmission dès lors que l'on se penche

8. Le procès du sang contaminé en France est naturellement une exception d'importance, puisque des personnes physiques ont été mises en cause et condamnées. Cela étant, à la fois dans la description de ce mode de transmission et, en pratique, dans la plupart des cas où elle est intervenue et où elle continue d'intervenir, cette imputation à une personne est absente.

sur la modalité de contamination de l'« émetteur » lui-même. Elle apparaît alors comme le seul cas de transmission qui implique *nécessairement* au préalable un autre mode de transmission : la mère qui infectera son enfant n'a pu l'être que par voie sexuelle ou sanguine⁹. Chronologiquement, deux modes de transmission différents sont donc *inévitables* en cause. Processus que l'on ne retrouve pas dans l'enchaînement des autres situations de contamination qui, à la différence de la transmission mère-enfant, peuvent comprendre - même si ce n'est bien sûr pas la règle - deux modes de transmission identiques (une personne infectée par voie sexuelle qui transmettra à son tour le VIH par voie sexuelle ; une contamination *via* une seringue infectée, utilisée par une personne elle-même contaminée par voie intraveineuse).

Ces spécificités de la transmission de la mère à l'enfant (signification de la terminologie et implications d'autres modes de transmission) se doublent d'une réelle difficulté à comprendre l'unité que recouvre la notion de transmission mère-enfant du point de vue des modalités concrètes de transmission du virus. En effet, lors de la transmission par voie sexuelle ou sanguine, les gestes contaminants sont un rapport sexuel ou un contact avec du sang infecté. Or, avec la transmission mère-enfant, plusieurs « gestes » qui sont autant de moments demeurent impliqués dans la contamination : la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Moments que l'on distinguera par ailleurs des mécanismes biophysiques (passage par le placenta ou le liquide amniotique¹⁰ et par la muqueuse buccale, lors de l'allaitement¹¹). Si l'on s'en tient à ces moments, il n'y a pas un, mais trois modes de transmission rassemblés sous l'unique appellation de « transmission de la mère à l'enfant » : modes de transmission qui peuvent être mis sur le même plan et par conséquent s'ajouter à la transmission sexuelle (qu'elle soit hétéro ou homosexuelle), transfusionnelle ou par voie intraveineuse. On devrait alors parler de transmission lors de la grossesse, lors de l'accouchement, lors de l'allaitement, lors de rapports sexuels, lors de transfusions, lors d'injections. Un tel redécoupage donnerait une cohérence à une typologie actuelle qui renvoie tantôt à un « émetteur » précis (la mère, dans la transmission mère-

9. Au moins en Afrique : peut-être arrivera-t-on ailleurs à des cas où, l'espérance de vie des personnes infectées augmentant, des jeunes filles contaminées par leur mère transmettront à leur tour le VIH à leur enfant.

10. Laurent Mandelbrot, « Estimation du moment de la transmission du VIH de la mère à l'enfant », *Transcriptase*, 1996, 44, p. 6-8.

11. Laurent Bélec, « La transmission post-natale du VIH via le lait maternel », *ANRS Information*, 1996, 19, p. 30-36.

enfant), tantôt à des modalités de transmission (rapport sexuel ; contact avec du sang infecté).

De la mère à l'enfant

Avec la transmission mère-enfant, nulle réflexion sur le signifiant lui-même, au sein de la communauté scientifique médicale, n'a permis de souligner et de tirer les conséquences de l'hétérogénéité des pré-supposés classificatoires contenus dans les notions de transmission mère-enfant et - partant de là - de transmission sexuelle, par voie sanguine ou nosocomiale. On pourrait objecter qu'il suffit de signifier par le terme de transmission mère-enfant que le VIH passe de la mère à l'enfant pour l'adopter : ce type d'argument ne me semble pas répondre aux interrogations posées par la transmission du VIH ainsi désignée. Deux raisons essentielles motivent ce point de vue. D'une part, la communauté scientifique médicale elle-même n'a de cesse de nous révéler la complexité des mécanismes à l'œuvre dans la transmission mère-enfant : une approche générale de ces acquis scientifiques nous montrera le caractère réducteur de la notion de transmission mère-enfant. D'autre part, dans une perspective de santé publique - dont médecins et épidémiologistes ont précisément le souci -, les interprétations profanes de la transmission mère-enfant dénotent des confusions et des lacunes, au regard de la connaissance des autres modes de transmission du VIH, qui peuvent avoir des conséquences en matière d'adhésion à un discours préventif et, donc, de gestion du risque-sida. Je reviendrai plus en détail sur la nature des interprétations communes de la transmission de la mère à l'enfant et leurs possibles effets sur l'appréhension du risque. À ce stade de la réflexion, je remarquerai que le discours de santé publique sur les modes de transmission du VIH, et singulièrement celle de la mère à l'enfant, se voit indirectement fondé dans son approche simplificatrice de la transmission par les catégorisations médicales et épidémiologiques elles-mêmes. En d'autres termes, à la simplification *recherchée* de la notion de transmission mère-enfant par la santé publique (de façon à ne pas introduire trop de complexité sur les moments et modalités de la transmission, suivant en cela le raisonnement que le plus « important » est d'ancrer dans le savoir commun l'idée d'un risque de transmission de la mère à l'enfant) correspond ici sa simplification *de fait* dans les descriptions médicales et épidémiologiques qui ne tirent pas les conséquences en matière de catégorisation de la complexité de la notion dont elles étudient la nature.

