

autrepart

Le sida des autres



autrepart

**Le sida des autres.
Constructions locales
et internationales
de la maladie**

**Éditeur scientifique :
Claude Fay**

**Cahiers des sciences humaines
Nouvelle série numéro 12**

Déjà parus:

Les Arts de la rue dans les sociétés du Sud, Michel Agier et Alain Ricard

Familles du Sud, Arlette Gautier et Marc Pilon

Variations, 1997

Empreintes du passé, Edmond Bernus, Jean Polet et Gérard Quéchon

Communautés déracinées dans les pays du Sud, Véronique Lassailly-Jacob

Échanges transfrontaliers et Intégration régionale en Afrique subsaharienne,

Johny Egg et Javier Herrera

Variations, 1998

Drogue et Reproduction sociale dans le Tiers Monde, Éric Léonard

La Forêt-monde en question. Recomposition du rapport des sociétés à la forêt

dans les pays du Sud, François Verdeaux

Les identités contre la démocratie, René Otayek

Variations, 1999

Couverture: AVECC/Hervé Vincent

Photo: © Karine Delaunay et Armelle Chatellier, *Défilé du 1^{er} mai 1995 à Dakar*

© Éditions de l'Aube, IRD

(Institut de recherche pour le développement, ex-Orstom), 1999

ISBN 2-87678-522-6

ISSN 1278-3986

Sommaire

Claude Fay : Introduction – Risques, enjeux et partenaires de la lutte internationale contre le sida	5
Laurent Vidal : Anthropologie d'une distance: le sida, de réalités multiples en discours uniformes	19
Karine Delaunay : Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines, discours sur une pandémie	37
Laurence Husson : État, islam et sida en Indonésie: un épineux ménage à trois	53
Évelyne Micollier : L'Autre: porteur originel et/ou vecteur privilégié du VIH-sida (Chine populaire-Taiwan)	73
Silvia Vignato : Le corps exclu: notes sur le sida en Malaisie	87
Frédéric Bourdier : ONG et puissances publiques dans la lutte contre le sida en Inde: enjeux et répercussions sociopolitiques	105
Fred Eboko : Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun	123
Catherine Benoît : Surveillance épidémiologique du sida à Saint-Martin/Sint-Maarten (Caraïbe) (1991-1997)	141
Notes de lecture	161
Résumés	177
Hors-texte	160-161

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

Claude Fay *

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

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

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

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

médical élémentaire – immédiatement constitué, du même fait, en discours d'État – c'est-à-dire à l'existence du virus et à sa transmission par les voies sexuelles et sanguines. L'imaginaire social a donc ensuite travaillé dans les marges de ce message, s'interrogeant sur l'origine biologique (animale?), géographique ou ethnique (Afrique?) du virus, sur l'identité privilégiée des victimes et des vecteurs (des coupables?) et sur la légitimité éthique des divers moyens de protection. Des investissements idéologiques de l'épidémie ont pris leurs sources dans de grandes oppositions déjà existantes (racisme ou antiracisme, libéralisme ou conservatisme éthique...), en même temps qu'ils en remaniaient la forme (autour de la drogue ou de l'homosexualité par exemple), et ont notamment emprunté des canaux institutionnels établis (partis politiques, églises, mouvements de défense des Droits de l'homme ou de minorités...). Dans le champ polémique ainsi ouvert, les tentatives de stigmatisation et les combats contre ces tentatives ont régulièrement constitué une pierre d'achoppement, et le paradigme Nord/Sud y fut, parallèlement à d'autres (hommes/femmes; hétéro/bi/homosexuels; nationaux/étrangers; riches/pauvres), régulièrement investi, comme en témoignent les imputations concernant l'origine ou la transmission de la maladie qui ont été faites à l'Afrique d'abord, à des communautés immigrées ensuite¹. Ce même paradigme réapparaît sous d'autres formes lorsqu'il est question en Occident de la médicalisation ou de l'expulsion de travailleurs étrangers clandestins malades du sida, ou des coûts et urgences comparés, pour le Nord et pour le Sud, des soins pour le sida et d'autres maladies, ainsi que lorsqu'il est question (au Nord et au Sud) de la diffusion et du financement des traitements de pointe (trithérapie) dans le Tiers Monde. Ces questions s'insèrent alors dans des problématiques plus générales de la pauvreté, de l'assistance, de la justice, de la domination (différemment infléchies dans différents milieux du Nord et du Sud), témoignant de ce que « les grandes épidémies constituent de redoutables mises à l'épreuve du politique » [Fassin, 1996 : 231].

Différents travaux – d'abord à dominante africaniste – effectués dans la dernière décennie² ont montré que dans les pays du Sud, l'annonce du sida a produit des spéculations en partie semblables à celles décrites au Nord : sur ses origines (biologiques et géographiques) possibles, sur ses vecteurs privilégiés, sur la légitimité des protections. Mais le discours médical n'étant ici ni le seul savoir étiologique, ni nécessairement le savoir dominant, d'autres références (sociosymboliques), ont pu se substituer ou se combiner à la « croyance médicale³ ». L'imaginaire social a donc effectué un travail spécifique sur l'annonce (qui a pu être déniée, ou partiellement acceptée et réinterprétée). Comme au Nord, ces divers positionnements interprétatifs ou normatifs se sont largement effectués sur

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

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

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

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

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

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

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

Ces réactions diverses sont à la croisée de plusieurs logiques. Elles s'inscrivent en général dans le « schéma défensif » (et par conséquent offensif) évoqué plus haut, le rapport de domination Nord/Sud favorisant la production d'images fortes d'une altérité à la fois attractive et répulsive. Ces mêmes réactions ont été interprétées, notamment dans le cas africain, comme des retours (de l'imputation) à l'envoyeur⁴. Leur récurrence, le fait qu'elles aient fréquemment mobilisé diverses instances liées aux appareils d'État et aux appareils religieux (islam, brahmanisme, confucianisme selon le lieu) amènent à les référer également aux contraintes différenciées posées par les processus dits de mondialisation. Dans ce contexte, les appareils politiques et idéologiques du Sud peinent à conserver le contrôle de relations – idéologiques, politiques, économiques – devenues multiformes avec l'extérieur (États du Nord, réseaux transnationaux⁵). Sur le plan interne, ils éprouvent également des difficultés à contrôler d'une part une marginalité sociale grandissante, et d'autre part des groupes nouveaux qui développent des stratégies de contournement des hiérarchies en place, et les emblématisent par des styles de vie originaux, puisant pour cela soit dans le stock symbolique « traditionnel » (réinventions – islamiques ou autres – des traditions), soit dans le stock symbolique occidental. La lutte entre ces appareils et les divers contestataires (et de ces contestataires entre eux) se déroule donc de plus en plus autour des *signes* de la modernité occidentale, de leur promotion ou de leur rejet. L'épidémie de sida⁶ offre un terrain particulièrement favorable à la mobilisation de forces idéologiques autour de ces paradigmes du Nord et du Sud, de la tradition et de la modernité. Cela se fait conformément aux configurations sociopolitiques spécifiques. Le déni ou la sous-estimation de l'épidémie, qui, dans certaines configurations, on l'a vu, correspondait à une volonté de distinction/séparation par rapport à l'extérieur,

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

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

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

résulte, à Saint-Martin, « d'enjeux géopolitiques et financiers » (C. Benoît) qui poussent les autorités à suridentifier l'île comme département français et à préserver l'image exotique favorable au tourisme. En Inde, des politiques s'emparent du thème pour « comparer la menace du libéralisme économique à la montée du sida » (F. Bourdier) – métaphorisation particulièrement signifiante qu'on retrouve sur d'autres continents⁷; d'autres au contraire – les chantres dudit libéralisme – s'en emparent pour appeler à « dépasser les contraintes culturelles et idéologiques d'un autre âge ». Sur presque tous les terrains, on constate que la question de l'utilisation du préservatif est névralgique, en ce qu'elle réfère triplement aux pratiques sexuelles, à l'ordre de la reproduction et à celui de la consommation marchande⁸.

Les conséquences de ces logiques d'imputation, de la « troisième épidémie », selon les termes de J. Mann (celle des discriminations opérées à la faveur du sida), ont souvent été très dures pour les groupes ou individus concernés: divers exemples de procédures d'expulsion, de quarantaines et de tests forcés, de surveillances policières et d'internements arbitraires, voire de suicides et de meurtres, sont donnés ici. Ces mêmes logiques, en présidant à l'élaboration de catégories hétérogènes et idéologiques de groupes à risque, ont souvent infléchi les campagnes de prévention dans des directions hasardeuses. D'une part, elles tendent à investir le discours médical lui-même qui, remarque F. Bourdier, se transforme en accusation sociale: les enquêtes sur les « connaissances, attitudes, pratiques » ciblent des groupes déjà marginalisés et « se transforment en outils de surveillance sociopolitiques »: on retrouve ce constat sur la plupart des terrains explorés ici⁹. Le surinvestissement moral et religieux général de l'épidémie dessine une image coupable du malade qui fait de lui le seul responsable de son mal, image qui pénètre les messages d'information¹⁰: S. Vignato note la discordance, en Malaisie, entre des discours qui incitent à la tolérance et des images qui représentent la dangerosité et incitent à la peur et à la répression. Pris entre la double légitimité de l'islam et de la biomédecine, l'État malais promeut parallèlement une réglementation concernant le traitement des cadavres des morts du sida qui aboutit à stigmatiser publiquement leurs familles et à compromettre le traitement funéraire.

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

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

8 Cf. notamment Vuarin [1999].

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

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

Cette politisation du médical s'accompagne, remarque F. Bourdier, d'une médicalisation du social¹¹ : pour éviter la contamination, il suffit finalement d'avoir « une bonne hygiène sociale et sexuelle de vie ». Cette représentation, elle aussi très générale (incitations « hygiénistes » à un retour au religieux et à l'ordre moral-familial), induit deux biais dans les politiques de prévention. Elle agit d'une part sur le ciblage des messages en superposant implicitement à la liste idéologique des groupes à risque une liste des groupes protégés ou supposés tels. En Indonésie, L. Husson note que la focalisation des messages sur la sexualité « transgressive », et essentiellement sur la prostitution, fait que les femmes mariées tendent à se sentir protégées par leur statut. Les adolescents, quant à eux, ne sont jamais spécifiquement sensibilisés au danger parce que leur sexualité (justement parce qu'on la suppose transgressive, du fait qu'ils sont considérés comme potentiellement protestataires et en voie d'occidentalisation) est un sujet tabou. Le deuxième biais, induit par la représentation sociomédicale en liant unilatéralement le risque à l'adoption de pratiques transgressives, et presque uniquement sexuelles, consiste à faire ainsi largement l'impasse sur les autres modes de contamination et notamment sur les risques liés aux insuffisances du dispositif médical lui-même. En Inde, par exemple, l'affirmation d'une contamination par voie sexuelle à 80 ou 90 % a été posée à titre de pur postulat.

La mise en place au Sud des dispositifs de lutte contre le sida a eu une dimension politique immédiate. Parallèlement aux tentations de déni qui ont été évoquées, la reconnaissance de l'épidémie et l'inscription dans le dispositif international sont apparues comme de nouveaux termes des négociations Nord/Sud (à Taiwan par exemple de la possibilité d'intégrer l'Onu), et tout particulièrement comme des conditions pour bénéficier d'un nouveau pan substantiel de l'aide internationale. Les États nationaux étaient constitués à la fois, selon l'expression de F. Bourdier, en receveurs et en clients. La pratique du dépistage, sa généralisation ou non, la divulgation des taux de séroprévalence sont donc rapidement devenus des enjeux politiques et financiers, la livraison de données épidémiologiques étant nécessaire pour bénéficier de programmes d'intervention, ces données étant par ailleurs réappropriées par des groupes d'intérêt. Aux négociations entre États et organismes internationaux (dont un exemple nous est donné, en Inde, par l'opposition entre le « catastrophisme » de l'OMS et le « possibilisme prudent » du gouvernement, et un autre à Saint-Martin, autour de l'opposition entre les définitions de l'OMS et celles de Bangui-Abidjan) s'est surimposé, avec une montée en puissance de la « société civile » et des ONG¹², un jeu sociologique entre une pluralité d'acteurs. Ce jeu est particulièrement ambigu, puisque les agences internationales, qui passent de plus en plus outre aux États, ne peuvent néanmoins œuvrer sans son consentement, que ces derniers oscillent entre le raidissement sur leurs privilèges et l'investissement des nouvelles lignes de circula-

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

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

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

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

Outre l'inégalité spatiale qu'ils induisent dans la couverture préventive et sanitaire, et dont les effets sont accentués par la récession budgétaire du secteur public de santé, ces processus renforcent la tendance à l'uniformisation des messages et procédures, et à la subordination ou à l'éjection des acteurs susceptibles d'incarner des logiques véritablement locales. Ceux-ci apparaissent d'ailleurs facilement comme contestataires (cf. le cas des associations d'homosexuels, de routiers et de prostituées en Inde). Les actions bénévoles, lorsqu'elles ne sont pas intégrées aux réseaux dominants, disparaissent faute de financement ou sont éliminées (cf. le cas d'une émission radiophonique au Cameroun). Les projets d'intervention sont, dans le cadre d'une compétition aiguë, définis par des « spécialistes en projets » avec un souci de conformité technocratique qui aboutit à servir inlassablement le « plat du jour » (F. Bourdier) des agences internationales. Celui-ci, outre les idéologies stéréotypées de la globalisation, de l'antiétatisme et de l'associativité, procède d'une forme virtuellement stigmatisante de culturalisme¹³ (où se concurrencent d'ailleurs

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

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

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

On peut s'interroger, dans le même esprit, sur les uniformisations conceptuelles repérables dans le discours scientifique et celui des organisations internationales et sur leurs effets. Pour comprendre la plus grande exposition des femmes à la maladie, de nombreux travaux socioanthropologiques ont exploré les conditions concrètes de leur discrimination¹⁴. Mais, dans le langage « préventif-international », remarque L. Vidal, la notion de *vulnérabilité* a été investie pour penser des réalités extrêmement diverses, de la plus grande susceptibilité biologique des femmes au virus à leur possibilité de contrôler, réduire ou négocier le risque

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

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

L'analyse de ces décalages explique le constat, fait par F. Bourdier, de la tendance qu'a le système de prévention à « prescrire des modèles et tester leur répliquabilité » plutôt qu'à mettre en commun idées et expériences. On a largement constaté qu'au Sud l'avènement du sida avait exacerbé la plupart des tensions sociales et suscité maintes logiques d'exclusion, ce qui amène F. Eboko à parler d'une « épidémie du conservatisme », en clin d'œil critique à « l'épidémie progressiste » « qui bouscule la hiérarchie des légitimités » dont parlait, pour le Nord, D. Durand [1996 : 302]. On peut rappeler d'ailleurs que l'épidémie aurait pu être tout aussi conservatrice au Nord et pour les mêmes raisons, si ne s'étaient dressés des discours militants. Mais on peut constater aussi que toutes les grandes tensions idéologiques et théoriques propres aux systèmes de pensée occidentaux – les nouveaux « butoirs » de la pensée occidentale, serait-on tenté de dire en plagiant F. Héritier – se sont projetés sur le sida, et ont successivement ou simultanément présidé à l'élaboration – dans la contradiction¹⁵ – du dispositif de lutte. Cela est particulièrement net, comme on vient de le voir, dans les hésitations sur la nature des destinataires de la prévention: individus, communautés, cultures, couches ou classes – sociales ou sexuées – défavorisées. Derrière ces inflexions se cachent des choix politiques et éthiques, mais aussi de vieilles problématiques revues au prisme des idéologies du développement et de leurs récentes inflexions. Au carrefour de ces hésitations, dans les campagnes d'information, où il s'agit de convaincre

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

des destinataires mal identifiés mais qu'on suppose rationnels, même si leur apparente résistance semble témoigner de leur singularité¹⁶, « un pari sur l'universalité de la raison abstraite englobe des interrogations inspirées par un relativisme bien tempéré » [Bourdarias, 1996 : 11]. Cette situation explique sans doute qu'on se rabatte tantôt sur un « culturalisme de l'obstacle », tantôt sur un néo-universalisme de la « condition » (humaine, précaire, féminine). Les deux peuvent d'ailleurs se rejoindre, les discours sur la vulnérabilité et l'*empowerment* s'inspirant par exemple à la fois d'un militantisme universaliste et d'une vision culturaliste parfois réductrice des rapports de genre même dans les sociétés du Nord [Spencer, 1997].

De même, note L. Vidal, le thème d'un « double sida » (sida du Nord/sida du Sud), s'il reflète d'une part une réalité incontestable¹⁷ (même si les situations précaires au Nord y dessinent un sida « du Sud »), peut présenter le danger de « sur-culturaliser » la maladie (d'instaurer arbitrairement la culture comme *fondement* de ces différences); inversement, dit-il, la pensée exagérément globalisante à l'œuvre dans les campagnes « sous-culturalise » la maladie en occultant les singularités locales. Ces mêmes dérives sont repérables dans les consignes de prévention, lorsqu'on stigmatise des « coutumes » en faisant l'impasse (pour le Sud) sur les modes sexuels comportementaux de contamination (*surparticularisation*, cf. K. Delaunay); ou lorsqu'on conjugue fidélité et/ou préservatif sans se demander si on n'interfère pas avec des problématiques locales globalisantes de la pureté et de l'impureté morale ou religieuse (*sous-particularisation*, cf. Taverne, 1999, et ici même Husson et Vignato). D'autres contradictions entre les catégories de la pensée hégémonique et les réalités locales sont repérables lorsqu'on incite dans les mêmes messages à la peur du sida (notamment par des images provoquant la peur des malades) et à la solidarité avec les personnes atteintes, et qu'on émet parallèlement le vœu institutionnel de voir celles-ci intervenir dans la prévention en ignorant le « coût social » (L. Vidal) qu'ils risquent d'assumer (*sous-particularisation*); ou en impliquant dans la prévention ou les systèmes de soins des instances religieuses locales sans se demander si les messages qu'elles diffusent ne sont pas porteurs d'exclusion [Gruénais, 1999 b; Desclaux, 1996]. Les différentes analyses présentées ici suggèrent donc de se recentrer sur les comportements et réalités locales, les conditions locales de production sociale de la maladie d'une part, et les systèmes de référencements de celle-ci d'autre part (logiques d'attribution et d'imputation¹⁸). Ces productions sociales doivent être l'objet central de l'interrogation préventive, ce contre trois tendances (concurrentielles et/ou conjointes) du discours médico-préventif: la tendance à l'uniformisation conceptuelle; la tendance, propre à la santé publique moderne, de « ramener le social au sujet, maître de son destin biologique » [Fassin, 1996 : 271], qui peut fâcheusement entrer en résonance avec des messages culpabilisateurs moraux ou religieux; et la tendance à instaurer un culturalisme épidémiologique qui est aussi virtuellement stigmatisant. Ce dernier

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

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

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

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

Ce bref tour d'horizon des processus constitutifs ou parasites de la lutte internationale contre le sida illustre les modalités très particulières qui, en temps de « mondialisation », président à l'internationalisation des enjeux. Au Nord comme au Sud, le sida, épidémie de forte « puissance métaphorique » [Dozon, 1999 : 683], a été l'occasion conjointe de retravailler les tensions socioidéologiques internes et de traiter des relations internationales. Les pratiques locales de stigmatisation par exemple réfèrent l'épidémie, *en première instance*, à la problématique classique de la reproduction et de l'infléchissement des contradictions sociales internes face à une « situation-catastrophe ». La discrimination par l'« étrangeté » (du migrant, de l'« occidentalisé »), ainsi que les réciproques imputations intercontinentales (concernant l'origine de la maladie d'abord, les inadaptations ou les discriminations dans les dispositifs de prévention et de soin ensuite) s'inscrivent, elles, partiellement, dans un paysage postcolonial bien connu. Elles réfèrent l'épidémie, *en seconde instance*, à une problématique de la domination ou de la dépendance et à leurs dimensions politique, institutionnelle et fantasmatique. Mais ces processus renvoient aussi, *en troisième instance*, à une complexification des rapports du Nord et du Sud, à leur relative interdépendance – orientée par des positions de force – dans la gestion de certaines ressources et la définition de certains modèles¹⁹. En témoignent de nouveaux types de négociations entre les États et les organisations du Nord et les États « receveurs et clients » du Sud, que ce soit à propos des vagues de démocratisation, de la gestion des ressources naturelles ou des politiques mondiales de la santé – instaurées par le Nord – dans lesquelles la lutte contre le sida vient prendre sa place.

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

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

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

BIBLIOGRAPHIE

- ANRS-ORSTOM [avril 1997], *Le Sida en Afrique. Recherches en sciences de l'homme et de la société*, Paris, coll. Sciences sociales et sida, 172 p.
- BECKER C., BENAINI S., CISSE-WONE K., DELAUNAY K., DIOUF M., TOURÉ M., VIDAL L. [1996], *Colloque international sciences sociales et sida en Afrique*, bilan et perspectives, communications, Dakar, Codesria-CNLS-Orstom, 1.
- BECKER C., DOZON J.-P., OBBO C., TOURÉ M. (éd.) [1999], *Vivre et Penser le sida en Afrique (Experiencing and Understanding Aids in Africa)*, Paris, Codesria-Karthala-IRD, 707 p.
- BENOIST J., DESCLAUX A. (éd.) [1996], *Anthropologie et Sida*, bilan et perspectives, Karthala, Médecine du monde.
- BIBEAU G. [1991], « L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes », *Anthropologie et Sociétés*, 15 (2-3) : 125-147.
- BOURDARIAS F. [1996], « Faut-il croire au sida pour s'en protéger ? Perceptions et négociations du risque biologique : une dynamique des tensions sociales en milieu urbain (Bamako, Mali) », in C. Becker, S. Benaini *et alii* (éd.) : 11-20.
- DESCLAUX A. [1996], « La recherche anthropologique peut-elle contribuer à la lutte contre la discrimination envers les personnes atteintes par le VIH ? », in J. Benoist, A. Desclaux (éd.) : 267-281.
- DESCLAUX A., [1998], « Interprétations médicales du risque VIH : en Thaïlande, le jeu entre risque biologique, risque statistique et risque social », in Shadyc-Orstom : 51-52.
- DOZON J.-P. [1991], « D'un tombeau l'autre », *Cahiers d'études africaines*, 121-122 : 135-157.
- DOZON J.-P. [1997], « Postface », in ANRS-Orstom, 1997 : 169-172.
- DOZON J.-P., FASSIN D. [1989], « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux sociopolitiques du sida en Afrique », *Sciences sociales et Santé*, 7 : 21-36.
- DOZON J.-P., VIDAL L. (éd.) [1995], *Les Sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, Orstom éditions.
- DOZON J. P. [1999], « Des appropriations sociales et culturelles du sida à sa nécessaire appropriation politique : quelques éléments de synthèse », in C. Becker, J.-P. Dozon *et alii* (éd.) : 679-688.
- DURAND D. [1996], « Le sida, épidémie "progressiste" ? », in J. Benoist, A. Desclaux (éd.) : 301-308.

- FABRE G. [1993], « La notion de contagion au regard du sida, ou comment interfèrent logiques sociales et catégories médicales », *Sciences sociales et Santé*, XI (1): 5-32.
- FARMER P. [1996], « L'anthropologie face à la pauvreté et au sida dans un contexte rural », in J. Benoist, A. Desclaux (éd.): 89-100.
- FARMER P., FURIN J. [1997], « Sexe, drogue et violences structurelles: les femmes et le VIH », in A. Le Palec *et alii* (éd.): 35-46.
- FASSIN D. [1996], *L'Espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Puf, Sociologie d'aujourd'hui, 324 p.
- FAY C. [1999], « Du "culturel", de l'"universel" ou du "social" ? Penser le sida et la prévention au Mali », in C. Becker, J.-P. Dozon *et alii* (éd.): 277-298.
- GÉRARD E. [1996], « Gestion du sida et gestion du changement social: le cas de Sélingué au Mali », in C. Becker, S. Benaini *et alii* (éd.): 129-140.
- GRUÉNAIS M.-É. [1999 a], « Les dispositifs de lutte contre le sida à l'heure d'Onusida et de la démocratisation », in C. Becker, J.-P. Dozon *et alii* (éd.): 455-471.
- GRUÉNAIS M.-É. [1999 b], « La religion préserve-t-elle du sida? Des congrégations religieuses congolaises face à la pandémie de l'infection par le VIH », *Cahiers d'études africaines*, XXXIX (2), 154: 253-270.
- HÉRITIER F. [1997], « Préface », in ANRS-Orstom: 7-9.
- LE PALEC A. [1994], « Bamako, taire le sida », *Psychopathologie africaine*, XXVI (2): 211-234.
- LE PALEC A., DIARRA T. [1995], « Révélation du sida à Bamako, le traitement de l'information », in J.-P. Dozon, L. Vidal (éd.).
- LE PALEC A., LUXEREAU A., MARZOUK Y. (éd.) [1997 a], « Femmes et sida », *Journal des anthropologues*, 68-69.
- LE PALEC A., LUXEREAU A., MARZOUK Y. [1997 b], « Entretien avec Françoise Héritier », in A. Le Palec *et alii* (éd.): 21-34.
- LE PALEC A. [1999], « Le sida, une maladie des femmes », in C. Becker, J.-P. Dozon *et alii* (éd.): 343-362.
- RENNER M., LIÉ O. [1996], « Un objet politique au carrefour des problématiques légitimes du nouvel ordre international: science politique, réalités et symboliques du sida en post-colonies », in C. Becker, Benaini *et alii*: 191-204.
- SAN MARCO J.-L. [1996], « Quelle est la valeur prédictive des études épidémiologiques? », in J. Benoist, A. Desclaux (éd.): 107-116.
- SEIDEL G. [1993], « The Competing Discourses of HIV-Aids in Subsaharan Africa: Discourses of Right and Empowerment vs Discourses of Control and Exclusion », *Social Science and Medicine*, 36 (3): 175-194.
- SHADYC-ORSTOM [1998], *Gérer les risques, maîtriser les pratiques*, journées Orstom « Sciences sociales et santé », Communications.
- SPENCER B. [1997], « Où sont passées les relations hommes-femmes dans la prévention du sida? », in Le Palec *et alii* (éd.), « Femmes et sida », *Journal des anthropologues*, 68-69: 67-76.
- TAVERNE B. [1999], « Valeurs morales et messages de prévention: la "fidélité" contre le sida au Burkina Faso », in C. Becker, J.-P. Dozon *et alii* (éd.): 509-525.
- VIDAL L. [1996], *Le Silence et le Sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Anthropos, 217 p.
- VUARIN R. [1999], « Le chapeau utile n'est pas dans le vestibule », in C. Becker, J.-P. Dozon *et alii* (éd.): 433-454.

Anthropologie d'une distance : le sida, de réalités multiples en discours uniformes

*Laurent Vidal **

Bien que guère surprenants pour ceux qui travaillent sur le sida, les derniers chiffres fournis par Onusida ¹ à l'occasion de la journée mondiale du sida, le 1^{er} décembre 1998, et relatifs à la situation de l'épidémie soulèvent un certain nombre de questions. J'isolerais volontairement un chiffre : 95 % des personnes infectées par le VIH vivent dans les pays du Sud. Que l'épidémie soit quasi exclusivement cantonnée dans l'hémisphère sud surprend peu dès lors que l'on suit l'évolution épidémiologique récente de l'infection à VIH. Ce qui, en revanche, mérite quelque attention est bien la signification à donner à un tel chiffre, qui ne manque pas de poser en des termes nouveaux le débat sur l'existence de deux sida (du Nord et du Sud). Je me propose donc de retracer dans un premier temps les éléments de cette discussion puis sa réinterprétation possible à la lumière des données actuelles. Partant de là, je m'attacherai à souligner la prégnance d'un certain nombre de concepts ou de termes (qui, à force de répétition, semblent revêtir une valeur de concept) dans des discours scientifiques ou émanant d'organismes internationaux. Discours qui s'avèrent remarquables par l'uniformisation conceptuelle à laquelle ils procèdent alors que la réalité dont ils prétendent rendre compte est multiple : une telle distance, par son caractère récurrent, constitue un objet de réflexion pour l'anthropologie. Réflexion dont l'importance découle aussi de l'appropriation de ces concepts par les personnes qui sont les destinataires premiers des actions de prévention de l'infection à VIH ou de son traitement : les « populations » en général, et les malades en particulier.

* Anthropologue, IRD, Côte-d'Ivoire.

1 Agence des Nations unies créée en janvier 1996 et qui rassemble les activités en matière de sida de la Banque mondiale, du Fnuap, de l'OMS, du Pnud, de l'Unicef et de l'Unesco. Elle prend formellement la suite du Programme mondial sur le sida (GPA) de l'OMS : « En tant que principal promoteur de l'action mondiale sur le sida, Onusida doit diriger, renforcer et encourager une réponse générale dans le but de prévenir la transmission du VIH, de délivrer soins et réconfort, de réduire la vulnérabilité au VIH-sida des individus et des communautés et d'amoindrir l'impact de l'épidémie. » (« As the main advocate for global action on HIV-AIDS, Unaid will lead, strengthen and support an expanded response aimed at preventing the transmission on HIV, providing care and support, reducing vulnerability of individuals and communities to HIV-AIDS, and alleviating the impact of the epidemic » [Unaid, 1998 b: 7].) Je cite in extenso cette profession de foi d'Onusida parce qu'elle contient quelques-uns des concepts dont je propose d'interroger la signification (« vulnérabilité », « communauté »).

Sida, sida du Nord, sida du Sud

Un regard rétrospectif sur l'histoire épidémiologique et sociale du sida convainc que, dès la diffusion épidémique de l'infection à VIH dans le courant des années quatre-vingt, nous sommes en présence de formes différentes du sida, dans les pays du Nord et en Afrique. Ce partage n'a été repris et analysé que récemment alors qu'existaient depuis de nombreuses années les signes d'une telle différenciation. Ce n'est pas ici le lieu de retracer l'histoire mondiale du sida: je remarquerai seulement qu'à une transmission du VIH principalement par voie hétérosexuelle en Afrique correspondait dans le Nord une diffusion par rapports homosexuels, puis par voie de toxicomanie intraveineuse; que l'Afrique a rapidement connu une extension épidémique, dans la population générale, de l'infection à VIH, contrairement aux pays du Nord; que des pathologies comme la tuberculose ont été associées au sida en Afrique, alors qu'elles ne constituaient pas, dans les autres régions, la principale manifestation clinique du sida; que le sida s'est imposé comme une des premières causes de mortalité chez les jeunes femmes, ce qui n'a jamais été le cas dans le Nord. Enfin, dès que fut attesté – il y a maintenant quinze ans [Piot, 1984] – un risque de transmission par voie hétérosexuelle, à partir de cas africains, une lecture sociologique et politique différente du sida s'imposait pour l'Afrique [Dozon, Fassin, 1989; Fassin, Dozon, 1988]. À savoir qu'allait émerger un discours, aux évidents attendus moralisateurs et discriminatoires, sur une culture africaine favorisant de longue date une promiscuité sexuelle exposant au VIH [Seidel, 1993; Seidel, Vidal, 1997]. Si les homosexuels américains infectés par le VIH ont été, les premiers, identifiés par l'épidémiologie et la clinique avant tout par leurs pratiques sexuelles, dans le Nord, ont rarement été mis en cause dans le développement de l'épidémie de vastes « aires culturelles » et encore moins un continent, comme ce fut le cas pour l'Afrique: des individus (homosexuels) ou des « communautés » (Haïtiens) furent désignés.

Ces quelques rappels confirment la prégnance ancienne de la réalité d'une maladie double, même si elle demeura peu conceptualisée ni présentée en ces termes. Depuis lors, l'idée de la présence de « deux sida » trouve des arguments de plus en plus solides. Tout d'abord, les données épidémiologiques attestent de prévalences élevées du VIH chez les femmes enceintes, les malades de la tuberculose et les personnes souffrant de MST, ainsi que les prostituées, ceci à des taux bien supérieurs à ceux généralement rencontrés dans les pays du Nord. J'introduirai ici une première nuance: l'épidémiologie a révélé ces dernières années des taux d'infection dans certains quartiers pauvres des grandes villes américaines, auprès de femmes issues des « minorités ethniques », parfois comparables à ceux que l'on a l'habitude de relever dans les métropoles africaines. Nous avons là une forme de configuration épidémiologique, mais aussi sociale, « du Sud » dans un pays du Nord.

La recherche fondamentale, en virologie, a permis d'identifier en Afrique la présence des génotypes du VIH les plus divergents, alors que, dans le Nord, l'épidémie est principalement due à un seul génotype. Dans le même temps, en matière de prise en charge clinique, ont été mises au point depuis près de trois ans des associations de molécules (les multithérapies) qui retardent l'apparition des maladies liées au VIH: la « spécificité géographique » de cette avancée réside

dans le fait qu'elle a, à ce jour, essentiellement bénéficié aux patients du Nord². Enfin, se dessinent des « profils sociaux » des personnes atteintes qui placent les personnes qui ont le moins accès à l'information sur le sida et au système de soins en général au premier rang du risque d'être exposées au VIH. Une seconde nuance à la dichotomie entre sida du Nord et sida du Sud doit ici être mentionnée. En effet, si l'on sait qu'en Afrique, un recours insuffisant aux soins de type moderne pour traiter une MST constitue fréquemment un facteur aggravant d'exposition au VIH, il en est de même, dans les pays du Nord, pour les personnes exclues du système de soins et n'ayant pas accès aux informations délivrées en matière de santé.

Il est par conséquent aisé d'identifier, dans les situations de vie des personnes atteintes dans les pays du Nord, des caractéristiques rencontrées chez les malades du Sud. Pour autant, il me paraît difficile de remettre en question la distinction sida du Nord/sida du Sud. Les effectifs de personnes atteintes, de malades bénéficiant de traitements ou exclus des soins, d'hommes et de femmes pouvant accéder à un test de dépistage, restent en effet sans commune mesure³. Cela étant, présenter le sida comme une « maladie de la pauvreté », voire une « maladie tropicale », se fonde aussi sur des réalités tangibles. Pas plus que sur l'extrême concentration des cas dans l'hémisphère sud, je n'insisterai ici sur les multiples facteurs (migrations économiques ou consécutives à des conflits, faible accès à l'information, au préservatif et aux soins d'affections liées au VIH, comme les MST ou la tuberculose) qui permettent de parler de la « pauvreté » (et de son euphémisme équivalent de « précarité » dans les pays du Nord) comme critère majeur d'exposition au sida. En somme, je défendrai l'image d'un sida dont les expressions (entendues au sens large : sociales, épidémiologiques, cliniques, statistiques) participent à une différenciation entre sida du Nord et du Sud, tout en gardant à l'esprit sa caractéristique sociale majeure et générique qui est de s'inscrire dans et de produire un processus de paupérisation.

Vulnérabilités d'un concept

Un tel processus peut se mesurer avec des outils statistiques et, plus finement, au moyen d'observations et de recueils de données microsociologiques. Les situations de pauvreté, voire de misère, nouent avec le sida des liens évidents et largement illustrés : de la femme mariée qui ne peut envisager l'utilisation du préservatif avec son mari par crainte d'une séparation et donc de la perte d'un soutien financier, alors qu'elle a la certitude qu'il a d'autres partenaires, au jeune homme célibataire – le mariage lui étant financièrement inaccessible – qui n'envisage pas

2 Même si différentes initiatives voient le jour – dont l'une coordonnée par Onusida – visant à rendre accessibles des bi- ou trithérapies dans des pays du Sud et même si un traitement préventif (par de l'AZT et adapté aux contraintes des pays pauvres) de la femme enceinte infectée permet de réduire le risque de transmission du virus à son enfant.

3 L'exemple des pratiques de dépistage en Afrique me paraît éclairant : avec M.-E. Gruénais nous avons souligné la « norme » constituée par les tests à l'insu. Il est bien évident que ces pratiques existent dans les pays du Nord, mais elles ont revêtu en Afrique une ampleur et un caractère systématique incomparables qui, pour avoir de multiples explications, n'en demeurent pas moins réels [Gruénais, Vidal, 1994 : 149].

l'utilisation du préservatif pour une relation souhaitée durable. Enfin, la contamination par le VIH entretient un appauvrissement, dû à l'impossibilité de travailler, donc de répondre aux dépenses de la vie quotidienne et à celles exigées par des soins réguliers.

Ces constats sociologiques et économiques généraux relèvent de l'acceptation, en termes de « vulnérabilité sociale ⁴ », du concept général de « vulnérabilité ». Ainsi, dans le domaine biophysique, une « vulnérabilité des femmes » est identifiée : elle découle de la plus grande fragilité des muqueuses vaginales et par conséquent du risque plus élevé de transmission de l'homme infecté à la femme non infectée que de la femme infectée à l'homme séronégatif. Je prends ici volontairement l'exemple des femmes car ce concept leur est le plus souvent associé, y compris dans d'autres registres que le risque biologique de contracter le VIH. M. Caraël [1993] remarque ainsi que les statuts socioculturels des femmes et leurs comportements sont des facteurs qui participent tout autant de leur vulnérabilité au VIH que leur « susceptibilité » biologique. On parlera alors de prédispositions générales des femmes qui, faute d'être combattues, transformeront l'infection à VIH en maladie tropicale endémique [*ibidem* : 29]. Doit-on pour autant résumer cette situation par le terme de « vulnérabilité » qui conduit à une globalisation de pratiques extrêmement diverses ? Pourquoi ne pas évoquer des « susceptibilités », des « prédispositions » ou des « situations facilitant... » ? Il me paraît regrettable que le choix se soit porté sur un concept bien trop généralisateur, qui mêle le social et le biologique pour donner l'image de femmes indifféremment et globalement à risque de contracter le VIH compte tenu de leur « vulnérabilité ». Expression qui ne rend pas compte de la richesse de l'analyse proposée par M. Caraël. Ce concept connaîtra par la suite une fortune qui oblige à un regard rétrospectif sur la nature des réalités qu'il recouvre et la signification que revêt l'absence de questionnement le concernant.

Dans un document récent, Onusida souligne que les femmes « ne peuvent pas contrôler le risque qu'elles encourent de contracter l'infection à VIH » et que c'est là « le sens du mot "vulnérabilité" » [1997 : 5]. Nous avons là une non-définition par excellence puisque cette formulation ne fait que déplacer la compréhension de ce concept vers celle de l'expression « contrôler le risque ». Déplacement de la signification conférée à un terme qui, par ailleurs, ne correspond que partiellement aux détails qui nous sont donnés des situations de vulnérabilité rencontrées par les femmes. Que ce soit sur le plan physiologique (le col utérin de la jeune femme n'a pas atteint sa maturité, ce qui le rend plus perméable au VIH), suivant le type de rapport sexuel (le risque lié à un rapport anal destiné notamment à protéger la virginité) ou dans la difficulté à négocier l'utilisation du préservatif. Il serait possible de multiplier les descriptions de situations susceptibles d'exposer les femmes au risque de contamination : force est de constater que la notion de « contrôle », difficile ou impossible, demeure fort réductrice. Dans les risques de contracter le

4 « *Societal vulnerability* » étant définie comme « collective, societal factors [which] strongly influence both personal vulnerability and programmatic vulnerability » [Barnett, Grellier, 1996 : 444]. Explication de la vulnérabilité... par la vulnérabilité qui ne contribue pas à éclairer le concept en question, mais bien à ancrer son usage dans le discours.

VIH, il y a certes des situations délicates à contrôler mais il y a aussi des négociations, des conflits, des prédispositions (biologiques), des contraintes difficilement gérables pour les unes ou impossibles à surmonter pour les autres.

Un fossé tend par conséquent à se creuser entre la somme et la variété des connaissances accumulées sur les situations des femmes les exposant au risque d'infection par le VIH, et la pauvreté descriptive et explicative des concepts qui prétendent la traduire. Résoudre ce problème peut consister à le déplacer en s'interrogeant tout d'abord sur la pertinence à vouloir reproduire un concept plutôt que de mobiliser différentes notions, suivant les « vulnérabilités » que l'on évoque. S'agissant de l'expression générique de vulnérabilité, la solution consisterait à adopter une formulation plus explicite (du type « situations favorisant l'exposition au VIH ») même si elle est moins formellement attrayante. Plus important, il me paraît indispensable de ne pas enfermer la description des caractéristiques (physiologiques, comportementales...) des individus sous un unique vocable. Il peut être ici rétorqué qu'une exigence d'intercompréhension au sein de la communauté scientifique ou activiste sur le sida suppose un corpus minimum commun de termes et de concepts, parmi lesquels celui de « vulnérabilité ». Que l'expert d'un organisme international, le chercheur ou le membre d'une association de séropositifs utilisent tous le même terme n'est pas un gage de réelle compréhension mutuelle: tout est fonction du sens, des pratiques et des représentations que chacun associe au terme en question. La frontière entre l'intercompréhension et l'incompréhension s'avère alors ténue car la simplification à l'extrême de données variées est source de confusion. À la vision globale du concept de vulnérabilité que possèdent l'expert ou le chercheur, correspond chez la personne atteinte des expériences précises et localisées de « vulnérabilités ». Pour l'un, ce sera l'impossibilité de partager son statut sérologique avec son partenaire et donc de pouvoir discuter la protection des relations sexuelles ou une aide financière pour des soins; pour l'autre, la difficulté quotidienne que représente la recherche d'argent pour se nourrir et se déplacer réduira l'opportunité d'accéder aux structures de soins et contribuera à la dégradation de son état de santé.

L'utilisation de concepts, comme représentations générales et abstraites d'une réalité, semblerait s'accorder avec le processus de diffusion mondiale de l'information sur le VIH. On peut aisément penser que c'est l'idée qui a présidé à la large adoption du concept de vulnérabilité, comme de ceux que j'évoque ci-dessous. Ceci étant, le choix d'un unique concept se heurte à l'hétérogénéité des situations englobées⁵ et à la diversité des interprétations dont il est l'objet. L'intérêt et l'utilité du concept se transforment alors en insuffisance et suggèrent que les procédures de conceptualisation des phénomènes observés relatifs au sida soient discutées.

5 Dans un document de synthèse sur la « réduction des risques » et la « vulnérabilité », Onusida en fait indirectement la démonstration lorsqu'il est écrit que « le concept de vulnérabilité prend en compte des facteurs personnels et externes, la dimension temporelle, ainsi que les interactions entre ces différents facteurs qui peuvent varier suivant les cultures et les sociétés » [Unaid, 1998 a: 6]. Ces facteurs sont « l'inadéquation des programmes sur le sida », l'« inaccessibilité de tels services due à leur éloignement et à leur coût » et l'« incapacité du système de santé à répondre à une demande de soins et d'aide des personnes infectées et affectées par le VIH » [*ibidem*].