Tout en soulignant à nouveau les spécificités des enjeux de ce

mode de transmission, les interventions en matière de prévention de la transmission du VIH à l'enfant - au premier rang desquelles l'administration d'AZT à la femme enceinte infectée - permettent d'avancer dans le parallèle entre savoirs de santé publique et médico-épidémiologique. Rappelons tout d'abord que la mère ne tire directement aucun bénéfice thérapeutique de la prise d'AZT¹². C'est un mode de prévention strictement altruiste : la mère prend ce médicament pour éviter la contamination de son enfant. De façon comparable, la décision de la mère infectée de ne pas allaiter son enfant est à visée strictement altruiste. Force est de constater que la question se pose en des termes différents pour les autres modes de prévention (protection des relations sexuelles, sécurité transfusionnelle, utilisation de matériel d'injection unique). Lorsqu'il s'agit d'amener une personne infectée par le VIH à protéger ses relations sexuelles, l'objectif est certes d'éviter que son partenaire ne soit infecté, mais il est aussi - cela fait partie du discours médical destiné au patient - de faire en sorte que le séropositif ne se réinfecte pas : la prévention proposée par le discours médical et adoptée par l'individu est loin d'être uniquement altruiste. Elle ne l'est pas plus lorsqu'elle s'adresse à l'ensemble de la population ou aux personnes séronégatives. Quel que soit le statut sérologique de la personne qui reçoit le message préventif, il apparaît nettement que l'adoption effective de mesures de prévention n'obéit pas seulement à une démarche altruiste : il s'agit d'abord de se protéger, puis de protéger l'autre. De son côté, la prévention de la transmission par voie sanguine apparaît dans un premier temps clairement altruiste. Dans le cas de la transmission en milieu de soins, les poches de sang sont dépistées afin d'éviter que celui qui sera transfusé ne soit contaminé : il en est de même pour la stérilisation d'objets susceptibles d'être contaminants. Une forme d'altruisme semble aussi gouverner la prévention de la transmission par injection de drogue, de la part du toxicomane qui détruit sa seringue.

Si, sur cette question de l'altruisme, prévention de la transmission mère-enfant et prévention de la transmission par voie sanguine se rejoignent, un deuxième élément entre en ligne de compte qui conduit à souligner l'originalité des questions en jeu autour de la prévention

12. L'essai thérapeutique « Concorde » a montré qu'un traitement par l'AZT en monothérapie chez des personnes asymptomatiques n'améliore ni le pronostic à long terme ni l'état clinique du patient (Concorde Coordinating Committee, « Concorde : MCR-ANRS randomized double-blind controlled trial of immediate and deferred zidovudine in symptom-free HIV infection », *Lancet*, 1994, 343, p. 871-881). Des observations analogues peuvent être faites pour les femmes enceintes infectées, en général asymptomatiques et bénéficiant d'un régime qui plus est court d'AZT à la fin de leur grossesse (Philippe Msellati, communication personnelle).

de la transmission mère-enfant et, partant, la complexité et l'originalité du savoir épidémiologique sur ce mode de transmission. En effet, dans les techniques visant à détecter et à éliminer le sang contaminé, on intervient, par définition, avant que le geste potentiellement contaminant soit effectué, c'est-à-dire la transfusion. Il en est de même lors de la prévention de la transmission par voie intraveineuse. Dans la prévention de la transmission mère-enfant l'administration d'AZT précède - certes - le moment précis durant lequel le fœtus peut être infecté mais elle intervient *pendant* la grossesse. En d'autres termes, dans la prévention de la transmission mère-enfant, un processus est en cours (une grossesse) qui peut déboucher sur une contamination de l'enfant : l'intervention visera à empêcher que cette contamination n'intervienne ou, plus exactement, à faire en sorte qu'elle soit moins fréquente que si la prise de médicament (ici l'AZT) n'avait pas lieu. Dans la transmission sexuelle, transfusionnelle ou par voie sanguine en général, le processus susceptible de s'avérer contaminant n'est pas enclenché lorsque l'action préventive intervient (préservatif *puis* relation sexuelle; dépistage du sang *puis* transfusion; stérilisation du matériel médical *puis* intervention médicale...). Au regard du processus de transmission du VIH, la chronologie de l'intervention préventive n'est donc pas la même et elle s'avère tout à fait originale pour la prévention de la transmission mère-enfant.

Quand le savoir de santé publique simplifie

Lorsque l'on se penche sur le rapport à l'autre qu'elle exprime et sur le moment auquel elle intervient dans le processus potentiellement contaminant, la prévention de la transmission mère-enfant apparaît à la fois plurielle et différente au regard des autres types de prévention de la transmission du VIH. S'ajoutant à celles identifiées lors de l'analyse de la terminologie employée et des modalités de transmission en jeu, ces positions originales livrent de précieux enseignements sur le contenu et la construction du savoir épidémiologique et médical sur le sida. Le premier et plus général de ces enseignements reste que le savoir médical tend à simplifier des situations dont il révèle parallèlement la complexité et le caractère spécifique : aucune remise en question conceptuelle et classificatoire de la notion de transmission mère-enfant n'est opérée alors que les données produites n'ont de cesse de nous en dévoiler l'originalité au regard des autres « modes de transmission », notamment dans la diversité de ses mécanismes et des réponses préventives qui lui sont apportées. Faut-il s'étonner que le savoir scientifique s'enrichisse - en toute rigueur

méthodologique - de données qui interrogent ses résultats *sans pour autant* opérer le travail réflexif sur la signification et les implications d'un tel processus ou, plus simplement, considérer que celui-ci est commun aux savoirs en jeu autour du sida? Je pencherai pour cette seconde hypothèse, compte tenu des précédentes observations sur la communauté de simplification qui se repère, tant dans le savoir de santé publique que dans le savoir épidémiologique, dès lors qu'est entérinée et reproduite la notion de « transmission mère-enfant ».

Nous avons là la première expression de la mise en forme culturelle des savoirs (de santé publique et épidémiologique confondus) sur la transmission du VIH : ils s'approprient une terminologie (la « transmission »..., le VIH « se transmet »...), préalable à l'élaboration d'un discours sur le sida¹³. Cette élaboration constitue un des éléments communs à la santé publique et à la santé épidémiologique qui participent de leur culture respective. En revanche, les éléments de complexité et d'originalité du savoir épidémiologique sur la transmission mère-enfant créent une distance avec le savoir de santé publique qui ne les intègre pas ou fort peu. Je prendrai deux exemples. Les documents d'information sur le VIH expliquent et représentent le risque de transmission durant la grossesse : nous ne savons cependant rien des mécanismes à l'œuvre et, en particulier, des voies de passage du virus en direction du fœtus. Ce type d'information ne me paraît pas superflu si l'on a présentes à l'esprit les représentations communes de la contamination du fœtus qui décrivent le rôle du sperme, du sang et, parfois, du placenta. À cet exemple d'une faible intégration d'acquis du savoir épidémiologique dans le savoir de santé publique, j'ajouterai une illustration de l'occultation, jusqu'à très récemment, du premier par le second. Je pense ici à la transmission durant l'allaitement - objet d'un véritable interdit dans la culture de la santé publique, au nom de la promotion de l'allaitement maternel - démontrée depuis près de quinze ans par des études épidémiologiques mais totalement ignorée dans les divers messages de santé publique sur les modes de transmission et de prévention du VIH. Nous sommes donc en présence de traits cette fois-ci spécifiques au savoir de la santé publique, en rupture avec les acquis de l'épidémiologie. Analogie (une même catégorisation simplificatrice) et ruptures (des niveaux de complexité différents dans la

13. J'analyse par ailleurs (Laurent Vidal, « Anthropologie d'une distance. Le sida, de réalités multiples en discours uniformes », *Autrepart*, 1999, 12, p. 19-36) quelques-unes des figures de ce langage (les notions de « communauté », « empowerment », « vulnérabilité ») en soulignant combien leur reproduction quasi mécanique par la plupart des acteurs du sida occulte l'hétérogénéité des situations sous-tendues par ces termes et révélées par ces acteurs.

description des modes de transmission) avec le savoir épidémiologique caractérisent donc fortement les approches par la santé publique de la transmission du sida.

Un nouveau lieu de divergence entre santé publique et épidémiologie se repère dans la présentation proposée du risque de transmission par voie sexuelle. Dans ce mode de transmission du VIH, l'évaluation du risque peut s'effectuer suivant deux directions, selon que l'on s'intéresse à la probabilité de transmission par rapport sexuel ou par partenaire, au sein de couples où l'homme et la femme sont de statut sérologique différent. Tout d'abord, un évident problème de méthode est posé au calcul de probabilité de transmission lors d'un unique rapport sexuel : il est en effet difficile d'isoler et d'identifier dans le temps le rapport sexuel à partir duquel sera fondé le calcul. Une fois rappelée cette réserve méthodologique majeure inhérente à l'étude de la transmission « par acte sexuel », la quantification de la transmission par voie sexuelle révèle tout à la fois la richesse des acquis scientifiques et la permanence de zones d'incertitude et de débat¹⁴. Un exemple permet d'illustrer ce double constat : des cofacteurs au rôle attesté dans le risque de transmission ont été clairement identifiés mais il subsiste une réelle difficulté à quantifier la part prise par chacun d'entre eux dans l'augmentation de la probabilité de transmission. Plus généralement, les données épidémiologiques connues confirment que le savoir médical, dans ses acquis et ses incertitudes, ne se retrouve guère dans les messages de santé publique qui uniformisent une réalité complexe¹⁵. Il est ici remarquable de constater que

14. L'épidémiologie a ainsi montré que :

- la transmission d'homme infecté à femme non infectée est plus fréquente lors d'un rapport anal que lors d'un rapport vaginal (une telle différence est en revanche difficile à mettre en évidence lorsque la femme est infectée et que l'homme ne l'est pas : Timothy Mastro et Isabelle De Vincenzi, « Probabilities of sexual HIV-1 transmission », *AIDS*, 1996, Suppl. 1, 10, p. 75-82) et demeure plus probable que de femme infectée à homme non infecté ;

- les niveaux de virémie sont plus élevés dans les premiers mois de l'infection et durant les stades avancés de la maladie qu'aux périodes intermédiaires, asymptomatiques. Ce constat s'accorde avec l'hypothèse d'une « infectivité variable » selon laquelle la probabilité d'être infecté après peu de rapports sexuels potentiellement contaminants est élevée alors qu'elle devient faible au terme de plusieurs rapports (Angela M. Downs, et Isabelle De Vincenzi, « Probability of heterosexual transmission of HIV : relationship of the number of unprotected sexual contacts », *Journal of AIDS*, 1996, 11, p. 388-395) ;

- le risque de transmission par rapport est extrêmement variable : il peut être compris entre 3 % et 1°/∞ (Kenneth H. Mayer et Deborah J. Anderson, « Heterosexual HIV transmission », *Infectious Agents and Disease*, 1995, 4, p. 273-284) ;

15. Ce qui n'est pas sans remettre en cause la capacité de l'épidémiologie à remplir la fonction qui lui est assignée de « bloquer l'interrogation et de s'exprimer avec concision et fermeté », en somme, de « formuler un "verdict" pour des fins pratiques » (Pablo Vinéis, « La causalité en médecine : modèles théoriques et problèmes pratiques », *Sciences sociales et santé*, 1992, 10, 3, p. 5-31).

cette confirmation de deux niveaux de complexité différents entre savoir de santé publique et savoir épidémiologique s'effectue à travers le traitement de l'incertitude mathématique : le premier l'ignore alors que le second en rend compte et travaille à sa résorption.

Le regard porté sur la notion de transmission révèle un processus de dispersion d'une culture scientifique - entendue en son sens large, des données médicales fondamentales aux messages d'éducation pour la santé. J'entends par là qu'à partir d'une caractéristique commune qui est l'absence de réflexion sur l'adéquation entre la notion de transmission - notamment de la mère à l'enfant - et ses mécanismes médicaux, savoirs de santé publique et sa voir épidémiologique se distinguent progressivement. Ainsi, alors que l'incertitude et la complexité investissent l'épidémiologie, la santé publique en reste à des niveaux de généralité dans ses diverses présentations du risque de contamination par le VIH, ne se donnant par définition guère la possibilité d'intégrer les avancées et les affinements du savoir épidémiologique. À cet égard, la justification suivant laquelle, pour être efficace, un message de prévention ou, plus largement, d'éducation pour la santé doit simplifier ou vulgariser les données médicales - au premier rang desquelles ses zones d'incertitude - ne me paraît pas recevable. D'une part, plus qu'un phénomène de vulgarisation, nous observons ici un véritable contournement des données épidémiologiques avec pour danger qu'une telle simplification du message n'occasionne des réinterprétations dans des directions imprévisibles et à tout le moins opposées aux intentions de leurs concepteurs. D'autre part, les contradictions entre contenu originel et vulgarisé du savoir médical se retrouvent aussi dans les savoirs non médicaux : la question se pose alors de comprendre dans quelle mesure la permanence de la référence à des registres distincts de connaissance facilite ou entrave l'adoption de comportements préventifs et modère le rapport au risque. Ce faisant, mon propos initial sur l'appropriation par une culture scientifique de la question de la transmission trouve un prolongement naturel dans l'interprétation de cette notion de transmission - et donc des savoirs scientifiques qui la véhiculent - par le savoir commun.