Reconceptualiser l'*empowerment*

Dans cette optique, j'évoquerai l'utilisation faite du concept d'*empowerment* – rarement traduit et signifiant littéralement « renforcement du pouvoir » – comme solution aux difficultés vécues par les femmes victimes d'abus sexuels [ICW, 1995 : 13]. À travers cet exemple, nous avons l'illustration d'un emploi inadapté d'une notion générale, renvoyant à une multiplicité d'enjeux sociaux qui ne sont pas ici explicités, pour évoquer un problème très particulier. Stratégie qui consiste à « promouvoir la participation des gens » (le plus souvent les femmes) de telle sorte que les « communautés s'organisent pour définir leurs problèmes de santé, leurs déterminants et les actions pour les changer » [Becker, 1998 : 833], l'*empowerment* s'est retrouvé au cœur de tout discours sur les réponses des individus et des sociétés au sida. Ceux-là mêmes qui défendent la pertinence du concept insistent toutefois sur la nécessité de « débattre de questions » préalables pour que les efforts d'*empowerment* portent leurs fruits [*ibidem*: 839]. Et d'ajouter que, de toute façon, il n'existe aucun modèle d'*empowerment* entièrement adapté à la prévention du sida. Il faudrait ajouter, plus généralement, qu'il n'est pas une solution aux seuls problèmes soulevés par le sida, pas plus que ceux-ci ne se résolvent uniquement dans le cadre de l'*empowerment*. En découle la nécessité d'adapter et de nuancer en fonction de situations locales variables l'utilisation de ce concept. Seraient évités des emplois décalés comme celui évoqué ici, et encouragée une utilisation plus parcimonieuse d'un concept dont la valeur explicative souffre d'être trop englobante et donc imprécise pour rendre compte soit de situations hétérogènes (l'ensemble des attitudes qu'il convient de modifier pour que les femmes, par exemple, voient leurs capacités d'autonomie et de décision renforcées), soit de conduites trop particulières (être victime d'abus sexuels).

Dans un premier temps, un regard sur l'histoire et les domaines d'application du concept serait précieux. Rappelons, à la suite de K. Giffin, que l'*empowerment* renvoie aux théories féministes des décennies passées qui considèrent que les rapports de sexe sont fondés sur des rapports de pouvoir [1998 : 151]. Des « relations de genre » aux rapports des femmes à la santé, puis à la maladie et donc au sida, le pas est vite franchi pour institutionnaliser ce concept sans toujours prêter attention aux possibles conséquences de sa transposition dans un domaine de réflexion – le sida – où les risques de désignations d'individus et de pratiques sont majeurs. La reproduction quasi mécanique de ce concept risque en réalité de conforter les hiérarchies entre sexes et de résumer les relations de genre à la gestion de la sexualité [Giffin, 1998]. Cette tentation découle, notamment, de la « réduction de l'*empowerment* » à l'utilisation du préservatif: phénomène qui contribue à renforcer « la représentation dominante d'une hétérosexualité dans laquelle le désir des femmes est inaudible car inexistant, et la sexualité des hommes basée sur la séparation du sexe et des sentiments » [*ibidem*: 155].

À ce processus, déjà repéré dans le cas de la « vulnérabilité », qui revient à réduire l'application d'un concept par définition extensif à une pratique au contraire très circonscrite, s'ajoute la tendance générale à considérer comme acquise l'existence d'un ou de « pouvoir(s) » qu'il importe de « renforcer ». Or la diversité des négociations, des choix évalués et discutés, des tensions entretenues et résorbées et se rapportant, tous, peu ou prou, aux questions soulevées par le sida, ne peuvent être

condensés de façon satisfaisante dans le concept d'*empowerment*. Vocabulaire politique, voire militant dira-t-on, nécessaire pour ancrer l'idée de changements dans la situation des femmes ou des personnes exposées au VIH, car peu libres de leurs choix? Adopter et reprendre systématiquement un concept évoquant un pouvoir à rétablir aurait alors une fonction pédagogique. L'analyse du contenu et de l'interprétation des discours préventifs sur le sida a pourtant attiré l'attention sur les dangers d'une généralisation à visée pédagogique qui échoue – *in fine* – à transmettre le message voulu: G. Fabre a ainsi souligné de façon convaincante l'inadaptation d'un discours médiatisé qui vise, contradictoirement, à encourager l'utilisation du préservatif (*se protéger* de l'autre) et à manifester solidarité et compassion au malade (*aider* l'autre) [1998 : 161-85]. Ces deux attitudes doivent bien évidemment être encouragées et voir le jour, mais il n'en demeure pas moins contre-productif de les associer dans un même message de santé publique. Se contenter de reprendre le terme d'*empowerment* exprime une difficulté du même ordre: rendre compte de phénomènes complexes, aux causes multiples et aux expressions tout aussi variées, à travers un unique concept, tout en voulant conserver la possibilité de le mobiliser pour décrire des situations ou des comportements spécifiques.

Il s'agit d'une démarche contradictoire, sans autre issue qu'une remise en cause de la pertinence de concepts uniques pour rendre compte des faits observés et des données recueillies. Je défends ici l'idée d'une réflexion qui vise à multiplier les concepts – qui, en tant que tels, sont nécessaires pour engager des comparaisons avec d'autres réponses culturelles et sociales à la maladie – à partir d'une situation générale. Cela revient à décomposer le concept jusqu'alors utilisé en une pluralité de concepts. Dans le cas présent, on parlerait alors d'autonomie financière; de négociations de la sexualité/du préservatif/du désir de maternité; d'accès à l'éducation et aux soins: autant de traductions de la réalité « conceptualisables », c'est-à-dire suffisamment englobantes pour pouvoir servir de base de comparaison et nourrir, finalement, un discours général sur le sida [Vidal, 2000, à paraître].

Les « communautés », imprécisions et réappropriations d'un concept

La profonde contradiction entre la diversité des réponses sociales au sida et l'imprécision d'ensemble des concepts utilisés se cristallise autour du concept de « communauté ». De l'individu « vulnérable » dont il faut assurer l'*empowerment*, nous passons là au contexte social dans lequel il vit, lieu des interventions sanitaires, médiatiques ou politiques des personnes en charge de la « lutte contre le sida ». Considérons dans un premier temps la définition qu'en propose Onusida: « La communauté [...] est un regroupement de personnes qui partagent un intérêt ou un objectif communs, plus qu'un espace géographique. Les gens appartiennent à diverses communautés, par exemple le voisinage, un club de sport, un club de femmes ou un groupe religieux » [Unaid, 1998 : 5]. Alors que, fréquemment, les écrits plus spécifiquement scientifiques se contentent de reproduire le concept de communauté sans en préciser le contenu, cette définition a le mérite de fournir des exemples précis de « communautés ». Ce faisant, elle apparaît en porte-à-faux avec l'utilisation habituelle du concept. Le niveau « communautaire » y est délimité par un ensemble de villages, dépendant tous d'un même centre de santé qui

tente de développer les « soins de santé primaire » [Chela, 1991]. Partant de cette vague définition géographique de la communauté, des « travailleurs de santé communautaire » sont identifiables, qui délivrent une « éducation » et en particulier un « conseil [*counselling*] communautaire ». Conseil qui a pour objectif d'inciter les « communautés » à être « responsables de leur prévention et à trouver les solutions à leurs problèmes » [*ibidem*: 160].

Associées au flou qui entoure la définition du groupe qualifié de « communauté », les déclinaisons du concept (« travailleurs », « éducation », « conseils »... « communautaires ») soulèvent un problème majeur. Il est certes louable de vouloir transférer au niveau du village, dans le cas présent, l'action de prévention. Le succès d'une telle entreprise suppose que soient réunies deux conditions essentielles: une politique nationale précise sur le contenu du message de prévention à délivrer et une claire délimitation des « communautés » investies de ce rôle. Il en va de la légitimité du message lui-même et de ceux qui le véhiculent. Or parler de « conseil communautaire » ne nous dit rien, ni du contenu du conseil en question, ni de la « communauté » censée le transmettre. Nous n'avons ici aucune information sur les conditions de son adaptation au contexte culturel (traductions en langue locale; utilisation de métaphores; priorité donnée à la fidélité, à l'abstinence ou au préservatif?) et, plus grave, nous ne disposons d'aucune précision sur le statut au sein du village ou du groupe de villages des personnes chargées de diffuser le message. En somme, il existe une contradiction fondamentale entre le fait de revendiquer la promotion d'interventions locales, d'une part, et l'absence d'identification du contenu particulier de ces interventions et de la légitimité à les mener de ceux choisis pour le faire, d'autre part. Nous avons là, fort paradoxalement, l'image d'une « communauté » décontextualisée.

Un autre avatar de ce concept se repère lorsque les personnes investies dans un projet sur le sida réalisent l'hétérogénéité du groupe au sein duquel elles ont mené leurs interventions. Je fais ici référence à un projet visant à renforcer la « participation communautaire » en Ouganda. Les auteurs de l'étude s'attachent fort objectivement à souligner les difficultés de cette « participation », les conflits qu'elle révèle pour conclure à l'absence de « solidarité communautaire ». Ceci, juste après avoir souligné que la population étudiée est en réalité un « mélange de groupes ethniques, religieux et économiques » [Seeley, 1992 : 1092]. On peut ici regretter que ne soit pas étudiée l'existence d'un lien entre cette hétérogénéité socioculturelle et l'impossible solidarité de groupe. Quoiqu'il en soit, il est frappant de constater que la pertinence de ce concept n'est jamais discutée car, si les tensions priment sur le consensus, si aucune solidarité ne s'impose, c'est peut-être qu'il est tout simplement abusif de parler dans ce cas de « communauté ». Nous sommes en effet fort éloignés des types de collectifs identifiés par Onusida au travers de sa définition des « communautés », ainsi que de l'acception sociologique du terme.

La communauté se définit traditionnellement en relation avec un territoire et, surtout, une histoire [Gossiaux, 1991]. En ce qui concerne les populations objet des interventions évoquées ci-dessus, une relative unité territoriale les caractérise (elles sont rassemblées dans quinze villages voisins). En revanche, elles comprennent des migrants en nombre important, alors que de fortes minorités musulmanes et protestantes côtoient la majorité catholique. Les définir en tant que « commu-

nauté » constitue dès lors un exercice fort réducteur, qui ne pourrait se justifier qu'en liaison avec un projet de remodeler le concept. Exercice ambitieux qui expose au risque de ne plus être compris par ceux qui entendent ce concept dans son sens premier ou qui lui en confèrent un autre. Que la participation des individus aux actions de prévention ne soit pas consensuelle ou que des conflits puissent surgir est une situation normale : les questions en jeu (la sexualité, les rapports hommes-femmes, les enjeux de pouvoir et financiers liés à la prise en charge de ces activités) expliquent de telles réactions. Dans le même temps, nous apprenons que le groupe étudié est extrêmement hétérogène, sur les plans culturel, religieux ou économique. À partir de ces deux constats, il aurait semblé naturel que s'engage une réflexion sur la nature du lien communautaire ainsi malmené et divers dans ses fondements et, de là, une interrogation sur l'appellation même de « communauté » de ces ensembles sociaux.

Cette absence de réflexion sur la signification générale du concept et sur la pertinence de son utilisation répétée peut prendre une forme différente, que j'illustrerai par une étude menée au Zimbabwe [Foster, 1995]. Les auteurs se sont penchés, auprès de plus de 500 familles de la région de Mutare, sur les stratégies familiales mises en œuvre pour prendre en charge les orphelins⁶. Autant la notion d'orphelin est clairement définie, autant le concept de « communauté » est immédiatement mobilisé sans qu'il soit possible d'évaluer avec précision à quelle réalité sociale il renvoie. L'ensemble des acteurs et des pratiques identifiés se voient associés au fait « communautaire » : il est ainsi question de « membre », d'« enfant », de « volontaire » « de la communauté » ou de « travailleur pour le développement... de la communauté », et d'« initiatives » ou de « recherches » centrées sur « la communauté ». Ce vocabulaire confère au groupe l'illusion d'une unité et aux attitudes une fausse uniformisation, le concept de « communauté » désincarnant ici totalement les individus et les relations sociales qu'ils nouent. Nous sommes là au cœur d'un processus, largement engagé, de reproduction mécanique d'un concept qui s'interdit tout retour sur sa signification et la pertinence de son utilisation dans les situations décrites. Une des issues envisageables à cette difficulté serait, de façon certes moins ambitieuse mais aussi moins ambiguë, de mettre l'accent sur le lieu résidentiel – quartier ou village – qui appelle moins directement une définition sociologique de ses contours, contrairement au concept de « communauté ».

Aux dangers inhérents à la constitution d'un langage stéréotypé pour rendre compte d'une réalité éminemment variée, s'ajoute un phénomène de réappropriation du concept par les personnes mêmes qu'il évoque : les malades du sida, les chefs de quartier, de village ou d'associations. Les discours sur le sida – tenus lors de conférences, véhiculés par les médias, les supports écrits de prévention, les rapports des administrations nationales ou internationales ayant en charge le sida, ou les publications scientifiques – se sont à ce point fondés sur un corpus commun de concepts et de termes que l'on retrouve ces derniers, y compris dans les discours des personnes directement touchées par l'infection à VIH. Pour les besoins de leurs activités militantes, les membres d'associations de séropositifs ont assimilé la rhé-

6 Dans la moitié des cas, les décès des parents survenus après 1987 ont été imputés au sida.

torique propre au sida. Cette assimilation, qui résulte d'une large circulation de l'information sur le sida, ne manque pas d'étonner, parfois, dans la bouche de ceux qui ont une expérience intime de la maladie. Deux questions me viennent alors à l'esprit: dans quelle mesure peuvent-ils retrouver les difficultés qu'ils vivent, leurs attentes très concrètes dans des concepts comme la « vulnérabilité », l'*empowerment* ou les « communautés »? Plus largement, faut-il que les concepts qu'ils manipulent correspondent nécessairement au regard qu'ils portent sur le sida dans leur vie et celle de leur entourage? Sur ce dernier point, un des arguments essentiels pour encourager l'action militante des personnes atteintes a précisément été le regard « de l'intérieur » qu'ils portent sur la maladie, incommensurable à tout autre et irremplaçable. J'ai suggéré que ce regard – l'« expérience » du malade – a une valeur exemplaire, bien au-delà de sa fonction première de témoignage sur les conditions de vie, et qu'il était indispensable à la compréhension des réactions sociales au sida et du fonctionnement de la relation thérapeutique, notamment [Vidal, 1996]. Il est de ce fait indiscutable que le discours du malade est inévitablement différent et qu'annuler pour partie cette différence par l'emploi de concepts stéréotypés contredit les principes mêmes du rassemblement des personnes atteintes en associations, ayant pour but de porter leurs inquiétudes et leurs projets.

Que l'on se place du point de vue du militant ou du malade – ce dernier primant de toute façon *in fine* –, l'utilisation faite des concepts discutés participe de malentendus qui marquent les relations entre séropositifs membres d'associations et responsables institutionnels des actions contre le sida ou chercheurs. Les premiers, face à un interlocuteur institutionnel, sont de plus en plus fréquemment en mesure d'utiliser la rhétorique partagée par tous sur la nécessité de combattre les « vulnérabilités » et d'agir au niveau des « communautés », par exemple. Dans ces échanges entre militants d'associations et acteurs de la santé publique, l'enjeu est d'obtenir des moyens pour mener des actions d'information sur le sida. Avec les chercheurs, l'objectif sera de participer à un projet susceptible de leur assurer un suivi médical et de contribuer à une meilleure compréhension de la prévention ou de la prise en charge de la maladie. Dans les deux cas, les séropositifs militants d'associations s'engagent dans des projets et des types de collaborations sur la base d'un « discours commun ». Construit autour des stéréotypes évoqués précédemment, ce discours commun s'impose aux personnes atteintes dans ces circonstances en premier lieu par un effet de contexte⁷ et, plus fondamentalement, parce qu'elles ont le sentiment que ces concepts sont entendus de leurs interlocuteurs et, ce faisant, peuvent faire aboutir leurs demandes. Dans ce cadre de discussion-là, il apparaît difficile de savoir très précisément si les séropositifs qui reprennent les concepts de « vulnérabilité » ou de « communautés » sont réellement convaincus de leur pertinence. En revanche, par la suite, en dehors de ces contextes particuliers, les attentes des personnes atteintes s'expriment autrement, par d'autres voies et en d'autres termes: nous sommes alors loin de la rhétorique institutionnalisée.

7 Un tel effet ne se retrouve pas que chez les malades d'associations: chercheurs, membres d'ONG, responsables de la santé publique en général et de la lutte contre le sida en particulier, dès lors qu'ils se retrouvent entre eux, se conforment le plus souvent à ce type de rhétorique.

Ce double discours, que peuvent aussi être amenés à tenir des chercheurs⁸, ne soulèverait aucun problème s'il ne s'accompagnait de regrets et ne témoignait d'attentes déçues, de malentendus. En effet, les séropositifs sont alors en état de multiples difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne (soins, nourriture, aides à l'entourage familial) et souhaitent que les projets auxquels ils participent ou les actions qu'ils mènent avec les responsables de la lutte contre le sida, s'adaptent à cette situation. Je ne pense pas que ces demandes nouvelles s'expliquent par une contestation organisée, prévue à l'avance, d'un engagement pris précédemment. J'y vois plus précisément un enjeu et une difficulté. L'enjeu est de participer à un projet ou de contribuer à une campagne d'information, sachant qu'en retour de leur intervention, ils recevront une aide (médicale, financière ou matérielle, personnelle ou destinée à leur association). Liée à cet enjeu, la difficulté majeure de cette implication du malade réside dans le fait qu'elle s'effectue suivant des modalités et à partir de descriptions de ses objectifs fondées sur la rhétorique que l'on connaît. Cette rhétorique se révèle à l'expérience singulièrement insuffisante et décevante quand le malade, confronté à ses habituels problèmes financiers, souhaite réévaluer les modalités de son implication dans telle ou telle activité d'information ou de recherche. Insuffisante et décevante car source de malentendus dont l'origine se trouve, au moins pour partie, dans la reproduction non réfléchie de concepts flous, où l'expérience personnelle de la maladie et les réactions familiales qu'elle engendre sont diluées dans des formulations stéréotypées. Dès lors, le malade se trouve dans la situation ambiguë et rapidement intenable d'avoir entériné sa participation à une activité et de ne pouvoir de ce fait en contester le déroulement alors même qu'elle ne répond pas entièrement à ses attentes⁹.

Du singulier au conceptuel : les pièges de la généralisation

Mobiliser les concepts de « vulnérabilité », *empowerment* ou « communauté » s'avère tout aussi insuffisant et source de malentendus pour rendre compte de l'expérience, non pas uniquement cette fois-ci de séropositifs, mais de toute personne confrontée à la menace du VIH. Pour illustrer la variété des situations inexactement résumées à travers ces concepts, et en prélude à une réflexion plus générale sur la « distance » créée par ces concepts, je vais m'attarder sur les cas de deux jeunes femmes séronégatives, Hortense et Aïssata¹⁰ dont les rapports aux hommes,

8 Dans des réunions internationales ou en présence de professionnels des programmes nationaux de lutte contre le sida, il n'est pas toujours aisé pour le chercheur d'éviter l'attitude confortable qui consiste à utiliser ces concepts : on est sûr de puiser dans un corpus de mots communs à tous, à défaut d'être entendus de la même façon par chacun. Au niveau de l'écrit, il me paraît en revanche bien moins acceptable de ne pas adopter une distance critique qui permette de réfléchir à l'intérêt et aux conséquences de l'emploi de ces concepts.

9 Dont toutes ne sont pas réalistes (telle que la prise en charge de l'ensemble des soins de la famille dès lors que l'on participe à un projet clinique, par exemple) : je souhaite simplement insister ici sur le décalage qui se crée chez le malade entre le projet imaginé et le projet vécu.

10 Ces récits sont le fruit de rencontres répétées qui, dans le cadre d'un projet sur la « gestion sociale des risques » à Abidjan, ont concerné aussi bien des séropositifs, des anciens tuberculeux séronégatifs et des personnes de statut sérologique – a priori – inconnu. Pour de premiers éléments d'analyse sur ce projet, voir Vidal [1999 a; 1999 b].

au travail, au test et au malade ainsi que l'origine et la nature des connaissances sur le VIH permettent de dessiner le « contexte social » trop souvent occulté dans la répétition de concepts.

Mariée depuis quinze ans et mère d'une petite fille, Hortense n'habite pas avec son mari, refusant de devoir partager son logement avec sa belle-famille: elle réside dans la maison paternelle. Lors du suivi de sa grossesse, elle a reçu une information précise sur le sida et a été testée séronégative. Elle sait que le virus du sida se transmet par le biais de relations sexuelles, par le contact avec du sang infecté *via* des seringues ou du matériel d'opération. Elle évoque aussi le risque d'utiliser des lames de rasoir (chez les coiffeurs ou coupeurs d'ongles) et ne pense pas d'emblée à la possibilité d'une transmission de la mère à l'enfant. Cependant, au fil de nos discussions, Hortense estime que la transmission du VIH de la mère infectée à son enfant doit être systématique, car il « se nourrit de ce que sa mère lui donne ». Enfin, Hortense s'interroge sur le risque de contamination en utilisant des habits achetés d'occasion, craignant que certains d'entre eux aient appartenu à des personnes décédées du sida.

Elle affirme avoir entendu parler du sida pour la première fois en 1983 ou 1984, mais ne s'en inquiétait pas, car cette maladie ne touchait pas « tout le monde » mais seulement les prostituées ou les personnes multipliant les partenaires sexuels. Ce n'est que plus récemment, avec la connaissance d'un cas de sida dans son entourage, qu'elle a conscience d'une menace qui, dorénavant, « peut toucher tout le monde ». Les jeunes qui douteraient de la réalité de la maladie devraient se rendre au Service des maladies infectieuses d'un grand hôpital d'Abidjan pour saisir la réalité du sida. De la sorte serait supprimée toute interprétation en termes d'agression sorcellaire, conséquence d'une incertitude sur l'origine du mal. Dans un registre analogue rejetant toute approche extramédicale du sida, Hortense conteste la capacité des prières à guérir (elle connaît des personnes pieuses pourtant mortes du sida) ou à prévenir cette infection. Bien après elle, son mari a accepté de faire le test et lui a dit être séronégatif. Si elle assure avoir toujours été fidèle, elle doute que la réciproque soit vraie car « on ne peut pas empêcher l'homme de sortir avec des filles ». Sans preuve de son infidélité, elle lui recommande donc d'utiliser des préservatifs avec ses éventuelles partenaires et souhaite qu'il en soit de même avec elle. Cette claire conscience du risque de s'exposer au VIH s'accompagne de la délicate gestion de son désir d'enfant. Celui-ci passe par un nouveau dépistage, préalable à l'abandon du préservatif. Or elle se trouve ici confrontée au refus de son mari d'effectuer un nouveau test qui reviendrait à admettre des relations extraconjugales. Tentant de concilier les exigences de la vie conjugale, ses projets personnels de maternité et la ferme volonté de prévenir tout contact avec le VIH, Hortense décrit un rapport au risque marqué par la recherche d'un équilibre que l'on trouve présent dans l'ensemble de son rapport au travail: satisfaire un projet personnel en toute maîtrise de ses conséquences au regard du risque représenté par le sida.

Le projet de ne pas rester inactive et d'avoir des revenus personnels qui lui permettraient d'améliorer son ordinaire – ce que son mari ne peut lui assurer – l'a conduite à multiplier les initiatives. Elle a ainsi commencé à travailler dans une boutique de textiles mais a dû arrêter ce travail au bout de trois semaines, devant

l'insistance de son patron à avoir des relations sexuelles avec elle : Hortense préfère alors partir sans même réclamer son salaire. Elle rencontre le même problème une seconde fois et en déduit qu'en l'absence de relations au sein de l'entreprise visée, il est extrêmement difficile pour une femme de trouver un emploi, sauf à accepter les propositions sexuelles qui lui sont faites. Face à ces échecs, elle envisage de s'installer à son propre compte mais se trouve alors confrontée au manque de moyens financiers que cela nécessite. S'il est difficile d'affirmer qu'en l'absence de la menace du sida Hortense aurait répondu différemment aux pressions de ses employeurs (elle leur explique en effet qu'elle est une « femme mariée »), il n'en demeure pas moins que son approche du travail traduit et rappelle le sentiment de menace que représente le sida, directement lié aux connaissances et à l'expérience qu'elle en a. Toutes deux enrichies par une réelle proximité avec la maladie et son risque, comme en témoignent ses récits variés mettant en scène des habitants de son quartier morts du sida ou craignant d'avoir été contaminés.

La description d'événements marquant le rapport au risque confère un éclairage particulier à des attitudes qui seraient traduites en termes de « vulnérabilité » ou d'*empowerment*. Concrètement, faute d'obtenir de son mari une aide financière suffisante, Hortense recherche du travail et doit se défendre contre des pressions de type sexuel. Dans le même temps, le risque de transmission par voie sexuelle est aussi présent dans ses relations avec son mari. Rapports au travail, au mari et à la maternité : autant de moments, appréhendés de façon variée suivant les phases et les attentes d'Hortense et qu'il serait réducteur de traduire par un concept aussi imprécis que celui de « vulnérabilité ». Contrainte sexuelle dans le travail, difficile négociation du préservatif et persistance du désir d'enfant soulignent les objectifs mais aussi les contradictions d'Hortense. Le rapport d'Hortense au risque renvoie à des formes de « négociations permanentes », bien plus que de « vulnérabilité » ou d'*empowerment* qui tendent à figer le constat et la solution aux problèmes posés par le sida.

Rencontrée dans le Centre antituberculeux (CAT) qui avait pris en charge sa tuberculose, Aïssata vit avec ses deux plus jeunes enfants. L'aîné habite chez son père dont elle est séparée depuis 1994, à la suite de ses infidélités avec leur jeune bonne qui s'est alors retrouvée enceinte. Elle lui reproche aussi d'avoir refusé d'acheter les remèdes dont leur dernier enfant, qui est depuis lors décédé, avait besoin. Aïssata remarque enfin qu'elle a « toujours été malade » lorsqu'elle vivait avec son mari, situation qu'elle juge intolérable. La plus marquante de ses maladies fut sans aucun doute la tuberculose. En 1991, elle accouche, fatiguée et malade, de sa fille. Après l'accouchement, sa mère l'amène pendant trois jours chez un guérisseur : elle se remémore des sensations de paralysie et de « froid dans le corps ». Aïssata décide de rentrer chez elle pour se rendre à l'hôpital, ceci contre la volonté de son mari qui penchait pour une interprétation en termes de sorcellerie, mettant en cause des voisins de la cour familiale. Sa mère s'occupe de son enfant et son mari achète les remèdes qui lui sont prescrits. Lors de cette hospitalisation, elle reçoit la visite de son frère qui partage ses repas. Il tombera malade peu de temps après et décédera au terme d'une brève hospitalisation : Aïssata attribue clairement sa maladie à ses visites à l'hôpital, dont elle conserve l'image d'un lieu où la proximité de malades est une source de contamination. Elle en a éprouvé une

véritable peur – aggravée par les décès fréquents dans sa chambre – au point de demander la fin de son hospitalisation.

Aïssata est alors orientée vers un Centre antituberculeux : elle est informée de sa tuberculose, subit un prélèvement sanguin et apprend que l'examen s'est révélé « négatif » et que son sang « n'a rien ». Elle ignore toutefois la nature du test effectué et la signification de ce résultat. Elle apprend des médecins qu'elle doit utiliser des préservatifs, manger seule et faire attention à l'hygiène de son alimentation. Aïssata a parlé de sa tuberculose à son mari et à sa mère, une de ses amies l'ayant apprise à son insu en prenant connaissance de sa carte de malade du CAT. Résolue à ne pas divulguer l'information sur sa tuberculose, Aïssata a dû affronter les soupçons et les réactions que son amaigrissement suscitait. Le sida était alors évoqué et, durant son traitement antituberculeux, aucune femme de la cour ne venait partager ses repas. L'expérience de cette défiance à son égard a développé chez elle une forme de compassion pour les malades évités et marginalisés, alors même que, selon elle, « c'est Dieu qui donne la maladie ». Connue à travers l'information diffusée dans les médias, le lien entre les rapports sexuels et l'infection par le virus du sida ne lui a pas été explicitement notifié au CAT. À cette incertitude s'ajoute une confusion : la peur que lui inspire une possible rechute de sa tuberculose est progressivement associée à celle du sida. Elle s'interroge ainsi sur la possibilité de contracter à nouveau la tuberculose en ayant des rapports sexuels et d'être infectée par le VIH en partageant le verre ou le repas d'une personne atteinte (comme il lui a été conseillé d'éviter de le faire en présence d'un tuberculeux ou lorsque l'on est soi-même tuberculeux). En somme, les images de la tuberculose développées par Aïssata définissent des conduites à venir – un risque à ne pas prendre –, s'inscrivent dans le passé et marquent le présent¹¹.

Souffrance passée et sentiment de fragilité actuelle modèlent la nature de ses relations avec les hommes. Au grand étonnement de ses amies, elle revendique une abstinence, depuis la séparation d'avec son mari, motivée par la peur conjointe de la tuberculose et du sida, d'une part, et l'attitude des hommes uniquement intéressés par les rapports sexuels et incapables d'aider la femme dans ses projets personnels, d'autre part. Nous retrouvons ici le registre de la quête d'une forme d'autonomie financière non dépourvue d'ambiguïtés puisqu'elle passe précisément par l'aide initiale d'un homme. Toute la difficulté pour une femme comme Aïssata consiste donc à engager une relation avec un homme qui soit capable de l'aider à monter un commerce sans que cela soit la contrepartie de rapports sexuels. Cela suppose une relation basée avant tout sur la sincérité des sentiments de l'homme à son égard. Alors pourrait s'établir une relation de couple avec des rapports sexuels qu'elle souhaite non protégés : en somme, le désintéret initial de l'homme pour les seuls rapports sexuels et la marque de son attachement à sa personne au travers de la prise en compte de ses projets personnels représentent une forme de garantie de contournement du risque de sida ou de tuberculose. La relation porteuse de risque est celle qui reste fondée sur l'incertitude des sentiments,

11 La peur de la tuberculose imprime en effet sa vie actuelle caractérisée par un sentiment de fatigue et de santé précaire.

plus que celle caractérisée par la non-utilisation de préservatifs. Cette analyse de la nature des relations voulues avec les hommes résulte d'expériences personnelles précises. Elle a ainsi rencontré un homme qui, tout en se disant célibataire, n'a jamais voulu l'inviter chez lui et souhaitait régulièrement avoir des rapports sexuels soit à l'hôtel, soit à son travail, ce qu'Aïssata a refusé. Dans le même temps, il ne répondait jamais à ses demandes d'aide financière et elle a appris qu'il fréquentait d'autres femmes. Nous avons là des situations classiques qui tirent néanmoins leur force illustrative du lien qu'elles posent avec la peur du sida, clairement corrélée à celle d'accepter des relations sexuelles avec un homme marié et/ou non désireux de répondre à des besoins financiers qui, eux-mêmes, s'inscrivent dans un projet d'autonomisation.

Régulièrement mentionné mais jamais concrétisé, un tel projet consiste à monter un commerce de pagens et de produits cosmétiques entre le Ghana et Abidjan. Démunie, elle sollicite l'aide d'amis et envisage un temps de travailler dans un bar, sur les conseils d'une voisine qui en gère un. Après avoir compris qu'elle allait être amenée à répondre à des sollicitations d'hommes, elle décline cette offre. Fidèle en cela à sa conception des rapports avec les hommes, elle insiste toutefois sur la nécessité, à son âge, de se marier et de quitter la maison familiale. En somme, à l'image de ses relations avec les hommes, son rapport au travail s'inscrit dans un projet dont la réalisation se heurte toutefois rapidement à des contraintes et des menaces qui renvoient, parmi d'autres, au risque représenté par le sida.

S'estimant physiquement prédisposée à la maladie, suite à sa tuberculose, Aïssata fait état de connaissances imprécises sur le risque de transmission du VIH. Dangers ressentis qui lui font craindre tout à la fois le retour de la tuberculose, un contact avec le VIH par le toucher, et le développement de toute autre maladie causée par sa fragilité physiologique. Fruit d'une expérience, mais objectivement irréalistes, ces dangers vont de pair avec une autre série de menaces représentées par les rapports sexuels avec des hommes qu'elle juge peu fiables. Il serait dès lors plus conforme à la réalité de l'expérience d'Aïssata de parler d'une véritable « gestion de dangers » (les uns étant imaginaires les autres réels) plutôt que d'une « vulnérabilité » générique susceptible d'être combattue par un processus d'*empowerment*.

Anthropologie d'une distance

Dans leur singularité, les parcours d'Hélène et d'Aïssata illustrent la distance qui sépare les concepts du sida (« vulnérabilité » et *empowerment*, dans le cas présent) des expériences des individus confrontés à son risque – à des niveaux, des moments et suivant des intensités variables. Nous avons là deux exemples qui pourraient être multipliés et qui, tous, confirmeraient la profonde inadéquation de ces concepts aux réalités exprimées par chaque individu. Inadéquation qui ne relève d'aucune fatalité épistémologique, selon laquelle tout concept tronque et, de ce fait, trahit les réalités dont il doit rendre compte. La proposition d'évoquer les *dangers* perçus, les *négociations* permanentes engagées (à la place de « vulnérabilités ») ou les *entités villageoises*, de *quartier* ou *religieuses* (plutôt que les « communautés »), montre bien qu'à défaut de trouver des termes aisément manipulables

formellement, il est possible d'en identifier dont le sens n'est pas galvaudé par un usage répétitif et le plus souvent non « réfléchi ». Cet effort est nécessaire si l'on souhaite réduire la distance évoquée précédemment.

Cette distance des concepts aux réalités n'est pas sans rappeler celle qui s'établit entre les expressions du sida dans les pays du Nord et dans les pays du Sud. Dans les deux configurations en question, existent des points de passage, des situations communes mais leurs deux pôles demeurent irréductibles l'un à l'autre. Ainsi le concept de « vulnérabilité » emprunte bien évidemment à des réalités tangibles, et du Nord au Sud la pauvreté est un puissant déterminant de la diffusion du VIH. Mais dans le même temps, parler de « vulnérabilité » réduit la complexité de la réalité sociale. Nous savons par ailleurs que les populations des pays du Sud subissent des contraintes économiques et vivent des transformations sociales – qui tout à la fois sont impulsées par l'infection à VIH et la nourrissent – différentes d'une région à l'autre et, au total, guère comparables à celles que l'on observe dans le Nord. Du Nord au Sud et des concepts à la réalité, les distances qui se créent ont des similitudes de forme et de fond.

Elles sont en particulier sous-tendues par des discours sur des thèmes centraux de la réflexion sur le sida : la place de la culture et la fonction de l'intervention. Les risques du culturalisme, propres à certaines approches du sida en Afrique et dénoncés par ailleurs [Seidel, Vidal, 1997], prennent ici deux formes. En pensant un double sida, du Nord et du Sud, le danger est présent de « surculturaliser » la maladie. Soit, en d'autres termes, placer au premier rang des diverses distances (épidémiologiques, économiques, politiques et sociales) une distance culturelle qui, pour être réelle, n'est pas fondatrice de l'écart qui se creuse entre les sida. De son côté, l'écart entre les concepts et les situations sociales dont ils prétendent rendre compte traduit une forme de « sous-culturalisation » du sida. J'entends par là une tendance à dénier à la culture toute légitimité à modeler le contenu et la dénomination même des concepts utilisés. Participe de ce processus l'emploi du concept de « communauté » alors que l'on connaît, d'une part, la multiplicité des formes prises par les configurations sociales englobées par ce concept et, d'autre part, le rôle des référents culturels dans la définition de la communauté. Second point sur lequel je souhaite insister pour conclure, les discours sur la nécessaire intervention se heurtent à une double impossibilité si l'on admet comme irréductibles les distances évoquées ici. Tout d'abord, penser et pratiquer l'intervention dans un monde où un sida du Nord et un sida du Sud ne feraient que coexister s'avérerait par définition illusoire. Ceci dans la mesure où l'intervention ne peut s'imaginer en encore moins se mettre en application que si l'autre objet de cette intervention se situe dans une relative proximité avec soi-même : parce qu'il est démuné, parce qu'il appartient à une minorité sociale ou sexuelle ou parce qu'il est marginalisé dans les soins, le travail ou toute autre situation. L'altruisme exclusif selon lequel aucun retour n'est attendu de l'intervention n'existe pas.

Si poser une rupture définitive entre un sida du Nord et un sida du Sud me paraît incompatible avec l'idée même de l'intervention, admettre un hiatus entre les concepts et la réalité rend tout projet d'intervention pratiquement impossible à concrétiser. Pour la simple raison que les concepts mobilisés se trouvent confrontés à une multiplicité d'expressions locales. Deux cas de figure sont alors envisa-

geables. Soit l'intervention passe outre cet écart entre des concepts exagérément globalisants et une réalité complexe, contradictoire et diverse, au risque certain de voir ses « populations-cibles » s'en détourner peu à peu, ou se l'approprier dans des directions qui n'étaient pas celles des promoteurs de cette intervention. Soit une réflexion préalable s'engage sur ce que signifient, par exemple, les concepts de « communauté » et de « vulnérabilité » dans les contextes sociaux où l'on souhaite intervenir et il apparaîtra alors rapidement que – posé en ces termes – le projet d'intervention a une forte probabilité sinon d'échouer, du moins de ne pas remplir sa mission initiale.

Les difficultés soulevées par la double distance (Nord-Sud; concept-réalité) ne peuvent être appréhendées les unes indépendamment des autres. Analyser ces distances, évaluer leurs conséquences pratiques – en faire l'anthropologie – suppose que soit repensé le lien spécifique qui doit unir les expériences des individus et des groupes sociaux aux concepts qui les évoquent. Tâche anthropologique par excellence (qui associe travail de connaissance du « terrain » et réflexion sur la mise en forme théorique de ses données), une telle entreprise ne réduira pas de fait la distance entre les sida du Nord et du Sud : elle contribuera plus précisément à en penser les expressions et, surtout, les conséquences en matière d'aide aux malades et de prévention des risques de transmission du VIH. Ce faisant, l'anthropologie sera en mesure de montrer que la nécessité de la réflexion théorique est, aussi, éminemment pratique : ce n'est que par une extrême vigilance conceptuelle que les questions posées par les malades et par chaque personne exposée au risque, ainsi que les réponses apportées, auront un réel effet sur le rapport de chacun à la maladie.

BIBLIOGRAPHIE

- BARNETT T., GRELLIER R. [1996], « Cultural Influence and Social Vulnerability », in J. Mann, D. Tarantola (éd.), *Aids in the World II. Global Dimensions, Social Roots, and Responses. The Global Aids Policy Coalition*, New York-Oxford, Oxford University Press: 444-6.
- BEEKER C., GUENTHER-GRAY C., RAJ A. [1998], « Community Empowerment Paradigm Drift and the Prevention of HIV-Aids », *Social Science and Medicine*, 46 (7): 831-42.
- BONTE P., IZARD M. [1991], *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, Puf.
- CARAËL M. [1993], « Women Vulnerability to STD-HIV in Subsaharan Africa: an Increasing Evidence », *Women and Demographic change in Subsaharan Africa*, actes de colloque, Dakar, Sénégal, 3-6 mars: 32.
- CHELA C., SIANKANGA Z. [1991], « Home and Community Care: the Zambia Experience », *AIDS*, 5, suppl. 1: 157-61.
- COLLIGNON R., GRUÉNAIS M.-É., VIDAL L. [1994], « L'annonce de la séropositivité pour le VIH en Afrique », *Psychopathologie Africaine*, XXVI (2): 149-291.
- DOZON J.-P., FASSIN D. [1989], « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique », *Sciences Sociales et Santé*, VII (1): 21-36.
- FABRE G. [1998], *Épidémies et contagions. L'imaginaire du mal en Occident*, Paris, Puf.
- FASSIN D., DOZON J.-P. [1988], « Les États africains à l'épreuve du sida », *Politique Africaine*, 32: 79-85.
- FOSTER G., SHAKESPEARE R., CHINEMANA F. *et alii* [1995], « Orphan Prevalence and Extended Family care in a Periurban Community in Zimbabwe », *AIDS Care*, 7, (1): 3-17.
- GIFFIN K. [1998], « Beyond Empowerment: Heterosexualities and the Prevention of Aids », *Social Science and Medicine*, 46 (2): 151-6.

- GOSSIAUX J.-F. [1991], « Communauté », in P. Bonte, M. Izard (éd.), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, Puf: 165-6.
- GRUÉNAIS M.-É., VIDAL L. [1994], « Introduction (dossier L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique) », *Psychopathologie Africaine*, XXVI (2): 149-53.
- ICW [1995], *International Community of Women Living with HIV and Aids*, Pre Conference III, Cape Town, South Africa.
- ONUSIDA [1997], *Les Femmes et le Sida*, Genève, Unaid, coll. « Meilleures pratiques ».
- PIOT P., QUINN T., TAEMLAN H. *et alii* [1984], « Acquired Immunodeficiency Syndrome in a Heterosexual Population in Zaire », *Lancet*, ii: 65-9.
- SEELEY J., KENGEYA-KAYONDO J., MULDER D. [1992], « Community-based HIV-AIDS Research. Whither Community Participation? Unsolved Problems in a Research Programme in Rural Uganda », *Social Science and Medicine*, 34 (1): 1089-95.
- SEIDEL G. [1993], « The Competing Discourses of HIV-AIDS in Subsaharan Africa: Discourses of Rights and Empowerment *vs* Discourses of Control and Exclusion », *Social Science and Medicine*, 36 (3): 175-94.
- SEIDEL G., VIDAL L. [1997], « The Implications of "Medical", "Gender in Development" and "Culturalist" Discourses for HIV-AIDS Policy in Africa », in C. Shore, S. Wright (éd.), *Anthropology of Policy. Critical Perspectives on Governance and Power*, London & New York, Routledge: 59-87.
- UNAIDS [1998 a], *Expanding the Global Response to HIV-AIDS through Focused Action. Reducing Risk and Vulnerability: Definitions, Rationale and Pathways*, Genève, Unaid, « Best practice » collection.
- UNAIDS [1998 b], *Unaid Progress Report*, Genève, Unaid.
- VIDAL L. [1996], *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Anthropos-Economica, coll. « Sociologiques ».
- VIDAL L. [1999 a], « La transmission. Le sida et ses savoirs », *L'Homme*, 150: 59-84.
- VIDAL L. [1999 b], « Le lien. Du savant au profane, des connaissances aux pratiques (exemples autour du sida) », in J.-P. Dozon, D. Fassin (éd.), *La culture selon la santé publique*, Paris, Puf (à paraître)
- VIDAL L. [2000], *Femmes en temps de siècle. Expériences d'Afrique*, Paris, Puf, coll. « Politique d'aujourd'hui », à paraître.

Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines, discours sur une pandémie

*Karine Delaunay **

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

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

Les procédures d'identification du sida en tant que maladie nouvelle, dont les premiers cas furent signalés en 1981, passaient par la construction d'une pathologie homogène au-delà de la diversité des symptômes observés chez les malades¹. En l'absence d'un modèle étiologique établi, cette construction a conduit à rechercher ce que ces malades avaient en commun et, partant, à les constituer en groupes [Péchu, 1992 : 44]. En l'occurrence, la maladie, qui était alors mortelle à très brève échéance, fut d'abord observée dans des villes de la côte ouest des États-Unis d'Amérique, chez de jeunes hommes, dont les médecins relevèrent qu'ils étaient homosexuels, qu'ils avaient des rapports sexuels fréquents et des partenaires multiples, et qu'ils étaient généralement usagers de drogues euphorisantes. Ainsi, les premiers énoncés sur le sida, en 1981, firent-ils référence à l'hypothèse d'un « style de vie homosexuel » prédisposant à un dysfonctionnement

* Historienne, associée IRD, Côte-d'Ivoire.

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

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

immunitaire, ces énoncés ayant procédé par généralisation à partir de l'observation d'un nombre réduit de cas [Oppenheimer, 1988 : 271]. Tandis que le repérage de nouveaux cas renforçait la thèse d'un agent infectieux transmissible, sans pour autant disqualifier la mise en cause d'un « environnement social », leur enregistrement par les centres de surveillance épidémiologique et l'OMS reposa sur la définition de « groupes à risque ». S'il s'agit là d'une notion a priori neutre en ce qu'elle entend rendre compte de la fréquence statistique de la maladie à un moment et dans un contexte d'observation donnés, sa mise en œuvre se fondait, en la circonstance, sur « des facteurs hypothétiques de risque » et opérait là encore « par isolement des caractéristiques communes » aux cas observés [Pollack, 1988 : 129]; surtout, par généralisation à partir de ces cas, elle produisit des effets de désignation et de stigmatisation de « communautés ».

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

réduisant le risque d'infection (réduction du nombre de partenaires, puis, dès que son efficacité a été prouvée, en 1986, utilisation du préservatif), étaient lancées, en amont, de grandes enquêtes sur les comportements sexuels, d'abord à l'initiative de l'OMS².

Dans les années quatre-vingt-dix, l'épidémie s'affirme comme pandémie : elle affecte sévèrement l'Asie puis s'étend en Europe de l'Est tandis qu'elle progresse dans les différentes régions de l'Afrique subsaharienne, continent le plus touché dans le monde. Dans ce contexte, l'OMS appelle à la mobilisation « communautaire », comme en témoigne le mot d'ordre donné à la journée mondiale du sida en 1992, « les communautés s'engagent » : aux côtés des autorités politiques, les différentes composantes de la « société civile » doivent contribuer à faire face à la menace du sida sous ses différents aspects (infection, maladie et conséquences de celle-ci, y compris dans les attitudes face aux personnes atteintes). Parallèlement, les études comportementales sont infléchies dans le sens d'une « plus juste prise en compte de la dimension relationnelle », cherchant « moins à expliquer intégralement les comportements selon un schéma de causalité linéaire et davantage à “rendre compte” de ce qui se joue dans les diverses situations étudiées » [Campenhoudt, 1998 : 78]. La question du sida tend ainsi à être contextualisée et, face à l'évolution de la prévalence, s'impose l'idée que le sida suit les lignes de fracture sociale, que celles-ci soient appréhendées en termes de précarité au Nord ou de pauvreté au Sud. Dans ce cadre, la notion de « comportements à risque » tend à être reformulée en référence à des « situations » et une notion va tendre à devenir incontournable, la « vulnérabilité ». Renvoyant à l'existence, antérieurement identifiée, de certains « cofacteurs » biologiques augmentant le risque d'infection par le VIH chez certains individus, notamment le fait d'avoir antérieurement contracté une MST, la notion de vulnérabilité s'est aussi appliquée à la gestion du risque. Dans ce cadre, elle est entendue comme « la résultante de facteurs personnels, sociaux ou en rapport avec des institutions ou des services qui vont déterminer l'adoption de comportements ou la survenue de situations qui peuvent aboutir à l'infection par le VIH » [Tarantola, 1997 : 25]. La notion de vulnérabilité étant plus particulièrement mobilisée au sujet de catégories dominées ou marginalisées, elle tend à faire du sida un risque passif pour celles-ci : « être vulnérable au VIH-sida » signifie alors « être pratiquement ou complètement désarmé face au risque d'infection par le VIH³ » [Onusida, 1995 : 6]. Élaborée au début des années quatre-vingt-dix par une équipe démissionnaire du Programme mondial sur le sida de l'OMS, cette notion est devenue aujourd'hui l'un des arguments de la « réponse élargie » prônée par le Programme des Nations unies sur le sida (Onusida) qui a succédé en 1996 au GPA. Dans un contexte où « l'écart » Nord-Sud s'impose avec évidence en référence à un inégal accès aux traitements qui,

2 Les enquêtes CACP-CAP (connaissances, attitudes, croyances, pratiques) et RP (relations entre partenaires).

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

depuis quelques années, ont fait naître « l'espoir⁴ », la vulnérabilité en est venue à rendre compte de situations globales prévalant au Sud, secondairement en Europe de l'Est, et elle est invoquée de manière récurrente au sujet de l'Afrique.

À passer en revue les principales notions utilisées pour rendre compte de l'infection à VIH, on fait apparaître une évolution qui, en première lecture, va dans le sens d'une meilleure appréhension de la complexité des facteurs intervenant dans la gestion du risque. On assiste en effet à un réaménagement du système de causalités mis en œuvre par le raisonnement probabiliste légitimant le concept de risque, réaménagement qui s'accompagne d'un infléchissement du contenu opératoire de ce concept dans le discours préventif selon que les préoccupations sanitaires se développent sur un axe sécuritaire ou sur un axe humanitaire. Dans ce cadre, on a bien affaire à une succession de notions: la désignation de groupes à risque n'est guère compatible avec les messages de responsabilisation individuelle, lesquels n'ont plus guère de sens face à un risque déterminé par des situations socioéconomiques. Or force est de constater aussi que le processus de généralisation, faisant de plus en plus du sida un risque passif, s'accompagne d'une particularisation du Sud, notamment de l'Afrique. Et, de ce point de vue, l'idée, prédominante aujourd'hui, d'une Afrique « vulnérable » à l'infection par le VIH n'est pas sans faire écho à celle d'une Afrique « berceau du sida » qui, comme on va le voir, prévalait dans la première moitié des années quatre-vingt. C'est sur cette construction que je voudrais maintenant revenir.

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

Les différentes notions que l'on vient de voir fonctionner ne se sont en fait jamais totalement substituées l'une à l'autre; ainsi, la succession évoquée n'exclut-elle pas certaines formes de superposition, à la croisée de différentes logiques, souvent récurrentes, diversement infléchies selon les périodes et les contextes. Ce qui est ici en jeu ne relève pas seulement du dispositif de lutte contre le sida en lui-même mais aussi des représentations du monde social construites et véhiculées par cette lutte, représentations pouvant être travaillées par des tensions entre « discours concurrents » (pour reprendre l'expression de G. Seidel, 1993).

Logique de classement et imputation

Dans la première moitié des années quatre-vingt, a prévalu une logique de classement conduisant à regrouper les cas recensés selon des facteurs de risque. Ceux-ci demeurèrent étroitement associés, dans les représentations du sida, aux « styles de vie » de groupes minoritaires, généralement caractérisés, selon le vocabulaire du

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

moment, par la « promiscuité » (sexuelle). Le décalage entre les effets de désignation des cibles privilégiées de la maladie et l'incertitude médicale quant aux modalités réelles de leur exposition au risque, donnant lieu à de multiples interprétations, a pu faire naître « chez beaucoup d'homosexuels le sentiment qu'ils étaient dénoncés moins pour ce qu'ils faisaient que pour ce qu'ils étaient » [Pollack, 1988 : 12]. La logique épidémiologique de classement ouvrait ainsi la voie à une logique plus large de stigmatisation de l'Autre en tant que porteur potentiel et transmetteur de la maladie. Elle trouva d'autant mieux à se déployer dans l'opinion publique que les centres de surveillance épidémiologique américains en venaient eux-mêmes à construire, en 1983, un groupe à risque « haïtien » après que des cas de sida eurent été repérés chez des immigrés d'origine haïtienne dont le mode de contamination était alors déclaré inexplicable et mystérieux, voire inexplicable [Farmer, 1996 : 299-302]. En poussant ainsi à son extrême une procédure d'« essentialisation » du risque qui désignait une population comme « vecteur du sida » en soi, la stigmatisation s'infléchissait en imputation.

De la sorte, bien que les cas de sida aient d'abord été identifiés au Nord, l'hypothèse selon laquelle les origines du virus devaient être recherchées au Sud, chez un Autre lointain et étranger, a rapidement prévalu. En l'occurrence, « ceux-là mêmes qui venaient d'établir l'entité et l'étiologie biomédicale du sida (et tout particulièrement le célèbre professeur Robert Gallo) énoncèrent un récit de l'épidémie dont les diverses versions proposaient toutes l'Afrique comme sa terre d'origine ou d'élection » [Dozon, 1991 : 148]. Furent ainsi réactivés, au passage, nombre de stéréotypes de l'exotisme, dont cette sorte de « proximité » particulière à la nature et la pratique de rituels liés au sang mises en exergue dans les diverses spéculations sur une éventuelle transmission d'un virus mutant du singe à l'homme. L'hypothèse de l'origine africaine du virus du sida fut largement relayée par les médias et est demeurée prégnante dans l'opinion, bien que la recherche des origines ait alors davantage relevé d'une quête de « la Cause » que d'une problématique proprement scientifique. À la mobilisation, au Nord, des organisations homosexuelles et à celle des représentants de la communauté haïtienne immigrée aux États-Unis contre les préjugés véhiculés à leur endroit, firent pendant, en Afrique, le silence et le déni, la non-déclaration des cas à l'OMS de la part de différents pays et le boycott du premier symposium sur le sida en Afrique tenu à Bruxelles en 1985. Plus largement, prirent corps, en Afrique comme en Haïti, toute une série de rumeurs retournant à l'expéditeur la question des origines.

Logique de classification et discours « médico-moral »

La construction d'un modèle étiologique scientifiquement admis, dans les années 1983-1985, a permis au discours médical de renforcer son pouvoir de référence. Ce phénomène allait faciliter la création, au Nord, des premières associations de prévention et de soutien aux malades, précédant parfois l'engagement des pouvoirs publics. En Afrique, le développement de l'épidémie et la création d'un programme spécifique au sein de l'OMS (susceptible de drainer des aides internationales) allaient conduire les différents États à procéder, dans les années 1986-1988, à la mise en place de programmes nationaux de lutte

contre le sida (PNLS) et à établir ainsi une collaboration étroite avec l’OMS. Du point de vue épidémiologique, la construction d’une étiologie s’est accompagnée d’une recomposition de la logique de classement en une logique de classification fondée sur les modes de transmission du virus. Dans un contexte où le sida tendait à émerger dans l’espace public, cette classification ouvrait elle-même la voie à la mise en œuvre d’une logique de distribution de valeurs (ou de valorisation) prenant pour base l’évaluation du risque de transmission. Celle-ci opéra notamment à l’endroit des pratiques sexuelles, au centre de la prévention du risque individuel, et qui, dès lors qu’elles étaient entendues comme « type de contact sexuel susceptible de transmettre l’infection à VIH », pouvaient être analysées à l’aune d’une opposition entre « le “bon” et le “mauvais” sexe », procédant elle-même d’une « opposition morale entre le “bien” et le “mal” » [Giami, 1995 : 19, 22].

La mise en œuvre de ces logiques de classification et de valorisation tendit à renforcer encore cette sorte de « spécificité » de l’Afrique que la quête des origines du virus avait mise en exergue. L’opération de classification fit d’emblée du mode de transmission hétérosexuel la principale caractéristique du « sida africain » et l’associa à l’expansion rapide de l’épidémie dans cette région du monde. C’est ce qu’entérinait la typologie des profils épidémiologiques élaborée par l’OMS en 1986-1987 en distinguant les pays d’Amérique du Nord et d’Europe de l’Ouest, représentatifs d’un type I à transmission homo- et bisexuelle dominante, des pays d’Afrique subsaharienne, regroupés dans un type II (incluant aussi les Caraïbes) caractérisé par une transmission hétérosexuelle, à laquelle furent attribués 80 à 90 % des cas de contamination⁵. Dès lors, par induction de la transmission hétérosexuelle à la population générale, s’imposait l’idée, pour reprendre une formulation journalistique, qu’« en Afrique, il n’y a pas de groupes à risque mais des peuples entiers » [*Africa International*, juin 1989 : 53], donnant naissance à des scénarios catastrophes quant au dépeuplement possible de certaines régions. Il ne s’agit pas de nier l’importance des taux de prévalence alors relevés au sein de la population sexuellement active dans certaines régions d’Afrique. Mais force est néanmoins de relever que ce que A. Giami [1996] a appelé « la théorie sexuelle du sida », qui, dans les représentations, fait de la sexualité, et particulièrement du « sexe des autres », la « cause » essentielle du déclenchement et du développement de l’épidémie, a dominé les interprétations à l’endroit de l’Afrique. En effet, comme l’ont montré Packard et Epstein [1991], la transmission hétérosexuelle du virus constitua, vis-à-vis de l’Afrique, le paradigme à partir duquel furent construites et exploitées les enquêtes épidémiologiques, conduisant à minimiser ou écarter d’autres modalités d’exposition au risque d’infection. L’analyse allait

5 Rappelons simplement que, dans des contextes africains où la prescription de transfusion était relativement fréquente, les dispositifs de sécurité transfusionnelle furent initiés lors de la mise en place des PNLS; ils ont concerné d’abord le dépistage des poches de sang centralisées dans les banques de sang et subsistent encore aujourd’hui des risques importants de transmission lors de transfusions effectuées dans les structures périphériques de divers pays [Kérouédan *et alii*, 1994; Emmanuel, 1996]... Il est vrai qu’une classification des cas d’infection par le VIH considérant la transmission directement et indirectement imputable à la transfusion sanguine n’est pas plus opérée en Afrique qu’en France.

ainsi se focaliser sur « l'activité sexuelle » que les enquêtes quantitatives élaborées par l'OMS allaient s'attacher à « mesurer »⁶.

Cette focalisation infléchit notablement la mise en œuvre de la logique de valorisation. Celle-ci ne s'exerça pas tant à l'endroit des « pratiques sexuelles » mais réactiva bien davantage une interprétation en termes de « styles de vie » : la distinction entre « bon » et « mauvais » sexe s'exerça en référence à la notion déjà ancienne de « promiscuité », favorisant ainsi la mise en œuvre d'un « discours médico-moral » [Seidel, 1993]. L'opposition première « multipartenariat *vs* fidélité » avait rapidement donné lieu, au sein des différents États africains, à l'identification d'un groupe transmetteur du virus, mettant en cause une nouvelle minorité, cette fois féminine : les « prostituées ». Y furent associées les « femmes libres », ce qui tendait à assimiler *de facto* sexualité féminine « non contrôlée » maritalement et multipartenariat et à regrouper des situations diverses sous le label « sexe commercial⁷ ». Plus radicalement, ce premier binôme a pu donner lieu à l'opposition « vagabondage sexuel *vs* union stable » à laquelle se surimposa celle de « culture polygame *vs* culture monogame ». Par généralisation, l'argumentaire comportemental tendit ainsi à être reformulé en argumentaire culturel, ouvrant la voie à une interprétation strictement culturaliste. On put ainsi s'attacher à distinguer un « modèle africain de sexualité », caractérisé notamment par sa « permissivité » vue comme partie intégrante de la culture, d'un « modèle eurasiatique ». Ce schéma, issu d'une publication de sciences sociales qui entendait jeter les bases d'une « *good and culturally sensitive social research* » [Caldwell *et alii*, 1989 : 225], a coexisté avec la version médiatique d'une « boulimie » sexuelle qui, pensée comme « déviante », n'en était pas moins rapportée à une « culture africaine », ainsi qu'avec une version purement raciologique d'une « sexualité négroïde » génétiquement déterminée [voir les analyses de Bibeau, 1991 : 133-143; Dozon, Fassin, 1989 : 24-25; Packard, Epstein, 1991 : 773-776]. Jouant parallèlement de contre-appositions entre ville et campagne comme entre « tradition » et « procès de civilisation », cet argumentaire a pu être diversement infléchi, donnant lieu à l'émission de diverses hypothèses quant aux « chemins de dissémination » du virus. Ceux-ci impliquèrent rapidement les camionneurs comme clients de prostituées puis tendirent à substituer à une focalisation initiale sur les élites la mise en cause du rôle des travailleurs migrants. Parallèlement, les PNLS y trouvèrent d'une certaine façon l'opportunité de recentrer leurs propres énoncés sur les « inconduites » d'une jeunesse urbaine cherchant à s'émanciper du contrôle social des aînés.

Ce type d'analyse trouvait d'autant mieux à se déployer que le dispositif préventif mis en place en Afrique favorisait lui-même une approche non strictement médicale. En particulier, si l'accès au test de dépistage a été partie prenante des politiques publiques développées au Nord (bien qu'il y ait été diversement orienté selon les pays), ce ne fut pas le cas en Afrique où la possibilité du dépistage fut essentiellement

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

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

exercée en liaison avec le dispositif de sécurité transfusionnelle. Malgré une phase où des sessions de formation au « dépistage-conseil » furent organisées, au tournant des années quatre-vingt, l'OMS décida, sous la pression de la coopération américaine, que l'accès au dépistage volontaire n'était pas une priorité en termes de coût/efficacité, au vu des ressources en infrastructures et en personnels des systèmes de santé existant au Sud [Lavollay, 1996]. Dès lors, le sida demeura très officiellement défini en Afrique selon les critères de Bangui (1987), fondés sur la description symptomatologique de la maladie, puis sur les critères d'Abidjan (1992) qui n'incluaient le test de dépistage qu'en confirmation d'un diagnostic clinique. Aucune de ces définitions ne prenait donc en considération la phase de séropositivité asymptomatique⁸, contribuant à façonner les représentations de la maladie [Vidal, 1996 : 180-185] et à exacerber l'impuissance biomédicale des acteurs de santé du Sud, partant le désarroi des malades, de leurs proches et des personnels soignants (auquel tenteront de faire face diverses initiatives locales⁹). Encore aujourd'hui bien peu de centres de dépistage anonyme et gratuit existent en Afrique. L'action des PNLs s'est trouvée ainsi très étroitement orientée vers la prévention qui, reposant comme partout sur la « responsabilisation individuelle » et la promotion du préservatif, ne pouvait guère se réaliser, dans ces circonstances, qu'à travers un message culpabilisateur de « la faute » ayant pour sanction la mort. Cette situation n'est sans doute pas indifférente à la forte implication des milieux religieux dans différents pays, à la fois dans l'élaboration d'un message préventif (faisant du préservatif un ultime recours après l'abstinence et la fidélité) et dans l'accompagnement des malades.

La vulnérabilité comme produit d'une logique de catégorisation

En dissociant de la sorte prévention et prise en charge médicale et psychosociale, les directives données par l'OMS contribuèrent à créer un clivage entre Nord et Sud dans les politiques de lutte contre le sida. Elles orientèrent de fait les actions conduites en Afrique vers les contextes sociaux ou plutôt vers la modification de cet « environnement à risque » qu'évoquait le responsable du GPA, Michael Merson, à la VII^e conférence sur le sida en Afrique tenue à Yaoundé en 1992. C'est précisément ce qui va marquer les années quatre-vingt-dix. Cette dernière période est caractérisée par la diversification des acteurs intervenant dans la lutte contre le sida. La crise institutionnelle interne que connaît le GPA, conduisant à la démission, en 1990, de celui qui en avait jusqu'alors été le responsable, Jonathan Mann, s'accompagne du développement de programmes bilatéraux au détriment du rôle joué précisément par l'OMS dans l'acheminement des aides et la définition d'une politique internationale. Parallèlement, les relais de prévention se multiplient avec l'in-

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

9 Au sujet des problèmes rencontrés face à l'annonce de la séropositivité mais aussi de la pratique de dépistage à l'insu des patients de la part des médecins, soit dans le cadre de leur activité de cliniciens soit dans le cadre du suivi sentinelle de la séroprévalence, voir Collignon *et alii* [1994].

tervention d'un nombre croissant d'ONG et d'associations tant du Nord que d'Afrique, intervention encouragée par les organismes internationaux qui se montrent de plus en plus critiques envers les PNLs. Ceux-ci se voient notamment reprocher la trop grande verticalité de leur structure qui était pourtant partie intégrante des directives internationales ayant présidé à leur naissance [Fassin, 1994].

Les registres d'analyse tendent alors à être réaménagés: en particulier, la problématique du développement devient un argument d'intervention plus directe pour des organismes tels que la Banque mondiale, le Pnud ou la Banque africaine de développement. Plus largement, cette problématique tend à infléchir la mise en perspective contextuelle du sida. Elle fait apparaître l'épidémie comme une menace majeure vis-à-vis des « efforts de développement » consentis jusqu'alors mais aussi comme une « maladie de la pauvreté » dans des contextes africains où les mesures d'ajustements structurels imposés aux États ont affecté les conditions de vie des ménages. Dans ce contexte, des « voix dissidentes » [Seidel, 1993 : 175] se font davantage entendre, notamment en ce qu'elles prennent appui sur les expériences d'ONG et/ou la conduite de recherches-actions. Prennent ainsi forme des « discours concurrents » vis-à-vis du schéma précédemment mis en œuvre. Pour simplifier, on peut identifier: d'une part, un discours d'inspiration féministe qui entend replacer la problématique du sida dans l'ensemble des relations sociales entre sexes, s'opposant ainsi au discours médico-moral tendant pour sa part à stigmatiser les femmes comme principaux vecteurs de l'épidémie; d'autre part, une approche non seulement sociologique mais plus volontairement « matérialiste » en ce qu'elle vise plus particulièrement à déconstruire les interprétations culturalistes de l'expansion du sida, cela en appréhendant les différents aspects de l'exposition au risque d'infection par le VIH en relation avec les conditions de vie des individus et des groupes sociaux concernés; enfin, un discours des Droits de l'homme et de l'éthique contre les discriminations (que J. Mann avait d'abord tenté de défendre à la tête du GPA), discours universaliste qui refuse la coexistence d'un sida du Nord et d'un sida du Sud y compris dans la formulation des politiques de prévention et de prise en charge.

Les logiques préexistantes trouvent alors de nouveaux axes d'articulation. Les enquêtes quantitatives du type CACP ayant elles-mêmes « mesuré » combien il était délicat de parler « d'une » sexualité africaine et pris la mesure du décalage existant entre connaissance et comportements, ces logiques ne s'exercent plus tant en référence à l'activité sexuelle qu'à des situations et des pratiques. En « désenclavant » les discours sur le sida d'une approche en termes de « promiscuité », elles se recentrent ainsi sur les facteurs de risque. Reste que ces facteurs sont classifiés selon une procédure de distribution de valeurs. Celle-ci persiste cependant à ne pas reposer sur l'évaluation à proprement parler du risque de transmission du VIH selon le type de contact sexuel mais prend appui sur l'identification de situations sociales et pratiques culturelles estimées exposer au risque d'infection, dans un contexte où « la transmission hétérosexuelle » du virus est désormais associée à l'Afrique¹⁰. Donnons un exemple: les risques de transmission par pénétration

10 Et ce, contrairement aux discours préventifs du Nord qui ont traité d'un vaste ensemble de pratiques sexuelles en vue de promouvoir le « *safer sex* » (sexe à moindre risque), il est vrai particulièrement vis-à-vis des homosexuels.

anale non protégée ne sont jamais traités en tant que tels dans les discours préventifs développés à l'endroit de l'Afrique, mais on parlera volontiers de l'exposition particulière des jeunes femmes au risque d'infection. On précisera alors éventuellement, dans certains documents, qu'outre les caractéristiques physiologiques du col utérin des jeunes femmes augmentant le risque lors d'une pénétration vaginale, le rapport anal est « souvent préféré parce qu'il préserve la virginité et évite la grossesse » [Onusida, s. d. : 2].

Tout se passe donc comme si le produit de la logique de valorisation constituait désormais le prédicat à partir duquel sont classés les risques, ce qui conduit simultanément à appréhender ceux-ci à partir de différents registres.

L'un de ces registres concerne les facteurs d'expansion du sida dans un contexte où, depuis la seconde moitié des années quatre-vingt, est posé le problème de l'inégale répartition géographique de la prévalence en Afrique et de son évolution. Puisant une nouvelle fois dans une interprétation strictement culturaliste de la réalité, sont alors identifiées des pratiques « positives » et « négatives » [voir l'analyse de Vidal, 1996 : 156-169] que certains vont entreprendre de cartographier. Au titre des premières, est particulièrement mise en avant la circoncision. Vue comme une « protection » contre l'infection à VIH, elle est dès lors déconnectée de l'ensemble des mutilations sexuelles que des ONG et certains gouvernements (avec l'appui d'organisations internationales) s'attachent par ailleurs à condamner comme « pratiques traditionnelles néfastes » à l'encontre des femmes. À l'inverse, le lévirat (désignant le fait qu'une veuve soit « remariée » à un frère du défunt) a été stigmatisé comme une « coutume » négative. Vue comme favorisant la diffusion de la maladie, cette pratique est alors déconnectée des considérations ayant précédemment fait de l'instabilité des unions un élément de la dynamique de l'épidémie et de ce corpus de représentations occidentales faisant de la « solidarité africaine », notamment de la solidarité familiale, une réponse mécanique aux conséquences du mal¹¹.

Un autre registre concerne les facteurs d'exposition au risque d'infection à VIH dans un contexte où l'évolution des *sex-ratios* de prévalence semble particulièrement préoccupante, montrant l'infection d'un nombre croissant de femmes jeunes. Les situations de transmission sont alors divisées en « actives » et « passives ». Les prostituées, dont les représentations persistent à en faire des « vecteurs du sida », mais dont diverses études ont montré qu'elles étaient en mesure d'adopter des comportements à moindre risque (du moins celles exerçant une prostitution de métier), coexistent désormais avec les femmes mariées comme « victimes » du comportement de leur mari à l'extérieur du foyer. Si cette dernière figure n'est pas infondée, elle n'en devient pas moins problématique dès lors que l'on érige le fait d'être mariée en « facteur de risque majeur » pour les femmes [Pnud, 1992] et que cette situation est prise comme emblématique d'un statut spécifique de « la femme

11 Le lévirat pourrait tout aussi bien être considéré comme un mode de prise en charge des veuves et de leurs enfants ; s'il y a un risque de transmission du VIH, il ne tient pas au lévirat en lui-même mais aux problèmes d'accès des femmes au dépistage et à la connaissance de leur statut sérologique comme aussi à la prise en charge des personnes malades [Le Palec, in Collignon *et alii*, 1994 ; Taverne, 1996].

africaine ». Elle l'est tout autant que la figure où « l'Africain » est vu comme opposé à l'utilisation du préservatif. Elles tendent l'une et l'autre à placer les populations africaines « dans la situation de boucs émissaires d'une épidémie abusivement imputée à des cultures défailantes ou inadaptées » [Vidal, 1996 : 162].

Les énoncés produits procèdent ainsi par réduction : entre la circoncision et la limitation éventuelle du risque d'infection au VIH, il y a probablement l'idée d'un moindre risque de contracter une MST ; entre le lévirat et le risque de diffusion de l'infection, il y a le problème de l'accès à l'information et au conseil ; entre tout individu et l'exposition au risque de transmission sexuelle du virus, il y a, entre autres, la difficile question de la négociation du préservatif, particulièrement dans le cadre conjugal, surtout quand son utilisation a été associée à la fréquentation des prostituées dans les messages préventifs. Ces mêmes énoncés opèrent aussi par généralisation : à partir de l'observation de certaines situations et pratiques sont mis en cause des statuts et des normes culturelles vus comme immobiles. En sorte qu'ils relèvent globalement d'une logique de catégorisation qui conduit à distinguer des dominants et des dominés, des libres et des dépendants, des actifs et des passifs, des transmetteurs et des victimes, etc. Or les « voix dissidentes » évoquées plus haut ont pu elles-mêmes se trouver prises dans cette logique. Le discours d'inspiration féministe, centré sur le concept de genre, était en mesure de replacer la problématique du sida dans l'ensemble des relations de pouvoir entre hommes et femmes. Il a perdu une partie de sa pertinence par l'infléchissement de cette analyse relationnelle en une approche tendant à faire du pouvoir un attribut discriminant, c'est-à-dire détenu par les hommes, dont les femmes seraient dépossédées et qu'il faudrait renforcer parmi elles, comme l'indique la référence aujourd'hui récurrente à la notion d'*empowerment* à l'endroit des femmes. Cet infléchissement paraît s'être lui-même opéré dans un double mouvement de réduction et de généralisation : réduction des rapports entre hommes et femmes à la seule gestion de la sexualité ; généralisation de la notion d'*empowerment* comme « solution » face aux différents facteurs et situations de risque identifiés, depuis la négociation de la sexualité jusqu'à l'accès aux soins. Le discours « matérialiste » apportait, pour sa part, des éléments d'appréciation de l'intrication complexe entre le « phénomène sida » et les systèmes de positions socioéconomiques considérés dans leur dynamique historique. Il s'est tendanciellement réduit à une évaluation des déterminants structurels de la pandémie, occultant virtuellement de la sorte les dynamiques en œuvre pour ne retenir que des situations globales telles que « la pauvreté » et entretenant ainsi des liens ambigus avec l'idéologie plus proprement développementaliste des agences de coopération. Enfin, en liaison avec cette évolution des approches « féministe » et « matérialiste », le discours universaliste des droits des individus s'est vu progressivement reformuler en un discours des besoins de groupes sociaux particuliers ; cet aspect est particulièrement sensible au sujet des femmes, comme l'ont déjà souligné G. Seidell [1993 : 184] et B. Taverne [1996 : 100-101].

Dans ces circonstances, les énoncés se sont certes complexifiés. Ainsi, dans les « chemins » de transmission du virus, les travailleurs migrants sont toujours vus comme « disséminateurs » potentiels. Mais ils sont également considérés comme « victimes » de la pauvreté qui détermine leur migration et les place dans des

situations qui les exposent au risque d'infection aussi bien en les éloignant de leurs foyers qu'en rendant plus difficile leur accès à l'information et aux soins. De même, la réalité s'est, d'une certaine façon, chargée de rappeler que s'il n'y a pas de lien mécanique entre connaissance et comportement, l'analyse des pratiques et des représentations qui leur sont liées ne peut être totalement dissociée des messages de prévention qui contribuent à leur donner forme et sens, qu'il s'agisse de rendre compte des pratiques et représentations populaires ou de celles du corps médical.

Reste que ces nouvelles approches ont elles-mêmes donné lieu à certaines globalisations, affectant du même coup la portée analytique de certains concepts nés de l'observation de contextes précis. Les emplois de la notion de « situations à risque » sont, de ce point de vue, éclairants. Posée comme alternative à la notion de « comportements à risque », elle a d'abord été utilisée chaque fois que l'exposition au risque était liée à l'exercice d'une violence, individuelle (viol) ou collective (guerre, déplacements forcés). La même notion s'est progressivement élargie pour rendre compte du quotidien de personnes appartenant à des catégories dont le caractère désocialisé (travailleurs migrants) ou dominé (femmes) ou encore, de manière plus extensive, la pauvreté définissent des « situations de vie », exposant au risque. Par superposition, les « situations de vie » qui avaient été initialement conçues comme relevant d'un quotidien tel qu'il est géré par les individus, ont tendu à être appréhendées sous l'angle des « situations à risque », c'est-à-dire conditionnées par des contraintes d'ordre structurel sur lesquelles la gestion individuelle n'a aucune prise. Un glissement de même ordre semble avoir été opéré dans l'appréhension de la « mobilité » et des « besoins des populations mobiles » dès lors que sont mis sur le même plan « les difficultés économiques et la situation de l'emploi, les conflits armés ouverts, les dégâts causés à l'environnement, les catastrophes naturelles et les guerres larvées », en ce qu'elles « provoquent des mouvements de populations et le déplacement de millions de personnes en Afrique ¹² ». On peut alors lire que « les situations de conflits et les déplacements de populations qui en résultent exacerbent la vulnérabilité préalable des populations africaines vis-à-vis du sida » [Tarantola, 1997 : 23].

De fait, l'emploi actuel de la notion de « vulnérabilité » tend précisément à pousser à son extrême la logique de catégorisation par effet de globalisation ¹³. En particulier, il conduit à surimposer aux catégories préexistantes une catégorisation hommes/femmes. Prenant pour fondement premier des caractéristiques physiologiques exposant davantage les femmes que les hommes au risque d'infection lors de pénétrations vaginales non protégées, elle y associe la considération selon laquelle, en raison de « leur statut socioéconomique », les femmes sont « interdites

12 « Situation et tendances des épidémies de VIH-sida en Afrique. Points saillants du rapport final d'un atelier organisé à Kampala, Ouganda, 8 et 9 décembre 1995 », encadré in Tarantola [1997].

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

d'autonomie » et n'ont dès lors « guère, voire absolument pas le pouvoir de choisir les conditions ni le moment du rapport sexuel » [Onusida, s. d. : 2]. Cette catégorisation, certes, inverse les présupposés du discours médico-moral prévalant lors des premières campagnes de prévention qui faisaient des femmes des vecteurs de la propagation du sida. Mais ces dernières sont désormais constituées, globalement, en l'un des « groupes de population particulièrement à risque » [Onusida, 1996 : 1], cela en leur attribuant une nouvelle fois, en référence à un « statut » qui les définirait toutes, une sexualité particulière, vue comme « passive ». Cette catégorisation tend ainsi à occulter l'ensemble des dynamiques sociales à l'œuvre en Afrique et qui, face au sida, de négociations individuelles en « initiatives communautaires », soulignent « le potentiel de ressources des femmes elles-mêmes » [Seidel, 1996 : 35]. Or, comment prétendre renforcer la capacité des femmes à gérer leur vie si cette capacité leur est, au départ, déniée et donc si l'on se refuse à prendre en considération l'ensemble des espaces relationnels au sein desquels elles évoluent, y gérant différents positionnements sociaux, et ont à affronter de multiples contraintes (il ne s'agit pas de le nier), mais à partir desquels elles sont aussi en mesure de préserver certaines marges de manœuvre ?

Parallèlement, l'emploi de la notion de vulnérabilité tend à entériner l'écart Nord/Sud en faisant de la poursuite de la propagation du sida au Sud tout à la fois la conséquence d'un « mal-développement » et la cause d'un nouveau « sous-développement ». Il est significatif à cet égard que le terme de tiers monde soit aujourd'hui régulièrement repris pour parler du sida au Sud, non seulement dans les médias, mais dans les discours des représentants des agences internationales, comme s'il y avait bien là une nouvelle inversion des imputations qui, dans les années quatre-vingt, faisaient de l'Afrique un continent potentiellement « contaminant » du fait de son « étrangeté ». Dans ce cadre, peut-être n'est-il pas indifférent que le Plan stratégique d'Onusida [1995 : 15] prône, aux côtés de la poursuite de la prévention telle qu'elle est entendue depuis le début des années quatre-vingt-dix (information, promotion du préservatif, éducation sexuelle pour la santé, diagnostic et traitement des MST) en vue de réduire le risque de transmission du virus, « le changement des normes culturelles et sociales afin de favoriser des comportements moins à risque » dans le cadre de la réduction de la vulnérabilité. Certes, la « réponse élargie » d'Onusida ne se limite pas à ces quelques aspects. Elle insiste en particulier sur l'articulation nécessaire entre prévention et prise en charge et sur un meilleur accès aux traitements de l'infection à VIH. Elle affirme ainsi une volonté politique à l'encontre de ce qui avait précisément contribué à faire émerger un « sida du Sud » ; cela dans des contextes africains où, de fait, la question de la prise en charge des malades ne peut plus être éludée. Reste que cette question de l'accès aux traitements favorise désormais un discours humanitaire dont le président français, Jacques Chirac, et le secrétaire d'État à la Santé, Bernard Kouchner, se sont faits les principaux promoteurs en lançant l'idée d'un fonds de solidarité thérapeutique international lors de la conférence sur le sida en Afrique, tenue à Abidjan en décembre 1997. Dès lors, tout en entendant placer la question du sida dans une analyse relevant de l'économie politique au sens large, cette approche ne s'inscrit-elle pas dans un vaste courant de disqualification des États africains ? Dans le même temps, sachant que le discours des agences

internationales tend à s'imposer comme cadre de légitimation de toute action, quelle opportunité laisse-t-elle à la « société civile » de s'emparer politiquement du problème du sida? En particulier, les associations africaines de personnes vivant avec le VIH dont on a montré, par ailleurs, les difficultés de positionnement dans les contextes ivoirien et sénégalais [Delaunay et *alii*, 1998] seront-elles en mesure de surmonter leur quête d'intégration face à la marginalisation sociale, économique et politique actuelle de leurs membres pour donner naissance à un véritable mouvement social?

BIBLIOGRAPHIE

- BIBEAU G. [1991], « L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes », *Anthropologie et Sociétés*, 15 (2-3): 125-147.
- CALDWELL J.C., CALDWELL P., QUIGGIN P. [1989], « The Social Context of AIDS in Sub-Saharan Africa », *Population and Development Review*, 15 (2): 185-234.
- CAMPENHOUDT L.V. [1998], « Nouvelles tendances théoriques dans la recherche européenne sur les comportements sexuels face au risque du VIH », in *Le Sida en Europe. Nouveaux enjeux pour les sciences sociales*, Paris, ANRS: 71-80.
- CARAËL M. [1995], « La mesure de l'activité sexuelle dans les pays en développement », in N. Bajos et *alii* (éd.), *Sexualité et Sida. Recherches en sciences sociales*, Paris, ANRS: 57-80.
- COLLIGNON R., GRUÉNAIS M.-É., VIDAL L. (éd.) [1994], *L'Annonce de la séropositivité au VIH en Afrique*, numéro spécial de *Psychopathologie africaine*, XXVI (2).
- DELAUNAY K., en collaboration avec BLIBOLO D. et CISSÉ-WONE K. [1998], « Des ONG et des associations: concurrences et dépendances sur un "marché du sida" émergent. Cas ivoirien et sénégalais », in J.-P. Deler, Y.-A. Fauré, A. Piveteau, P.-J. Roca (éd.), *ONG et Développement. Société, économie, politique*, Paris, Karthala: 115-141.
- DOZON J.-P. [1991], « D'un tombeau l'autre », *Cahiers d'études africaines*, 121-122: 135-157.
- DOZON J.-P., FASSIN D. [1989], « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique », *Sciences sociales et Santé*, VII (1): 21-36.
- EMMANUEL J. [1996], « Sécurité transfusionnelle: beaucoup reste à faire (entretien) », *Le Journal du sida*, 86-87: 87-89.
- FABRE G. [1993], « La notion de contagion au regard du sida, ou comment interfèrent logiques sociales et catégories médicales », *Sciences sociales et Santé*, XI (1): 5-32.
- FARMER P. [1996], *Sida en Haïti. La victime accusée*, Paris, Karthala (trad. fr. de *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*, 1992).
- FASSIN D. [1994], « La mémoire courte. Coopération internationale et lutte contre le sida en Afrique », *Sociétés d'Afrique et Sida*, 5: 2-3.
- GIAMI A. [1995], « Représentations de la sexualité et représentations des partenaires à l'époque du sida », in N. Bajos et *alii* (éd.), *Sexualité et Sida. Recherches en sciences sociales*, Paris, ANRS: 15-38.
- GIAMI A. [1996], « Représentations du sida: une théorie sexuelle », dans S. Hefez (dir.), *Sida et Vie psychique*, Paris, La Découverte: 275-290.
- GRMEK M.-D. [1990], *Histoire du sida*, Paris, Payot (2^e éd.).
- KÉROUÉDAN D. et *alii* [1994], « Réflexions sur la transfusion sanguine en Afrique au temps de l'épidémie de sida. État des lieux et perspectives en Côte-d'Ivoire », *Cahiers santé*, 4: 37-42.
- LAVOLLAY M. [1996], « Quand Usaid et GPA s'opposaient au dépistage-conseil... », *Journal du sida*, 86-87: 61-62.
- MANN J., TARANTOLA D., NETTET T. [1992], *AIDS in the World*, Harvard University Press.
- MANN J., TARANTOLA D. [1996], *AIDS in the World II*, Oxford University Press.
- OPPENHEIMER G. [1988], « In the Eye of the Storm: the Epidemiological Construction of AIDS », in E. Fee, D. Fox (éd.), *Aids: the Burden of History*, Berkeley, University of California Press: 267-300.

- ONUSIDA (Programme commun des Nations unies sur le VIH-sida) [s. d.], *Réduire la vulnérabilité des femmes à l'infection à VIH*, Genève.
- ONUSIDA [1995], *Plan stratégique 1996-2000*, Genève, multigr.
- ONUSIDA [1996], *VIH-sida: faits et tendances*, Genève.
- PACKARD R.M., EPSTEIN P. [1991], « Epidemiologists, Social Scientists, and the Structure of Medical Research on AIDS in Africa », *Social Science and Medicine*, 33 (7): 771-794.
- PÉCHU C. [1992], « Tenir le politique à l'écart. Jeux et enjeux du travail médical », in P. Favre (éd.), *Sida et Politique. Les premiers affrontements*, Paris, L'Harmattan: 41-59.
- PNUD (Programme des Nations unies pour le développement) [1992], *Young Women: Silence, Susceptibility and the HIV Epidemic*, New York.
- POLLACK M. [1988], *Les Homosexuels et le Sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris, Métailié.
- SEIDEL G. [1993], « The Competing Discourses of HIV-AIDS in Sub-Saharan Africa: Discourses of Rights and Empowerment vs Discourses of Control and Exclusion », *Social Science and Medicine*, 36 (3): 175-194.
- SEIDEL G. [1996], « Le deuxième sexe de la prévention », *Le Journal du sida*, 86-87: 32-35.
- SETBON M. [1993], *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage*, Paris, Le Seuil.
- TARANTOLA D. [1994], « Vulnérabilité communautaire face au sida », *Sociétés d'Afrique et Sida*, 3 : 4-5.
- TARANTOLA D. [1997], « Effets des conflits sur le risque et la vulnérabilité vis-à-vis du VIH-sida en l'Afrique. Ébauche d'une méthode analytique », in A. Desclaux, C. Raynaud (éd.), *Urgence, Précarité et Lutte contre le VIH-sida en Afrique*, Réseau sociétés d'Afrique et sida-L'Harmattan: 19-34.
- TAVERNE B. [1996], « Stratégie de communication et stigmatisation des femmes: lévirat et sida au Burkina Faso », *Sciences sociales et Santé*, 14 (2): 87-106.
- VIDAL L. [1995], « L'anthropologie, la recherche et l'intervention sur le sida en Afrique. Enjeux méthodologiques d'une rencontre », *Sciences sociales et Santé*, 13 (2): 5-27.
- VIDAL L. [1996], *Le Silence et le Sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Anthropos.