Des messages de santé publique au savoir commun : les registres de l'interprétation

L'expérience acquise en matière de prévention de l'infection à VIH a permis de situer comme objectif premier de l'action de santé

publique le risque et sa réduction, bien plus que le contrôle total de la maladie¹⁶. Nous savons en effet que les comportements sont évolutifs et n'obéissent pas de fait à la seule logique de préservation de la santé. Multiplicité des enjeux dans les choix de protection ou de non-protection, d'une part, modification des comportements et des connaissances avec une intensité et une pérennité variables, d'autre part, représentent quelques-unes des expressions des incertitudes associées au risque. Évaluer ces incertitudes pour tenter de les corrélérer avec celles qui traversent le savoir épidémiologique et dont la santé publique fait l'économie - comme je viens de le noter - suppose que soit préalablement détaillé le contenu du savoir commun sur les risques de transmission du VIH.

Les modes de transmission du VIH en mal de hiérarchisation

Je situerai à cet effet mon propos dans le cadre d'une étude anthropologique menée à Abidjan sur la gestion sociale du risque¹⁷. Les divers déterminants de l'exposition au risque ont été appréhendés, durant un an et demi, tant auprès de personnes infectées par le VIH, qu'auprès d'anciens tuberculeux séronégatifs et d'habitants d'un quartier populaire d'Abidjan de statut sérologique inconnu. Parmi les premiers points abordés durant nos rencontres, figurent les connaissances sur les modes de transmission du VIH. On constate alors que la transmission du VIH de la mère à l'enfant est rarement citée d'emblée, contrairement aux voies sexuelles et sanguines. Ce qui ne signifie pas que ce mode de transmission soit jugé impossible : lorsque j'en viens à l'évoquer, mes interlocuteurs reconnaissent alors que la mère infectée peut effectivement contaminer son enfant. Des discussions approfondies sur les moments de la transmission du VIH (grossesse, accouchement ou allaitement ?) révèlent que ce mode de transmission est associé à la transmission par voie sanguine et, en ce sens, n'est pas considéré comme un mode de transmission *sui generis*. En d'autres termes, le passage du VIH de la mère à l'enfant est estimé inévitable parce que « c'est le même sang » qui irrigue les deux corps. La transmission par le lait maternel est de son côté jugée possible, soit par analogie avec le passage d'autres affections ou d'effets médicamenteux.

16. Michel Setbon, « L'action organisée en réponse au risque-sida transfusionnel », 62-86, in *Séminaire du Programme Risques collectifs et situations de crise*, CNRS, École des Mines de Paris, 1995.

17. Financé par l'ANRS (Agence nationale de recherche sur le sida), le projet en question (« Face au sida, négociations sociales des risques en Côte-d'Ivoire et au Mali ») a été mené sous la responsabilité de Claude Fay et moi-même. Voir Claude Fay et Laurent Vidal (dir.), *Face au sida, négociations sociales des risques en Côte-d'Ivoire et au Mali*, Rapport, ANRS, juillet 1999.

teux de la mère allaitante à son enfant, soit - de façon plus restrictive - dès lors que le nourrisson est au contact d'un sein qui a une plaie. Ces quelques données témoignent, provisoirement, du décalage entre savoir commun et savoirs de santé publique, ce dernier distinguant la transmission mère-enfant des autres modes de transmission du VIH tout en étant silencieux sur le risque associé à l'allaitement.

Pour chacun des modes de transmission, il apparaît que les probabilités de transmission demeurent surévaluées, qu'il s'agisse du risque pour une mère infectée par le VIH de contaminer son enfant ou du risque de contaminer son partenaire lors d'un rapport sexuel. Il y a là de toute évidence un effet de la gravité de l'infection à VIH - dans son atteinte corporelle et dans sa dimension épidémique - qui rend difficilement pensable une transmission dans une minorité de situations d'exposition. Exemple de cette analogie entre une affection grave et largement répandue et sa forte transmissibilité, on relève l'idée selon laquelle la transmission par voie sexuelle est la plus dangereuse par contact potentiellement contaminant. Cette appréciation peut être rapprochée du constat épidémiologique suivant lequel la grande majorité des personnes infectées le sont à la suite d'un rapport sexuel. Il y a donc une confusion entre la répartition des contaminations par voie (la voie sexuelle est à juste titre considérée comme première) et le risque de contamination lors de chaque exposition (or, de ce point de vue, nous savons que l'exposition à du sang contaminé est un facteur de risque de contracter le VIH supérieur à l'exposition à du sperme, des sécrétions vaginales ou du lait infectés). L'absence de hiérarchisation concerne l'ensemble des modes de transmission du VIH. Cette tendance générale à une appréhension statistiquement indifférenciée du risque peut avoir un effet négatif dans la mesure où - de la part de personnes non infectées ou ne connaissant pas leur statut sérologique - le malade est perçu comme contaminant dans des situations qui ne sont pratiquement pas à risque : une telle uniformisation encourage des attitudes de peur face à des gestes de la vie quotidienne effectués par des personnes infectées. Cette uniformisation est par ailleurs à mon sens l'expression d'une élaboration insuffisante, pour ne pas dire dangereuse, du savoir de santé publique : l'absence de hiérarchisation et de quantification statistique des risques crée une fausse proximité avec le savoir commun général exposé ici.