État, islam et sida en Indonésie : un épineux ménage à trois

*Laurence Husson **

L'Indonésie, quatrième puissance démographique et premier pays musulman du monde, avec 202 millions d'habitants en 1998, reconnaît officiellement moins de 900 cas de VIH-sida. Les experts internationaux, quant à eux, estiment leur nombre à 25 000 ou 30 000 (soit une prévalence de 0,03 ‰ par rapport à la population totale en 1997), laissant augurer que l'épidémie est encore à un stade précoce [Un aids, 1998]. D'autres chiffres plus catastrophiques ont cependant été annoncés pour l'an 2000 (entre 750 000 et 2,5 millions), mais peut-être vaut-il mieux s'en tenir aux estimations diffusées par le ministère du Bien-Être public (en charge de la politique de la République d'Indonésie vis-à-vis du sida) de 600 000 cas escomptés en l'an 2000 ; ceci sans perdre de vue que ces chiffres officiels tiennent certes compte de faits épidémiologiques, mais qu'ils comportent aussi des enjeux politiques, voire financiers, quand ils s'adressent aux bailleurs de fonds internationaux.

Le décalage reste donc énorme entre le nombre de cas détectés et les projections à court terme. Médecins et associations locales reconnaissent en outre que des milliers de personnes meurent du sida en Indonésie sans que la cause réelle de leur décès soit identifiée. Ce flou concernant la prévalence du sida dans l'archipel trahit l'ampleur des difficultés, contraintes et réticences, des autorités vis-à-vis du problème, dans un contexte global assez alarmant si l'on se réfère au rapport de l'Onusida, lequel, en décembre 1997, évaluait à 6,4 millions le nombre de porteurs du VIH dans la seule région Asie-Pacifique. À l'échelle mondiale, un séropositif sur quatre sera donc asiatique, d'ici à l'an 2000. Ces projections amènent à s'interroger sur la situation et l'attitude de l'Indonésie vis-à-vis du sida.

Dans cet article, nous tenterons d'évaluer le retard pris par l'Indonésie dans sa lutte contre le virus, en identifiant tout un ensemble de facteurs, tels que les idéologies manifestes, les pratiques culturelles locales, mais aussi les priorités politiques et économiques du pays qui ont fait obstacle à une réelle prise en charge officielle de la maladie. L'analyse des réponses apportées au sida démontrera que ce dernier est encore, aux yeux de l'État indonésien, une maladie nouvelle et déroutante, et que la principale difficulté a été de reconnaître qu'elle se transmettait par voie

* Chargée de recherche au CNRS, Migrinter-Tide, Poitiers.

Cet article a été réalisé dans le cadre du programme Sida-SHS du CNRS. Du même auteur, voir Husson [1998]; Blanc, Husson (éd.) [à paraître].

sexuelle, par injection de drogue ainsi que par transfusion sanguine. L'État indonésien a voulu croire, pendant près de dix ans, que sa population serait épargnée, et ce au nom de la religion dominante et de l'idéologie nationale; celles-ci envisagent en effet la sexualité comme une harmonieuse répartition des rôles masculin et féminin dans le cadre strict du mariage, en vue de créer une famille modèle, à deux enfants uniquement. Or, depuis juillet 1997, date de l'avènement de la sévère crise économique et politique qui secoue le pays, l'épineuse question du sida et de sa prévention – l'État estime encore « culturellement inacceptable » de promouvoir sur le plan national l'usage du préservatif – a été reléguée en arrière-plan. Nous mesurerons l'impact de cette crise qui, d'ores et déjà, a provoqué un recul de la prévention et une nette augmentation des risques d'infection, alors qu'il devient financièrement impossible de soigner les malades.

La « maladie de l'Autre »

Quand le sida fit son apparition dans l'archipel, il ne fut pas immédiatement perçu comme une MST, transmise par voie hétérosexuelle. La presse, largement contrôlée par l'État, présenta le sida d'abord comme une maladie d'étrangers et de touristes, puis, surtout, comme une maladie d'homosexuels, et ceci d'autant plus que le discours officiel cautionne l'idée que le sida est une punition divine condamnant tout comportement « immoral ou contre nature ». C'est ainsi que, dans une première période, de 1983 à 1987, durant laquelle aucune séropositivité sur le territoire national ne fut révélée, propos et mesures restèrent assez confus. La presse indonésienne commentait l'évolution mondiale de la maladie dans ses pages internationales et relatait les rares prises de position nationales. Ainsi, fin 1983, le ministre de la Santé déclarait que « la meilleure façon de se protéger était d'éviter les homosexuels et de ne pas fréquenter de touristes étrangers ». En 1985, le docteur Arjatmo, de l'université Indonesia, allait jusqu'à avancer que « certains facteurs génétiques pourraient protéger les Indonésiens ». Un an plus tard, le ministre de la Santé pouvait encore affirmer que le sida avait épargné l'Indonésie [*Jakarta Jakarta*, 13 novembre 1987].

En 1987 cependant, un touriste néerlandais mourait à Denpasar (Bali); ce décès était suivi quelques mois plus tard par celui d'un Australien, puis d'un Canadien, dans la capitale, Jakarta. Ces morts étrangères marquèrent les esprits. Bali, le pôle touristique par excellence de l'archipel, devenait alors « l'île la plus vulnérable du pays, du fait de la grande promiscuité entre population locale et étrangers », selon un responsable de l'hôpital de Denpasar [« Nation Warned on the Spread of Aids Virus », *The Jakarta Post*, 1^{er} février 1988]. Mais cette crainte émanant d'un médecin restait abstraite. Dirigeants, médias et opinion publique pouvaient encore rêver sinon d'une invulnérabilité nationale, du moins d'un sida « allogène » cantonné aux étrangers. Même si, dès 1988, comme nous le commenterons par la suite, les premiers cas de VIH nationaux furent dépistés, les regards et les esprits restèrent braqués sur les malades étrangers, ainsi que le révèlent les quelques faits suivants.

Figure 1 – Est-ce que vous apportez le sida, « Mister » ?



Traduction : « Est-ce que vous apportez le sida, "Mister" (terme anglais de politesse pour s'adresser à un étranger) ? »

Source : *AIDS dimataku*, recueil de dessins humoristiques de Mufid Aziz Sudibja sur le thème du sida, Ford Foundation/Project Concern International/Hotline Surabaya, Yayasan Karsa Kreatif 1326, Jakarta, 1996, p. 26.

Fin 1992, certaines prostituées du quartier réservé de Dolly, à Surabaya, s'engagèrent par écrit à ne plus avoir de rapports avec les étrangers, ceci afin d'éviter la propagation du virus, mais surtout de rassurer la clientèle locale.

Les statistiques officielles de juin 1993, recensant 139 cas de séropositivité dans l'archipel indonésien, précisaient que 44 des 46 séropositifs dépistés en Irian Jaya (la partie indonésienne de l'île de Papouasie Nouvelle-Guinée) étaient des pêcheurs de nationalité thaïe.

En 1993, le jour de la constitution de l'Organisation nationale de lutte contre le sida – sous les auspices du ministère du Bien-Être public mais composée de représentants des ministères de l'Éducation et de la Culture, de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, des Femmes, des Services sociaux, des Affaires religieuses et de la Population –, le ministre de la Santé, Sujadi, déclarait que le problème du sida dépassait le strict cadre de la santé. Selon lui, il concernait surtout le ministère du Travail et de la Main-d'œuvre ainsi que les services de l'immigration, puisque « des travailleurs étrangers étaient responsables de l'introduction du virus dans le pays » [« Government to Clamp Down on Misleading Info about Aids », *The Jakarta Post*, 24 juin 1993].

En novembre 1995, c'était au tour des autorités religieuses en général, et des oulémas en particulier, de proposer des mesures pour freiner l'expansion du sida [« Moslem Ulemas come up with Suggestions to Curb Aids », *The Jakarta Post*, 30 octobre 1995]. Lors d'une réunion du Conseil des oulémas indonésiens (MUI¹), une centaine de « sages » convinrent que « le retour à des comportements religieux formerait le meilleur rempart contre la maladie ». Des membres plus radicaux de la branche du MUI de Java-Est (bastion d'un certain traditionalisme musulman) suggérèrent que les autorités devaient exiger un certificat *Aids-free* de tout étranger entrant en Indonésie, en particulier aux points d'entrée touristique. Cette proposition resta sans effet, dans la mesure où le pays tire une part importante de ses revenus du tourisme (à l'époque environ 2 % du PNB).

En 1986, année où le ministère de la Santé déclarait « qu'il n'était pas nécessaire de détecter le virus du sida dans les stocks des banques du sang nationales, puisque la vraie menace épidémiologique du pays était l'hépatite B », la première mesure prise a été de cesser toute importation de sang en provenance de pays fortement touchés par la maladie, comme les États-Unis. La croyance en un sang « national » sain a persisté jusqu'en 1992, date à laquelle un décret ministériel a rendu obligatoire le dépistage de la syphilis et du VIH dans les banques de sang. Ces tests ont confirmé la faible prévalence du VIH à l'échelle nationale: depuis 1992, seules 28 séropositivités ont été révélées sur près de 3 millions de dons [Unaid, 1998 : 20]. Cette mesure et ce résultat, certes, très rassurants, ne doivent cependant pas masquer une réalité: ces tests ne sont effectués que dans les quelques rares grands centres de transfusion sanguine de l'archipel. Nombre d'hôpitaux n'en sont pas dotés et, dans la plupart des cas, les patients peuvent s'estimer extrêmement chanceux de se voir transfuser avec une aiguille stérile, un sang compatible...

Le virus, à quelque niveau que ce soit, individuel, national et international, est toujours envisagé comme un mal venant de l'étranger. Un médecin de la fondation privée Mitra Indonesia dénonçait, en avril 1997, la non-confidentialité pesant sur les noms des malades, mais ne s'étonnait pas que la question de la nationalité des malades ne fût pas perçue comme une forme possible de stigmatisation ou de discrimination. Ainsi, dans les statistiques officielles recensant le nombre de malades,

1 Le MUI, constitué en 1975, rassemble des oulémas de toutes tendances et a la possibilité d'émettre des *fatwa*, arrêtés juridiques, à propos des grands problèmes de société.

citoyens indonésiens et étrangers sont distingués [« Improved Information Needed to Fight Aids », *The Jakarta Post*, 15 avril 1997].

L'idée d'un virus sans frontière s'imposa cependant. C'est pourquoi, en octobre 1996, l'Association des nations du Sud-Est asiatique (Asean) tenta de mettre au point une politique commune de lutte contre le sida. Les pays membres s'accordèrent pour incriminer les migrations de travail clandestines, qualifiées de cause principale de la propagation du virus dans la région, mais trop complexes pour être traitées à l'échelle nationale. Elles font désormais, sur le papier, l'objet d'un programme commun entre le sultanat de Brunei, l'Indonésie, la Malaisie, les Philippines, Singapour et la Thaïlande [« ASEAN Discusses Aids Problems », *The Jakarta Post*, 9 octobre 1996].

En dépit de cette focalisation sur les « étrangers contaminés », les services de santé indonésiens ne pouvaient plus ignorer que la population locale était, elle aussi, touchée par l'épidémie.

L'épidémie est aussi indonésienne

En juin 1988, la presse indonésienne révéla la séropositivité de deux prostituées indonésiennes à Surabaya. Située à l'extrême est de Java, cette ville d'environ 3 millions d'habitants est à la fois la deuxième agglomération et le deuxième port du pays, derrière Jakarta. Elle est réputée abriter le plus grand nombre de prostitués des deux sexes du pays, et la municipalité reconnaît officiellement six « *red-light districts* », auxquels s'ajoutent de très nombreux lieux de prostitution informelle. Quatre années plus tard, la municipalité de Surabaya décida d'entreprendre une campagne de détection du virus parmi le groupe supposé à risque des prostituées et des travestis et testa 400 personnes. Elle révéla la séropositivité de quatre autres professionnel(le)s du sexe. Ce qui ne manqua pas de déclencher une vague de panique, car les médias s'attachèrent à démontrer que les prostituées représentaient un risque pour la société dans son ensemble du fait de leurs multiples clients. Autant il avait semblé facile aux lecteurs des médias de penser qu'ils se protégeraient du sida en évitant de fréquenter les étrangers, puis les homosexuels, autant il devenait déroutant d'envisager qu'une anodine relation sexuelle avec une prostituée pût s'avérer mortelle. Devant la baisse spectaculaire de la fréquentation des lieux de plaisir, les proxénètes de la ville signifiaient en toute bonne foi leur étonnement aux journalistes du principal quotidien régional, du fait que leurs employées avaient droit, tous les samedis, à une piqûre obligatoire d'antibiotiques [*Surabaya Post*, 27 novembre 1991]!

Le gouvernement indonésien qui, entre 1990 et 1993, a fait tester 45 800 personnes, révélant ainsi dix nouveaux cas, a mis en place, en 1993, un programme de dépistage massif auprès des groupes à risque [« Government expands Blood Tests in Combatting Aids », *The Jakarta Post*, 10 juin 1993; *Jakarta Jakarta*, 15 février 1992] en vue de « contenir la progression de la maladie dans le pays ». C'est ainsi que 150 000 tests furent effectués parmi les catégories de personnes les plus exposées: prostituées, homosexuels, hôtesses de boîtes de nuit, masseuses, prisonniers, routiers et marins. Six cas de séropositivité furent également dépistés parmi le contingent de 800 soldats indonésiens envoyés en mission au Cambodge. La presse nationale extra-

Figure 2 – Campagne d'information



Traduction : Le volontaire, perplexe, se demande quel groupe choisir comme cible de sa campagne d'information, tandis que le « monstre sida » s'étonne, puisque, lui personnellement, ne se pose pas ce type de question. Sous-entendu, il s'attaque à tout le monde.

Source : AIDS dimataku, recueil de dessins humoristiques de Mufid Aziz Sudibja sur le thème du sida, Ford Foundation/Project Concern International/Hotline Surabaya, Yayasan Karsa Kreatif 1326, Jakarta, 1996, p. 44.

polait, alors que le nombre réel des séropositifs en Indonésie avoisinait les 20000 à 30000 personnes [*The Jakarta Post*, 14 février 1993]. En février 1992, le ministre de la Santé, Adhyamata, était obligé de reconnaître publiquement « qu'aucune province d'Indonésie n'était épargnée par la maladie » [*Jakarta Jakarta*; 15 février 1992].

2 Un ouvrage sur l'histoire et le développement de la prostitution en Indonésie [Hull, Sulistyaningsih, Jones, 1997] démontre qu'elle joue un rôle non négligeable dans l'économie indonésienne. Les auteurs estiment entre 140000 et 230000 le nombre de prostituées « formelles », dont le produit annuel se situe entre 1,2 et 3,3 milliards de dollars US, soit entre 0,8 et 2,4 % du PIB indonésien de 1996. Et ces chiffres devraient être multipliés par deux si l'on pouvait prendre en compte la prostitution clandestine ou occasionnelle.

Les facteurs de risque dans l'archipel sont multiples. Mais parmi eux, deux favorisent en effet une rapide propagation du virus : l'extrême mobilité géographique de la population d'une part, et l'ampleur et la diversité de l'industrie du sexe d'autre part ². D'une façon générale, il faut considérer, dans l'archipel indonésien, que la propagation des maladies vénériennes a été facilitée, tout au long de l'histoire de ce dernier, par le commerce et l'exploitation de ses ressources naturelles qui ont occasionné de nombreux mouvements internes et externes de population, essentiellement vers les zones de développement économique. À l'époque coloniale déjà, l'ouverture de l'économie aux investissements, en entraînant des grands travaux d'infrastructure, le développement des plantations, des mines, des ports et des villes, a provoqué d'importants déplacements de main-d'œuvre masculine « indigène », chinoise, métisse et européenne ³, et a provoqué l'expansion des MST. De la même manière, de nos jours, la révolution des transports, l'exode rural, l'essor de l'urbanisation et l'industrialisation, comme, de façon plus générale, les déplacements de plus en plus fréquents de personnes à la recherche de nouvelles sources de revenu, loin de chez elles – et donc moins soumises à la pression sociale de leur groupe d'origine alors qu'elles sont en âge d'être sexuellement actives – favorisent la propagation du VIH. De plus, l'Indonésie compte un très grand nombre de personnes qui travaillent dans le secteur des transports, et qui, ici comme ailleurs, se révèlent très vulnérables. Les professionnelles du sexe elles-mêmes sont très mobiles (la plupart opèrent loin de leur lieu d'origine pour rester anonymes et déménagent fréquemment, de ville en ville, d'île en île, vers des sites de « transmigration », des nouvelles zones d'exploitation des ressources agricoles ou minières, des camps militaires, etc.), ce qui renforce le risque dans cet archipel très morcelé. À la fragmentation géographique s'ajoutent la faiblesse et l'inégale répartition des structures sanitaires, qui contribuent à entretenir le flou concernant la prévalence du VIH et, donc, à freiner toute action.

Des statistiques épidémiologiques déficientes

Depuis 1987, les chiffres officiels sont actualisés chaque mois afin d'être communiqués à l'OMS. Ces chiffres sont à la base de toutes les campagnes de prévention. Pourtant, ces statistiques ne reflètent absolument pas la réalité de l'épidémie. Il faut dire que le système de collecte de données à l'échelle nationale ne se base pas sur un véritable réseau de surveillance ayant au préalable défini clairement des « populations sentinelles ». Ce fait est désormais reconnu par le ministère de la Santé, bien obligé d'admettre que la collecte des données est encore très imparfaite, tant à l'échelon des services de santé provinciaux que dans les cliniques locales. Les médecins doivent déclarer tout cas de séropositivité ou de sida à l'administration provinciale qui devra confirmer ou infirmer le diagnostic. Mais tous ces services de santé sont loin de pouvoir remplir de façon égale cette fonction, faute de personnel ou d'équipement adéquat. Par ailleurs,

3 Ainsi, la main-d'œuvre urbaine dans les années 1920-1930 comprenait-elle plus de 40 % de migrants circulaires ou temporaires masculins, donnée susceptible d'accroître la demande et l'offre en matière de prostitution [Hugo, 1980].

certains médecins, qui se sentent tenus par le secret professionnel ou qui estiment que l'état de santé de leur patient est désespéré, s'abstiennent de toute déclaration. Il arrive également que des médecins reçoivent en consultation des patients présentant tous les symptômes du sida sans qu'ils puissent les aider, ni même les conseiller, et encore moins les soigner, et ce par manque d'information et de formation. Il est également vraisemblable que de nombreux cas ne sont tout simplement pas soignés, car non identifiés, ou jugés désespérés, soit d'un point de vue clinique, soit d'un point de vue financier... C'est ainsi que l'Ordre des médecins reconnaît que des centaines de cas par an ne sont ni diagnostiqués, ni comptabilisés.

La population rurale et urbaine défavorisée, quant à elle, a plus volontiers recours à la médecine traditionnelle, jugée plus accessible et meilleur marché. Dans les faits, la majorité des ruraux indonésiens n'ont pas accès à l'information, ni aux services. Le dépistage, la prévention et les soins ne concernent que quelques-unes des grandes agglomérations indonésiennes, pour ne pas dire seulement Jakarta, Surabaya et Denpasar (Bali). En dehors des grandes villes, les médecins n'ont pas l'expérience du sida et sont même parfois encore effrayés à l'idée d'être confrontés à un patient atteint du sida [Tom Wright, 1996].

Il faut aussi noter qu'en Indonésie, la majorité des tests sont effectués dans la phase symptomatique de la maladie, voire lors de sa phase terminale, ceci pour plusieurs raisons: peu osent se soumettre spontanément au test; nombreux sont encore ceux qui évitent les centres de dépistage de peur d'être discriminés. En outre, ne sont pas détectés tous ceux qui, pour des raisons financières, ne peuvent accéder aux soins.

Par ailleurs, un certain nombre de mesures ont été prises pour parer à une extension des maladies vénériennes en surveillant le principal groupe (ou bouc émissaire) incriminé: les prostituées. Toutefois, ces mesures inspirées des dispositions prises dès les années 1850 par les colonisateurs néerlandais s'avèrent elles aussi partielles [Husson, 1999]. La prostitution est en effet un phénomène mouvant et polymorphe, et seules les prostituées « formelles » cantonnées dans des quartiers réservés sont soumises à des examens de santé réguliers. Or, depuis l'indépendance, en 1945, les données statistiques tirées de ces visites médicales ne sont plus centralisées. De nombreuses et récentes études ont cependant été conduites à Jakarta, Surabaya et Bali, auprès de professionnelles du sexe [Thorpe, Ford, Fajans, Wirawan, 1991; Wirawan, Fajans, Ford, 1993; Joesoef, Linnan *et alii*, 1997; Endang, Sedyaningsih-Mamahit, 1997]. Il ressort de ces enquêtes une séroprévalence au VIH faible, malgré des taux de MST élevés, une connaissance inégale des risques et un usage modéré du préservatif. La prostitution dite informelle, de loin la plus considérable numériquement parlant, et la plus exposée au risque, échappe quant à elle à toute collecte de statistiques et à tout suivi médical⁴.

4 Or, outre la recrudescence de la prostitution informelle suscitée par la crise économique, en divers points de l'archipel, bordels officiels, salons de massages et autres lieux de plaisirs ont été victimes de la vindicte populaire et/ou d'associations musulmanes réclamant leur fermeture. Chassées, leurs employées sont venues grossir, dans un climat d'âpre concurrence, les rangs des prostituées dites « informelles ».

Figure 3 – Un « café à filles »



Les bulles sont rédigées en balinais, la traduction indonésienne figure en bas du dessin. Jeu de mot sur le terme « sarong » qui désigne à la fois le vêtement traditionnel malais, mais aussi, dans le langage courant, le préservatif.

Traduction : À l'arrière-plan, un « café à filles » populaire. Le personnage de gauche : « J'utilise toujours un sarong quand je vais voir les filles de mauvaise vie. » Le personnage de droite : « Aïe, aïe, aïe, tu te trompes ! Il ne s'agit pas de ce genre de sarong-là. » Le chien : « Tiens, voilà ce qu'il faut utiliser pour se prémunir du sida ; moi aussi, j'en fais usage lorsque j'ai des aventures... »

Source : *Bali di mata Sompret*, recueil de caricatures de Wayan Sadha, parues dans l'English Corner du *Bali Post*, Penerbit BP, Denpasar, 1994, p. 62.

Enfin, les structures sanitaires sont loin d'être de qualité égale dans tout l'archipel. Les îles périphériques s'avèrent infiniment moins bien équipées que Java. Diagnostic, soins et enregistrement du nombre de cas ne se font pas la même façon à Java et à l'extérieur de Java. Ces inégalités de développement contribuent à brouiller les données. Il est donc, à ce jour, impossible de dresser un tableau clair et exhaustif de l'extension tant des MST que du VIH-sida dans l'archipel, et il faut se contenter de données parcellaires.

Une épidémie en progression

L'examen des statistiques officielles, qui ne sont ni fiables ni exhaustives, s'impose néanmoins car elles révèlent les difficultés du pays vis-à-vis du problème.

Figure 4 – Répartition des cas de VIH-sida par provinces

Provinces	VIH +	Sida	Total	Décès
Jakarta	148	95	243	44
Irian Jaya	131	80	211	35
Riau	102	7	109	3
Bali	35	18	53	6
Java-Est	35	8	43	7
Sumatra-Sud	32	1	33	1
Sumatra-Nord	24	3	27	2
Java-Centre	20	3	23	2
Java-Ouest	11	11	22	8
Kalimantan-Centre	19	0	19	0
Moluques	16	3	19	2
Sulawesi-Sud	8	1	9	1
Kalimantan-Est	10	0	10	0
Yogyakarta	3	3	6	0
Kalimantan-Ouest	4	0	4	0
Kalimantan-Sud	4	0	4	0
Sulawesi-Nord	1	2	3	2
Petites îles de la Sonde occidentales	0	2	2	0
Sumatra-Ouest	2	0	2	0
Petites îles de la Sonde orientales	1	0	1	0
Timor-Est	1	0	1	0
Aceh	1	0	1	0
Lampung	1	0	1	0
Total	609	227	846	113

Source : ministère de la Santé, République d'Indonésie, mars 1999.

Le tableau indique que 23 des 27 provinces indonésiennes sont touchées. Les statistiques révèlent que trois d'entre elles sont particulièrement affectées : la capitale, Jakarta, l'Irian Jaya et Riau. Il aurait été étonnant que Jakarta, mégapole cosmopolite et industrielle de 10 millions d'habitants, creuset de toutes les populations de l'archipel, n'arrive pas en tête de liste des provinces les plus touchées par le virus. Ou faut-il penser que c'est parce qu'elle bénéficie des meilleures infrastructures médicales qu'elle est la province où le dépistage est le plus efficace ? La plus orientale des provinces indonésiennes, l'Irian Jaya, riche en ressources minières et très peu peuplée, affiche des taux élevés de contamination, dus à la présence de marins-pêcheurs thaïs établis depuis une dizaine d'années dans cette région. Ces derniers auraient transmis le virus à des prostituées indonésiennes qui, elles-mêmes, auraient contaminé des Papous. L'épidémie thaïe en Irian a fait l'objet d'études détaillées, grâce au soutien financier et logistique d'Ausaid et du réseau Path (*Program for Appropriate Technology in Health*). L'épidémie dans la province de Riau, quant à elle, s'explique par le statut de zone franche de sa capitale : Batam. Mi-touristique, mi-industrielle, cette zone a connu

Figure 5 – Répartition par nationalité

Nationalité	VIH +	Sida	Total
indonésienne	422	193	615
étrangère	170	44	214
inconnue	17	0	17

Source : ministère de la Santé, République d'Indonésie, mars 1999.

un développement sans précédent, qui a attiré migrants, prostituées et touristes transfrontaliers. En dépit des craintes des autorités indonésiennes, l'intense fréquentation touristique de Bali – plus de 2,5 millions de touristes par an – ne semble pas avoir provoqué un accroissement du nombre de malades. Faut-il y voir le fruit de bonnes et précoces campagnes de prévention locales ou bien la marque de la vigilance des touristes, majoritairement originaires des pays de l'OCDE ? Ou faut-il penser que les autorités indonésiennes, souhaitant préserver la manne touristique, minorent les statistiques ? Ces trois hypothèses se conjuguent vraisemblablement. Les autres provinces recensées affichent des chiffres encore modestes, faute d'un système de santé adapté. Mais il est certain que le virus a gagné des provinces reculées, où il a été introduit par le biais de travailleurs étrangers (pêcheurs, marins) et de nationaux mobiles (routiers, marins, prostituées, migrants...) et que, des côtes et des ports, il gagne l'intérieur des terres, généralement moins développées. Pour l'instant, et de façon théorique, neuf provinces ont été définies comme « lieux sentinelles » : Jakarta, Java-Ouest, Centre et Est, Bali, Yogyakarta, Riau, Sumatra-Nord ainsi que les petites îles de la Sonde occidentales, dans l'attente de pouvoir étendre ce réseau de surveillance aux 18 autres.

En mars 1999, le pays avait recensé 609 séropositifs, 227 cas de sida déclarés, soit 846 personnes, et reconnaissait officiellement 113 décès par sida.

Le critère de nationalité montre que 73 % étaient Indonésiens et 25,3 % étrangers. Parmi ces derniers figurent nombre de Thaïs (136 marins-pêcheurs dépistés dans les provinces d'Irian Jaya, de Riau, de Sumatra-Sud et Nord et Kalimantan). Il faut cependant préciser que le nombre de travailleurs immigrés indonésiens et d'étudiants dans les Émirats arabes unis, la Malaisie, Singapour ou la Corée excède largement celui des « étrangers » présents dans l'archipel (près de 1 700 000 travailleurs migrants légaux, ainsi que plus de 2 500 000 clandestins, selon l'OIT, en 1998). Il est par ailleurs ambigu que ces malades non indonésiens apparaissent dans les statistiques nationales, puisque tout étranger contagieux est censé être immédiatement expulsé, tout particulièrement en cas de sida.

Plus que la nationalité, l'âge est un facteur essentiel du problème.

Le tableau de la figure 6 révèle que moins de 1 % des personnes infectées sont mineures, et qu'elles ont vraisemblablement été contaminées vers l'âge de 10 ans. Peut-être faut-il y voir la marque des mariages d'enfants prépubères et de la prostitution infantile, relativement fréquents. Les adolescents, de par leur nombre, leur pouvoir de contestation politique et leur aspiration à plus de libertés – dites occidentales –, tendent à devenir le futur groupe à risque. Or, leurs aspirations et

Figure 6 – Répartition par tranches d'âge

Tranches d'âge	VIH +	Sida	Total
1	1	2	3
1-4	2	0	2
5-14	0	1	1
15-19	49	8	57
20-29	332	61	393
30-39	128	108	236
40-49	37	48	85
50-59	6	7	13
60	1	2	3
âge inconnu	53	0	53

Source : ministère de la Santé, République d'Indonésie, mars 1999.

leurs comportements, en particulier sexuels, tendent à nier les valeurs de l'ordre établi. C'est pourquoi la sexualité avant le mariage s'avère un sujet politiquement beaucoup plus sensible que les autres formes de sexualité extraconjugale, dont la prostitution. Les campagnes nationales éludent totalement la question. Ni éducation sexuelle, ni incitation au port du préservatif ne s'adressent encore directement aux adolescents.

Figure 7 – Répartition par sexe

Sexe	VIH +	Sida	Total
masculin	338	193	531
féminin	249	44	293
inconnu	22	0	22
Total	609	237	846

Source : ministère de la Santé, République d'Indonésie, mars 1999.

Les 30-39 ans forment le groupe qui cumule le plus de cas de sida déclaré, tandis que les plus nombreux cas de séropositivité ont été dépistés dans la tranche des 20-29 ans. Globalement, la tranche des 20-39 ans s'avère la plus touchée avec plus de 74 % des cas recensés. Cette tranche sexuellement très active, en âge de procréer et en pleine possession de sa force de travail, risque fort d'être décimée.

Ce tableau montre que 62,7 % des cas de VIH-sida enregistrés concernent des hommes et 34,6 % des femmes. Même si ces données ne correspondent qu'à un pourcentage très restreint du nombre de sujets infectés et ne peuvent donc se tra-

Figure 8 – Répartition du nombre de cas de VIH et de sida selon le mode de transmission

Mode de transmission	VIH +	Sida	Total
hétérosexuel	478	142	620
homosexuel	35	71	106
par injection de drogue	3	3	6
transfusion sanguine	0	3 *	3
hémophilie	1	1	2
transmission périnatale	3	3	6
inconnu	89	14	103

* dont 2 contaminations lors d'une transfusion sanguine à l'étranger.

Source: ministère de la Santé, République d'Indonésie, mars 1999.

duire en termes d'épidémiologie, on constate cependant que l'écart encore très marqué il y a peu entre le nombre d'hommes et de femmes infectés tend à diminuer. Le nombre de femmes contaminées augmente en effet et il y a tout lieu de craindre que cette tendance s'accroisse. Il est urgent pour cette raison de mobiliser les femmes dans leur ensemble. Si les prostituées ont été les premières cibles des campagnes de prévention, il faut désormais s'adresser tout particulièrement aux femmes mariées – qui se sentent protégées par leur statut –, aux fiancées et autres « petites amies », susceptibles à tout moment d'être infectées par un compagnon volage: la fréquence du multipartenariat et du recours aux « services » des prostituées n'est en effet plus à démontrer.

L'examen des statistiques concernant les modes de transmission confirme largement ce risque.

Si l'on se réfère aux modes de transmission du virus tels qu'ils sont établis par le ministère de la Santé indonésien, les transmissions par voie hétéro- (73,28 %) ou homosexuelle (12,52 %) représentent à elles deux 85,8 % des cas de contamination, largement favorisée par une industrie du sexe florissante. 12,7 % des modes de contamination demeurent inconnus. Ce pourcentage de personnes ne sachant pas comment elles ont contracté le virus est élevé et nécessiterait de plus amples investigations.

Les injections de drogue demeurent un phénomène extrêmement marginal⁵ et ne semblent pas, pour l'instant, nourrir d'inquiétudes, à la différence de la

5 Il a été admis pendant des années que les injections de drogue ne faisaient pas partie de la « culture » indonésienne. Cette hypothèse est confirmée par les statistiques officielles, qui attestent que sur 764 cas détectés de VIH-sida, deux seulement concerneraient des drogués par injection. Les ONG ne partagent cependant pas cette opinion. D'une part, en novembre 1997, un rapport du réseau « Asian Harm Reduction » avançait les chiffres de 30 000 à 40 000 utilisateurs de drogues injectables. Depuis l'avènement de la crise, cette même ONG atteste la présence sur le marché d'une plus grande variété de drogues injectables ainsi qu'un rajeunissement et une augmentation alarmante du nombre de toxicomanes. D'autre part, transsexuels et prostituées ont parfois recours, dans un but esthétique, aux injections de silicone, souvent effectuées de façon collective avec la même seringue.

Malaisie, de la Thaïlande ou de la Chine du Sud. Cependant, l'absence totale de cas de contamination par transfusion sanguine sur le territoire indonésien n'est guère plus crédible que les 846 cas de VIH positif et de sida détectés. Quand on sait que, faute de moyens et d'information, la même aiguille non stérilisée pique une douzaine de patients d'affilée dans la plupart des dispensaires – et même des hôpitaux – de l'archipel, on peut être certain que le sang des donneurs n'est pas testé systématiquement, en dépit des risques élevés de transmission de l'hépatite B, pour ne mentionner qu'elle.

Les cas de transmissions périnatales, non détectées jusqu'en 1994, commencent à apparaître dans les statistiques. Mais ces chiffres sont loin d'être exhaustifs, car un grand nombre de femmes enceintes accouchent encore à la maison ou dans de rudimentaires dispensaires, sans bénéficier d'aucun suivi médical. Des études ont pourtant relevé de très forts taux de MST dans l'archipel. Ainsi 25 à 40 % des femmes qui consultent les services du Planning familial (KB) à Jakarta et Yogyakarta souffrent de MST [*Inside Indonesia*, 1997]. Les antennes du KB distribuent pourtant à l'échelle nationale des moyens de contraception à environ 24 millions de personnes, mais le préservatif est la moins prisée des méthodes (3,6 millions d'utilisateurs, contre 7,67 millions de femmes ayant recours aux piqûres contraceptives – parfois effectuées à la chaîne –, 7,3 millions à la pilule et 5,3 au stérilet) [Sima Gunawan, 1995].

L'examen des statistiques nationales montre que l'épidémie longtemps invisible et sous-estimée est en passe d'entrer dans une phase critique. Quelles ont été les mesures prises par les pouvoirs publics pour endiguer le péril ?

Des entraves morales et idéologiques à la prévention

Pour être suivie d'effet, toute bataille contre le sida doit se mener sur plusieurs fronts (l'éducation, la santé, l'économie, la politique, la religion), et l'État est amené à y jouer un rôle central; de sa stratégie dépend le succès ou l'échec. Or chaque État distille implicitement ou non son idéologie en matière de valeurs et de droits. Dans bien des contextes, morale et sida sont encore étroitement liés puisqu'à la maladie sont associées les notions de promiscuité ou de déviances sexuelles et qu'elle se voit même attribuer certains espaces; ces représentations influent inévitablement sur les politiques gouvernementales. Ceci est particulièrement perceptible en Indonésie, où le discours moral entourant la maladie est extrêmement complexe.

L'État indonésien, bureaucratique et autoritaire, qui conduit une politique d'encadrement de la population très efficace, a mené tambour battant des campagnes d'alphabétisation, de vaccination, de propreté urbaine qui ont porté leurs fruits. L'exemple le plus parlant du pouvoir de contrôle de l'État sur les citoyens réside dans le succès du Planning familial indonésien, qui pourtant, lors de son lancement au début des années soixante, s'est vu condamner par plusieurs organisations musulmanes, et n'a obtenu ses premiers succès qu'après que le président Suharto en personne s'est mis à le soutenir très explicitement. L'État aurait pu, de la même manière, mobiliser efficacement la population à propos du sida, même s'il est vrai que régir la sexualité des individus est infiniment plus ardu que

Figure 9 – Le sida est une malédiction divine



Traduction : L'homme : « Le sida est la malédiction divine pour tous ceux qui s'écartent de la religion. »

La grenouille : « Monsieur, quand un bébé est infecté, est-ce alors une malédiction héréditaire ? »

Source : *AIDS dimataku*, recueil de dessins humoristiques de Mufid Aziz Sudibja sur le thème du sida, Ford Foundation/Project Concern International/Hotline Surabaya, Yayasan Karsa Kreatif 1326, Jakarta, 1996, p. 24.

contrôler les naissances. Or il a peu agi en raison des réticences des ministères de l'Éducation et des Religions à l'égard de toute forme d'éducation sexuelle. L'Indonésie a d'ailleurs attendu sept ans après la révélation du premier cas d'infection pour élaborer une stratégie gouvernementale de lutte contre le sida. L'idéologie dominante en matière de moralité publique et de comportements « déviants » semble avoir tué dans l'œuf toute velléité de prévention. Le Conseil des oulémas indonésiens a en effet refusé une campagne nationale incitant au port du préservatif, arguant de « l'immoralité » et de la « permissivité » inscrites dans une telle démarche. Le ministre du Bien-Être public estime d'ailleurs que la religion et le retour aux valeurs morales sont le meilleur moyen d'endiguer la contagion. Le gouvernement n'a pour l'instant pas défini de politique claire et a même parfois opté pour des positions ambiguës. Ainsi, en 1995, le président de

la Commission nationale contre le sida déclarait en public qu'il avait été prouvé scientifiquement que les préservatifs ne protégeaient nullement du sida. Un débat s'est ensuivi, amplement commenté par les médias. Les détracteurs du préservatif inventèrent pour l'occasion le concept de « *kondomisasi* » (de l'anglais *condom*), terme très péjoratif synonyme de société permissive et de mœurs condamnables. On imagine aisément que de tels débats ont desservi la cause des ONG.

Partant du principe que plus de 80 % des malades ont contracté la maladie « en se livrant à des pratiques sexuelles immorales » et que le « virus est une punition divine », le MUI a jugé que l'incitation généralisée au port du préservatif favoriserait les relations sexuelles hors mariage et banaliserait la prostitution. En décembre 1995, un membre éminent de l'ICMI (Association des intellectuels musulmans, création du président Habibie), Amir Hamzah, allait même jusqu'à affirmer que les campagnes internationales de prévention contre le sida étaient « infiltrées par des sionistes ».

Le mouvement sioniste pouvait, selon lui, tirer parti de ces campagnes, puisque les plus grandes usines de préservatifs, américaines ou allemandes, étaient « la propriété d'hommes d'affaires juifs » [*INIS Newsletter*, 1998, XV: 34] ! Des sermons le vendredi dans les mosquées, des panneaux affichant des sourates du Coran à l'entrée des quartiers réservés, devaient inciter les fidèles à bannir toute relation sexuelle pré et extramaritale.

Le refus opposé au basketteur américain « Magic » Johnson de se rendre en Indonésie pour soutenir la lutte contre le sida, du fait justement de sa séropositivité, a été largement médiatisé, réactivant ainsi le débat à propos d'un éventuel dépistage à imposer à tout étranger pénétrant sur le territoire indonésien.

Ces attitudes xénophobes ont été vivement critiquées par les principaux bailleurs de fonds internationaux; et, depuis, les autorités indonésiennes se sont amendées. Mais certains volontaires engagés dans la lutte contre le sida dénoncent encore les propos de certains officiels qui contredisent les consignes nationales, censées encourager le dépistage volontaire et anonyme, la confidentialité des résultats et la prise en charge du malade. Il semble en effet que mesures discriminatoires, quarantaines, tests forcés, non-confidentialité des résultats, surveillance policière de malades soient encore de mise.

Devant cette difficile mise en place d'une politique nationale éthique et cohérente, ce sont les ONG – au nombre d'une cinquantaine – qui, en Indonésie, ont pris les devants, en menant, grâce à des financements étrangers, des campagnes de prévention actives s'adressant aux groupes à risque des prostituées, des travestis, des homosexuels et des routiers. Il faut cependant souligner que l'appréciable travail effectué par ces ONG se limite à certaines villes, notamment Jakarta, Yogyakarta, Bandung, Surabaya, Semarang, Denpasar, Manado, Ujung Pandang, Kupang, Merauke et Riau. Outre les ONG, les médias – avec l'aval du ministère de l'Information – et tout particulièrement la presse écrite ont été les relais d'information les plus efficaces pour la population (de janvier 1996 à fin 1998, dans les deux quotidiens nationaux *Kompas* et *Suara Pembaruan*, nous avons dénombré une moyenne de six articles mensuels, et cinq dans le quotidien en langue anglaise *The Jakarta Post*).

Mais, d'une façon générale, le discours sur le sida continue de stigmatiser les groupes à risque. Qui plus est, trop d'articles de presse, en mettant l'accent sur les cas de sida étranger et sur ceux des Papous d'Irian Jaya (Indonésiens, mais noirs de peau et avec lesquels les Indonésiens de souche malaise, majoritaires, ne veulent pas s'identifier), perpétuent le mythe d'un sida qui ne concernerait que les autres, les étrangers, les prostituées, les homosexuels, les « primitifs », mais non les Malais, et encore moins les « bons musulmans ».

Pour améliorer la prévention, il serait souhaitable que des études sur les comportements sexuels soient menées, en toute objectivité et sans censure. Il faudrait également que les hommes, de par leur rôle prééminent dans la famille indonésienne, deviennent la cible prioritaire de ces campagnes. Des séances d'information pourraient également s'adresser à tous les personnages officiels et publics, ainsi qu'aux médecins, singulièrement démunis face au syndrome.

La chute du président Suharto, qui a provoqué un profond mouvement de réformes, laissait espérer des changements positifs en matière de prévention. Mais la fin du « miracle asiatique » a terni cet espoir.

Sida et crise monétaire asiatique

La très sérieuse crise financière que traverse l'Indonésie depuis le mois de juillet 1997 oblige le gouvernement à mettre en sourdine la question du sida et sa prévention. Or, les faillites en cascade, l'accroissement du chômage (deux millions de sans-emploi en plus entre juillet et décembre 1997), le taux d'inflation très élevé (30 % environ durant les douze derniers mois), le retour des immigrés renvoyés de leur pays d'accueil, eux aussi ébranlés par la crise, ont d'ores et déjà provoqué une sérieuse recrudescence de la prostitution. C'est ainsi que l'ONG « Société indonésienne des enfants libres », basée à Yogyakarta, déclarait au *Jakarta Post*, le 26 juillet 1998, que, selon ses propres évaluations, le pays comptait près de 650 000 prostituées, dont 150 000 déclarées, contre seulement 70 000 en 1996. Donnée plus inquiétante encore, 30 % de ces dernières auraient moins de 18 ans. Ce pourcentage élevé est à mettre en relation avec la déscolarisation qui a jeté dans la rue des dizaines de milliers d'enfants dont les parents, acculés par la crise, ne peuvent tout simplement plus payer la scolarité. Depuis l'avènement de la crise monétaire, la « Société indonésienne des enfants libres » aurait dénombré plus de 100 entrées en prostitution par mois. Dans la mesure où les risques pris par les prostitué(e)s varient en fonction du degré d'information, d'éducation, de pauvreté, et du type de clientèle fréquentée, il est à craindre que l'entrée massive sur le marché du sexe des victimes de la crise économique ne conduise les intéressées à brader leurs services auprès de clients rendus moins assidus et plus économes (prestations moins chères, « à la sauvette », sans hygiène, négociation du préservatif, etc.). Précisons qu'en octobre 1997, lors de la première dévaluation de la monnaie indonésienne, le coût du préservatif pouvait déjà représenter plus du tiers du prix de la prestation d'une prostituée de dernier rang.

La crise inquiète également le planning familial. C'est ainsi que le ministre indonésien de la Population déclarait en juin 1998 que « le prix des contraceptifs avait été multiplié par cinq », ce qui laissait craindre une explosion de la natalité

[«Contraceptifs trop chers en Indonésie », *Équilibres et Populations*, juin-juillet 1998, 41 : 7 ; « Enfants de la crise ? », *Sciences humaines*, novembre 1998, 88], en particulier parmi les 33 millions de couples fertiles, dont 27 millions en 1998 participaient activement à des programmes de contrôle des naissances. Outre le problème de la natalité, cette augmentation du coût des préservatifs risque aussi d'accroître la propagation des MST et les contagions par le VIH.

La dévaluation de la monnaie locale se répercute quant à elle nécessairement sur le coût déjà très élevé des traitements. Quand on sait que le traitement médical d'un patient atteint du sida revenait à 164 millions de roupiah (70 000 dollars) par an en 1996, il est clair que ces traitements ne sont désormais plus accessibles à quiconque. À titre indicatif, en mars 1998, l'Adovi avait augmenté de 108 %, l'Hivid de 356 %, tandis que l'Invirase, le Coxivan et le Norvir, déjà hors de prix avant la crise, n'étaient tout simplement plus présents sur le marché indonésien [« Penanggulangan Aids diterpa krisis », *Suara Karya*, 2 avril 1998]. Le gouvernement incite donc la population à consommer des médicaments traditionnels, « souvent plus efficaces que ceux importés ». Nombre de malades doivent se contenter de tisanes médicinales, d'amulettes et de formules magiques et trouver un réconfort dans la religion : apprendre à vivre selon les principes « 3A », « *adat, alam dan Allah* » (tradition, nature et Dieu), ainsi que le prônent les guérisseurs, chaque jour plus nombreux à ouvrir des officines et à promettre des miracles.

Un problème de priorités

Les perspectives d'évolution de l'épidémie de sida dans l'archipel indonésien, bien qu'encore incertaines, ont manifestement de quoi inquiéter. D'une façon générale, les experts occidentaux se montrent pessimistes, estimant que l'épidémie en Indonésie, avec cinq ans d'écart, se développe sur le même schéma que l'épidémie thaïe, très étudiée, voire que l'épidémie indienne. Les experts indonésiens ne partagent pas ce point de vue et veulent encore espérer que l'épidémie pourra être contenue, grâce à une harmonieuse collaboration entre ONG et gouvernement. Mais, comme au sein du gouvernement lui-même une politique claire n'a pas été définie, il est permis de penser que les objectifs des ONG et du gouvernement vont encore diverger. Le 2 décembre 1998, 28 oulémas d'Indonésie, de Thaïlande, de Singapour, de Malaisie, des Philippines et de Brunei ont, quant à eux, signé à Jakarta une déclaration commune. Parmi les quinze mesures à suivre, en accord avec l'islam, figurent le droit au préservatif au sein d'un couple marié dont l'un des conjoints est malade, l'autorisation de mariage entre séropositifs, la prohibition de l'euthanasie et de l'avortement, l'obligation faite aux oulémas de soutenir les campagnes nationales de prévention à condition qu'elles ne s'opposent pas aux préceptes de l'islam. Les mariages entre séropositifs et séronégatifs sont par contre déconseillés et le retour aux valeurs religieuses préconisé, une fois encore, comme la meilleure arme [« Ulema Asean mengeluarkan fatwa masalah HIV-Aids », *Suara Karya*, 5 décembre 1998].

L'épidémie semble certes encore à un stade précoce si l'on en croit les statistiques officielles, mais chacun reconnaît que celles-ci ne sont pas crédibles. En dépit de toutes les recommandations de l'OMS et de l'Onusida, les autorités ont

tardé à réagir énergiquement au tout début de l'infection. Tout laisse à penser que, durant près de dix ans, période au cours de laquelle la maladie est restée quasi invisible et a eu tout loisir de se propager – d'autant que l'archipel cumule un grand nombre de facteurs de risque –, les rares mesures prises à l'échelle nationale ont été insuffisantes. L'Indonésie, il est vrai, est confrontée à plusieurs problèmes de santé majeurs : l'hépatite B, qui se transmet selon le même mode que le sida – et dont l'Indonésie détient le plus fort taux asiatique –, la tuberculose, en recrudescence constante ces dernières années et, depuis peu, des carences alimentaires, propres à favoriser toutes les formes d'infections. En outre, le pays affronte une grave crise économique et politique, ce qui oblige les autorités à redéfinir ses priorités. Il est à craindre que, dans un tel contexte et malgré les terribles conséquences, à long terme, de la maladie sur le développement, le sida ne soit pas reconnu comme une des toutes premières préoccupations du pays.

BIBLIOGRAPHIE

- BLANC M.-É., HUSSON L. (éd.) [à paraître], « Sexualité, prostitution et sida en milieu urbain indonésien », in *Sociétés asiatiques face au sida*, Paris, L'Harmattan, 425 p.
- ENDANG R., SEDYANINGDIH-MAMAHIT [1997], « Clients and Brothel Managers in Kramat Tunggak, Jakarta, Indonesia: Interweaving Qualitative with Quantitative Studies for Planning STD-Aids Prevention Programs », *Southeast Asian Journal for Tropical medicine and Public Health*, 28 (3): 513-524.
- GUNAWAN S. [1995], « Aids Create Additional Role for Condoms », *The Jakarta Post*, 1^{er} décembre.
- HUGO J. [1980], « Population Movements in Indonesia during the Colonial Period », in J.J. Fox, R.G. Garnaut, P.T. McCawley, J.A.C. Mackie (éd.), *Indonesia: Australian Perspectives*, Canberra, RSPS: 95-136.
- HULL T.H., SULISTYANINGSIH E., JONES G.W. [1997], *Pelacuran di Indonesia, Sejarah dan Perkembangan*, Jakarta, Pustaka Sinar Harapan.
- HUSSON L. [1998], « Le VIH en Indonésie: un virus de bord de route, fortement lié aux migrations », *Migrations et Santé*, numéro thématique sida, 94-95: 31-54.
- JOESOEUF M.R., LINNAN *et alii* [1997], « Patterns of Sexually Transmitted Diseases in Female Sex Workers in Surabaya, Indonesia », *International Journal of STD & Aids*, 8: 576-580.
- THORPE L., FORD K., FAJANS P., WIRAWAN D.N. [1991], « Correlates of Condom Use among Female Prostitutes and Tourist Clients in Bali, Indonesia », *Aids Care*, 9 (2): 181-197.
- UNAIDS [1998], *Country Profile: the Republic of Indonesia*, Joint United Nations Programme on HIV-Aids (Unaids).
- WIRAWAN D.N., FAJANS P., FORD K. [1993], « Aids and STDs: Risk Behaviour Patterns among Female Sex Workers in Bali, Indonesia », *Aids Care*, 5 (3): 289-303.
- WRIGHT T. [1996], « Possible Aids Cure, a Dream for Many », *The Jakarta Post*, 3 août.

L'Autre : porteur original et/ou vecteur privilégié du VIH-sida (Chine populaire-Taiwan)

*Évelyne Micollier **

En Asie comme ailleurs, l'annonce du sida, après des années de silence de la part des autorités locales, a provoqué des discussions, réactivé ou révélé des tensions entre des groupes, des pratiques, des idéologies; ce lieu de débat, créé au sein des sociétés humaines par une épidémie dont personne ne veut, apparaît comme un lieu où les contradictions locales se manifestent. Des questionnements et des enjeux se posent au quotidien sur le terrain. Un clivage socioéconomique important partage l'Asie orientale: l'Asie relativement riche inclut le Japon, la Corée du Sud en Asie du Nord-Est, et Hong-kong, Taïwan, Singapour en Asie du Sud-Est; l'Asie moins riche « en développement » comprend la Chine et la majeure partie de l'Asie du Sud-Est. Le champ d'investigation de ma recherche concerne deux sociétés chinoises, celles de la Chine populaire et de Taïwan, situées chacune dans un groupe défini par ce clivage mais proches culturellement: elles sont toutes les deux de tradition confucéenne, homogènes quant au groupe ethnique dominant et au niveau linguistique. La langue orale et écrite véhiculaire leur est commune. Le niveau de développement économique, les évolutions socio-politiques, les données démographiques et la diversité linguistique, ethnique et géographique, sont très différents notamment à cause de la taille respective des pays et des événements historiques. Il faut préciser que Taïwan a un statut juridique international particulier dans la mesure où ce « pays » n'est pas reconnu par la majorité des États-nations et est encore techniquement en guerre avec la Chine populaire qui affiche une volonté politique de réunification. En conséquence, Taïwan n'a pas de siège à l'Onu, ce qui a des implications y compris dans le domaine de la santé publique évidemment. La diversité interne au « continent chinois » rend problématique le classement de ce pays selon des critères prédéfinis.

Une méthodologie ethnologique (observation participante, recueil d'histoires de vie, entretiens, analyse de contenu des multiples discours et des images) sous-tend mon travail de recherche. Les enquêtes de terrain centrées sur les dimensions

* Anthropologue, chercheuse de la Fondation européenne pour la science, attachée à l'International Institute for Asian Studies Branch Office, Amsterdam, Pays-Bas.

La recherche sur le terrain a été réalisée en 1997 dans le cadre du programme thématique Sida, Département des sciences de l'homme et de la société du CNRS.

socioculturelles du VIH-sida ont été menées de juillet à décembre 1997 en Chine populaire (Beijing, Kunming) et à Taiwan (Taipei); ma connaissance de la langue et de la culture chinoises s'appuie sur une expérience acquise au cours d'une quinzaine d'années.

Je présenterai d'abord le « sida dans le contexte culturel chinois » pour dresser un bref état des lieux de l'épidémie en Chine et à Taiwan, puis j'évoquerai le « sida des autres » pour présenter les formes du contrôle social dans le contexte sociopolitique chinois et la vulnérabilité spécifique des ethnies non chinoises minoritaires face à la menace épidémique.

Le sida dans le contexte culturel chinois

L'épidémie du VIH-sida en Chine populaire

Parmi les 33,4 millions de personnes séropositives recensées dans le monde, plus de 7 millions vivent en Asie. Selon les estimations de l'Onusida [*Unaid's Epidemic Update*, décembre 1998], près de 700 000 jeunes seraient contaminés par le VIH dans la région Asie et Pacifique chaque année. La propagation du virus sur le continent asiatique, en particulier l'Asie du Sud et l'Asie de l'Est, devient de plus en plus préoccupante. Bien que les taux de séroprévalence restent relativement faibles comparés à d'autres régions du monde, il apparaît clairement que le VIH se répand dans les pays les plus peuplés, l'Inde et la Chine [*Unaid's Epidemic Update*, décembre 1998]. Le premier malade du sida a été recensé en Chine en 1985. En 1998, selon le ministère de la Santé, la Chine est entrée dans une période de « croissance rapide » du nombre de personnes infectées par le VIH. En septembre 1998, alors qu'on dénombrait 11 170 personnes testées positives (nombre de cas cumulés d'infection par le VIH recensés) sur plus de 10 millions de dépistages¹, le gouvernement donne une estimation de 300 000 et l'Organisation mondiale de la santé de près de 600 000 [Watanabe, 1999 : 1].

Les trois modes de transmission par les voies sexuelle, sanguine et materno-fœtale existent en Chine avec 17 % d'infections par des produits sanguins contaminés et les deux tiers suite à l'usage de drogues injectables [Watanabe, 1998 : 1216]. Zheng Xiwan, vice-directeur du Centre national de prévention et de contrôle du sida, estime que plus d'un million de personnes seront contaminées en l'an 2000. Aujourd'hui, la majorité des personnes séropositives dans les provinces du Sud-Ouest sont des usagers de drogues injectables; en Chine centrale, la propagation du virus est associée au don de sang contaminé de la population. Dans les régions côtières, le mode de transmission dominant est la voie sexuelle [Watanabe, 1999 : 1]. Dans les années quatre-vingt-dix, la province du Yunnan située au Sud-Ouest de la Chine, frontalière avec la Birmanie, le Laos et le Vietnam et peuplée de 40 millions de personnes, est considérée comme l'épicentre épidémique. Comme au Vietnam, en Thaïlande et en Birmanie, le virus du sida se propage dans une première phase à l'occasion d'injections de drogues avec du matériel conta-

1 « HIV-AIDS Program Approved for Rural Population », *China Today Online*.

miné et dans une seconde phase par la voie hétérosexuelle. Les traitements sont très limités parce que les antirétroviraux ne sont pas encore approuvés par l'État. Même s'ils étaient disponibles, ils ne seraient pas accessibles pour la majorité des patients à cause de leur coût prohibitif.

Des organisations locales au Yunnan, province de Chine la plus touchée par l'épidémie, soutenues financièrement par la Fondation Ford-Beijing, s'engagent dans des recherches-actions dans le domaine de la santé sexuelle et reproductrice. L'association « Yunnan Reproductive Health Research Association » (YRHRA) édite en chinois ou en édition bilingue chinois-anglais des manuels destinés aux éducateurs formés en santé reproductrice, des rapports et des ouvrages qui rendent compte des résultats de recherche dans ce domaine [Tao, Xiao, 1995; Li, 1996; He *et alii*, 1995] et une revue, *Reproductive Health & Social Sciences Newsletter*, qui publie régulièrement des numéros spéciaux portant sur la prévention et le contrôle du VIH-sida. Le risque de contamination collective peut être pris en charge par un groupe, la famille, le clan. La prévention individuelle doit être limitée à des personnes qui ont des comportements à risque, dont la vulnérabilité est accrue par rupture avec la famille ou éloignement. La mobilité est reconnue comme un facteur de risque à l'infection par le VIH dans la plupart des contextes culturels [Herdt, 1997; Pison *et alii*, 1997; *Migrations et Santé*, 1998]. Une éducation dans le champ de la santé reproductrice met en jeu la filiation, les rapports mère/enfant et la famille, valeur fondamentale structurante de la personnalité et de la société dans les contextes culturels de tradition confucéenne.

L'épidémie du VIH-sida à Taiwan

Taiwan étant moins connue que la Chine populaire, il faut rappeler que l'île a été colonisée par les Japonais pendant cinquante ans au xx^e siècle (1895-1945); la majorité de la population est chinoise, composée de personnes venues du Sud-Est de la Chine, en particulier de la province côtière du Fujian par vagues migratoires successives importantes depuis le xvii^e siècle. Dans une perspective diachronique, les Taiwanais entretiennent des relations complexes de nature ambivalente avec le continent, son administration et ses habitants.

À Taiwan, le premier cas de contamination par le VIH a été déclaré par le Département de la santé en 1984. L'épidémie est essentiellement urbaine: selon les données officielles, 58,5 % des personnes contaminées par le VIH habitent la région de Taipei. Les statistiques les plus récentes délivrées en mars 1999 par le Département de la santé font état de 2 259 personnes séropositives (nombre de cas cumulés d'infection par le VIH recensés) dont 739 malades. 90 % sont des Taiwanais et 93 % sont des hommes. La transmission sexuelle est attestée pour au moins les trois quarts d'entre eux avec une majorité par voie hétérosexuelle. Dans les données officielles apparaissent la catégorie bisexuelle constituant 16,4 % des personnes séropositives, la catégorie hétérosexuelle 35 % et les homosexuels 22,4 %. 70 % des personnes séropositives ont entre 20 et 39 ans. Le rapport hommes/ femmes des personnes contaminées (12 pour une) est une donnée spécifique à Taiwan. L'épidémie, à un stade naissant, ne présente pas de signes alarmants comparée à d'autres pays d'Asie. Les statistiques officielles ont cependant

révélé un rythme de progression accéléré du virus en 1998, jusqu'à un nouveau cas recensé par jour [*Les Échos de la République de Chine*, mars 1999]. Les traitements sont disponibles pour les personnes séropositives, accessibles et établis sur la base d'essais thérapeutiques. Les dépistages confidentiels et les sites de traitement sont de bonne qualité. Comparées à la Thaïlande par exemple, les infrastructures sont mieux adaptées pour prévenir et traiter le VIH. Taiwan est, du point de vue de l'accès à la trithérapie, unique en Asie et parmi les quelques pays au monde où le traitement est pris en charge en totalité par l'assurance maladie nationale. Depuis 1992, le Département de la santé a subventionné des ONG et des groupes de volontaires pour lancer une campagne de prévention et organiser des groupes d'aide aux patients. L'efficacité de la campagne est l'objet d'un débat animé : dans la société taiwanaise comme dans nombre de sociétés, le SIDA est une maladie objet de stigmatisation et de phobie collective.

Le sida des autres

La menace d'une épidémie telle que celle du VIH-sida peut réactiver des tensions identitaires dans des sociétés soumises à des changements socioéconomiques et culturels accélérés, comme c'est le cas de la Chine populaire et de Taiwan. Les étrangers deviennent alors des boucs émissaires qui servent à expliquer tous les maux provoqués par les transformations. Dans le contexte de l'épidémie du sida, la construction sociale de la maladie s'articule autour de la notion de l'Autre, de l'étranger : par quels facteurs, objets, symboles, des groupes « contaminants » se distinguent-ils des autres « non contaminants » et surtout comment la majorité de la population se pense-t-elle comme protégée de ce fléau qui ne touche que des groupes dits à risque ?

Le terme « étranger » est utilisé dans un sens générique qui inclut tous les étrangers du point de vue des représentations culturelles des Chinois (les Han), c'est-à-dire les étrangers citoyens d'autres États mais aussi les citoyens chinois qui ne sont pas des Han ; les citoyens d'autres États, mais qui sont des Han, ont un statut particulier en Chine. Selon les circonstances et certains critères, ils sont considérés comme Chinois ou pas. En Chine populaire, les membres de la diaspora sont valorisés pour plusieurs raisons : ils contribuent au développement économique et à la production des richesses par des investissements en Chine ; du sang chinois coule dans leurs veines, une communauté partielle de culture les rapproche. Par contre, dans les discours populaires et officiels, le Même peut se transformer en l'Autre : les Chinois de la diaspora *huaqiao* deviennent des étrangers. Ils sont considérés comme des personnes à risque parce qu'ils sont en contact avec des cultures perçues comme à risque. Les étrangers sont distingués dans les tableaux épidémiologiques : le premier critère introduit dans les données officielles délivrées par le Département de la santé, plus haute autorité sanitaire à Taiwan, est la distinction « Taiwanais ou étranger ». La présence de « l'étranger » dans les représentations liées au sida a été un thème récurrent lors du 4^e Colloque international sur le sida dans la région Asie et Pacifique qui a eu lieu à Manille en octobre 1997. Des communications évoquant la situation dans les pays d'Asie ont souligné le problème posé par la perception de l'étranger comme vecteur privilégié de la maladie,

un obstacle à surmonter pour qu'une campagne de prévention, d'information et d'éducation sur le sida soit efficace. La représentation dominante est celle de l'Autre contaminant. La campagne de prévention ne peut être efficace que si le « Soit contaminant » apparaît dans le miroir de « L'Autre contaminant ». Jusqu'à aujourd'hui, les messages de prévention font référence à l'Autre plutôt qu'au Soit contaminant et ratent donc leur objectif; c'est l'un des effets pervers de la campagne. La population ordinaire ne se sent pas concernée. Informer en imputant la maladie à autrui n'est-il pas pire que l'ignorance et le manque de connaissance ?

Le monde chinois ne fait pas exception à la règle en considérant l'étranger comme propagateur de l'épidémie. Les campagnes officielles de lutte contre le sida véhiculent des messages ambigus. À ce propos, une séquence d'un document vidéo diffusé dans le cadre de l'exposition qui a eu lieu le 1^{er} décembre 1996, Journée mondiale de lutte contre le sida à Pékin, est évocatrice; c'est le récit de vie d'un ingénieur chinois qui est allé travailler au Zaïre. À son retour, il a transmis à son épouse le VIH qu'il est censé avoir contracté au cours de relations sexuelles non protégées avec une professionnelle du sexe zaïroise. L'extrait de discours de M^{me} la vice-ministre de la Santé publique à la Conférence sur la prévention et le contrôle du sida en Chine (14 mars 1991) est également significatif:

« Parce des homosexuels et des patients contaminés par des MST (maladies sexuellement transmissibles) et le VIH ont été détectés parmi les touristes étrangers, il faut prendre des mesures préventives pour informer les chauffeurs de taxi et les garçons d'hôtel qui ont des relations directes avec les touristes. »

Les activités autour de la Journée mondiale de lutte contre le sida ont un effet pervers évident en renforçant encore le lien conceptuel entre le syndrome et l'étranger. C'est une lutte mondiale coordonnée par les organisations internationales. À cette occasion, une langue étrangère, l'anglais, est parfois utilisée dans les tracts informatifs distribués dans les boîtes aux lettres des citoyens chinois. Dans une brochure destinée à la population en général, quelques phrases sont en anglais et le reste en chinois. Les personnes ne connaissent pas forcément la langue anglaise mais, par la force des connotations, elles savent que le contenu a un rapport avec l'étranger. Les groupes dits à risque sont indiqués en anglais comme les prostituées dénommées dans la campagne officielle « femmes en crise ». Lors des campagnes d'éducation de masse en Chine, l'anglais n'est jamais utilisé, un usage en accord avec les composantes anti-impérialiste, anti-occidentale et nationaliste de l'idéologie socialiste chinoise. Alors pourquoi la langue anglaise apparaît-elle dans la campagne d'éducation dans le domaine de la santé visant à la prévention du VIH-sida? Depuis 1991, une réorientation des discours de la campagne de prévention menée par le gouvernement est sensible: le discours officiel prend moins les étrangers pour cible depuis plusieurs années pour des raisons d'évidence épidémiologique et à cause de l'intervention critique des organismes internationaux bailleurs de fonds pour la campagne, le réseau Sida-Chine, l'Onusida, les agences onusiennes et les organisations non gouvernementales internationales. En effet, la réactivation par les autorités de la xénophobie pour renforcer le nationalisme avait des conséquences de stigmatisation accrue dirigée vers les « étrangers » dans le contexte de l'épidémie du VIH-sida. Aujourd'hui, les messages de la campagne et

les supports de messages éducatifs font de moins en moins appel à la métaphore de l'étranger.

Les actions menées tout au long de l'année sont ponctuelles, peu médiatisées, contrairement à celles du 1^{er} décembre. La lutte nationale existe peu dans l'imaginaire des personnes parce qu'elle est beaucoup moins visible voire inexistante pendant l'année; elle est souvent perçue comme une campagne internationale demandée par les étrangers.

Ces remarques à propos du 1^{er} décembre sont valables également à Taiwan. Des événements controversés sont rapportés dans la presse: une élève de 9 ans avait contracté le VIH par une transfusion sanguine en 1994, ce qui a provoqué le transfert de 22 élèves de sa classe vers d'autres écoles [Tu, 1994]; le gouvernement taiwanais a refusé d'accorder un visa à Magic Johnson en 1995².

La juridiction locale stipule que les étrangers séropositifs ne sont pas admis sur le territoire; cependant, le test de dépistage n'est pas exigé pour obtenir une carte de résident. L'idée que le sida est une maladie « étrangère » est largement répandue dans la population. Le fait que le premier cas de séropositivité recensé à Taiwan ait été un touriste étranger homosexuel est resté présent dans les mémoires: la maladie touche donc les étrangers et homosexuels de surcroît. Aujourd'hui, la contamination est conçue comme hétérosexuelle et l'attention s'est focalisée sur les travailleurs immigrés originaires d'Asie du Sud-Est (Philippins et Thaïs principalement). La prégnance de représentations qui stigmatisent les personnes séropositives et les étrangers comme vecteurs de l'épidémie est évidente chez les professionnels de la santé [Ko, Chung, 1996; Ting, Twu, 1997]; lors d'une visite aux patients dans un hôpital assigné pour le dépistage et le traitement du sida³, le professeur qui m'accompagnait disait devant les patients qu'ils étaient des Chinois de la diaspora et non des Taiwanais, comme s'il voulait absolument me prouver que la maladie n'affectait pas les Taiwanais bien que les chiffres officiels confirment que 90 % des personnes contaminées sont des Taiwanais. Les malades du sida à l'hôpital ont des parents dans la diaspora chinoise; ils sont allés en Chine populaire et sont revenus à Taiwan [données ethnographiques]. Le rapport avec « l'Étranger » est souligné comme élément explicatif plutôt que d'autres même si la majorité des malades sont des Taiwanais. Si le seul objectif conscient ou inconscient est de désigner l'Autre en évoquant le problème du sida, en parler va même à l'encontre de la campagne de prévention qui doit viser à se penser comme soi contaminant; c'est un des effets pervers de la diffusion en particulier par les médias [Hsu, Huang, 1997]. L'ignorance est parfois préférable à des informations qui produisent le développement d'un imaginaire associé à la maladie qui désigne l'Autre, qui stigmatise et qui éloigne le « mal » de soi. Les hôpitaux assignés par le Département pour le dépistage et le traitement du sida ne doivent pas être connus

2 La question de savoir si Magic Johnson, dont la séropositivité est notoire, doit être admis sur le territoire taiwanais ou non a provoqué des discussions dans la presse. Dans les faits, c'est le Département de la santé qui semble avoir décidé le refus.

3 À Taiwan, 13 structures sanitaires ont été assignées par le Département de la santé pour le contrôle du sida.

du grand public à cause du risque de désaffection de ces hôpitaux que l'information entraînerait. Le service pour les malades du sida dans le grand centre hospitalo-universitaire de Taipei, hôpital de la faculté de médecine de la prestigieuse université nationale Taiwan daxue, se fait donc plus que discret. Les élites viennent se faire soigner dans cet hôpital.

En plus des préoccupations de santé publique, Taiwan et la Chine populaire ont des enjeux de politique étrangère qui les motivent à respecter les consignes internationales en particulier à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, événement médiatique plus visible que d'autres actions de prévention. Taiwan doit absolument être un modèle en matière d'application des décisions des organismes internationaux en vue de son entrée éventuelle à l'ONU ; la Chine doit soigner son image internationale pour justifier son siège au conseil de sécurité de l'ONU et être en bons termes avec la communauté internationale.

Les formes du contrôle social de la société chinoise et la vulnérabilité des minorités ethniques face à la menace épidémique montrent des aspects spécifiques de l'imputation de la maladie à autrui.

Les formes du contrôle social

La régulation de la sexualité est l'une des formes du contrôle social dans le contexte sociopolitique chinois. Une digression historique considérant l'ère républicaine chinoise (1911-1949) éclairera cette forme de contrôle qui perdure jusqu'à aujourd'hui.

Les MST sont décrites traditionnellement comme des « maladies-sanctions » [Laplantine, 1986 : 361-365] qui frappent des individus et des groupes perçus comme des représentants de la licence généralisée. Les liens au niveau des représentations culturelles entre les MST, en particulier la syphilis, et le sida ne sont plus à démontrer en Europe, en Chine et dans de nombreuses sociétés [Dikötter, 1997, 1992; Gilman, 1988; Sontag, 1993]. En Chine, pendant la période républicaine (1911-1949), l'existence des maladies vénériennes appelées de manière générique *xingbing* met en évidence les dangers de la sexualité et de la corruption de la chair. Des représentations liées à la dégénérescence de la société et le discours sur l'idée de « race » ont fleuri dans une période marquée par le nationalisme. La syphilis est interprétée comme une cause de déclin racial. Cette idée est démentie et abandonnée en Europe après la première guerre mondiale; ces notions, alimentées par la rhétorique nationaliste et le discours sur l'hygiène sociale, ont été prégnantes en Chine jusque dans les années quarante [Dikötter, 1997 : 73]. La syphilis était décrite par les nationalistes chinois comme une maladie venue d'Occident. La première guerre de l'opium (1839-1842) est censée avoir mis un terme à l'âge d'or chinois, mythe qui réapparaît dans des discours accusateurs contre les Occidentaux. Perçue comme un mal étranger qui s'insinue dans les parties les plus intimes du corps, les images de la syphilis renforcent les représentations négatives de la sexualité étrangère [Dikötter, 1997 : 73]. Les relations entre le nationalisme et la sexualité, l'histoire des MST et la construction sociale des identités sexuelles et du concept de « race » en Chine, mises en évidence en particulier à partir de sources médicales, sont l'objet de plusieurs ouvrages de F. Dikötter [1992, 1995, 1997].

Les images de l'épidémie actuelle du sida renvoient à celles de la syphilis en Europe au XIX^e siècle et en Chine pendant la première moitié du XX^e siècle :

« Le fait que la maladie soit associée aux pauvres – qui, dans la perspective des nantis, constituent autant d'étrangers chez soi – renforce l'association de la maladie avec l'étranger: avec un lieu exotique, souvent primitif. Ainsi, le sida serait né dans le continent noir avant de se répandre en Haïti, aux États-Unis, en Europe puis en Asie. L'Afrique comme berceau du sida alimente les préjugés antiafricains en Europe et en Asie » [Sontag, 1993 : 182-183].

P. Farmer [1992] montre admirablement comment, dès 1983, les Haïtiens ont été accusés de faire partie des responsables de l'épidémie de sida aux États-Unis.

En Chine populaire, selon l'Institut national d'éducation sanitaire, six groupes de population sont considérés comme ayant des comportements à risque : les prostituées, les conducteurs de poids-lourds, les migrants, les homosexuels, les toxicomanes et les paysans ⁴. Les prostituées, « femmes en crise », doivent être « rééduquées » dans des centres spécialisés, de même que les toxicomanes font des cures dans des centres de désintoxication, sous l'autorité du bureau de la sécurité publique (police) puisque la prostitution et la toxicomanie sont des activités illégales.

Selon la « décision du Comité permanent de l'Assemblée nationale du peuple pour l'interdiction des stupéfiants, 1990 » et la « décision du Comité permanent de l'Assemblée nationale du peuple pour l'interdiction de la prostitution, 1991 », l'usage, le trafic de drogues et la prostitution sont interdits et ces délits relèvent des fonctions du bureau de la sécurité publique [Fox, 1997 : 6-7].

Pendant une dizaine d'années, le discours officiel a évoqué le sida comme un fléau étranger. Depuis 1995, les autorités chinoises reconnaissent la nécessité de prendre des mesures de santé publique, d'éduquer la population et de considérer le sida comme un problème de la société chinoise. La première campagne nationale d'éducation et de prévention a été lancée à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida en novembre 1995.

Le sida suscite des fantasmes angoissants focalisés sur une maladie qui témoigne de la vulnérabilité tant individuelle que sociale. Le virus infecte le corps et la personne; la maladie, réelle ou imaginée, atteint toute la société. Les épidémies de maladies graves ou incurables sont justifiées par le laxisme et la corruption des sociétés. Les personnes doivent être déplacées, les malades mis en quarantaine et les étrangers expulsés ou interdits sur le territoire. Les pays gouvernés par des méthodes autoritaires, tels que la Chine, appliquent systématiquement cette série de mesures coercitives [Sontag, 1993 : 199; 218]. La législation de la Chine populaire est significative: la « loi de quarantaine et de ceintures sanitaires de la RPC » stipule que les étrangers contaminés par le VIH ne sont pas admis sur le territoire. À son arrivée sur le territoire chinois, le touriste étranger doit signer une déclaration dans laquelle il certifie être séronégatif. Le test de dépistage est exigé seulement pour les étrangers qui résident en Chine plus d'un an. Les Chinois qui ont

⁴ Information induite à partir des brochures produites dans le cadre de la campagne officielle de prévention par l'Institut destinées à ces six catégories de population.

vécu à l'étranger pour une période de plus de trois mois sont systématiquement testés à leur retour alors que ceux qui effectuent de courts séjours ne sont pas dépistés. Des sites de quarantaine doivent être installés le long des frontières chinoises avec le Sud-Est asiatique pour tenter de contrôler l'épidémie dans la province du Yunnan. L'idée de prévoir une ceinture de prévention de la maladie le long de ses frontières avec le Vietnam, le Laos et la Birmanie, semble signifier le retour de Pékin à une attitude controversée: le sida devient à nouveau un mal étranger plutôt qu'un fléau domestique [Micollier, 1998 : 58-59].

La vulnérabilité particulière des ethnies non chinoises minoritaires

Les régions du Sud-Ouest sont les plus touchées par l'épidémie du sida, en particulier la province du Yunnan. Les contacts entre les groupes ethniques non chinois et les Han (les Chinois) sont observables directement, notamment au Yunnan où 25 ethnies officiellement reconnues cohabitent avec les Chinois. Connaissant un grave problème de toxicomanie et de prostitution qui affecte en particulier les populations non chinoises, la province du Yunnan est aussi le lieu de migrations internes et internationales d'envergure. Les populations périphériques sont sévèrement touchées par l'épidémie: elles habitent dans les provinces où le nombre de personnes séropositives recensées est le plus élevé (Yunnan, Xinjiang, Guangxi, Sichuan); bien qu'elles constituent seulement 8 % de la population chinoise, 36,3 % des personnes séropositives recensées en Chine appartiennent à ces groupes ethniques⁵.

En 1995, un rapport sur le groupe Yi de la province du Sichuan révèle que 35 % des usagers de drogues injectables sont séropositifs [Zhu, 1998]. Il fait référence à des usagers de drogues arrêtés par la police et dépistés ensuite dans les centres de détention. Dans le contexte sociopolitique chinois actuel, l'usage de drogues est criminalisé, ce qui implique que la plupart des usagers dissimulent leur pratique et ne sont pas dépistés pour l'infection au VIH. La menace épidémique est traitée dans un cadre policier avant d'être gérée dans un cadre sanitaire. Les professionnel(le)s du sexe, leurs clients et les usagers de drogues sont des « criminels » qui seront traités médicalement dans un contexte carcéral de centres de rééducation ou de désintoxication.

Dans un ouvrage portant sur les populations périphériques de Chine⁶, S. Harrell [1995] évoque ceux qui ont conçu des projets de civilisation pour les autres, les chrétiens, les musulmans, les confucéens et les communistes. En Chine, deux projets de civilisation se sont superposés, l'un se réfère au modèle confucéen et l'autre au modèle communiste. Cinquante-six ethnies d'une grande diversité culturelle et appartenant à cinq groupes ethnolinguistiques différents

5 « China puts Emphasis on Controlling AIDS », *China Daily*, 7 février 1998 (information donnée à la 12^e conférence sur le sida à Genève, juin 1998).

6 Le terme « populations périphériques » est préféré à celui de « minorités » ou de « nationalités minoritaires », tous deux utilisés dans le discours officiel inspiré par le projet léniniste. De plus, « périphérie » renvoie à l'éloignement des pouvoirs centraux politiques et économiques, et des centres de concentration démographique.

(sino-tibétain, tibéto-birman, altaïque, austro-asiatique et indo-européen) vivent sur le territoire chinois. En Chine populaire, les Han, majorité ethnique largement dominante, représentent 92 % de la population totale et les autres groupes 8 % de la population [recensement de 1990]. Ils sont répartis sur 60 % du territoire, et vivent en particulier dans les zones frontalières. La population est divisée en 56 *minzu* (nationalités) et chaque citoyen de Chine populaire est défini par son appartenance à un groupe plus ou moins civilisé en fonction de son *wen hua* (littéralement, transformation littéraire), communément traduit par « culture ». Les classifications de tous les civilisateurs ont en commun des métaphores qui légitiment leur méthode: la métaphore sexuelle suggère qu'il est nécessaire de civiliser les peuples comme les femmes; celle de l'éducation indique que les populations sont comparables à des enfants à éduquer et la métaphore historique, qu'elles sont primitives, anciennes [Harrell, 1995 : 9-10]. Les populations périphériques ont des comportements érotiques et licencieux parce qu'elles sont à un stade inférieur de civilisation et n'ont pas encore appris les codes moraux de la normalisation de la sexualité. La culture chinoise se caractérise par des règles strictes dans ce domaine et les deux modèles, communiste et confucéen, du projet de civilisation ont caractérisé les populations non chinoises comme érotiques. Une sexualité débridée doit être contrôlée pour accéder à un stade supérieur de civilisation. Les femmes tibétaines, Yi, Miao et Dai, alimentent plus particulièrement l'imaginaire érotique Han [Micollier, 1998 : 65]. Les régions où vivent les peuples périphériques connaissent une expansion de l'offre et de la demande de sexe. Les agences de voyages profitent du fait que les touristes chinois aient des préjugés sur les femmes des ethnies minoritaires et leur licence sexuelle pour développer le tourisme sexuel.

« Bien que les minorités ne soient plus représentées comme des barbares en Chine et que les nombreux idéogrammes pour les désigner aient changé en 1949⁷, leur figuration dans les médias et auprès du public renvoie à l'idée qu'elles sont plus colorées, plus "folkloriques" (*cultural*) que les Han mais aussi plus sensuelles » [D. Gladney, 1994 : 103].

Le bain dans la rivière de femmes Dai (Thaï), Hani et Li en particulier est un thème largement exploité. Les images de femmes d'ethnies minoritaires se baignant dans la rivière sont répandues partout en Chine sur de larges murs dans les restaurants et les lieux publics. Ces images, clichés évocateurs d'une sensualité exacerbée, renvoient à un discours ethnographique moderne né avant 1949 intégré à un discours officiel plus global sur l'identité nationale [Lufkin, 1998]. Le contrôle de la sexualité des Chinois et la représentation associée à la liberté sexuelle des minorités montrent l'importance de l'érotisation de la minorité « Autre et femme » dans la construction sociale de l'identité Han. Après 1949, les populations périphériques ont remplacé les étrangers comme sujets d'exotisme. L'État contrôle le processus politique de figuration de l'Autre. Une longue tradition de fascination pour « l'étranger » existe dans la société chinoise.

7 Ils contenaient les clés signifiantes du chien ou de l'insecte.

Les femmes des ethnies sont représentées de manière érotique pour servir l'idéologie politique. Les mesures de restriction des naissances en vigueur en Chine ne concernent pas les populations minoritaires. Elles sont donc encouragées officiellement à procréer. Par contraste, les Han représentent la productivité contrôlée et civilisée. Le « principe de nationalité » universel associé au désir du gouvernement d'être reconnu comme un État moderne apparaît tardivement en Chine : l'identification et l'exploitation des minorités pour gagner les devises apportées par les touristes et les programmes de nationalisation indiquent un statut de sujets exotiques, un stigmate rarement favorable aux minorités [Gladney, 1994 : 116-118]. Chow [1995, 1987] analyse des images et des scénarios de cinéastes chinois qui renvoient aux mêmes représentations d'érotisation et d'exotisation des populations minoritaires. Ces représentations de groupes ethniques pratiquant la promiscuité sans tabou sexuel sont prégnantes dans la plupart des sociétés pluriethniques qui utilisent la bipolarité majorité-minorité pour construire l'identité nationale.

À Taiwan, des idées similaires sur la licence sexuelle des femmes austronésiennes sont exprimées dans les discours publics – officiel, médiatique et populaire. Des jeunes filles aborigènes entraînées dans la prostitution pour des raisons de pauvreté et de vulnérabilité sont les objets de fantasmes érotiques. Âgées de 9 à 18 ans, ces filles représentent 20 % des enfants prostituées à Taiwan [Chiang, Kau, 1995 : 378] alors que les Austronésiens ne constituent que 1,7 % de la population totale de l'île. Elles sont considérées comme ayant des comportements à risque dans le contexte de l'épidémie du VIH-sida.

Comme Bolton l'observe [1992 : 11], une sensualité exacerbée est souvent attribuée aux minorités et aux « Autres » de toutes sortes. En Thaïlande, quelles qu'en soient les raisons, les femmes des ethnies minoritaires, considérées par les Thaïs comme des jeunes filles lascives, sont exploitées à cause de leurs qualités érotiques et exotiques imaginées. Cependant, les « majorités » n'ont pas le monopole dans le fait de percevoir « l'Autre » comme un être aux désirs sexuels insatiables. Les Hmong blancs de sexe masculin considèrent les femmes Hmong verts comme attirantes pour une liaison, tandis que les femmes de leur groupe sont exclusivement destinées au mariage, marquant ainsi la différence entre sexe pour le plaisir et sexe pour la reproduction. Les jeunes hommes Lisu plaisantent sur les attraits sexuels des voisines Lahu et considèrent les femmes Thaïes comme de meilleures partenaires sexuelles que les femmes Lisu [Kammerer *et alii*, 1995 : 62].