Le danger est de deux ordres. Tout d'abord, qu'elle soit recherchée ou qu'elle demeure fortuite, la proximité entre savoirs n'est guère exempte d'ambiguïtés dès lors qu'elle reste artificielle et partielle. Concrètement, au début des années 1990 - et parfois aujourd'hui

encore - les médecins en Côte-d'Ivoire, ne sachant comment procéder à l'annonce de la séropositivité, utilisaient des mots qu'ils jugeaient compréhensibles par leurs patients : « sang sale », « mauvais », « pas bon ». Ils justifiaient ce choix par le souhait d'être compris par le malade, *a priori* dans l'incapacité, pensaient-ils, d'entendre un autre type de discours. Sans être dupe de la fonction de prétexte d'une telle attitude¹⁸, il est frappant de constater que ces médecins estimaient de la sorte effectuer une annonce bien plus tolérable pour le malade que si elle évoquait explicitement le virus du sida. Le choc que peut représenter un diagnostic touchant le sang et sa « qualité » n'était jamais évoqué. Finalement, en voulant s'inscrire dans des schémas de compréhension renvoyant à une vague culturalisation de l'autre (le malade « comprendra » ce qu'est une maladie du sang, bien plus que le sida), le médecin ne s'est pas donné les moyens d'une véritable proximité avec la culture du malade, qui aurait supposé une réflexion sur les interprétations possibles de tels propos sur le sang. Second écueil, lié au précédent, une absence totale de hiérarchisation des risques présuppose une incapacité des individus à comprendre que tous les risques ne sont pas équivalents, avec pour corollaire que leur uniformisation faciliterait l'adoption de comportements préventifs. Or, une présentation uniforme des risques, loin de permettre une meilleure identification des comportements à risque, étend le sentiment d'exposition à des comportements qui sont objectivement peu ou pas à risque. Une telle imprécision dans la présentation des caractéristiques du risque débouche alors sur de possibles attitudes de méfiance vis-à-vis de personnes qui ont ce type de comportements abusivement classés comme « à risque ».

Une approche analogue du savoir de santé publique à travers le savoir commun se dessine lorsqu'il y est question des moyens d'éviter l'infection à VIH. Je remarquerai tout d'abord que, à l'instar de ce qui a été noté pour la transmission de la mère à l'enfant, l'abstinence et, surtout, la fidélité sont bien moins spontanément citées que l'utilisation du préservatif. Il faut y voir - là encore - non pas une marque d'ignorance mais bien un effet de connaissance, dans la mesure où ces stratégies d'évitement de l'infection à VIH sont connues¹⁹ : elles sont

18. Dans la mesure où elle témoigne aussi de réticences personnelles profondes du médecin face à l'annonce, elles-mêmes occultées par des arguments de manque de temps ou de moyen pour y procéder.

19. À la question directe de savoir si l'abstinence et la fidélité permettent d'éviter le VIH, les réponses sont affirmatives. Un autre objectif est, dans un second temps, de se pencher sur cette notion de fidélité et son caractère réciproque (voir ci-dessous).

simplement perçues comme relevant d'attitudes qui ont leurs assises sociales et leurs implications morales bien au-delà de la seule prévention du sida, contrairement à la protection des relations sexuelles, nettement assimilée à une technique, mobilisant un objet (le préservatif). Sur ce point très précis du contenu de la prévention et de la nature des comportements envisageables, on constate que les éléments de connaissance de base sont bien présents, et absentes les idées erronées. Cela étant, la présentation qui m'en a été faite laisse clairement apparaître l'assimilation de la « prévention du sida » à l'« utilisation du préservatif ». Ce qui constitue un acquis en matière de connaissances est toutefois associé, chez certains, à l'idée selon laquelle les relations sexuelles à risque sont uniquement le propre de personnes qui multiplient les partenaires : il s'agit là d'une interprétation et d'une extrapolation des messages de prévention qui ont longtemps désigné la prostitution comme principale, pour ne pas dire unique, pratique à risque. Appréhension du risque qui ne permet pas de penser la diffusion du VIH à partir des partenaires de ces « prostituées », et encore moins le risque auquel se trouvent exposés les conjoints ou partenaires de ces derniers. Nous avons là un nouvel exemple de la nécessité de délivrer une information suffisamment précise qui exclut du savoir de santé publique - compte tenu des interprétations qu'en proposent ses destinataires - toute présentation, soit réductrice (le risque sexuel est lié à la prostitution), soit uniformisante (tous les risques sont égaux), de l'exposition au VIH.

Présences du risque et banalisation de la maladie

Ce parcours au sein d'éléments de connaissance sur la transmission et la prévention du VIH révèle l'existence de processus d'interprétation des messages de santé publique, bien plus que de stricte assimilation : à l'image des comportements, dynamiques et jamais fixés définitivement, les connaissances, certes, se transforment, mais, surtout, procèdent beaucoup plus par accumulation et intégration que par substitution et suppression. La peur de la maladie, la question de l'annonce et les liens entre tuberculose et sida permettent d'illustrer à nouveau et de compléter l'analyse de ce processus.

Alors que les connaissances sur l'infection à VIH et sa prévention se développent suivant les modalités évoquées précédemment, la crainte de cette affection s'accroît. Ainsi, savoir qu'aucun traitement curatif du sida n'existe n'est pas toujours compensé par le sentiment de pouvoir, finalement, éviter la maladie : parmi les mesures de prévention prônées, la fidélité est de plus en plus perçue comme aléatoire, car

devant être partagée par les deux partenaires. De ce point de vue, une amélioration des connaissances peut fort bien générer ou conforter un sentiment de menace. Ce sentiment se trouve parfois corrélé à l'origine supposée sorcellaire du sida. Dans ce cas, les modes de transmission et les moyens de diagnostic de l'infection à VIH ne sont pas ignorés : bien au contraire, c'est parce que les signes cliniques *connus* du sida ont été repérés chez un malade et que celui-ci - affirme-t-on - a subi un ensemble de tests et d'examen qui se sont révélés négatifs, qu'est alors avancée l'hypothèse d'un acte de sorcellerie. Dans un autre cas de figure, une femme a développé tous les signes *attribués* au sida et a finalement guéri, ce qui exclut - dans l'interprétation de celui qui rend compte de ce cas - l'infection par le virus du sida, par définition incurable, et introduit alors la possibilité d'une agression sorcellaire. Le lien entre connaissance et peur de la maladie trouve une autre illustration dans la demande de nos interlocuteurs - en particulier ceux rencontrés dans un quartier populaire - de voir des malades du sida, y compris au sein d'un hôpital, pour croire à la réalité de la maladie. Lien qui n'en demeure pas moins ambivalent : ceux qui évaluent le danger que représente le sida n'y voient là qu'une confirmation d'une réalité à laquelle de toute façon ils croient et ceux qui manifestent un réel déni peuvent admettre que la maladie existe mais la juger soit lointaine, soit inévitable (« il faut bien mourir de quelque chose »). Ajoutons que, sur ce point, les personnes infectées par le VIH critiquent le souhait observé dans la population générale de voir des malades pour croire au sida : désir qui relève d'une forme de voyeurisme que l'on ne rencontre - remarquent-ils à juste titre - pour aucune autre maladie. Ces diverses déclinaisons de la peur du sida expriment autant de liens avec l'information de santé publique. Relativement étroits lorsque la fidélité est mentionnée comme moyen de prévention ou dès lors que sont reconnus les signes de la maladie, ces liens deviennent plus ténus quand ces connaissances s'accompagnent de considérations fatalistes sur la menace représentée par le sida, voire de déni de la maladie.

Un lien fluctuant du même ordre se repère autour de la question de l'annonce de la séropositivité. Elle est considérée comme nécessaire, malgré les difficultés qu'elle pose. Bien plus, se systématisent l'opinion selon laquelle un tiers peut être mis dans la confiance, voire être informé, y compris contre le gré du patient lorsqu'il y a risque de contamination d'autrui. Cette position n'est pas construite sur l'ignorance des possibles réactions négatives des tiers ainsi informés mais, plus exactement, sur le constat suivant lequel le sida est largement

connu et le risque de rejet du malade aujourd'hui moins important que par le passé. La levée du secret médical est alors évaluée au regard de ce qui la justifie (il y a eu rupture dans le « contrat » entre le patient qui avait promis au médecin d'informer son partenaire et le médecin) et de ses conséquences. S'il apparaît envisageable de remettre en cause le secret médical et de parler plus aisément que par le passé de sa maladie, un consensus émerge pour souligner l'impossibilité de parler *à tout le monde* : les personnes atteintes le montrent depuis longtemps²⁰, celles non touchées par le VIH en viennent à le penser aussi. Nous observons donc, simultanément, un consensus pour que le patient soit informé - principe essentiel de la santé publique, si l'on veut que le patient change de comportement - et l'affirmation de possibles « libertés » avec le secret médical - ce que ni la médecine ni la santé publique ne peuvent accepter.

Ces perceptions et attitudes relevées ne me semblent pas devoir être interprétées comme le fruit d'une simple sous-estimation des réactions de l'entourage à la connaissance du statut sérologique, pas plus que d'une volonté délibérée de stigmatiser le séropositif. Certes, le fait de ne pas vivre avec le VIH rend difficilement imaginable les réactions à la maladie des autres en général. Ces prises de position s'expliquent aussi par une forme de banalisation du sida dans sa gravité même : forme de banalisation tout à fait différente de celle qui était associée au déni du sida. En somme, le sida existe, c'est une maladie grave au même titre que les affections meurtrières que les gens connaissent (paludisme, par exemple). À ce titre, pourquoi serait-il l'objet d'un « traitement » particulier, s'agissant de son annonce, notamment ? Bien évidemment, les personnes infectées par le VIH ne défendent pas ce point de vue, car elles vivent des situations d'exclusion insidieuses qui leur interdisent, au moins sur cette question de la confidentialité, de banaliser le sida.

L'approche des représentations actuelles de la tuberculose fournit un troisième exemple de liens - en l'occurrence ici de rapprochements - entre les savoirs commun et de santé publique. Les peurs associées au sida et à la tuberculose se greffent sur la corrélation épidémiologiquement attestée entre les deux maladies : il est remarquable de constater que ce lien épidémiologique se retrouve au sein des représentations communes de telle sorte que non seulement celui qui maigrit, par exemple, est « suspecté » de sida (schéma de représentation connu depuis longtemps), mais aussi celui qui tousse

20. Laurent Vidal, *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*.

car, « probablement » tuberculeux, il est *ipso facto* considéré comme potentiellement infecté par le virus du sida. Pour les anciens tuberculeux, et au-delà de son lien avec l'infection à VIH, la référence à la tuberculose est récurrente dans leurs propos. Maladie passée, elle représente une menace toujours actuelle dès lors qu'une toux apparaît. Il s'agit d'une menace évoquée avec crainte dans la mesure où tantôt subsistent des doutes sur le caractère curable de la tuberculose, tantôt restent présents les souvenirs de la souffrance vécue lors de son déclenchement et des contraintes de son traitement. Fondée sur une expérience personnelle de la maladie, cette peur de la tuberculose s'accompagne de perceptions de sa transmission qui dépassent les informations recueillies au Centre antituberculeux (c'est notamment le cas d'un ancien tuberculeux qui manipule des peintures dans son travail, ce qui, dit-il, le fait tousser et « donc » favorise une rechute de la tuberculose). On constate donc que les connaissances sur le VIH et la tuberculose obtenues par le malade auprès du personnel de santé s'ajoutent moins qu'elles ne se substituent à celles qui découlent de perceptions extra-médicales de ces maladies. Au fil des informations assimilées, les unes et les autres s'étoffent et l'on assiste non pas à une élimination des connaissances dites « erronées » sur le VIH ou la tuberculose, mais à leur insertion dans un complexe de connaissances, qui intègre les informations délivrées par les personnels de santé ou par les supports habituels de diffusion du savoir de santé publique.