Les ethnies du Sud-Ouest de la Chine et de l'Asie du Sud-Est continentale partagent des traits linguistiques et culturels. Certains groupes (Miao, Hani, Lahu, Lisu, Wa) sont dispersés sur un territoire qui s'étend de la Chine du Sud au Nord de la Thaïlande. De même que pour les populations montagnardes du Nord de la Thaïlande [Kammerer, 1995], la vulnérabilité au VIH en Chine du Sud peut être analysée comme le résultat d'une politique gouvernementale qui les néglige en ignorant leurs spécificités, et qui a fortiori ne les cible pas dans les campagnes d'éducation pour la santé. Les minorités ethniques étant plus pauvres, elles sont plus facilement les victimes de toutes sortes de trafics, du marché de la drogue et du sexe et les sujets d'une exploitation venue de l'extérieur. Pour la majorité de ces populations et des gouvernements concernés, ces groupes ne présentent pas d'intérêt propre si ce n'est pour les discriminer ou les utiliser au service d'un discours

officiel. Dans un livre qui a suscité de nombreux débats dans le milieu des spécialistes du sida et de l'Asie du Sud-Est, C. Beyrer [1998] donne des informations et dénonce ce problème de société largement ignoré par les populations dominantes et considéré comme une question sensible par les gouvernements nationaux. Dans les projets et les rapports officiels, les termes « minorités ethniques », les « femmes des minorités », les « populations tribales », les « tribus » sont mentionnés mais ils semblent faire référence à une large catégorie culturelle homogène et les distinctions bipolaires « majorité/minorité », « centre/périphérie » sont souvent soulignées. L'Asie du Sud-Est continentale (Thaïlande, Cambodge, Laos, Birmanie et Vietnam) et le Sud-Ouest de la Chine (Yunnan, Sichuan, Guangxi, Hainan) partagent des problèmes socioéconomiques tels que les modèles de développement (disparité entre zones à croissance rapide et poches de pauvreté), l'inégalité de genres qui pose le problème de l'exploitation commerciale des femmes, la présence des minorités ethniques et enfin celle des Chinois de la diaspora en Asie du Sud-Est, leur pouvoir économique et leurs relations avec la Chine.

Dans le contexte du VIH-sida, les pays d'Asie du Sud-Est continentale et la Chine du Sud-Ouest présentent les mêmes facteurs de risque tels que la consommation et le trafic de drogues, l'industrie du sexe et le trafic des femmes, la mobilité interne et transfrontalière [*Migration & HIV-AIDS in Southeast Asian Countries*, 1996], les tendances et l'histoire de l'épidémie [Brown, Xenos, 1994]. Ces liens suggèrent que l'un des foyers épidémiques de la Chine est partie prenante de l'épidémie du Sud-Est asiatique. Au Yunnan, 50 % des personnes séropositives recensées appartiennent à des groupes ethniques minoritaires. Les causes principales sont les mêmes qu'en Asie du Sud-Est continentale : les axes routiers du trafic de drogue traversent les régions peuplées par les minorités qui ont un faible niveau d'éducation ; les programmes d'éducation dans le domaine de la santé sont rares et ne sont pas adaptés à leurs cultures diversifiées ; la région connaît un développement économique inégal et des enclaves nécessitées. Jusqu'à aujourd'hui, cibler les populations périphériques n'a pas été une priorité pour les gouvernements de cette région du monde bien que leurs pratiques et représentations de la santé et de la maladie soient très différentes de celles des populations dominantes [Beyrer, 1998 : 155-162].

*

Face à la menace épidémique du sida, un processus d'imputation de la maladie à autrui est donc à l'œuvre dans le monde chinois à l'instar d'autres cultures. L'étude des représentations du VIH-sida dans deux sociétés chinoises contemporaines (Chine populaire et Taïwan) montre la prégnance de représentations culturelles communes concernant la perception des « autres », en particulier les ethnies non chinoises de Chine et de Taïwan. Les formes spécifiques de ce processus d'imputation sont éclairées dans notre travail par trois aspects de la réalité sociopolitique et culturelle de la Chine populaire : les formes du contrôle social par le traitement policier du risque épidémique et la réglementation de la sexualité, la vulnérabilité des minorités ethniques à l'épidémie, leur rôle dans les constructions sociales chinoises de l'altérité et de l'identité nationale. L'analyse de ces formes spécifiques contribue à une meilleure compréhension du traitement sanitaire et social de l'épidémie en Chine.

BIBLIOGRAPHIE

- BEYRER C. [1998], *War in the Blood. Sex, Politics and Aids in Southeast Asia*, London, Zed Books, 246 p.
- BOLTON R. [1992], « Aids and Promiscuity: Muddles in the Models of HIV Prevention », in R. Bolton, M. Singer (éd.) *Rethinking Aids Prevention: Cultural Approaches*, Montreux, Gordon and Breach Science Publishers.
- BROWN T., XENOS P. [1994], « Aids in Asia: the Gathering Storm », *Asia-Pacific Issues*, East-West Center, 16 : 8-9.
- CHIANG I., KAU L., ALLIANCE OF TAIWAN ABORIGINES [1995], « Report on the Human Rights Situation of Taiwan's Indigenous Peoples », in R.H. Barnes, H. Gray, B. Kingsbury (éd.), *Indigenous Peoples of Asia*, Association for Asian Studies, University of Michigan, Ann Arbor: 357-372.
- CHINA DAILY [1998], « China puts Emphasis on Controlling Aids », 7 février.
- CHINA TODAY ONLINE [1998], « HIV-Aids Program Approved for Rural Population », 11 septembre.
- CHOW R. [1987], « Ethnic Minorities in Chinese Films: Cinema and the Exotic », *The East-West Film Journal*, 1 (2) : 15-32.
- CHOW R. [1995], *Primitive Passions. Visuality, Sexuality, Ethnography, and Contemporary Chinese Cinema*, New York, Columbia University Press, 252 p.
- DIKÖTTER F. [1992], *The Discourse of Race in Modern China*, London, Hurst, 251 p.
- DIKÖTTER F. [1995], *Sex, Culture and Modernity in China*, London, Hurst, 233 p.
- DIKÖTTER F. [1997], « A History of STDs in China », in M. Lewis, S. Bamber, M. Waugh, *Sex, Disease and Society. A Comparative History of STDs and HIV-Aids in Asia and in the Pacific*, London, Greenwood Press: 67-83.
- EPIDEMIOLOGICAL FACT SHEET ON HIV-AIDS AND STDs [1998], China, Unaided-Who.
- FARMER P. [1996], *Sida en Haïti: la victime accusée*, Paris, Karthala (éd. originale 1992, The Regents of the University of California), 414 p.
- FOX E. [1997], *Profil d'un pays*, Onusida-Chine, 15 p.
- GILMAN S.L. [1988], « Aids and Syphilis: the Iconography of Disease », in D. Crimp (éd.), *Aids: Cultural Analysis-Cultural Activism*, Cambridge, Mass., MIT Press: 87-107.
- GLADNEY D. [1994], « Representing Nationality in China: Refiguring Majority/Minority Identities », *Journal of Asian Studies*, 53 (1) : 92-123.
- HARRELL S. (éd.) [1995], « Civilizing Projects and the Reaction to them », in *Cultural Encounters on China's Ethnic Frontiers*, Seattle and London, University of Washington Press: 3-36.
- HE P., NA Z., MAO X. [1995], *Proceedings of International Workshop on Women's Reproductive Tract Infections RTIs* (bilingual chinese-english), Kunming, YRHRA, 185 p.
- HERDT G. [1997], *Sexual Cultures and Migration in the Era of Aids. Anthropological and Demographic Perspectives*, Oxford, Clarendon Press, 255 p.
- HSU M.L., HUANG S.J. [1997], « Aids in Northern Taiwan: Knowledge, Attitudes and Media Use », paper presented at the Annual Meeting of the Health Communication Division, May, Montréal, International Communication Association.
- KAMMERER C.A., HUTHESING O.K., MANEERASERT R., SYMONDS P.V. [1995], « Vulnerability to HIV Infection Among Three Hilltribes in Northern Thailand », in Han Ten Brummelhuis, G. Herdt (éd.), *Culture and Sexual Risk. Anthropological Perspectives on Aids*, Amsterdam, Gordon and Breach Publishers, 355 p. : 53-75.
- KO N.Y., CHUNG H.H. [1996], « Do Nurses Have the Right to Refuse to Care for Aids Patients? An Ethical Dilemma », *Huli zazhi* (revue des infirmiers, en chinois), 43 (1) : 46-51.
- LAPLANTINE F. [1986], *Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale moderne*, Paris, Payot, 411 p.
- LES ÉCHOS DE LA RÉPUBLIQUE DE CHINE [1999], « Les malades du sida: la famille est leur principal soutien », 32 (7) : 4.
- LI J. [1996], *Community-based Drug Demand Reduction and HIV-Aids Prevention. A Manual for Planners, Practitioners, Trainers and Evaluators* (en chinois), Kunming, YRHRA-Ford Foundation, 34 p.
- LUFKIN F. [1998], « Exotic/Inside: Images of Minorities and Articulations of Identity in Chinese Painting after the Cultural Revolution », paper presented at the International Convention for Asian Studies Conference, The Netherlands, IAS: 25-29.

- MICOLLIER É. [1998], « Mobilité, marché du sexe et de la drogue dans le contexte du VIH-sida en Chine du Sud », *Migrations et Santé*, 94-95: 55-82.
- MIGRATIONS ET SANTÉ [1998], 94-95, numéro spécial « Migrations et sida ».
- « MIGRATION & HIV-AIDS IN SOUTHEAST ASIAN COUNTRIES » [1996], Proceedings of the First Northern Southeast Asian Subregional Exchange on Migrant Populations and HIV-Aids, 8-12 décembre, Chiangmai.
- PISON G., LAGARDE É., ENEL C. [1997], « Comportements sexuels, migrations saisonnières et risques d'infection par le VIH et les MST. Étude des changements en zone rurale au Sénégal », in *Le Sida en Afrique*, Paris, Recherches en sciences de l'homme et de la société, ANRS-Orstom: 17-22.
- SONTAG S. [1993], *La Maladie comme métaphore. Le sida et ses métaphores*, Paris, Bourgois, trad. française, 236 p.
- TAO C., XIAO Y. (éd.) [1995], *Research on Women's Reproductive Health in China* (bilingual chinese-english), Beijing, New World Press, 509 p.
- TING C.Y., TWU S.J. [1997], « Aids Risk, Physicians' Clinical Precautions and Willingness to Treat Aids Patients », *Zhonghua weizhi* (revue nationale de santé publique, en chinois), 16 (3): 231-243.
- TU H. [1994], 19th « Aids Prevention Campaign and Social Responsibility of the Media. A Re-examination of the Peng-hu Model », *Zhongguo shibao* (en chinois): 5.
- UNAIDS JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV-AIDS [1998], *Aids Epidemic Update*, Unaid-Who, 17 p.
- WATANABE M. [1999], « China Confronts Aids: International Help Needed to Stop the Spread », *Scientist*, 4th January, 13 (1): 1.
- WATANABE M. [1998], « China Faces Increased Spread of HIV », *Nature Medicine*, 4 (11): 1216.
- ZHU B. [1998], « HIV enters "Fast Growth" Stage », *China Daily*, 06/26.

Le corps exclu : notes sur le sida en Malaisie

Silvia Vignato *

Durant ces quinze dernières années, une industrialisation éclair et une politique de développement exacerbée ont donné à la Malaisie son aspect actuel de pays riche parmi les non-riches. Il existe ainsi, en Malaisie, un réseau public de soins (hôpitaux et dispensaires) correct et accessible depuis tous les recoins de la nation, où l'on trouve les principales catégories de médicaments [Suleiman, 1993]. Néanmoins, l'épidémie du sida progresse rapidement : en juin 1997, on comptait environ 21 000 séropositifs et un millier de malades, et on relevait 400 nouveaux infectés par mois [Kementerian Kesihatan Malaysia, 1997]; l'augmentation de la transmission *in utero* et la diffusion des cas dans l'ensemble du pays confirmaient l'expansion de l'épidémie [MAC, 1997]. L'épidémie est répandue de façon assez homogène dans l'ensemble de la Malaisie. Les États du Nord (Perlis, Kedah et Kelantan) sont très lourdement concernés par la toxicomanie en raison de leur proximité avec la Thaïlande, pays producteur d'héroïne [Singh, Crofts, 1993]. De très nombreux cas de sida se sont déclarés dans les villages de pêcheurs malais, probablement à cause des déplacements fréquents des pêcheurs et de leur utilisation de drogue, et dans les plantations, où les changements dans les systèmes d'embauche créent du chômage et facilitent la diffusion de la toxicomanie chez les jeunes. Les structures étatiques ne fournissent pas d'inhibiteurs de protéases.

Dans cet article, je rends compte d'une enquête préliminaire sur le sens de la prise en charge du corps malade proposée par l'État malaysien, d'abord, et ensuite, par des centres thérapeutiques « ethniques » autonomes. Je fais l'hypothèse que l'État malaysien, essentiellement constitué par des Malais et inspiré de l'islam, réagit à l'épidémie sans tenir compte de la « réalité ethnique » de ses citoyens (60 millions d'individus classés en trois groupes ethniques séparés : 60 % de Malais, 30 % de Chinois, 10 % d'Indiens). Cette cécité s'expliquerait par le but gouvernemental d'inscrire dans le corps de chaque citoyen une idéologie nationale qui ne lui correspond

* Lasema, CNRS.

Cet article est basé sur une enquête spécifique de trois mois menée en Malaisie en 1997, à Kuala Lumpur et dans l'État de Perlis. L'enquête a été financée par le CNRS (Irsa-SHS), mais n'aurait pas été possible sans le soutien du Malaysian Aids Council, et surtout de l'inépuisable Susan Chong, que je remercie. Merci aussi à Daniel Perret pour son aide logistique.

pas, pas entièrement du moins. Pour vérifier cette hypothèse, je m'appuie sur des enquêtes effectuées pendant trois mois en ville (Kuala Lumpur et Penang) et en milieu rural (Perlis, Kedah). Comme l'objet de l'analyse est le décalage entre les actions institutionnelles et les perceptions communes aux trois ethnies malaysiennes, je considérerai toujours la société malaysienne dans son ensemble. La politique de l'État en matière de santé n'est d'ailleurs pas sélective selon l'ethnie.

Le sida aux yeux de l'État: le risque de l'infection morale

La position idéologique: le « risque » défini comme l'utilisation immorale de son corps

Dans leur discours médiatique et institutionnel sur le sida, les représentants de l'État malaysien¹ ont misé sur la stigmatisation de « groupes à risque » (en malais, *golongan berisiko*). Le critère général d'identification des individus y appartenant tient à une certaine conception du statut moral du corps par rapport à l'ensemble de la société: on « risque » le sida par n'importe quel acte physique exécuté en dehors ou contre la loi morale, celle-ci recoupant, en partie, la morale islamique. En effet, dans la presse, les responsables gouvernementaux indiquent comme personnes « à risque », outre les toxicomanes² et les prostituées, tous ceux qui plus généralement se rendent coupables du péché de *zina*, « fornication » – péché défini par la loi islamique et puni par la loi fédérale malaysienne: les hommes homosexuels et les couples non mariés, d'abord, mais aussi les femmes homosexuelles et ceux qui pratiquent la masturbation [*Berita Harian*, 4 avril 1996; *Utusan Malaysia*, 27 février 1996; *Watan*, 14 juin 1996]. La même idée inspire les campagnes de sensibilisation à l'affichage³. La fornication mortelle aurait en outre une nature non malaysienne, liée à l'Occident ou à une occidentalisation des mœurs⁴: dans les affiches et à la télévision, on voit des bars équivoques de style moderno-occidental, des femmes en minijupe en attitude de promiscuité, des costumes-cravates et, ici et là, des chevelures blondes. L'alcool aussi, interdit aux musulmans et « typiquement occidental⁵ », apparaît comme

1 Il y a eu des contrastes entre les diverses instances du gouvernement fédéral au sujet du sida. La version homogène que je présente est ce qui résulte de l'attitude globale montrée par les porte-parole et par les intervenants du gouvernement.

2 En Malaisie, est « toxicomane », et bon pour trois ans de réhabilitation forcée, quiconque, soumis à contrôle (n'importe qui peut être arrêté et soumis à test), présente dans son sang ou dans ses urines des traces de dérivés de la morphine mais aussi de THC, le principe actif de la *cannabis indica*.

3 Des affichages brefs et écrits en malais et en anglais, dont l'impact reste faible auprès des importantes minorités linguistiques existant dans le pays, notamment celles utilisant un alphabet spécifique (tamoul, bengali, arabe). Le problème linguistique de la communication sur le sida est d'ailleurs signalé par les volontaires des ONG, qui manquent de mots techniques et aseptisés pour aborder « certains sujets » sans devenir lubriques.

4 Cf. les entretiens avec la vice-ministre de la santé, M^{me} Harrison Aziz Shahabudin, *Utusan Malaysia*, 27 février 1996 et *Beyrer*, 90-91. Le discours qui tranche entre les Malaisiens, porteurs « naturels » d'une morale asiatique, et « les Occidentaux », dégénérés et débauchés, n'est pas une nouveauté en Malaisie. À ce sujet, cf. l'ouvrage écrit par le Premier ministre Muhammad Mahatir en 1980, *The Challenge*.

5 En réalité, la Malaisie connaît un problème d'alcoolisme de plus en plus grave qui n'est pas du tout dû à une occidentalisation des mœurs. L'abus d'alcool, fléau traditionnel des Tamouls, semble s'étendre aux Chinois aussi.

dangereusement lié au sida: sous les effets de l'alcool, explique-t-on, on tend à commettre des actions immorales.

Les conséquences pratiques: l'exclusion des coupables de la société civile

Cette équivalence entre « risque » et immoralité, où le risque, notion statistique, est assimilé à la cause de la maladie [Herzlich, Pierret, 1998 : 1 109-10], mène les organismes étatiques à conseiller une seule modalité de prévention: l'abstinence, la droiture morale. Le refrain répété dans la presse, dans les (rares) campagnes de sensibilisation et dans les actions les plus visibles des ONG est qu'en Malysie, on ne cherche pas à développer le *safe sex* (rapports sexuels protégés), mais plutôt le *right sex* (rapports sexuels justes, de droit): à l'intérieur du mariage. Proposer le préservatif, dans cette optique, équivaldrait à inciter les gens, notamment les jeunes, à persévérer dans leur comportement immoral, car il n'y aurait même plus la peur du sida pour les arrêter; proposer l'échange de seringues ou montrer la façon correcte de les nettoyer aurait le même effet [Vignato, 1999]. L'État refuse donc d'accepter un corps sain mais immoral⁶. On remarquera d'ailleurs que cette position n'arrête pas la production malaysienne de préservatifs, une des plus importantes au monde entier.

Dans l'image gouvernementale du sida, le corps qui enfreint la loi morale devient un corps terrible, obscène, souffrant, mourant et donnant la mort – non seulement coupable de *zina*, mais aussi dangereux. On décrit les séropositifs comme des porteurs de mort; on montre à l'affiche des corps parfois monstrueux (débilisés, ravagés par des infections qui n'ont jamais concerné la Malysie), parfois désirables et trompeurs (les filles occidentalisées et tentatrices des karaoké). Bien que dans les mots, on invite à la tolérance, les images poussent plutôt à la répression (des tentations) et à l'exclusion (des coupables). Dans les aires où j'ai enquêté, les enfants et beaucoup d'adultes réagissent à la mention « *Aids* » avec le slogan du spot télévisé, repris à l'affiche: « *Aids, pembunuh* » (le sida est un assassin). La charge de mort associée au sida s'alourdit davantage avec les affirmations des doctes en islam pour lesquels l'individu coupable est le seul responsable de son état [Ishak Mohammad Sood, *Utusan Malaysia*, 16 juillet 1996]. Les campagnes ne cessent de rappeler qu'on ne risque rien à partager sa vie quotidienne avec un séropositif, mais ce dernier, désigné comme assassin, finit par porter la responsabilité de sa mort tout seul, même lorsqu'il est censé faire partie des « victimes innocentes » (dont l'archétype est la femme fidèle d'un débauché).

Parce qu'elles sont dangereuses pour l'ensemble de la société, en Malysie, les « personnes à risque » doivent être sous contrôle. Or *zina*, la fornication, est une infraction à la loi. La police a le droit d'arrêter tout « suspect », homme ou femme dont le corps semble dénoncer une pratique immorale (de toxicomanie, d'homosexualité, de fornication...), puis d'effectuer sur lui un contrôle systématique du sang ou des urines; si le test dénonce la présence de substances psychotropes ou si l'immoralité est prouvée d'une autre manière (par exemple: témoignage d'un poli-

6 Sur l'histoire de cette même position en Occident, cf. Fabre [1998 : 45-71].

cier), c'est la réclusion. Les prostituées de trottoir sont régulièrement arrêtées, testées et emprisonnées (*Undang-Undang dan Pelacuran di Malaysia*, 1996). Les prisons, les maisons pour femmes mineures et les centres de réhabilitation malaysiens sont pleins; le gouvernement s'active pour en bâtir de nouveaux. Mais la réhabilitation est une notion, pour l'instant, vide de contenu. Rien n'est prévu pour une réinsertion sociale à la sortie de la réclusion. Le « risque », s'il est découvert, mène donc à une exclusion radicale de la société civile ordinaire; l'amalgame entre culpabilité (morale) et infection (physique) produit une diffusion de l'infection au sein des « groupes à risques » dont des membres sont enfermés dans des endroits institutionnels et engendre, pour ceux qui sont toujours en liberté, une crainte générale de l'annexion forcée à ces groupes, dont il est bien difficile de se sortir⁷.

Il serait faux, toutefois, d'attribuer une attitude ingénue aux responsables politiques malaysiens: les dirigeants du ministère de la Santé savent ce qu'ils font lorsqu'ils sanctionnent les positions souvent extrêmes et toujours moralisantes des autorités islamiques [Beyrer 1998 : 90-91]. En ce sens, pour agir sur le sida sans entacher l'idéologie nationale fondée sur la morale islamique, la stratégie de stigmatisation des « groupes à risque » s'est avérée un moyen très efficace: ayant exclu de la société civile une catégorie d'individus supposés nier son fondement moral, l'État malaysien est prêt à la réannexer à un niveau inférieur et séparé. Pour ne pas prendre en charge directement ces citoyens d'un ordre inférieur, l'État finance (conjointement à des organismes internationaux) les ONG spécialisées qu'il peut ainsi mieux contrôler.

En 1992, avec l'appui et l'approbation tacite des ministères de la Santé et des Affaires intérieures, fut fondé le Malaysian Aids Council (MAC, <http://www.asiaconnect.com.my/aids/>), organisme regroupant les ONG impliquées dans la lutte contre le sida. Le MAC coordonne les financements gouvernementaux pour l'ensemble des ONG, fonctionne comme pôle de concertation sur les stratégies à adopter et comme centre de formation, de documentation et d'orientation. Son inspiration est de promouvoir une « société sensible aux autres » (*caring society* ou, plus rarement en malais, *masyarakat penyayang*) [MAC, 1997 : 2]. Cela signifie qu'en l'absence d'une politique sociale, le MAC aspire à faire en sorte que les « communautés locales », quels que soient les critères de définition, prennent en charge le soutien des séropositifs et les actions de prévention, chacune suivant son code moral.

Mais l'action du MAC est insuffisante. À la seule et partielle exception de Penang, il n'y a pas d'ONG travaillant sur le sida ailleurs qu'à Kuala Lumpur. L'excellent travail qu'elles y accomplissent (distribution de préservatifs et de *kit* anticontagion, échange de seringues, travail de proximité dans les bordels et auprès des toxicomanes, soutien matériel et légal...) n'atteint qu'une fraction infime des personnes concernées par le sida. Les ONG, de plus, sont pour la plu-

7 Les conséquences directes de cette attitude sur la diffusion du virus sont claires dans le cas des « toxicomanes ». 30 % seulement des jeunes enfermés dans des centres de réhabilitation et dans les prisons s'injectent de la drogue; s'ils s'avèrent pour 70 % être séropositifs, on a raison de penser qu'ils contractent le virus pendant leur séjour forcé, par des rapports homosexuels ou parce qu'ils apprennent à injecter de la drogue. Aucune précaution n'est toutefois prise dans les lieux de réclusion afin d'éviter la contagion (distribution de seringues et de préservatifs).

part issues des « groupes à risque » dont elles sont censées s'occuper : quelques-unes sont issues d'une spécialisation des groupes de lutte pour la défense des droits des homosexuels et des transsexuels, une autre est un organisme de femmes pour le soutien des femmes, d'autres sont des associations de lutte contre la toxicomanie où d'anciens toxicomanes deviennent à leur tour éducateurs. À cela s'ajoute une présence significative des chrétiens. Homosexuels, ex-toxicomanes, ex-prostituées ou chrétiens, les membres des ONG malaysiennes spécialisées sur le sida appartiennent en somme à des minorités culturelles de la société et sont pour cela imbibés d'une culture spécifique non uniquement malaysienne. Cette appartenance élargie permet à ces ONG de fonctionner en réseau avec – au moins – leurs semblables en Asie ; mais les empêche de s'adresser à l'ensemble de la population.

Des funérailles infectieuses : la contagion morale définit la contagion virale

L'attitude ambivalente du gouvernement malaysien, finançant indirectement une prise en charge où tout est toléré mais refusant de mettre en place une prévention à l'échelle nationale, mérite d'être analysée davantage. On peut se faire une meilleure idée de la menace que constitue pour l'État le malade du sida si l'on remarque qu'un corps infecté est considéré comme tout aussi menaçant après sa mort que de son vivant ; et si l'on admet, avec Hertz et Bloch, que le traitement des cadavres nous éclaire sur les relations entre les personnes et leur société [Bloch, 1988 ; Hertz, 1907]. Or, le gouvernement malaysien a dicté des règles « d'hygiène » spécifiques pour traiter les cadavres des morts de sida⁸ : il faut laver le corps à l'eau de javel, l'envelopper dans de nombreux sacs en plastique avant la veillée funéraire et, lors de l'enterrement, le manipuler avec des gants en caoutchouc en présence de deux officiers sanitaires.

Je n'ai pas pu vérifier dans quelle mesure ces dispositions sont respectées en milieu rural. À Kuala Lumpur et à Georgetown, où elle le sont, des parents de personnes décédées des suites du sida, toutes ethnies confondues, m'ont exprimé leur rage devant ces règles qui les empêchent de veiller, enterrer ou brûler leur mort convenablement.

Il y a d'abord la peur du stigmatisme menant à l'exclusion. Les familles qui veillent et accompagnent au cimetière un corps plastifié et puant le chlore rendent publique la cause de la mort de leur parent. De ce fait, le conjoint, les enfants, mais aussi les parents du mort risquent d'être considérés comme infectés et contagieux et d'être évités⁹ – c'est pourquoi il arrive qu'ils abandonnent leur mort à l'hôpital. Ce n'est pas uniquement le soupçon qu'ils soient porteurs du virus qui engendre l'exclusion ; il y a aussi l'idée que les parents du mort partagent la culpabilité, ou la responsabilité, de sa maladie – comme si la culpabilité que le discours médiatique

8 J'insiste sur cette réglementation funéraire qui fournit une clé de compréhension de la politique sociale et sanitaire malaysienne ; il faut ajouter que cette attitude du gouvernement s'est constituée en réaction immédiate au danger. En 1999, l'obligation aux règles « hygiéniques » semble s'assouplir.

9 Sur les significations symboliques de la « contagion funèbre », cf. Hertz [1907 : 18].

attribue uniquement au malade était de fait collective. De fait, chez mes interlocuteurs malaysiens urbains d'ethnies diverses, la limite entre une faute dont on est coupable (*zina*, cause du sida aux yeux de l'État) et une erreur commise par d'autres dans le même environnement social est souvent floue. Dans leurs récits spontanés, mes interlocuteurs ont souvent rattaché le sida aussi bien à l'individu malade qu'à son groupe: quelqu'un avait commis une faute, qui revenait à une infraction des règles sociales – des règles très partiellement liées à la « tradition ». Une femme tamoule expliquait que le problème de toxicomanie de son jeune frère, séropositif, résultait du conflit existant dans la famille au sujet de la disparité des castes des parents. Ce qui avait causé le problème était toutefois le fait que les grands-parents paternels, en accord avec la tradition, avaient désavoué leur fils et leur petit-fils: cette erreur (en tamoul, *tavaru*) de la part des grands-parents avait finalement provoqué la séropositivité de son frère. De même, une femme malaise divorcée, prostituée et malade du sida, affirmait que l'obsession de son propre père pour le jeu l'avait mené à mal choisir un époux pour elle, sa fille; elle avait donc été obligée de quitter le foyer, de se prostituer, de vivre misérablement et de laisser un de ses enfants attraper la tuberculose. Si le père avait été un bon musulman, il n'aurait pas engendré la catastrophe, concluait-elle: le manquement (en malais, *salah*¹⁰) du grand-père finalement, et assez logiquement, influençait la santé du petit-fils. De nombreux auteurs attestent cette attitude dans les diverses traditions ethniques malaysiennes [Massard, 1988 : 793, pour les Malais; Koo, 1987, pour les Chinois de Hong-kong et chez les Tamouls; Nabokov, 1997, en Inde ou Rajoo; 1980, en Malaisie; Babb, 1977, à Singapour]; toutefois, aucun de mes interlocuteurs ne semblait penser qu'une compensation (rituelle, symbolique, ou réelle) de la faute puisse mener à la guérison de l'individu malade.

Le malaise éprouvé par les familles au sujet des funérailles spéciales liées au sida ne tient pas uniquement à la peur d'être infecté par le stigma social du malade, mais aussi à celle de s'infliger un malheur supplémentaire par un manquement rituel dangereux. Un jeune séropositif (chinois) déclarait que cette loi offensait « tout ce qu'il était » et qu'il sentait le poids de ces morts que leurs familles n'ont pas pu honorer. Or dans les diverses traditions ethniques malaysiennes, des funérailles mal faites engendrent des âmes en peine, tourmentées et tourmentant leur entourage, ce avec différentes modalités [Laderman, 1987 : 360; Reiniche, 1979 : 20; Kok Hu Jin, 1993 : 116]. On connaît le lien fait au sein des sociétés asiatiques entre le traitement et la décomposition du cadavre et le sort de l'âme. C'est pourquoi il est finalement normal que les « normes hygiéniques », empêchant un correct déroulement de la cérémonie funéraire, paraissent aberrantes à la population: elles mènent à un manque social grave, comme l'abandon d'un proche, ou bien des funérailles imparfaites, qui génèrent des fantômes. Loin de limiter la maladie, elles en deviennent une source renouvelée.

Le gouvernement malaysien a pris sa décision sur le traitement des cadavres des sidéens en dépit d'une réaction négative des citoyens tout à fait compréhensible.

10 On remarquera que *salah*, en malais, de même que *tavaru*, en tamoul, signifie aussi bien « se tromper » qu'« être coupable ».

sible et prévisible. Cette crainte démesurée du pouvoir contagieux du mort du sida fait penser à l'attitude de nombreuses sociétés traditionnelles envers ceux qui meurent d'accidents subits, avant le temps « normal » [Hertz, 1907 : 93]. Ces morts, en effet, nécessitent un traitement funéraire spécial car il tendent à rester accrochés aux vivants comme des fantômes désagréables et enragés. Comme les morts du sida, les « malmorts » sont en général définis par une condition physique : les femmes mortes en couches et les victimes d'accidents soudains, y compris les suicidés.

Contre la « malmort » moderne du sida, le gouvernement malaysien a établi de nouveaux rituels plus puissants et adéquats aux temps modernes. Les Malais contrôlant le pouvoir ont d'ailleurs décidé que pour ce faire, il fallait sceller les corps contre les « échappements » d'infection : cela rappelle la notion spécifiquement malaise d'une maladie (*badi mayat*) s'échappant des cadavres comme une puanteur [Massard, 1998 : 80]. Cela fait penser à une conception globale de la société où les corps infectés du virus VIH sont le symbole d'une menace profonde à l'ordre social de même que le sont les « fantômes » issus des morts de malmort. Il faut donc endiguer ce danger de façon spécifique avant et après la mort, envelopper les cadavres, traiter les corps malades après les avoir isolés, en dépit des recommandations de la biomédecine et des experts en épidémiologie.

Mais les citoyens ne partagent pas cette conception. Pour ces derniers, il est beaucoup plus dangereux et culpabilisant de ne pas faire de bonnes funérailles – ou d'abandonner son mort à l'hôpital – que de le manipuler, l'embrasser, le veiller avec son virus. Pour eux, la contagion sociale issue d'un manque collectif est de toute façon plus dangereuse qu'un éventuel virus émanant d'un corps individuel ; pour le gouvernement, le danger de la contagion de l'immoralité est en revanche ce qui prime. Dans les deux cas, comme le fait remarquer Fabre, l'idée d'une transmission de qualités négatives ou positives, de contagion donc, est « au cœur du social » [1998 : 206].

Le pouvoir socialisant du corps malade : des soins pour l'individu à la prise en charge de son groupe

Il ressort de ces premières remarques sur le sida et l'État que le premier risque pour un citoyen craignant d'avoir contracté le virus est précisément d'être incorporé à un groupe à risque. Le simple fait de se soigner rend alors effectivement difficile d'échapper à cette classification. Dans l'ensemble, l'information sur les aides effectivement disponibles circule mal, et une très grande confusion semble dominer au sujet du sida. C'est ce que montre l'examen des appels d'une *hotline* d'une ville moyenne : les usagers demandent comment et où ils peuvent se soumettre au dépistage sans être repérés et posent des questions sur la sexualité en général. J'ai souvent constaté, dans mes enquêtes (notamment dans le milieu industriel de Penang), que les femmes confondaient protection contre le sida et contraception.

D'une façon générale, les Malaisiens consultent les biomédecins parallèlement à des tradipraticiens qui peuvent être, selon l'ethnie, de tradition savante chinoise ou indienne, et à des guérisseurs divers, ayant plus ou moins recours au

surnaturel dans leurs interventions¹¹. Le sida ne fait pas exception. En dehors de Kuala Lumpur, tous les patients du sida que j'ai rencontrés avaient eu affaire à un guérisseur.

L'exemple de cas précis sera particulièrement éclairant pour saisir les itinéraires thérapeutiques pouvant mener au choix d'un centre, et les interactions entre les institutions gouvernementales (médecins des dispensaires, hôpitaux) et les établissements privés.

Un cas de sida : l'histoire de Ahmahuddin et de Malivong

Ahmahuddin¹², 39 ans, est un pêcheur d'un village très proche de la frontière thaïe. Jeune homme, il a goûté à l'héroïne dans les îles thaïlandaises où il débarquait souvent. Ce n'était qu'un vice occasionnel, a-t-il dit à Malivong, Thaïe, lorsqu'il a fait sa connaissance, en 1992; et il lui a proposé de l'épouser malgré sa fille de 14 ans, à condition qu'elle se convertisse à l'islam. Malivong a sauté sur l'occasion et, devenue Faridah et voilée, s'est installée dans le village de son mari. Elle est enceinte de quelques mois lorsqu'il est attrapé en flagrant délit par la police et emmené en prison (il est récidiviste); très peu soutenue par la belle-famille, elle reprend son ancienne activité d'esthéticienne pour nourrir son nouveau-né. Les arrestations d'Ahmahuddin se succèdent, elle a un deuxième enfant. Six mois avant notre rencontre, l'homme est hospitalisé pour une mauvaise bronchite: soumis à test sans l'avoir demandé, il apprend qu'il a le sida. Malivong s'alarme: grâce aux visites qu'elle rend à sa mère, elle a bénéficié des campagnes de sensibilisation thaïes et a une idée précise du danger. Mais le médecin local la rassure en disant que son mari n'aurait qu'« un peu de sida », et qu'elle et les enfants n'ont rien à craindre. Quand je rencontre Malivong, son mari est hospitalisé depuis quatre semaines pour une double pneumonie. Il est très débilité et maigre. Malivong dort avec lui à l'hôpital, au sol, en isolement.

Malivong voudrait se soumettre, elle et ses enfants, à un test. Depuis quatre semaines qu'elle vit à l'hôpital, elle se pose la même question: comment faire? Une série compliquée de détails bureaucratiques l'en ont jusque-là empêchée. Elle a peur d'être abandonnée si elle tombe malade, elle voudrait donc savoir. En même temps, elle est rassurée parce qu'elle a vu qu'on n'a pas abandonné les autres morts du sida, dans le village, et il commence à y en avoir beaucoup; c'est toujours l'homme qui est mort le premier, et les familles n'ont pas complètement abandonné les femmes – mais elles n'étaient pas thaïes. Elle voudrait que son mari rentre à la maison: au moins elle ne serait pas obligée de traîner à l'hôpital, et d'ailleurs, le docteur dit qu'il n'y a plus rien à faire pour lui.

Les deux frères d'Ahmahuddin lui rendent souvent visite. Ils sont, tous deux, de fervents musulmans, mais ils ne considèrent pas leur grand frère comme un cou-

11 Leslie [1976; 1988] attribue ce « pluralisme médical » à l'ensemble de l'Asie.

12 Sauf pour Malivong, qui m'a priée d'écrire son nom thaï en toutes lettres, les noms des protagonistes de ce récit sont tous fictifs.

pable. Les maladies, me dit Hamid, « arrivent » (« *terjadi aje*¹³ »); on n'y peut rien (« *apa nak buat?* »). De même, il pense que Malivong est après tout une femme bonne, et même si elle se plaint de son sort, lui et son frère vont s'occuper d'elle (ils ne mentionnent jamais la possibilité qu'elle et les enfants soient infectés). Eux aussi, ils voudraient que Ahmahuddin quitte l'hôpital: trop de dépenses et aucun résultat. Si les maladies « arrivent », ajoute Hamid, on peut tout de même lutter contre elles avec la foi. Il croit dur comme fer que des gens ont été guéris après avoir passé un mois dans le centre de guérison Pondok Inabah (cf. *infra*), et préfère, de toute façon, faire des donations au maître de celui-ci plutôt qu'à l'hôpital. En outre, les deux petits frères ne veulent pas que leur grand frère meure à l'hôpital. Cela empêcherait des funérailles selon la coutume, une condition indispensable pour que l'âme s'achemine sereinement « au paradis » (*surga*). Or, quelques jours avant de s'avancer sur cette question douloureuse et délicate, Hamid m'avait longuement entretenue sur l'efficacité des méthodes utilisées « dans les pays arabes », d'après lui, pour guérir le sida. Hamid raconte que lorsqu'un individu, homme ou femme, commet le *zina*, donc *forcément* quand il a le sida, on l'attrape, on le fouette jusqu'à ce qu'il saigne beaucoup, puis on récolte ce sang. C'est en effet un baume de guérison pour ceux qui, éventuellement, ont contracté le sida tout en étant innocents (les hémophiles, les femmes fidèles d'un homme débauché). Il me raconte aussi une autre « légende islamique » courante en Malaisie: il serait écrit dans le Coran que lorsque quelqu'un a une maladie contagieuse, il faut l'enterrer sept mètres sous terre, lui et tout son entourage. L'enthousiasme montré pour ces propos exterminateurs contraste avec l'attitude de douloureuse résignation montrée par Hamid envers son frère, et avec le souci pour le salut de son âme auquel le seul obstacle pourrait être une mauvaise cérémonie funéraire.

Remarquons qu'Ahmahuddin, lui, n'a aucune intention de quitter l'hôpital. Accroché à son masque d'oxygène, il jure ne pas pouvoir durer une nuit, chez lui ou au *pondok*, sans cet apport de vie. Il se soustrait à l'image gouvernementale du sida: entouré par sa famille, considéré comme « normal » presque jusqu'à la fin, plus ou moins culpabilisé, c'est peut-être vrai qu'il n'a eu qu'« un peu » de sida.

Le Pondok Inabah (Perlis)

Le Pondok Inabah n'est pas d'accès facile. Perdu dans les rizières, son existence est connue de bouche à oreille. Selon la tradition des *pondok* (en malais, « école religieuse musulmane »), ce centre résidentiel réunit un certain nombre de jeunes sous les enseignements d'un maître, Mhd. Zuki bin Syafi'ie, élève d'une école coranique indonésienne (Pesantren Suryalaya, à Java-Est, rattachée à la tarekat Qodiriyyah Naqsiyabandyyah). Une mosquée a été récemment construite au *pondok*; c'est, avec la maison de Zuki (sompptueux bâtiment assez récent), le seul bâtiment en dur (pavée de marbre, elle est même luxueuse) du petit village auquel

13 Encore une indication d'un raisonnement selon un principe traditionnel malais de catégorisation des maladies en « ordinaires », avec une étiologie précise, et « extraordinaires » [Laderman, 1991 : 56-91]. Marsard relate d'une expression linguistique similaire [1998 : 86-87].

le *pondok* est rattaché; ouverte à tous, elle est aussi fréquentée par quelques personnes du village. Bien que le but de l'institution ne soit pas thérapeutique mais religieux, comme l'affirme le maître Zuki, le *pondok* (fondé environ en 1990) s'est spécialisé dès le début en déviance juvénile et toxicomanies. Cela implique nécessairement la présence de nombreux cas de sida, que Zuki affirme avoir guéris au prix d'un grand « travail spirituel » (mal. *kerja rohani*). Zuki étant souvent absent lors de mon enquête, j'ai surtout traité avec son assistant indonésien d'ethnie toba, John S., devenu Jabin Ali après sa conversion à l'islam. La présence et le rôle important de Jabin Ali révèlent l'attitude novatrice du *pondok*: l'histoire de vie de cet ancien débauché chrétien (comme il se décrit lui-même), débarqué dans tous les ports et expert de tous les vices avant de rencontrer le maître et d'embrasser l'islam, est connue par les résidents et par les visiteurs. C'est en effet ce rachat, ou cette guérison, par la conversion, qui fonde son prestige au sein du *pondok*, et non pas un passé d'études religieuses ou d'expériences mystiques – la conversion de Jabin Ali date d'il y a cinq-six ans. Le fait qu'il est indonésien n'est pas non plus pour déplaire aux quelques visiteurs occasionnels que j'ai rencontrés au *pondok*, ce qui peut étonner étant donnée la méfiance générale des Malaysiens envers les très nombreux immigrés indonésiens. La formation du maître Zuki est aussi indonésienne. Les frères de Ahmahuddin qui m'ont emmenée au *pondok* m'ont toutefois expliqué qu'en Indonésie, les musulmans sont vraiment « forts » (en malais, *kuat*). Interrogé sur le sens de cette « force », Hamid parle du pouvoir spirituel donné par un « retour » à la tradition, par opposition aux « paroles vides » des imams malaysiens. La formation javanaise du maître Zuki est donc perçue comme étant plus valable que ce qu'offre le marché local: tout en se réclamant de la tradition, le *pondok* est une institution moderne.

À l'époque de mon enquête, une vingtaine de jeunes hommes résidaient au *pondok*, dont la moitié de Malais et le reste de Chinois à l'exception d'un Indien. Ils logeaient dans une partie de la maison de Zuki, dans une installation aléatoire et collective, et menaient une vie spartiate. Les cheveux coupés très courts, ils avaient à la fois l'air de prisonniers et de bonzes. Ils passaient de nombreuses heures dans la mosquée, absorbés dans la récitation du *zikir* (en malais, « répétition de louange à Dieu », mais expliqué par mon interlocuteur indonésien en tant que *mantra*, « formule magique »): « *laa-ila-ha illallah* ». Le style de vie collectif et la récitation du *zikir* sont les deux seuls types de soins offerts aux jeunes patients.

D'après Jabin Ali, c'est la récitation du *zikir* qui opère la guérison: grâce à ces paroles, scandées selon des schémas variables correspondant, chacun, à des rythmes de respiration, l'âme sortirait du corps comme pendant les rêves pour s'alimenter à sa source immortelle et divine. Lorsqu'il parle d'« âme », Jabin Ali utilise le plus souvent le malais *roh*, mot d'origine arabe utilisé dans l'islam et dans le christianisme pour désigner le principe spirituel de l'être humain; toutefois, et surtout lorsqu'il s'agit de l'âme des rêves, il utilise aussi *sumangat*, « principe vital », mot de racine nousantarienne ainsi que le toba « *tondi* », équivalent; interrogé sur ses choix linguistiques, il nie toute différence entre la signification des trois mots. La guérison, dit Jabin Ali, advient précisément grâce à ce principe vital qui, une fois rentré dans le corps, lui redonnerait de l'énergie et le rafraîchirait. Il est clair que nous trouvons au *pondok* un remaniement et un ajustement de concepts tradi-

tionnels malais comme la prière rafraîchissante [Laderman, 1987 : 258] et le voyage de l'âme (*sumangat*) qui recherche en rêve sa propre guérison [Massard, 1998 : 71], même si, dans les mots de Jabin Ali, le peu de spécificité des termes laisse entrevoir le peu de spécificité des liens à la tradition.

Ce que je désirais comprendre, à l'époque de mon enquête, était principalement la raison pour laquelle le *pondok* et d'autres centres analogues sont en pleine expansion, ce qui pousse les gens à les choisir et le bien-être qu'ils en obtiennent; je ne me suis donc pas intéressée en détail à la conception thérapeutique précise qui l'anime. Remarquons toutefois que lorsque les responsables du *pondok* et ses visiteurs affirment qu'il ne s'agit pas d'un centre de soins, mais d'exercices spirituels (*latihan rohani*), ils veulent mettre en avant le fait, à la fois, qu'il ne s'agit pas d'une institution fermée, et que la notion de soin est une notion globale, indépendante de la spécificité de la maladie. Aucune différence n'est en effet faite selon le type de souffrance motivant le séjour au *pondok*: toxicomanie, séropositivité, folie ou cancer (ce dernier n'étant pas, apparemment, un cas fréquent), le traitement est toujours le même. Il a été très difficile, pendant mes visites, d'établir un contact avec les jeunes hôtes. La présence inévitable de Jabin Ali les poussait à fournir des réponses stéréotypées à toute question. À une exception près, il s'agissait de toxicomanes.

D'après les informations données par les visiteurs du *pondok*, un malade s'adresse au *pondok* pour des raisons pragmatiques: il fournit un service d'accueil et de soutien dont on ne peut pas disposer ailleurs, il permet une prise en charge, quelle que soit sa nature, en dehors de la prise en charge par l'État et la stigmatisation des groupes à risque. Apparemment, il y aurait une légère hostilité envers le *pondok* de la part de l'État, qui n'aime guère les réseaux, même islamiques, un peu souterrains et cachés.

Pusat Pertengahan Athmanantha Guru kulam (Seremban, Negri Sembilan)

L'histoire de Almahuddin a mené au *pondok*; c'est l'itinéraire d'un Malais, bien que, nous l'avons vu, il n'y ait pas que des Malais dans le centre. La clientèle du *Pusat Pertengahan Athmanantha Guru kulam* (*Pusat Pertengahan*, en malais, « maison d'accueil » et *Athmanantha Guru kulam*, en tamoul, « centre spirituel du guru Athmanantha ») est en revanche essentiellement chinoise et indienne; le centre présente des références explicitement hindo-bouddhiques (statues de Ganesh, de la Déesse, de Bouddha...). Son « maître spirituel », Thavathiru Athmanantha Adigalaar, est un Tamoul parfaitement anglophone. Installé dans un environnement très naturel, en colline, le *kulam* est, à la différence du *pondok*, un centre spécifique de soins, même si plusieurs usagers ne présentent pas de pathologie précise et ne se soumettent pas aux traitements. Il n'y a pas de règles strictes: la plupart des patients y arrivent en groupe et y séjournent pour des périodes variables – deux jours, un mois, dans des conditions variant selon les possibilités économiques. Des pièces communes ainsi que des chambres sont à leur disposition, et un autre bâtiment, plus luxueux, est en cours de construction. Comme il arrive souvent dans un contexte de guérison « traditionnelle », on ne mentionne jamais explicitement le prix du séjour.

Bien qu'Athmanantha note, sur un dépliant, que la foi en Dieu est essentielle à la guérison, et qu'il se réclame être le 293^e héritier d'un certain homme saint indien, il admet dans un entretien qu'en réalité, d'après lui, Dieu n'intervient pas beaucoup dans sa méthode. La clé, pense-t-il, est scientifique, non religieuse, car tout dépend de l'énergie cosmique; il affirme toutefois qu'il faut bien mentionner Dieu dans les dépliants pour que les patients (hindous, bouddhistes, taoïstes, catholiques...) aient confiance: l'idée générale de divinité exprimée en anglais, malais et chinois dans les dépliants leur convient tout à fait¹⁴.

On remarquera que le *guru*, tout en se présentant comme un « homme saint » traditionnel, a très peu de racines dans la tradition tamoule dont il est issu. Non seulement il ne mentionne pas, dans le récit de sa vie, un temps de formation auprès d'un maître traditionnel, mais il ne s'est même pas construit une image véritablement spécifique à l'usage de ses clients. Il s'habille en bleu et rouge, à la différence des hommes saints tamouls, porte les cheveux longs attachés dans un chignon haut, comme les Sikhs, et n'affiche aucune affiliation à un temple (il est d'ailleurs de famille catholique). Si l'on considère le déroulement d'un traitement, on trouve confirmation de cette absence de lien spécifique à une tradition. Les herbes médicamenteuses utilisées pour les bains sont d'origine chinoise (la pharmacopée traditionnelle chinoise est très répandue en Malaisie). Comme aucune puissance divine n'est censée intervenir dans le processus, Athmanantha ne prononce jamais de mantra.

Athmanantha a une théorie sur l'être humain selon laquelle la plupart des phénomènes de bien-être ou de maladie dépendent de l'énergie cosmique présente dans chaque homme (*prana* ou, comme il dit lui-même en anglais, *Holy Spirit*, « Saint Esprit »). Toute séance de guérison porte sur la concentration du *prana* dans le maître, que celui-ci obtient grâce à « la méditation », et sur le passage de cette énergie du corps du maître à celui du patient, préalablement rafraîchi et purifié par des bains. Il paraît que dans certains cas, on voit l'énergie virevolter autour du maître comme de la foudre, mais malheureusement je n'ai pas pu assister à des traitements majeurs. Dans les traitements « normaux », le passage s'effectue ou bien par imposition des mains, sur la tête du patient ou sur la partie malade, ou bien, et le plus souvent, par le regard.

Étant donnée l'ampleur du problème de la toxicomanie en Malaisie, Athmanantha a développé une méthode de réhabilitation spécifique pour les usagers de drogue, d'où la présence de nombreux cas de sida. Le sida, dans son optique, n'est qu'une perte presque totale du *prana* essentiel, qui s'échapperait par des « trous dans l'être lumineux » du sujet concerné. Si l'on traite l'ensemble du corps par un rehaussement de l'énergie, comme on le fait pour la toxicomanie, le SIDA aussi s'en trouve amélioré ou guéri. Pour guérir de la toxicomanie,

14 Les médecins ayurvédiques tamouls aussi attribuent au corps un fonctionnement « scientifique », sans lien de dépendance avec les croyances et la moralité de l'« âme » [Trawick, 1988 : 147]. Sur la généralité de l'évocation du « divin » chez ce type de guérisseurs à Maurice, cf. Benoist [1996 : 105]. On remarquera qu'à Maurice, où l'islam n'est pas l'idéologie politique au pouvoir, ses adeptes s'adressent au même titre que les autres croyants à ce type de soignants, ce qui mène Benoist à définir les centres de guérison « alternatifs » comme « des lieux de perméabilité ethnique » [Benoist, 1996 : 94].

Athmanantha effectue d'abord la même « purification interne du corps » (par son toucher) et le même « rechargement » d'énergie cosmique (par sa propre énergie) que pour les malades habituels. De plus, toutefois, il soumet les toxicomanes à des bains « rafraîchissant » à base de citrons verts, à des bains de vapeur aromatisés aux herbes variées et à la tonsure du crâne (qui « réduit la chaleur interne du crâne et aide la catharsis mentale »). Les deux patients à qui j'ai pu parler, deux jeunes toxicomanes, affirment avoir tiré un grand bienfait de ces bains, notamment pour dépasser les crises de manque. Tous deux présents dans le centre depuis environ un mois, ils se plaignent plutôt, au contraire, de ce que depuis la fin de leur dépendance physique les bains ne soient plus si fréquents.

Dans ces théories et ces méthodes, on retrouve quelques idées générales des théories humorales, tout aussi répandues chez les Malais [Laderman, 1988 : 272-286] que chez les Tamouls [Trawick, 1988 : 129-159], ainsi que des échos des principes indiens du Siddha [Bourdier, 1996]. Athmanantha barre la route à toute enquête sur l'origine de ses méthodes prétextant une sorte de révélation qu'il aurait eue de son propre pouvoir pendant la méditation, et l'étude constante de textes « scientifiques ». Il en possède toujours quelques-uns, un ensemble de manuels de Siddha abrégés en tamoul (langue qu'il lit mais n'écrit pas très bien), des textes de vulgarisation de méthodes de guérison inspirées des médecines chinoises et, surtout, un ensemble de livres en anglais sur les pouvoirs de l'esprit (angl. *mind*), une littérature prenant de plus en plus d'importance dans les librairies malysiennes.

Les raisons contingentes de la popularité d'Athmanantha sont les mêmes que pour le *pondok*. Il fournit un endroit agréable et non carcéral où les toxicomanes étant toujours en contact avec leurs familles (une minorité des recensés) peuvent vivre sans se faire ni faire du mal, même les filles; les jeunes le préfèrent à la prison, et leurs familles aux hôpitaux privés – c'est beaucoup moins cher. Le *kulam* semble fournir un service de réhabilitation que l'État n'est pas à même d'assurer et d'ailleurs, les représentants politiques de l'État de Perlis n'hésitent pas à lui donner une reconnaissance officielle. Pour ne pas gâcher cette bonne relation, le *kulam* n'inclut pas de Malais parmi ses hôtes¹⁵. Remarquons que la société de gestion du *kulam* sait se servir des médias pour se faire connaître du public: journaux, magazines, chaînes télévisées diffusent tous les renseignements nécessaires. En revanche, les autorités religieuses hindoues préfèrent ne pas être associées aux activités du *kulam*.

Le corps « resocialisé »

Le temps limité de cette enquête m'a pour l'instant empêchée de découvrir combien de centres de guérison « alternatifs » comme le *pondok* et le *kulam* existent sur l'ensemble du territoire malysien, et quel impact ils ont sur l'ensemble

15 Il est interdit, en Malaisie, de faire œuvre de prosélytisme auprès des Malais. Leur fréquentation d'un centre dirigé par un Tamoul pourrait paraître suspecte aux autorités.

de la population ; j'ai été visiter à plusieurs reprises les deux plus proches parmi les nombreux autres dont j'ai entendu parler. L'analyse effectuée ici rend donc compte de logiques qui se mettent en place, mais ne prétend à aucune « représentativité ».

Le *pondok* et le *kulam* n'ont pas les mêmes univers de référence : le premier a une référence explicite aux traditions malaises, le second est plutôt en relation avec les cultures indienne et chinoise. Cela fait pratiquement le tour des composantes ethniques officielles malaysiennes. Or il me semble qu'outre les côtés pratiques, non négligeables, déjà décrits, ce qui pousse les Malaisiens vers ces centres est cette référence culturelle spécifique, assez profonde et intime pour les clients des différentes ethnies, conjointement au type d'action thérapeutique qu'elle met en branle. Ceci, en dépit du fait qu'aucun des deux centres ne soit à strictement parler « traditionnel », et que les deux maîtres n'aient pas de références précises dans le domaine de la thérapie. En dépit, aussi, du fait qu'aucun suivi thérapeutique précis n'ait lieu pour les ex-patients, et qu'aucun nouveau patient ne puisse recevoir confirmation de la guérison définitive de ceux qui l'ont précédé – au *kulam* on m'a présenté de nombreux patients « guéris du cancer », mais des « problèmes contingents » ont empêché de retrouver les coordonnées des anciens malades guéris du sida, ou simplement des toxicomanes réhabilités.

J'ai déjà mentionné les nombreux éléments issus des cultures spécifiques des patients du *kulam* et du *pondok* qui font immédiatement sens à leurs yeux : les conceptions humorales indiennes et malaises, le Siddha, la composante religieuse, autant de repères bien confortables pour des personnes traversant une situation critique. L'idée qu'on ne survit pas au sida est assez enracinée chez les patients. Ce que savent lui opposer les deux maîtres, Athmanantha et Zuki, bien que chacun de façon différente, est un cadre symbolique et concret qui ne sépare pas dramatiquement le patient de sa famille et n'attribue pas au corps du malade une charge de mort dangereuse et unique. De nombreuses familles fréquentent le *kulam* même après la mort de leur parent¹⁶. Elles viennent le dimanche, se promènent, échangent deux mots avec le guru. Les frères d'Ahmahuddin fréquentent le *pondok* de façon autonome. Il y a d'ailleurs des hôtes du *pondok*, parfaitement sains, qui y résident uniquement pour apprendre à maîtriser leur « pouvoir » (défini par l'un d'entre eux en anglais, dans la conversation en malais, en tant que *power*) : ils « cherchent la science occulte » (en malais, *cari ilmu*). Les corps sains de ces fréquentateurs occasionnels ne sont pas, dans les centres thérapeutiques « ethniques », considérés comme essentiellement différents de ceux des malades. Remarquons donc que ce n'est pas grâce à une idée de la *maladie* alternative à celle de la biomédecine, que les maîtres fournissent de l'aide à leurs patients. C'est une idée générale du corps, sain ou malade, qu'ils mettent en avant, idée qu'on pourrait définir comme « socialisante » : à leurs yeux, la mala-

16 Souvent mes interlocuteurs affirmaient « méditer » (en anglais, « *do meditation* »), mais il y avait toujours une raison extérieure qui les en empêchait lors de cette visite particulière. Je pense donc qu'il n'y avait pas, au centre, une vraie pratique de méditation collective, mais que les présents en parlaient pour donner une justification – à leurs yeux – logique à leur présence.

die ne fait pas qu'établir des liens négatifs du fait de la contagion, ou que couper les liens existant par l'exclusion du malade, mais favorise aussi l'institution de nouveaux liens (économiques, d'affiliation maître-élève, de microcommunauté des familles...). La contagion morale du corps malade change de signe, elle devient positive.

La notion de « corps socialisant » que je dégage de mon étude relie le malade à l'ensemble de la société malaysienne sous le signe de la soustraction à l'idéologie dominante. Restitué à son entourage et à son sentir traditionnel, l'individu malade et sa microsociété constituent une sorte d'alternative locale à l'État, et aux soins qu'il propose. Ceci tout en gardant des références générales en harmonie avec l'État et l'ensemble de la société malaysienne: il n'y a d'exclusion à aucun niveau. Par exemple, le *pondok* s'inscrit pleinement dans l'islam, même si l'interprétation du sida selon les musulmans malais fréquentant le *pondok* diffère considérablement de la version punitive proposée par l'État. Si les deux parlent de *dosa*, « péché », comme cause de la maladie, les gens du *pondok* attribuent à ce mot le sens traditionnel fataliste d'« erreur », « mauvaise étoile », c'est-à-dire la condition impondérable de l'apparition d'une maladie « spontanée¹⁷ ». Les autorités musulmanes étatiques, d'ailleurs, n'aiment guère les *pondok* comme celui de Zuki. Elles y voient des foyers relationnels puissants pour les communautés qui y gravitent. D'une façon analogue, il n'y a pas d'opposition directe entre les responsables de l'hindouisme et du bouddhisme et le *kulam*, mais un certain mépris mélangé d'une crainte de voir leurs religions « nobles » assimilées à ce genre d'activités (selon certains, le maître est un charlatan).

Il me semble finalement pouvoir établir ici un parallèle intéressant avec ce qu'expose Zempléni au sujet du sentiment de responsabilité, ou culpabilité individuelle de la maladie. D'après Zempléni, « le passage de la conscience persécutive du mal à la conscience de la culpabilité se traduit par l'individualisation, la somatisation et la désocialisation de la "maladie du malade" » [Zempléni, 1988 : 1180]. Selon cet auteur, le passage fondamental est celui de l'attribution formalisée et socialement reconnue des causes de la maladie à des entités surnaturelles, en correspondance avec des principes de fonctionnement social, à leur concentration dans le corps. Un passage semblable, mais pas tout à fait identique, se passe en Malaisie. Le corps malade du sida est isolé par l'État, ce qui veut dire que sa disparition n'est pas censée entraîner ou signifier une altération du cosmos social et/ou surnaturel, parce que tout le mal, toute la mort est concentrée en ce seul corps. Il est désocialisé, au sens de Zempléni, et culpabilisé. Mais, à l'inverse, il n'est pas vrai pour tous les cas étudiés que la resocialisation du corps par les guérisseurs implique la « conscience persécutive » d'entités malignes. Au *kulam* et au *pondok*, en effet, ce qui est offert est tout simplement un partage des responsabilités de soins et un soulagement de toute responsabilité, humaine ou surnaturelle, dans l'origine de la maladie. Le cadre de référence est rassurant par ses notions traditionnelles donc familières, mais n'inclut pas

17 Cf., pour les Malais, Massard [1988 : 792]; un traitement semblable de la notion de *dosa* chez l'ethnie karo se trouve dans Rae [1994 : 30-37].

directement, en son sein, les démons, les fantômes et les génies auxquels Zempléni se réfère dans son cas africain. Les implications conceptuelles de cette socialisation traditionnelle revisitée (notions de personne, de cosmos, de nature...) demandent toutefois à être approfondies cas par cas. La nécessité d'étudier les nouvelles catégories de compréhension de l'individu malade qui sont mises en valeur par le sida a d'ailleurs déjà été affirmée par les chercheurs du domaine [Baer, Singer, Susser, 1997 : 120-140].

BIBLIOGRAPHIE

- BABB L.A. [1977], « Hindu Mediumship in Singapore », *Southeast Journal of Social Science*, 2 (1-2).
- BAER, SINGER, SUSSER [1997], *Medical Anthropology and the World System: a Critical Perspective*, Westport, Bergin and Carvey, CT.
- BENOIST J. (éd.) [1996], *Soigner au pluriel; essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.
- BENOIST J. [1996], « Carrefours de cultes et de soins à l'île Maurice », in J. Benoist (éd.), *Soigner au pluriel; essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.
- BENOIST J. [1996], « Prendre soins », in J. Benoist (éd.), *Soigner au pluriel; essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.
- BLOCH M. [1988], « Death and the Concept of Person », in S. Cederroth, C. Corlin, J. Lindström, *On the Meaning of Death*, Uppsala, Acta Universitatis Uppsaliensis.
- BOURDIER F. [1996], « Rencontres thérapeutiques dans l'Inde méridionale ou l'art d'élaborer une médecine *masala* dans les stratégies de soins », in J. Benoist (éd.), *Soigner au pluriel; essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.
- FABRE G. [1998], *Épidémies et Contagions*, Paris, Puf.
- HERZLICH C., PIERRET J. [1988], « Le sida dans l'espace public », *Annales ESC*, 5 : 9-10.
- HERTZ R. [1907], « Contribution à une étude sur la représentation collective de la mort », *L'Année sociologique*.
- KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA [1997], *Laporan kemaskini jangkitan HIV-Aids Malaysia, 1985-1997 (sehingga Mac)*, non publié.
- KOK HU JIN [1993], « Malaysian Chinese Folk Religion: with Special Reference to Weizhen Gong in Kuala Lumpur », in Cheu Hock Tong (éd.), *Chinese Beliefs and Practices in Southeast Asia*, Petaling Jaya, Pelanduk Publications.
- KOO L.C. [1987], « Concepts of Disease Causation, Treatment, and Prevention among Hong Kong Chinese: Diversity and Eclectism », in *Social Sciences and Medicine*, 25 (4): 405-417.
- LADERMAN C. [1987], « Destructive Heat and Cooling Prayer: Malays Humoralism in Pregnancy, Childbirth, and the Postpartum Period », in *Social Sciences and Medicine*, 25 (4): 357-365.
- LADERMAN C. [1988], « A Welcoming Soil: Islamic Humoralism on the Malay Peninsula », in C. Leslie, A. Young (éd.), *Paths to Asian Medical Knowledge*, Berkeley, Los Angeles, Oxford, University of California Press.
- LESLIE C. (éd.) [1976], *Asian Medical System: a Comparative Study*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.
- LESLIE C., YOUNG A. (éd.) [1988], *Paths to Asian Medical Knowledge*, Berkeley, Los Angeles, Oxford, University of California Press.
- MALAYSIAN AIDS COUNCIL [1997], *Memorandum for 1998 Budget Dialogue*, non publié.
- MASSARD J. [1988], « Doctoring by Go-between: Aspects of Health Care for Malays Children », in *Social Sciences and Medicine*, 27 (8): 789-797.
- MASSARD J. [1998], « Étiologie des maladies de la prime enfance. Réflexions à partir de données malaises », in *Sciences sociales et Santé*, 16 (2): 67-93.
- NABOKOV I. [1997], « Expel the Lover, Recover the Wife: Symbolic Analysis of a South Indian Exorcism », in *Journal of the Royal Anthropological Institute*, n. s., 3.
- RAE S. [1994], *Breath becomes the Wind*, New Zealand, University of Otago Press.

- REINICHE M.L. [1979], *Les Dieux et les Hommes*, Paris, La Haye, New York, Mouton.
- SINGH J., CHE'RUS S., CHONG S., CHONG Y.K., CROFTS N. [1994], « Aids in Malaysia », in *Aids*, 8 (suppl. 2).
- SINGH S., CROFTS N. [1993], « HIV Infection among Injecting Drug Users in North-East Malaysia, 1992 », in *Aids Care*, 5 (3).
- SULEIMAN A.B. [1995], « Quality Improvements in the Health Sector: the Malaysian Experience », in *Feedback, ICOMP Newsletter*, XXI (4).
- TRAWICK M. [1988], « Death and Nurturance in Indian Systems of Healing », in C. Leslie, A. Young (éd.), *Paths to Asian Medical Knowledge*, Berkeley, Los Angeles, Oxford, University of California Press.
- UNDANG-UNDANG DAN PELACURAN DI MALAYSIA [1996], MAC Resource Centre, non publié
- VIGNATO S. [1999], « Brûler les ordures pour sauver la nation : pourquoi le sida doit rester invisible en Malaisie », in M.-É. Blanc, L. Husson, É. Micollier (éd.), *Sociétés asiatiques face au sida*, Paris, L'Harmattan, s.p.
- ZEMPLÉNI A. [1988], « Entre *sickness* et *illness* : de la socialisation à l'individualisation de la maladie », *Social Sciences and Medicine*, 27 (11): 1171-1182.

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

*Frédéric Bourdier **

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

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

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

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

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

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

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

Des politiques aux stratégies de prévention

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Agences internationales et sous-traitance

L'implication des ONG locales

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

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

Figure 1 – Chronologie de l'intervention du secteur privé

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

Sources : documents ONG.

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

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

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

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

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

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

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

Professionnalisation des ONG et mainmise internationale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'ampleur épidémique : du moindre dépistage aux estimations alarmantes

Une épidémie fragmentée, reflet d'une politique atomisée ?

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

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

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

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

Centres de sérosurveillance versus dépistage de masse ?

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

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

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

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

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

Ce que laissent entendre les données épidémiologiques

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

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

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

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

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

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

Discours médical, revendication sociale

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

Raisons épidémiologiques ou logiques sociales ?

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

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

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

5 Médecine savante tamoule reposant sur des textes anciens.

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

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

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

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

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

Des formes de résistance aux conflits entre acteurs du développement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8 Parti politique nationaliste pro-hindou, violemment antimusulman.

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

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

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

L'alibi comparatif comme véhicule de la pensée unique ?

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAPHIE

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

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

Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun

Fred Eboko *

L'évolution de la lutte contre le sida au Cameroun pourrait être présentée comme une métaphore de la reproduction sociale et de la crise de l'État. En un peu moins de quinze ans de coopération internationale, les instances de la lutte contre le sida se sont diversifiées et ont été réintégrées petit à petit dans des dynamiques endogènes plus anciennes. L'historique de la question du sida au Cameroun témoigne de stratégies d'acteurs locaux et étrangers autour d'un État dont la crise est contemporaine de l'avènement du sida. Les programmes d'ajustement structurel imposés par le Fonds monétaire international (FMI) ont accéléré l'effondrement relatif du pouvoir de redistribution – et donc de régulation sociale – de l'État camerounais depuis les années quatre-vingt. C'est donc à un État en cours de « désétatisation » [Médard, 1992 : 355-365] que revient la responsabilité de mettre en œuvre une politique publique inspirée et proposée par l'OMS: le Programme national de lutte contre le sida (PNLS). Du milieu des années quatre-vingt jusqu'à ce jour, la gestion du sida a mis en lumière des dynamiques de réorientation des ressources humaines, matérielles et symboliques générées par les organismes de coopération internationale. Ces dynamiques ont d'abord concerné les acteurs institutionnels, en l'occurrence une partie du personnel biomédical. Ainsi, les « cursus » administratifs des responsables successifs du PNLS attestent de stratégies de captation des ressources de l'extraversion et d'un « esprit d'entreprise » déjà analysés dans d'autres circonstances [Bayart, 1989].

Pour autant, les enjeux Nord-Sud autour de la question du sida ne se sont pas limités au pôle public et institutionnel. La nouvelle « société civile » s'est constituée dans le cadre de la transformation progressive des relations internationales en réseaux transnationaux, dans la dynamique du processus dit de « démocratisation ».

* Centre d'étude d'Afrique noire, Institut d'études politiques de Bordeaux, Laboratoire d'accueil « Sociétés, Santé, Développement », université de Bordeaux-II, CNRS/Upres A 5036.

Nos recherches sur le sida ont bénéficié de deux sources de financement: une allocation du Programme sida de l'Orstom-IRD (juin 1997-février 1998) et une bourse en cours de l'Agence nationale de recherche sur le sida (mars 1998-mars 2000). Nous remercions ces institutions et également Claude Raynaud, Michèle Cros, Annie Hubert et Marc-Eric Gruénais, sans qui nos recherches et cet article n'auraient pas vu le jour. En outre, nous tenons à manifester notre reconnaissance à celles et ceux qui ont enrichi cet article de leurs relectures critiques: Claude Fay, Karine Delaunay, Madina Querre, Franck Eisenberg et, enfin, Ibete Cathy Eboko.

Concernant la question du sida, les associations et ONG, d'abord constituées et dirigées majoritairement par une partie du personnel biomédical, ont vu ensuite émerger de nouveaux acteurs. Les parcours de ceux-ci semblent confirmer les dynamiques transnationales du champ du sida au Cameroun. L'ensemble de ce « marché » se structure de concert autour de la dialectique Nord-Sud et des aléas de la vie politico-administrative locale. De la sorte, les compétitions scientifiques, économiques, statutaires et symboliques opposent des acteurs dont la nationalité n'est qu'une variable secondaire. Les mobilisations collectives et transnationales (associatives), dont une partie commence à se cristalliser autour des personnes atteintes par le VIH-sida, sont aussi orientées par les dynamiques de stratification et de reproduction sociale. Par conséquent, l'ethos qui fonde la légitimité du pouvoir et de l'expression publique au Cameroun (la masculinité, la notabilité et la séniorité) est aussi celui qui semble organiser les ébauches et les limites actuelles d'un « mouvement social » autour du thème du sida. Les différents niveaux de l'investissement international dans l'univers du sida au Cameroun, présentés dans ce texte, visent donc à montrer des processus de reproduction et de régulation des instances du pouvoir politico-administratif, autant que les limites actuelles de l'action sociale contre le sida.

Coopération internationale et sida : de la division du travail social international

Une lutte sous perfusion : les dynamiques du Nord dans un pays en crise

La lutte mondiale contre le sida intervient au Cameroun dans un pays qui pénètre dans une crise économique marquée par une décroissance progressive du PIB. D'après un rapport de la Banque mondiale, rendu public en décembre 1994, entre 1985 et 1993, le PIB a baissé de 6,3 % par an¹, ce qui représente une chute cumulée de la consommation de 40 % en huit ans. Pendant cette période, les économistes soulignent que « c'est le pays d'Afrique qui a connu, à partir de 1985, la régression la plus forte » [Hugon, 1996 : 35]. Les deux Programmes d'ajustement structurel (PAS) conclus par le Cameroun, en 1988 et en 1991, avec le Fonds monétaire international (FMI) vont contribuer à accentuer les effets sociaux de la crise. Dans le cadre de ces PAS (qui ont par ailleurs échoué), les effectifs de la fonction publique sont revus à la baisse et les agents de l'État endurent des réductions salariales dont la moyenne est de 60 %. Les secteurs de la santé et de l'éducation sont les plus pénalisés par cette chute des ressources de l'État. Même si la part du budget de la santé par rapport au budget de l'État est restée relativement stable jusqu'en 1992-1993, ce budget connaît néanmoins une baisse sensible en volume et en proportion depuis cette date ; de 5,21 % en 1992-1993, il représente, en 1997-1998, 2,58 % du budget de l'État, selon les sources officielles². À l'inégalité chronique de la répartition du personnel de

1 *MFI Économie-Développement*, n° 960, 6 décembre 1994.

2 Ministère de la Santé publique [1998], *Plan national de développement sanitaire (PNDS) du Cameroun : 1999-2008*, Yaoundé, multigr. : 6.

santé sur le territoire camerounais se sont ajoutées la baisse des effectifs et une nette « démobilisation » de ceux-ci [Kamdoum, 1994]. C'est dans ce contexte qu'intervient la gestion de la question du sida au Cameroun.

Lorsque le Programme national de lutte contre le sida est créé en 1987, sous les directives de l'OMS, le Cameroun s'est déjà doté d'un comité de suivi sur le sida fondé deux ans plus tôt. Ce dernier est né au début de l'année 1985, alors que le premier cas de sida n'est pas encore diagnostiqué dans le pays. L'initiative du Global Programme on Aids (GPA) de l'Organisation mondiale de la santé ne se heurte donc à aucune réticence, ni administrative, ni politique, au contraire de ce qui s'est passé dans d'autres pays [Dozon, Fassin, 1989]. Au contraire, il rencontre un écho favorable auprès du personnel médical du ministère de la Santé publique dont la direction de la santé est aux commandes de la question du sida. Le directeur de ce service en 1985, responsable du premier Comité national de lutte contre le sida (CNLS), accède en toute logique à la tête du PNLs en 1987. Les directives uniformisées édictées par le GPA [Fassin, 1994] sont formellement reprises, avec des fortunes diverses. Le Cameroun fournit les locaux du ministère de la Santé et le personnel; les financements proviennent d'abord de l'OMS, puis des agences de coopération bilatérale et multilatérale [Eboko, 1996].

La mise en place des différents axes de l'action contre le sida relève depuis bientôt quinze ans de réponses administratives qui n'ont pas de traduction dans le débat politique local. De 1985 à 1998, les différents partenaires dont les financements et les réseaux ont transité par le Cameroun ont rencontré des acteurs, étatiques et « civils », qui ont capitalisé de manière variable ces apports extérieurs. Ainsi, chaque pan de l'aide relative au sida, chaque organisme public ou non gouvernemental qui est intervenu dans l'univers de cette lutte ont permis l'émergence de nouveaux statuts sociaux et la réappropriation progressive et concurrentielle d'un programme initié, en grande partie, à partir de sollicitations extérieures.

De l'OMS au PNLs: directives internationales, dynamiques locales

Le Programme mondial de lutte contre le sida (GPA-OMS) a initié la mise en place des plans à court et moyen termes, de manière verticale. Les procédures de gestion administrative qui répartissent les axes de l'action entre comité consultatif et exécutif sont respectées. Le Cameroun choisit de désigner une unité qui particularise et renforce l'action du président du PNLs: l'Unité de lutte contre le sida (ULS) qui chapeaute l'ensemble du dispositif [Eboko, 1996 : 136]. De la multiplicité des actions conduites par le PNLs sous les directives de l'OMS, deux axes peuvent éclairer notre propos: la mise sur pied des enquêtes quantitatives et celle des messages d'IEC (information, éducation, communication), notamment par voie médiatique.

Dès 1989, le GPA décide de lancer des enquêtes quantitatives CAP (connaissances, attitudes, pratiques) et CACP (connaissances, attitudes, croyances et pratiques). Comme le rappelle Michel Caraël, sociologue à l'OMS à cette époque, pour des budgets variant de 20 000 à 100 000 dollars, « une partie du financement se faisait à travers les programmes nationaux de lutte contre le sida, une partie était fournie par l'OMS. On recrutait pour ce type d'enquête entre 20 et 30 interviewers,

hommes et femmes » [Caraël, 1993 : 32-33]. Ces enquêtes ont pour vocation de saisir des tendances générales pour orienter et préciser les campagnes d'IEC. Le Cameroun s'est inscrit parmi la vingtaine de pays africains qui a effectué ces enquêtes auprès de « groupes cibles ». Dans le cas qui nous intéresse, d'autres partenaires, notamment des ONG américaines et la coopération allemande, se sont joints à l'OMS pour financer ces études conduites par des chercheurs nationaux. Ces actions, au Cameroun, ont « ciblé » en priorité quelques « groupes sociaux » : les « prostituées », les transporteurs, les scolaires et étudiants, puis les militaires. La dynamique de ces recherches et « l'ouverture » qu'elles offraient vis-à-vis des partenaires précités ont parfois produit quelques biais spécifiques, indépendamment des « forces et faiblesses » liées à toute recherche, en l'occurrence quantitative. Certaines études sur des groupes dits « à risque » se terminent par des conclusions presque contraires au contenu des rapports. Une tendance à conclure à la prétendue « aversion culturelle » du préservatif contredisait souvent des données plus complexes qui révélaient davantage une protection différentielle suivant le type de partenaire.

Ce type d'enquêtes a également donné lieu à des études plus rigoureuses et moins circonstanciées émanant d'autres institutions nationales et/ou internationales (Oceac, Iford, centre Pasteur). Reste que les enquêtes à visée « opérationnelle » commanditées par l'OMS au début des années quatre-vingt-dix se sont inscrites dans une dynamique de la demande à laquelle a répondu la création, au Cameroun, d'un institut privé spécialisé : l'Iresco (Institut de recherche et des études de comportements). Il s'est donc bien agi pendant quelques années de positionnement d'acteurs « nouveaux » intégrant un « marché émergent du sida » [Delaunay, 1998], dans un contexte de pénurie. Les professionnels confirmés en matière de sciences sociales et politiques concernant le pays étaient pour leur part majoritairement engagés (scientifiquement) sur un autre « front » : le processus de « démocratisation » [Courade, Sindjoun, 1996; Mehler, 1997].

Un autre volet témoigne des contradictions dans le champ du sida : la diffusion de l'information par les médias. Le PNLS a nommé très tôt un journaliste professionnel pour diriger sa section IEC. L'OMS elle-même n'a pas ménagé ses efforts pour impliquer les acteurs locaux, en finançant des réunions organisées par le PNLS où les représentants des principaux organes de presse (télévision, radio, presse écrite) se sont présentés. Il s'agissait de les former sur les MST et le sida afin qu'ils puissent, de manière régulière, faire passer des messages de sensibilisation et de prévention par leurs supports médiatiques.

En se fixant comme point de départ de ce regard sur les médias le mois de juillet 1995, date de la formation, on peut souligner quelques faits saillants. L'IEC est passablement absente de l'antenne de la CRTV, la télévision nationale³; à la radio, en dehors des antennes des radios de Douala, elle demeure inégale. Entre les derniers mois de l'année 1995 et le début de l'année 1996, l'Union européenne lance des spots quotidiens à la télévision camerounaise, dont l'audience ne pouvait être

3 La Cameroon Radio Television (CRTV) diffuse un feuilleton (en anglais) bien connu ailleurs en Afrique : *Sida dans la cité* / *Aids in the City*.

meilleure (en raison de la diffusion des matchs de football de la Coupe d'Afrique des nations de janvier 1996). Ils n'ont pas été suivis de réalisations locales et cela s'explique sans aucun doute par les financements qu'ont demandés un certain nombre de journalistes aux bailleurs de fonds, pour intégrer à leurs programmes respectifs la « bonne parole ». À l'issue de leur formation, le coût du « plan média TV » pour six mois est évalué à un total de 15,6 millions de francs CFA. Le plan d'action du « groupe radio » est évalué à 2,6 millions de francs CFA et, enfin, le « groupe presse écrite » évalue ses besoins à un montant de 1,3 million de francs CFA par journal, plus 2,4 millions de francs pour une « publication spécialisée » commune⁴.

Cependant, en mai 1997, un journaliste de la télévision décide de monter une série de spots diffusant des messages de sensibilisation mettant en scène des personnalités de la scène sportive et médiatique locale. Sans demander ni financement, ni contrepartie financière, plusieurs artistes acceptent, à titre gracieux, son initiative. Avec l'aide d'un cameraman, il réalise les petits spots qui passent quelque temps à la télévision nationale. Il souligne: « Cela ne m'a rien coûté et certains artistes sont partis de Douala à Yaoundé à leurs frais pour les enregistrements. Aucun d'eux ne m'a demandé le moindre sou » (entretien personnel, Yaoundé, juillet 1997). Au vu des chiffres qui précèdent, les pressions qui ont conduit à l'arrêt de cette action bénévole ne nécessitent pas de commentaire particulier.

Coopération bi- et multilatérale: financements et positionnements locaux

Les principaux partenaires du Cameroun présents sur place ont participé peu ou prou à la lutte contre le sida. L'Union européenne a mis en place trois projets depuis 1987: un projet « jeunes », un autre sur la sécurisation transfusionnelle (réaménagement des banques de sang) et, enfin, un programme de formation du personnel de laboratoire. Ce dernier programme s'est appuyé sur le responsable de la section recherche au PNLS, à l'époque le D^r P. N., qui était devenu « la référence camerounaise » de l'Union européenne dans la lutte contre le sida. Son expérience et les compétences qui lui étaient reconnues dans ce secteur ont permis à ce spécialiste en immunologie d'asseoir sa réputation. Ceci n'est pas sans rapport avec la création, en 1995, d'une unité de production de kits de tests de dépistage du VIH (Camdiagnostic) dont l'ancien partenaire de l'Europe est le promoteur et qui bénéficie de financements canadiens et camerounais⁵. Entre-temps, le D^r P. N. est devenu « professeur agrégé » et a dirigé le PNLS pendant neuf mois en 1998; jusqu'à sa nomination à la tête de la faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'université de Yaoundé. Pour leur part, les ONG américaines et l'Usaid se sont surtout illustrées par leur action en matière d'IEC, de financement des recherches quantitatives aux côtés de l'OMS (FHI, Aidschap) et surtout du marketing social du préservatif, initié par le PSI (Population services international). Avant de se retirer officiellement de la sphère camerounaise, le PSI a contribué à la création d'un pro-

4 Ministère de la Santé publique [juillet 1995], *Rapport: Séminaire-Atelier de formation des communicateurs des médias publics et privés sur les MST-sida*, PNLS/OMS/GTZ/Aidscap, 70 p.

5 *Sidalerte*, 45, août 1995: 23.

gramme du même type dirigé par des Camerounais qui furent ses collaborateurs (enquêteurs, commerciaux): le PMSC (Programme de marketing social camerounais). Bien entendu, le PSI demeure le partenaire privilégié du PMSC. On retrouve dans cette structure, essentiellement, des commerciaux dont une partie a participé aux enquêtes CAP du début de la décennie. Ceux qui sont restés dans la « recherche » ont surtout intégré la structure créée à cet effet: l'Iresco. Après une période de financements actifs du PNLS et des recherches « sociocomportementales », la « Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit » (GTZ, agence de coopération technique allemande) a orienté son investissement vers des structures dites de proximité. Cette action s'est heurtée, selon une responsable de la GTZ, à certaines associations dont l'existence et l'action se sont limitées quelquefois au temps du financement. L'action la plus suivie de la GTZ en matière de soutien de la lutte de proximité concerne l'association des personnes vivant avec le VIH dont la GTZ finance les activités et le local obtenu par cette association, depuis peu, hors des structures hospitalières de Yaoundé où elle siégeait. Le soutien de la France en matière de sida se répartit entre deux pôles. Le Fonds d'aide et de coopération (FAC) occupe la partie septentrionale du pays, finance les actions en matière de recherche, d'IEC, et s'est nouvellement engagé dans la prise en charge psychosociale des personnes atteintes par le VIH-sida. L'autre volet de l'action de la France concerne le réaménagement et l'assainissement des hôpitaux de Douala et Yaoundé. La mission française de coopération vient de créer, à l'hôpital central de Yaoundé, un « hôpital de jour » pour les patients concernés par le VIH-sida.

Il est intéressant d'appréhender la manière avec laquelle les acteurs successifs à la tête du CNLS depuis 1985 ont capitalisé les ressources humaines, symboliques et statutaires, induites par les différents partenaires du Cameroun dans la lutte contre le sida.

La direction et l'action menée à la tête des PNLS africains sont, en général, des révélateurs des dynamiques d'investissement du champ biomédical et politico-administratif de chaque pays. Au Cameroun, l'évolution des acteurs qui ont occupé la tête du PNLS permet d'engager une réflexion en termes de « cursus ». Ceux-ci montrent, à travers une sphère immergée dans des relations internationales, des trajectoires typiques d'une situation socioéconomique difficile qui est en partie tempérée par les ressources liées à la lutte contre le sida. Le chevauchement de plusieurs positions (public-privé, étatique-civile) est un thème récurrent de la science politique africaniste, qu'illustre bien le contexte du sida au Cameroun; à cette nuance près que le but ultime du « cursus » et du chevauchement (*straddling*) a rarement eu de vocation politique, au sens électoral, pour les acteurs concernés ici.