Les pratiques du risque : une prévention négociée

Ce processus d'élaboration des connaissances, qui appréhendent le risque dans un échange entre savoirs de nature variée, se retrouve dans les pratiques déclarées en matière de prévention du sida, au premier rang desquelles le choix du partenaire sexuel.

On relève de la part des femmes un discours récurrent sur la difficulté de « faire confiance » aux hommes. Cette absence de confiance est présentée comme étant soit le résultat de l'expérience d'une relation durant laquelle la femme a constaté l'infidélité de son partenaire ou son incapacité à prendre ses responsabilités dès lors que survient une grossesse, soit le fruit d'une image générale des relations avec les hommes, inévitablement basée sur l'absence de franchise. Ces constats relativement stéréotypés se trouvent renforcés par l'argument du risque de s'exposer à des « maladies », dont le sida. Évocation du comportement « habituel » et « inévitable » des hommes, d'une part,

peur du sida, de l'autre, se combinent alors pour donner corps à des comportements déclarés qui soulignent l'adoption de mesures de protection contre l'infection à VIH. Utiliser le préservatif permettra aussi d'éviter une grossesse pour laquelle on sait ne pas pouvoir compter sur l'aide de l'homme ; refuser un rapport sexuel s'inscrira dans une image plus générale de l'homme dont les hésitations à s'engager dans une relation durable ou l'infidélité supposée nuisent à la confiance préalable à une relation. Le risque de s'exposer au VIH se voit donc contourné par un risque - plus global - de débiter une relation fondée ni sur la franchise ni sur un quelconque espoir de pérennité.

En contrepoint de ces gestions du risque qui sont avant tout des approches des relations avec les hommes, sont mentionnées des stratégies de sélection du partenaire qui consistent à évaluer son comportement au moyen d'une forme d'enquête personnelle. Contrepoint, car je décris ici des attitudes principalement masculines qui consistent, elles aussi, à contourner le risque de s'exposer au sida en associant ou en substituant à l'utilisation du préservatif le principe d'un « choix organisé » du partenaire. Les hommes qui font état de la mise en œuvre de ce type de stratégies s'intéressent peu aux traits physiques de la femme, susceptibles d'être associés aux images du sida : alors qu'il y a quelques années l'amaigrissement était redouté par les femmes, les hommes évitant tout contact avec des femmes de faible corpulence, de nos jours, la connaissance de l'existence d'une séropositivité asymptomatique se répand et il est de plus en plus admis que l'amaigrissement ne signifie pas une atteinte par le VIH et que l'embonpoint n'est pas un gage de non-infection. Cette attitude s'accorde parfaitement avec le contenu du message de prévention, qui souligne les dangers d'associer la contamination par le VIH à une apparence physique précise.

La vaste question de la « réputation » de la femme est par ailleurs l'objet d'une attention particulière de la part de l'homme. Je n'aborde pas là une pratique de choix du partenaire réellement originale - dans de nombreuses sociétés le choix de la femme à marier résultant en partie d'« enquêtes de moralité » de ce type -, mais qui se trouve réactualisée en liaison avec la menace du sida. L'homme s'inquiétera auprès de ses proches de savoir si la jeune femme à laquelle il s'intéresse « sort beaucoup » et si elle a des amis. Éléments de choix qui renvoient explicitement moins au caractère personnel de la femme qu'à son comportement sexuel. Dans le même temps, ces stratégies ont des limites reconnues par ceux-là mêmes qui les mettent en

œuvre. Nous sommes ici dans un registre de réduction supposée et non d'élimination des risques. En effet, si des témoignages concordants et « négatifs » sur la « moralité » de la jeune femme mettent un terme à la relation envisagée, les hommes savent bien qu'une femme qui, à l'inverse, passe avec succès cette « épreuve » n'est pas nécessairement séronégative. Mais le point remarquable est que, dans ce cas, l'homme ne reconsidère pas la possibilité d'une contamination de la femme par voie sexuelle : il mentionnera uniquement l'éventualité pour elle d'avoir contracté le VIH par le biais d'une intervention chirurgicale ou d'une transfusion sanguine. Nous avons là un nouvel effet de la connaissance croissante de l'infection à VIH, qui débouche sur des approches du risque multipliant les éléments pris en considération dans le choix du comportement à adopter. Cela étant, le lien avec le savoir de santé publique diffusé n'est pas dénué d'ambiguïté : alors qu'en accord avec celui-ci le savoir commun dont je viens de mentionner quelques-unes des caractéristiques mentionne l'ensemble des modes de transmission avérés du VIH (relations sexuelles, contact avec du sang infecté) et admet le caractère asymptomatique de l'infection à VIH, il s'inscrit néanmoins en porte à faux avec le savoir de santé publique lorsqu'il exclut une contamination par voie sexuelle de la partenaire dont le comportement sexuel aurait été « évalué » comme ne présentant aucun risque.

Si l'on s'intéresse aux questions relatives aux conditions de vie et aux projets professionnels, le rapport au risque - quoique moins explicitement formulé que lorsqu'il est question du choix du partenaire - n'en demeure pas moins l'objet de stratégies précises qui illustrent à nouveau la nature de la relation établie par le savoir commun avec celui de santé publique. Remarquons dans un premier temps que, pour les personnes de statut sérologique inconnu, les séropositifs ou les anciens tuberculeux, une multiplicité de problèmes marquent le rapport à l'activité source de revenus, caractérisé par une variété de projets et une volonté sans cesse affirmée de vouloir subvenir à ses propres besoins. Chez les jeunes femmes, transparait le désir d'acquérir une autonomie financière qui passe par la mise sur pied d'une activité commerciale ou la poursuite d'études et qui suppose une relative prise de distance par rapport à la tutelle d'un homme²¹. Autonomisation qui ne signifie pas refus d'avoir des relations durables avec un homme : au contraire, c'est en affichant son autonomie financière, par exemple, que peut se renforcer la possibilité d'« avoir

21. Laurent Vidal, *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*, Paris, PUF, 2000.

un mari ». En effet, revient fréquemment l'observation suivant laquelle les hommes sont plus susceptibles de construire des projets de couple avec des femmes qui ont leurs propres revenus. Chez les plus jeunes, cette remarque est le fruit d'une image du couple où une relative indépendance financière de la femme est à la fois profitable à celle-ci et voulue par l'homme. Chez les femmes ayant déjà connu la vie en couple, un tel choix est directement le résultat de l'expérience d'une dépendance financière vis-à-vis d'un homme qui les a laissées démunies lorsque est intervenue la séparation.

Les projets personnels évoqués se heurtent à des problèmes de financement : si tous - hommes et femmes confondus - évoquent la difficulté de réaliser leur projet en l'absence d'un minimum de soutien auprès de personnes « bien placées », les femmes réintroduisent dans leurs propos la menace du sida en affirmant refuser de répondre aux pressions de nature « sexuelle » qui leurs permettraient soit de trouver l'argent nécessaire à leur projet, soit d'obtenir un emploi, soit de le conserver. Les échecs dans cette quête d'un travail modifient parfois la nature du projet mais ne remettent pas en cause le principe d'acquérir une autonomie financière et éventuellement de subvenir aux besoins d'une famille. Par ailleurs, cette difficile satisfaction de la volonté de travailler prend explicitement forme en liaison avec une conscience du risque représenté par l'infection à VIH. Elle témoigne d'un processus de négociation des risques - entendus au sens large - dans lequel l'éventualité de ne pas trouver de travail est préférée à celle de s'exposer au VIH.

Une première lecture de ces pratiques de gestion du risque consisterait à souligner leurs corrélations avec les messages d'éducation pour la santé au sens large, qui, au-delà du savoir de santé publique focalisé sur le sida *stricto sensu*, tentent de promouvoir les démarches des femmes pour acquérir une autonomie financière et refuser des pressions sexuelles dans le travail. Le constat d'une concordance entre les pratiques décrites en matière de rapport au travail et les incitations des autorités et organisations de toute sorte (les femmes doivent travailler, être indépendantes...) ne suffit toutefois pas à résumer ce que décrivent ces femmes : n'oublions pas qu'elles prolongent leur réflexion sur la quête difficile d'un travail en posant le problème de la prévention dans le couple. La difficulté posée n'est plus alors uniquement d'éviter le VIH au cours de ses démarches pour être « autonome » ou de nouer une relation de couple mais, aussi, d'éviter le VIH *au sein du couple* tout en maintenant l'objectif d'une autonomie financière. Les expériences des femmes en matière de recherche d'un travail,

d'établissement et de maintien d'une relation de couple ne sont pas dans un rapport uniforme avec les recommandations issues du savoir de santé publique : tantôt apparaissent des concordances (refuser les pressions sexuelles dans la recherche d'un travail), tantôt de possibles « écarts » (que devient la prévention du VIH dans un couple où la femme voit son autonomie financière respectée?).

Autour du risque, rencontre de savoirs

En adoptant des attitudes qui, dans leurs rapports au partenaire sexuel ou au travail, évoquent de façon récurrente le sida sans pour autant les réduire à cette unique menace, les citoyens rencontrés illustrent un double processus d'élargissement et de mise en liaison, caractéristique des rapports au risque. Élargissement, tout d'abord, qui consiste à ne pas réduire des comportements susceptibles d'exposer (ou de ne pas exposer) au VIH à la seule connaissance du « fonctionnement » de la maladie - modes de transmission, moyens de prévention, rapports au test et au malade confondus - telle que l'enseignent les messages de santé publique. Mise en liaison, par ailleurs, qui revient à rapprocher les sentiments de menace les uns aux autres et à justifier les uns par les autres. Je me réfère ici à la peur du sida ou de la tuberculose, à la crainte de l'absence de revenus ou de la solitude affective qui, parmi d'autres situations, sont l'objet de stratégies de limitation du risque de leur survenue. Limiter le risque revient ici moins à le supprimer qu'à tenter de le contourner par le biais de la négociation (de la protection du rapport sexuel, de l'engagement dans une vie de couple, de l'aide financière, de la recherche d'un travail...).

Des liens se créent entre le risque de contracter le VIH (avec en filigrane la question de l'utilisation du préservatif) et le risque de ne pas avoir de ressources (réflexion sur la mise sur pied d'une activité) dans la mesure où l'on voit émerger des attitudes qui consistent à négocier deux ensembles de risques, dont les éléments sont liés entre eux : dans un premier ensemble nous avons le risque associé à l'absence d'emploi qui se trouve dépendant de celui de s'exposer au VIH ; et, dans un second, inversement au premier, le risque de contracter la maladie à travers les rapports sexuels est corrélé au risque de ne pouvoir nouer une relation de couple, où la confiance et l'aide du partenaire sont recherchées. Une telle intrication entre risque social et risque sexuel redouble la question de l'incertitude dans l'appréhension du risque : de même que les risques sociaux auxquels l'individu s'estime exposé

(ne pas avoir de travail, ne pas se marier, ne pas avoir d'enfant...) sont gouvernés par un principe d'incertitude, les risques sexuels doivent se lire à travers ce même prisme de l'incertitude. Soit la nature de la relation engagée avec le partenaire (couple marié ou qui envisage de l'être ; couple qui désire un enfant) réduit les possibilités de protéger le rapport sexuel : dans ce cas la question du risque statistique devient secondaire. L'incertitude se situe alors dans le devenir de la relation de couple. De ce point de vue, le savoir de santé publique tel qu'il s'exprime le plus souvent n'est que d'une aide fort limitée. Soit le rapport sexuel est moins directement gouverné par des contraintes sociales, et alors la quantification du risque peut être recherchée prioritairement. L'incertitude est ici créée par le savoir de santé publique qui, là non plus, ne répond pas à ce type de demande. Aussi le savoir commun sur le sida se doit de composer avec un savoir de santé publique essentiellement figé mais dont les fondements scientifiques, c'est-à-dire l'épidémiologie, évoluent et sont révisés au fil de la production de connaissances nouvelles sur la maladie. Devoir et travail de composition qui, en retour, invitent à se pencher sur le rôle de l'incertitude et de l'uniformisation dans les diverses expressions de la culture scientifique.