« Le straddling ne se réduit pas à ce simple constat d'une sommation statique de positions. [...] Il ne s'agit pas en effet seulement d'additionner des positions diverses, mais d'utiliser une position pour en obtenir une autre, dans le même mouvement renforcer la position précédente ou changer de position en passant d'une position moins importante à une position plus importante » [Fauré, Médard, 1995 : 304].

En définitive, ces stratégies et ces cursus consistent à prendre appui sur une ou plusieurs institutions d'appartenance pour pénétrer un ou plusieurs réseaux que l'acteur s'approprie ensuite de manière personnalisée. Il semble utile de préciser

que cette appropriation ne débouche pas nécessairement sur des pratiques illicites qui sont par ailleurs dénoncées officieusement. Quelques exemples illustrent cette logique du « cursus ».

En 1985, le Pr. L. K. fonde le premier CNLS, deux ans avant les directives de l'OMS. Lorsque ces dernières interviennent en 1987, le professeur d'hématologie accède au rang de directeur du PNLS. À la création du CNLS, le Pr. L. K. est inspecteur général de la santé publique et hématologue au CHU.

La Conférence internationale sur le sida (CISA), tenue à Yaoundé en décembre 1992, est le premier point d'orgue révélateur de son positionnement. Maître d'œuvre de cette rencontre, le directeur du PNLS s'affirme, au sein des partenaires étrangers, comme un interlocuteur de premier choix. En 1993, il quitte le PNLS. Tout en restant à son poste au CHU, il devient le président local d'une ONG internationale dont le siège social était à Lyon : Sidalerte internationale. Il est accompagné à cette époque par le D^r L. Z., médecin biologiste, secrétaire général local de la même ONG et qui fut le secrétaire exécutif de ladite Conférence de Yaoundé. Depuis 1993 où le Pr. L. K. quitte le PNLS jusqu'à présent, son nom est resté assimilé à la lutte contre le sida au Cameroun. Au près du grand public et des médias, sous-informés sur la situation locale du sida, le Pr. L. K. est resté au long de toutes ces années le « Monsieur sida » du Cameroun.

L'introduction de la question sensible des antirétroviraux (ARV) au Cameroun illustre les ambiguïtés des logiques transnationales et des cursus induits ou reproduits par le sida. Après la réunion de Dakar, concernant les ARV en Afrique, le Cameroun a, à son tour, abrité un plateau international de spécialistes pour la « prise en charge thérapeutique des personnes victimes du VIH-sida » en novembre 1997. L'initiative relevait du laboratoire pharmaceutique MSD (Merck Sharp & Dohme) qui a financé ces « sessions de formation ». Le promoteur local de cette manifestation était le Pr. L. K., « en lieu et place » du PNLS qu'il avait quitté quatre ans plus tôt. La raison donnée par le représentant français de ce laboratoire britannique est sans appel : c'est « le Professeur » qui figurait dans son carnet d'adresse. L'acteur camerounais a assis la légitimité de la cérémonie en l'organisant sous l'égide de la faculté de médecine et des sciences biomédicales dont il fait par ailleurs partie. Deux grands absents marquaient le début des travaux : le PNLS et les représentants des personnes atteintes. À la faveur de travaux d'un intérêt et d'un niveau incontestables, auxquels participaient des spécialistes issus de trois pays (Cameroun, Côte-d'Ivoire et France) et reconnus pour leur compétence scientifique, on a assisté finalement à un événement dans l'organisation duquel les principaux intéressés ont été « oubliés », du fait d'une collusion d'intérêts et des modes particuliers de la reconnaissance internationale.

Une autre figure significative de ces processus est le membre de l'équipe du « Professeur » qui prend la tête du PNLS en 1993. Ce jeune médecin, très actif en matière de publications scientifiques sur le sida, est recruté en 1994 par l'agence de coopération technique allemande et affecté dans un pays anglophone africain. À l'occasion de la création de l'Onusida, il est engagé par le nouvel organisme et affecté cette fois à Genève depuis 1998.

À la fin de l'année 1995, c'est un « aîné » qui reprend la tête du PNLS. Après s'être illustré dans la recherche et la sensibilisation sur le sida chez les militaires,

c'est un médecin-colonel bénéficiant de multiples collaborations étrangères qui entre en scène. À partir de 1996, et parallèlement à ses activités au PNLS, « le Colonel » Mpoudi Ngolé coordonne un projet de recherche biomédicale et clinique du Programme sida de l'Orstom au Cameroun. Ce projet de recherche sur la variabilité génétique du VIH 1 est installé à l'hôpital militaire. En avril 1997, la direction du PNLS lui est retirée. Il garde la coordination du projet franco-camerounais, en plus de ses autres prérogatives sanitaires et militaires.

L'exemple du partenaire privilégié de l'Union européenne relève lui aussi de la construction de la logique du cursus. Chef de la section recherche du PNLS aux débuts de ce dernier, responsable du programme de la Commission européenne pour la formation des techniciens de laboratoire, chargé de cours puis professeur à la faculté de médecine, promoteur de Camdiagnostic, nommé directeur du PNLS en 1998, P. N. devient doyen de la faculté de médecine en 1999. Bien entendu, le rapport avec la vie politique locale, les incontournables « équilibres ethnorégionaux » et les processus sociohistoriques de stratification sociale [Bayart, 1979; 1989] sont directement imbriqués aux modalités de légitimation internationale de ces cursus. En effet, depuis le remaniement ministériel de décembre 1997, une querelle insidieuse semble opposer le ministère de la Santé et celui de la Recherche scientifique à propos du sida. Le nouveau ministre de la Recherche demande que tout ce qui concerne la recherche scientifique relève de sa tutelle, y compris la recherche sur le sida. Il a sollicité des institutions françaises en ce sens. Le nouveau ministre de la Santé revendique la responsabilité « patrimoine sida » et la conserve. Fort de la légitimité acquise à la direction régionale de l'OMS pour l'Afrique pendant une décennie, il procède à une refonte de la direction administrative en charge du sida. L'orientation du CNLS vers un Groupe technique central (GTC), composé de huit conseillers placés directement sous sa tutelle depuis le début de l'année 1999, témoigne de la volonté du ministre d'asseoir son autorité et son expérience dans l'univers du sida au Cameroun. Cette nouvelle dynamique institutionnelle semble aussi répondre à la volonté de « dépersonnalisation » de l'organe exécutif en charge de la lutte contre le sida. Pour autant, ce sont donc deux personnalités de même rang qui se sont « opposées » au sein du gouvernement, pour la gestion du sida. Cette « politisation » récente du sida ne peut être intelligible si on ne précise pas d'abord que les deux ministres sont issus de deux partis politiques différents au sein de « la majorité présidentielle » et, ensuite, que les ressources internationales du sida représentent un capital symbolique important pour celui qui en est le premier responsable.

Coopération, ONG, associations et État : les dynamiques plurielles de la dissonance internationale

La recherche scientifique : acteurs transnationaux, actions internationales sur un site propice

Depuis le début de la lutte contre le sida au Cameroun, la recherche biomédicale fondamentale et/ou clinique est le domaine où se rencontrent les idéologies de la manière la plus marquée et parfois contradictoire. C'est un des thèmes sur lesquels les chercheurs locaux ont refusé la problématique misérabiliste de

l'Afrique. Deux principes ont été soulignés de manière récurrente: les compétences des « Africains » en matière de recherche (avec son corollaire, le « manque de moyens ») d'une part et, d'autre part, la nécessité, formelle, de respecter toutes les procédures et les étapes de validation des recherches scientifiques (notamment par la confrontation de toute « découverte » à la critique et à l'approbation de la communauté scientifique mondiale). La presse officielle s'est inscrite de manière active dans cette trajectoire à chaque fois qu'un acteur institutionnel local ou un chercheur africain était ou pouvait être mis en cause. Lorsque des chercheurs kenyans ont annoncé la découverte du « Kemron » (un interféron) au début de l'année 1990, P. N., alors responsable de la recherche au PNLS, pouvait rappeler:

« L'Afrique a un retard par rapport aux pays occidentaux [...] à cause du manque de moyens. Cependant, [...] il existe des laboratoires de référence en Afrique et des Africains bien formés qui ont travaillé dans des laboratoires en Occident et qui peuvent réaliser des travaux d'un niveau élevé. [...] Toute découverte scientifique, qu'elle provienne de l'Afrique ou pas, doit être soumise à la critique des spécialistes mondiaux » [*Cameroon Tribune*, 18 avril 1990].

Le Cameroun fut ainsi un des cinq pays africains à soumettre le Kemron à des essais cliniques en 1990, sous le contrôle de l'OMS. Au bout de six semaines d'essai sur une vingtaine de malades, l'initiative devait être arrêtée pour cause de résultats insatisfaisants à moyen et à long termes. Le directeur du PNLS à l'époque, pouvait ainsi insister sur le fait que « l'OMS est un organisme qui travaille selon des critères scientifiques rigoureux. [...] [Elle] a demandé à ce que des études soient faites de façon scientifique et qu'on apporte la preuve irréfutable que le produit est vraiment actif. [...] Le produit doit d'abord passer par le cheminement scientifique » [*Cameroon Tribune*, 25 juillet 1990].

Du point de vue des recherches fondamentales, le Cameroun est le théâtre d'une intense activité internationale, depuis la découverte d'un sous-type du VIH 1 (sous-type O qui n'a été trouvé que sur des patients camerounais) au début de la décennie. Depuis cette époque, *tous* les sous-types connus du VIH 1 (sous-type M) ont été trouvés sur des patients camerounais. La remarquable variabilité du VIH 1 et la très grande diversité de ses sous-types trouvés au Cameroun placent de fait le pays au centre d'intérêts scientifiques capitaux. En outre, la forte homologie génétique et phénotypique des lentivirus simiens et du VIH 2, puis la plus relative parenté entre certains de ces SIV et le VIH 1 confortent l'intérêt majeur de ces recherches [Simon, Mauclère *et alii*, 1998 : 1032].

Dans son édition datée du 3 septembre 1998 et livrée dès la veille suivant sa tradition, le quotidien français *Le Monde* annonce la découverte d'un « nouveau virus » du sida au Cameroun. L'information révèle que « des chercheurs français ont découvert un nouveau virus du sida au Cameroun » et précise qu'il s'agit d'un nouveau sous-type du VIH 1 découvert par une équipe du centre Pasteur de Paris, « en collaboration avec le docteur [français] Philippe Mauclère (centre Pasteur du Cameroun, Yaoundé) ». La presse camerounaise rentre en scène dès le 3 septembre, c'est-à-dire le lendemain de la parution du *Monde*. *Cameroon Tribune*, le quotidien national bilingue, souligne la découverte du « nouveau virus »; il annonce qu'il « existe à présent le VIH 3 », « une équipe de chercheurs

français et camerounais [étant] à l'origine de cette découverte ». Le bihebdomadaire privé, *Mutations* (Yaoundé), intervient quelques jours plus tard pour souligner une « démarche de vulgarisation scientifiquement incorrecte », puis fustige « l'ignorance manifeste de la quasi-totalité des chercheurs du sida – du moins ceux qui travaillent au Cameroun – au sujet du nouveau virus⁶ ».

Les relations sociales tissées entre les organes de presse et leurs sources locales expliquent que la découverte de l'équipe du centre Pasteur de Paris, en collaboration avec celui de Yaoundé, ait pris les médias camerounais de court. En effet, le centre Pasteur de Yaoundé, qui est officiellement une institution camerounaise et régie comme telle par un décret présidentiel, passe pour être le « laboratoire des Blancs ». Les réseaux locaux de capitalisation des ressources et de promotion administrative ne passent que très peu par le centre Pasteur.

La dynamique de recherche y est incarnée par la coopération française, puisque son directeur est français. Nous avons déjà souligné les modalités de la « sélectivité » de l'information sur le sida par les différents médias camerounais. C'est par le prisme du « politique » qu'on peut saisir les motivations des journalistes qui ne vont pas « chercher » l'information au centre Pasteur, étant entendu qu'il n'y a ni « l'aîné social » qui permettrait de politiser l'information, ni l'attrait du *per diem* (le *gombo*, en terme local) qui les conduit aux réunions et séminaires financés par quelques bailleurs internationaux. Deux autres faits indépendants viennent rajouter à la « confusion ». En premier lieu, la démarche des scientifiques, comme à l'accoutumée, s'est dirigée vers les canaux susceptibles à leurs yeux de la valoriser: une revue scientifique de renom, un journaliste spécialisé (médecin) au sein d'un quotidien français. Ensuite, *last but not least*, si l'équipe du Cameroun était bien binationale, pour la recherche précise en question, il n'y avait aucun scientifique local mais des techniciens qui formaient ce que le Dr Maublère a appelé son « équipe de choc ». Les publications précédentes du centre Pasteur, ayant impliqué des scientifiques camerounais, hors réseaux politico-administratifs, n'avaient provoqué ni l'euphorie des journaux locaux, ni leur courroux. Pourtant, des équipes « mixtes » formées de locaux et d'Occidentaux se sont lancées depuis quelques années dans ces travaux sans que la presse soit toujours au fait de leur évolution.

Dans ce contexte, trouver deux équipes différentes sur le « même terrain » n'est pas surprenant. Lorsque des recherches similaires sont pratiquées sous la responsabilité scientifique de laboratoires issus d'un même pays (la France), l'État camerounais peut se muer en spectateur d'oppositions qui frisent quelquefois « l'incident diplomatique » franco-français. Celui-ci masque alors, dans ces cas, sous les labels « nationaux », des compétitions scientifiques qui opposent des laboratoires français entre eux et des équipes franco-camerounaises entre elles.

Des logiques similaires président à la répartition et à l'action des associations de lutte contre le sida au Cameroun.

6 *Le Monde*, 3 septembre 1998; *Cameroon Tribune*, 3 septembre 1998; *Mutations*, 14 septembre 1998.

Une répartition géographique inégale et significative : centres et périphéries d'une dynamique Nord-Sud

Sur les 66 associations répertoriées par le PNLS, les deux tiers (51) sont basées à Yaoundé, la capitale administrative et politique, dans la province du Centre qui en compte au total 53. Au-delà du listing officiel, d'autres structures associatives et actives ne figurent pas dans la ligne de mire du PNLS.

Sur les dix provinces administratives que compte le pays, quatre ne comportent officiellement aucune structure associative relative au sida : l'extrême Nord (à la frontière du lac Tchad), la province du Nord, l'Est province frontalière de la République centrafricaine et le Sud qui est « représenté » sur la liste par un cabinet médical qu'on peut difficilement considérer comme une « association ». Douala et la province du Littoral comptent quatre associations. Limbé et le Sud-Ouest possèdent quatre organisations de ce type. L'Ouest et Bafoussam, son chef-lieu, sont représentés par une association dont le président n'est autre que le vice-président d'une ONG internationale basée à Yaoundé. Cette ONG internationale est répertoriée à Yaoundé et on peut penser que l'association de Bafoussam, vu ses objectifs affichés, est un continuum provincial de l'organisation sise dans la capitale, même si les dénominations officielles diffèrent. Le Nord-Ouest et Bamenda possèdent deux ONG. Une enquête menée sur place a permis de rencontrer trois autres structures très actives, non recensées par les services de Yaoundé. Enfin, la province de l'Adamaoua (voisine du Centre et du Nord) compte une association de développement rural ayant choisi de mener des campagnes IEC.

Cette répartition géographique suit une logique duale entre la proximité des organismes internationaux et les initiatives de mobilisation contre le sida. La GTZ couvre trois provinces : le Littoral, le Sud-Ouest et le Centre. Elle y finance les projets d'IEC et surtout soutient les différentes activités de l'association des séropositifs et leurs proches dont elle est le principal support financier. La mission française de coopération vient de financer la création d'un hôpital de jour à Yaoundé destiné aux patients atteints du VIH-sida. Le Fonds d'aide et de coopération (FAC, France) couvre la province du Nord pour les activités d'IEC et les initiatives en matière de prise en charge des patients de cette province, avec la participation de l'AFSU de Yaoundé dont les membres sont en train de créer une antenne dans le chef-lieu du Nord, Garoua⁷.

Les autres provinces sont sujettes à un « vide » relatif que tentent de combler des actions de missions chrétiennes, comme à Kumbo, petite localité du Nord-Ouest, où l'hôpital de la Mission catholique héberge des personnes infectées par le VIH ou atteintes du sida. Les frontières camerounaises sont particulièrement pénalisées par leur éloignement du « centre » du pays et, de fait, du « Cameroun utile »... Ces associations montrent à leur tour des processus de capitalisation des partenaires étrangers. C'est l'illustration du projet sida conduit par l'Église évangélique du Cameroun (EEC) et l'ONG française « L'Appel ».

7 Pour les missions assignées au FAC-sida en Afrique, voir Kereoudan [1998 : 207-219].

Le programme sida EEC-L'Appel : une illustration de l'enjeu Nord-Sud

En 1994, le « département jeunesse » de l'EEC à Douala et l'association française « L'Appel » lancent un programme sida. L'Appel finance des campagnes d'IEC et la formation des jeunes animateurs issus de la jeunesse évangélique de Douala. Les financements de L'Appel pour ce programme sont assurés par l'Union européenne. Après quatre années d'activité, le programme compte 153 animateurs opérationnels dont les actions se répartissent sur 12 régions synodales et 30 « antennes » correspondant chacune à un arrondissement camerounais. L'action circonscrit deux grandes provinces camerounaises, le Littoral et l'Ouest. Les jeunes de ce programme sida sont de fait inféodés à deux tutelles : celle de la hiérarchie de l'Église et celle des partenaires parisiens. Ce double ancrage place les animateurs bénévoles dans une position que les conflits au sein de la hiérarchie de l'EEC rendent inconfortable. Leur formateur et interlocuteur au sein de l'église, un médecin, subit la tutelle de l'autorité proprement religieuse qui voudrait avoir un contrôle plus direct sur le programme sida et les jeunes. Dans le même temps, les partenaires parisiens tentent de passer outre ces conflits en insistant sur l'action des jeunes qui doivent rendre des comptes, conformément au contrat entre l'EEC et L'Appel. Les déplacements de ces jeunes (qui se répartissent en étudiants et jeunes travailleurs) et leurs activités personnelles représentent, pour les acteurs français, des soucis qui semblent majeurs. L'action sida intervient ici dans un contexte où ces jeunes (de 18 à 30 ans) essaient de s'autonomiser par des voies multiples, avec les contraintes sociales récurrentes dans les villes africaines [Marie, 1997]. L'action contre le sida relève de choix spirituels mais est aussi le moyen d'être en contact avec « l'étranger » par l'intermédiaire des deux médecins français qui sont leurs principaux interlocuteurs réguliers.

L'impression qu'ont ces jeunes d'être « surveillés » plus que de raison n'est pas fortuite. Ils sont au centre d'enjeux dont ils sont simultanément un maillon lointain et la ressource humaine principale. La diversification des activités que L'Appel souhaite apporter au programme (prise en charge psychosociale des personnes atteintes) les place en position de force grâce au partenaire français mais les met dans une posture délicate face aux désaccords des « anciens » de l'église. En définitive, le programme sida de l'EEC-L'Appel représente donc l'interface de trois logiques qui peuvent conduire à une aporie : L'Appel finance ce programme sida grâce à l'apport de la coopération française et de l'Union européenne (100 millions de francs CFA en cinq ans), les cadres de l'EEC fournissent et encadrent les jeunes bénévoles qui agissent sur le « terrain » au nom de leur foi religieuse et des liens « fraternels » renforcés par cette mobilisation commune. À la fin de l'année 1999, le projet arrive officiellement à son terme pendant que chacune des trois parties en question se demande si l'action entreprise contre le sida survivra à l'arrêt des financements.

*Les personnes infectées et affectées au cœur du dispositif
« communautaire » à Yaoundé : le mouvement social contrarié ?*

L'association des Frères et Sœurs unis (AFSU) regroupe des personnes atteintes et des personnes affectées par le VIH-sida, en l'occurrence les veuves et

les orphelins⁸. Implantée officiellement à Yaoundé, Douala et Limbé (Sud-Ouest), l'association vit surtout dans la capitale camerounaise. À Douala, elle est inféodée à la Society for Women Against Aids in Africa (la SWAA) qui est en quelque sorte son porte-voix et le principal « pôle sida » de la société dite « civile » dans la capitale économique.

Depuis sa naissance légale en 1994 jusqu'à son début de reconnaissance par les médias en 1998, l'histoire de l'association témoigne d'un « cursus » individuel et collectif significatif de l'ensemble de la situation camerounaise. L'AFSU représente d'abord la volonté d'un homme dépisté en 1987, alors qu'il avait 20 ans. Ce patient asymptomatique va devenir un allié de poids pour les médecins. De cas clinique, il devient vite un partenaire précieux des médecins dans l'annonce de la séropositivité. Son engagement, sa bonne santé et sa bonne volonté lui valent la reconnaissance et l'empathie d'une grande partie de l'univers du sida. C'est après une réunion internationale à Londres en 1991 et la confrontation amicale avec des associations anglophones africaines qu'il décide de suivre l'exemple « associatif ». Après un passage commercial dans une ONG américaine, il crée donc l'AFSU. Cette association est restée presque inconnue du grand public jusqu'en 1998. Pendant quatre ans elle obtient néanmoins des soutiens internationaux, notamment celui de la GTZ. Pour autant, son action se limite à de la solidarité entre membres : soutien psychosocial, petites aides matérielles aux veuves et orphelins. Le volet « revendicatif » ou militant semble hors d'atteinte malgré la volonté des membres d'être entendus par les responsables « d'en haut » dont les décisions engagent leur devenir. La stigmatisation générée par cette « maladie de la honte » et le contexte de dramatisation des messages de prévention (« le sida tue ») n'aident pas les membres de l'AFSU à sortir de l'ornière.

Ils effectuent des témoignages en petits groupes et les médecins les sollicitent pour témoigner à « visage découvert » à la télévision. L'exclusion subie par une sociétaire de l'association, après un témoignage télévisé, fait désormais partie de la « mémoire » de l'association : retrait des enfants, séparation familiale, éviction de certains centres de soins et décès. L'appel aux « témoignages » est un idiome qui répond aussi à une stratégie de certaines ONG dont certains projets sont financés dans ce sens. Elles peuvent ainsi remplir une fonction « d'opérateur » et d'intermédiaire entre le bailleur et « les séropositifs » dont la seule parole entendue semblait être dictée par certaines ONG légitimées par les médecins qui les dirigent.

Le cursus du président de l'AFSU le situe à l'interface de deux logiques. Il est en face de la double gestion de sa promotion socioprofessionnelle et de la reconnaissance individuelle acquise dans le « milieu transnational » du sida d'une part et, d'autre part, du souci constant de capitaliser ces facteurs au profit de l'association sans être « le visage du sida » qu'on voudrait qu'il devienne.

La double tutelle des hôpitaux publics où siégeaient l'association et des ONG promues par des « agents doubles » (agents de l'État et responsables d'ONG) fut

8 « *Infected and affected people* », suivant la terminologie anglaise reprise par Christophe Cornu [Cornu, 1998 : 30-34].

pendant quatre ans le lot quotidien de l'AFSU. La particularité sociologique de l'effectif de cette association aggravait cette double inféodation : la situation sociale de la majorité des membres, des veuves ou des mères célibataires notamment, relève souvent de l'indigence.

La proximité de la tutelle administrative rendait difficile l'affirmation de leur autonomie par rapport au pouvoir biomédical. En outre, le fait d'attendre que les projets proposés à des bailleurs de fonds soient d'abord construits par des ONG intermédiaires relativisait encore plus leur capacité d'initiative. Les représentations sociales de la maladie, la « médicalisation » ou le catastrophisme du discours officiel rendaient caduques toutes leurs velléités de contestation du monopole exercé par les médecins. Quelle est la logique d'une prévention dont le maître mot est « le sida tue » et qui appellent aux témoignages télévisés de personnes dont le but est de « vivre avec » ? Le sida illustre, à sa manière, une mystique du lien social au Cameroun, de manière similaire aux représentations sociales et politiques du thème de la sorcellerie (accusations arbitraires, cibles et victimes désignées en fonction de rapports de domination, notamment). Cela semble aussi valable dans la dynamique des rapports Nord-Sud, dans la stratification sociale et politique, que dans les relations homme-femme et aîné-cadet. Pour cette raison, le sida peut être comparé à un « virus sorcier » [Eboko, 1999]. Lorsque les personnes atteintes sont « poussées » à témoigner à visage découvert au motif de « convaincre les Camerounais que le sida existe », on atteint un point majeur de cette mystique du lien social. D'abord parce qu'il n'existe pas de lien de cause à effet entre l'expansion de la pandémie au Cameroun et une « (non-) croyance au sida » et, ensuite, parce que le coût social de cette confrontation avec le public semble impossible à assumer pour les personnes atteintes, dans la situation actuelle. Le préalable qui serait de dédramatiser le sida dans l'optique de faire accepter qu'on peut « vivre avec » n'est pas atteint. L'exemple des exclusions familiales subies par des membres de l'association, en l'occurrence des femmes, à la suite de témoignages publics, incite à la prudence. Ce n'est que très récemment que la presse a commencé à réaliser qu'une meilleure connaissance de l'association, de ses objectifs et de ses difficultés est un enjeu important⁹ et une condition préalable pour « médiatiser » ce nouveau lien social en construction autour de l'association, « banaliser » le fait de vivre avec le VIH et, enfin, éviter un effet de démonstration et d'exposition spectaculaires de la « maladie ». C'est dans cette optique que l'on commence à prêter aux personnes atteintes « un rôle central à jouer dans la mise en œuvre du programme en raison du leadership qu'elles exercent dans ce domaine » [*Le Messenger*, 2 décembre 1998], après avoir été l'objet de stigmatisation ou de curiosité compassée.

Depuis 1997, l'association est rejointe par des personnalités qui veulent promouvoir leur action : journalistes, comédiens, chercheurs ou enseignants.

Pour autant, il serait illusoire, pour l'instant, de voir dans la dynamique développée autour de l'AFSU un « mouvement social ». Celui-ci se distingue d'une

9 Avec la collaboration de l'AFSU, nous avons soumis au journal *Mutations* un article présentant l'association, son histoire et ses objectifs. Cf. Fred Eboko, « Vivre avec le VIH au Cameroun. À partir de l'association des Frères et Sœurs unis », *Mutations*, 152, 21 septembre 1998 : 15.

simple mobilisation collective car il désigne, par définition, une action contre le pouvoir institutionnel [Neveu, 1996 : 11]. L'ensemble des travaux sur l'action collective et les mouvements sociaux s'accordent sur un point central qui distingue la première des seconds : leur tendance historique à la politisation. Ainsi peut-on souligner qu'un mouvement social est « la signification la plus haute d'une action conflictuelle, dans laquelle un sujet se dresse contre les méthodes de rationalisation des acteurs dirigeants, met en cause leur pouvoir, la façon dont ils pensent et dirigent l'historicité » [Wieviorka, 1995 : 209]. Dans l'exemple du Cameroun, la remise en cause du pouvoir biomédical n'est pas à l'ordre du jour. Le leadership de l'association est assuré par un jeune homme dont l'ascension et le statut actuel sont liés au pouvoir des médecins et à la reconnaissance des réseaux transnationaux marqués par le même pouvoir. Même dans les cas de détournement de fonds dénoncés par l'association des personnes atteintes, elles se résignent au silence et évitent la confrontation directe avec les « responsables », arguant que « la puissance » de ces derniers leur serait préjudiciable. En outre, les représentations sociales de la maladie relèvent encore du registre de la « honte » et altèrent l'efficacité d'une action publique de la part des personnes atteintes, si cette initiative est isolée. Pour cette raison les « nouveaux acteurs civils » qui commencent à entourer l'association peuvent contribuer à la légitimation de certaines de leur revendications.

C'est grâce à ce type de collaboration que l'action collective peut s'orienter vers un mouvement social qui pourrait amener l'ensemble de la société camerounaise à se reconnaître peu ou prou dans la lutte contre le sida. La situation est donc différente de celle qui a promu par exemple un mouvement social pour la démocratisation. Celui-ci épousait des répertoires disponibles et reconnus socialement, car « tout mouvement social est confronté à une palette préexistante de formes protestataires plus ou moins codifiées, inégalement accessibles selon l'identité des groupes mobilisés » [Neveu, 1996 : 21]. Il n'est pas exclu que la légitimité des personnes ressources de l'association n'aide pas à une meilleure visibilité de cette dernière. Néanmoins, il semblerait encore précoce de parler d'une « épidémie progressiste » comme le suggère D. Durand à propos de la France [Durand, 1996 : 301-305] ou d'une fonction de « réformateur social » comme l'évoque C. Cornu dans le cas d'Abidjan [Cornu, 1996; Defert, 1989]. Au Cameroun, comme dans d'autres pays africains francophones, il s'est agi jusqu'à présent de ce nous pourrions appeler une « épidémie du conservatisme » que quelques éléments tentent petit à petit d'infléchir ou de « civiliser » en face du pouvoir biomédical.

*

L'évolution de la question du sida au Cameroun révèle des processus internationaux classiques. La gestion des déséquilibres mondiaux, via les organisations internationales, induit des réseaux particuliers et procure à certains acteurs les moyens de réorienter ceux-ci à leur profit et de les « capitaliser ».

L'exemple camerounais illustre une problématique ancienne d'instrumentalisation de l'opposition Nord-Sud que l'État camerounais maîtrise de manière magistrale. Avant que surgisse le problème du sida et parallèlement à lui, ces

stratégies transnationales, qui dépassent les États sans les nier totalement, ont donné lieu à des analyses désormais classiques. Ainsi, peut-on reprendre, dix ans après, cette analyse de J.-F. Bayart :

« Loin d'être prisonniers de leur très réelle vulnérabilité, les gouvernements africains usent, parfois avec talent, des ressources d'une dépendance dont on ne soulignera jamais assez combien elle est savamment fabriquée, autant que prédéterminée » [Bayart, 1989 : 48].

De la même manière, et parlant de sida, Didier Fassin a insisté sur l'impossibilité heuristique « de traiter des faiblesses et des carences des programmes nationaux comme une simple question technique, ponctuelle et isolée. En fait, écrit-il, elles mettent en cause des problèmes politiques, structurels et globaux de la santé publique et de la coopération internationale » [Fassin, 1994 : 2].

L'évolution des logiques de la lutte contre le sida au Cameroun semble mettre en exergue deux tendances, voire deux ethos : un ethos de la manducation politique favorisée par certains réseaux transnationaux d'une part, et, d'autre part, un ethos d'une solidarité réelle « par le bas » qui se construit lentement autour des personnes atteintes. Ces dernières commencent à prendre la véritable mesure du « combat », aidées en cela par des acteurs locaux et étrangers. Ces différents réseaux, qui sont loin d'être étanches, montrent petit à petit une volonté « civile » et transnationale, elle aussi, de prendre part à une lutte contre la pandémie mais aussi, plus insidieusement, contre le pouvoir biomédical. Ce dernier a su anticiper en premier sur la demande des organisations internationales qui prônaient l'action d'une société dite « civile ». La question des soins et du soutien aux malades, autant que celle de la prévention rencontrent des volontés disparates mais réelles qui visent à infléchir le monopole du discours et de l'action « normative » de la biomédecine sur les relations sociales et la gestion personnelle des corps en temps de sida. Ce qui semble s'ébaucher pourrait représenter l'alternative à ce que Michel Foucault appelait la « biopolitique », à savoir « le droit de faire vivre et de laisser mourir » détenu par le pouvoir médical [Foucault, 1997 : 214]. La réorganisation, début 1999, de la lutte contre le sida, insufflée par le nouveau ministre de la Santé, la dynamique de communication et d'information destinée à impliquer le plus grand nombre d'acteurs locaux possibles et l'ambition d'ériger le district de santé (cellule de base de l'organisation sanitaire) permettent sans doute d'envisager de nouvelles perspectives au Cameroun. Le recul vis-à-vis de cette dynamique n'est pas encore suffisant pour en tirer des analyses significatives.

L'inflexion venue de la société civile emprunte elle aussi les voies de la solidarité internationale, parfois des ressources similaires dans un contexte où la bipolarité Nord-Sud cesse d'être opératoire. Elle cède le pas à un espace où « le citoyen passe de moins en moins par son État pour pénétrer la scène internationale, tandis que la société civile s'internationalise sans trop de difficultés » [Badie, Smouts, 1992 : 17].

La lutte contre le sida, malgré des apparences dépolitisées, s'opère au sein de l'espace politique de la santé qu'il faut analyser avec précision pour insister sur les niveaux de l'enjeu : « incorporation de l'inégalité, pouvoir de guérir et gouvernement de la vie... » [Fassin, 1996 : 4]. Lorsque les autorités camerounaises, il y a dix

ans, évoquaient une « catastrophe » alors que leur pays était classé parmi les moins atteints en Afrique, et qu'elles miment aujourd'hui le même ton d'une urgence très réelle – « la séroprévalence est passée de 0,5 % en 1988 à 6,5 % en 1997, soit une augmentation de 130 % en neuf ans dans la population générale [Ministère de la Santé, *PNDS 1999-2008, op. cit.*] –, elles expriment une tactique et une formalité politiques. Celles-ci peuvent leur permettre ensuite d'évaluer les besoins du PNLs à 1,5 milliard de francs CFA¹⁰. Par là même, l'État africain montre qu'il participe à des dynamiques internationales dont il gère des priorités sans les choisir. Il sait, et le montre, que sa position officielle de receveur se double de celle d'un client chargé d'agir pour « contenir la maladie », là où elle est censée être potentiellement la plus problématique pour le reste de la planète. Au vu de certaines incohérences internationales dans le champ du sida en Afrique noire, il conviendrait néanmoins de distinguer certains niveaux de responsabilité et d'investissement. Si la réalité de l'Afrique est incontestablement marginale et vulnérable, elle ne peut néanmoins faire l'économie d'une question essentielle déjà posée par Mathieu Verboud : « Qui oublie l'Afrique sinon ceux qui sont justement chargés de s'y intéresser ? » [Verboud, 1997 : 25].

BIBLIOGRAPHIE

- BADIE B., SMOUTS M.-C. [1992], *Le Retournement du monde. Sociologie de la scène internationale*, Paris, Presses de la FNSP et Dalloz, 249 p.
- BAYART J.-F. [1979], *L'État au Cameroun*, Paris, Presses de la FNSP.
- BAYART J.-F. [1989], *L'État en Afrique. La politique du ventre*, Paris, Fayard, 439 p.
- CARAËL M. [1993], « Bilan des enquêtes CAP menées en Afrique: forces et faiblesses », in J.-P. Dozon, L. Vidal (éd.), *Les Sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Abidjan, Gidis-Orstom: 27-37.
- COURADE G., SINDJOUN L. (éd.) [1996], *Le Cameroun dans l'entre-deux. Politique africaine*, Paris, Karthala.
- CORNU C. [1996], *Les Associations des personnes vivant avec le VIH-sida à Abidjan, Côte-d'Ivoire: le malade du sida, réformateur social en Afrique subsaharienne?*, mémoire de DEA, IEDES, Panthéon-Sorbonne, Paris-I, 153 p.
- CORNU C. [1998], « Émancipation et engagement des personnes atteintes, réduire l'écart », Genève, ANRS, *Le Journal du sida*, Transcriptas, numéro spécial: 30-39.
- DEFERT D. [1989], « Le malade réformateur », *Sida 89*: 14-17.
- DELAUNAY K. [1998], « Des ONG et des associations: concurrences et dépendances sur un "marché du sida" émergent. Cas ivoirien et sénégalais », in J.-P. Deler et alii (éd.), *ONG et Développement. Société, économie, politique*, Paris, Karthala: 115-141.
- DOZON J.-P., FASSIN D. [1989], « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique », *Sciences sociales et Santé*, 7 (1): 21-36.
- DURAND D. [1996], « Le sida, "épidémie progressiste" ? », in J. Benoist, D. Desclaux (éd.), *Anthropologie et Sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala: 301-305.
- EBOKO F. [1996], « L'État camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie du sida », *Politique africaine*, 64: 135-145.
- EBOKO F. [1999], « Risque-sida, pouvoirs et sexualité. La puissance de l'État en question au Cameroun », in G. Courade (éd.), *Le Cameroun face à ses incertitudes*, à paraître.

10 *Le Messenger*, 2 décembre 1998.

- FASSIN D. [1994], « La mémoire courte. Coopération internationale et lutte contre le sida en Afrique », *Sociétés d'Afrique et Sida*, 5 : 2-3.
- FASSIN D. [1996], *L'Espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Puf, 324 p.
- FAURE Y., MÉDARD J.-F. [1995], « L'État-business et les politiciens entrepreneurs », in Y. Faure, S. Ellis (éd.), *Entreprises et Entrepreneurs africains*, Paris, Karthala: 289-309.
- FOUCAULT M. [1997], *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France 1976*, Paris, coll. « Hautes études », Gallimard-Le Seuil, 283 p.
- HUGON Ph. [1996], « Sortir de la récession et préparer l'après-pétrole: le préalable politique », *Politique africaine*, 62: 35-44.
- KAMDOUM A. [1994], *Planification sanitaire et Ajustement structurel au Cameroun*, Paris, Les Dossiers du Ceped, 23, 37 p.
- KEROUEDAN D. [1998], « La Coopération française et la lutte contre le sida en Afrique francophone: le cas de la Côte-d'Ivoire, 1987-1997 », *Observatoire permanent de la coopération française 1998*, Paris, Karthala: 207-219.
- MANN J. [1996], « L'égalité devant la santé dans un monde d'inégalités. Un défi », *Prévenir*, 30: 217-224.
- MARIE A. (éd.) [1997], *L'Afrique des individus*, Paris, Karthala, 438 p.
- MÉDARD J.-F. [1992], « Étatisation et désétatisation en Afrique noire », in J.-F. Médard (éd.), *États d'Afrique noire. Formations, mécanismes et crises*, Paris, Karthala: 355-365.
- MEHLER A. [1997], « Cameroun: une transition qui n'a pas eu lieu », in J.-P. Daloz, P. Quantin (éd.), *Transitions démocratiques africaines*, Paris, Karthala: 95-138.
- NEVEU É. [1996], *Sociologie des mouvements sociaux*, Paris, coll. « Repères », La Découverte, 123 p.
- SIMON F., MAUCLÈRE P. *et alii* [1998], « Identification of a New Human Immunodeficiency Virus Type 1 Distinct from Group M and Group O », *Nature Medicine*, 4 (9): 1032-1036.
- VERBOUD M. [1997], « Le confort du silence des sciences sociales », *Le Journal du sida*, 94: 24-28.
- WIEVIORKA M. [1995], « Plaidoyer pour un concept », in F. Dubet, M. Wiewiorka (éd.), *Penser le sujet. Autour d'Alain Touraine*, colloque de Cerisy, Paris, Fayard: 209-220.

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.

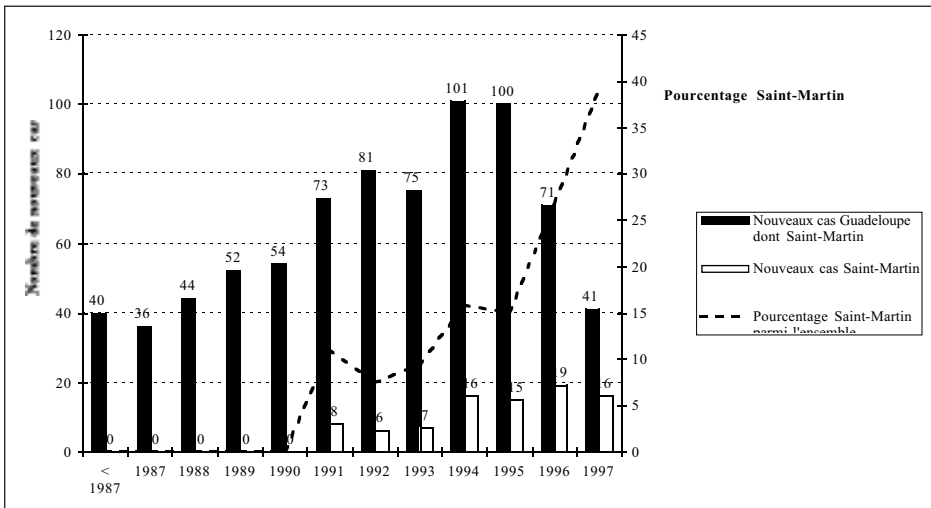
L'épidémie était d'autant plus sous-estimée que nombre de personnes résidant à Saint-Martin, par souci d'anonymat et de soins meilleurs, préféraient faire le test de dépistage et être pris en charge en dehors de l'île. Le lieu et le jour de la consultation mensuelle du CISIH Guadeloupe étant connus par 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.

BIJAK BERWASPADA TERHADAP



Jika anda atau pasangan anda ada melakukan mana-mana aktiviti yang di atas, anda mungkin terdedah kepada HIV, virus yang menyebabkan AIDS. Lindungi diri anda. Ketahuilah ABC.

Anda
jauhkan

Bersifat
satu sahaja
pasangan anda

Caraguna
gunakan penghalang

Amalkan Cara Hidup yang Sehat Untuk Menjalakkan AIDS.
Ditubuhkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia dan HEAL Programme.



Malaysia. Les tentations et les perversions de l'Occident (photo : S.Vignato).

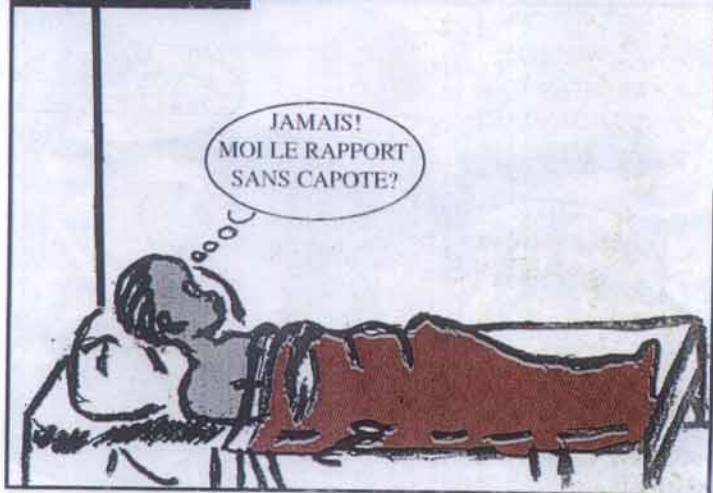


Extraits d'une bande dessinée de sensibilisation et d'information sur le sida (L'Aventure des jumeaux, Palm International Mail, projet MST/Sida, appui financier Usaid, Bamako, Bali).

SOUVENIR DU CONSEIL DE SA MAMAN



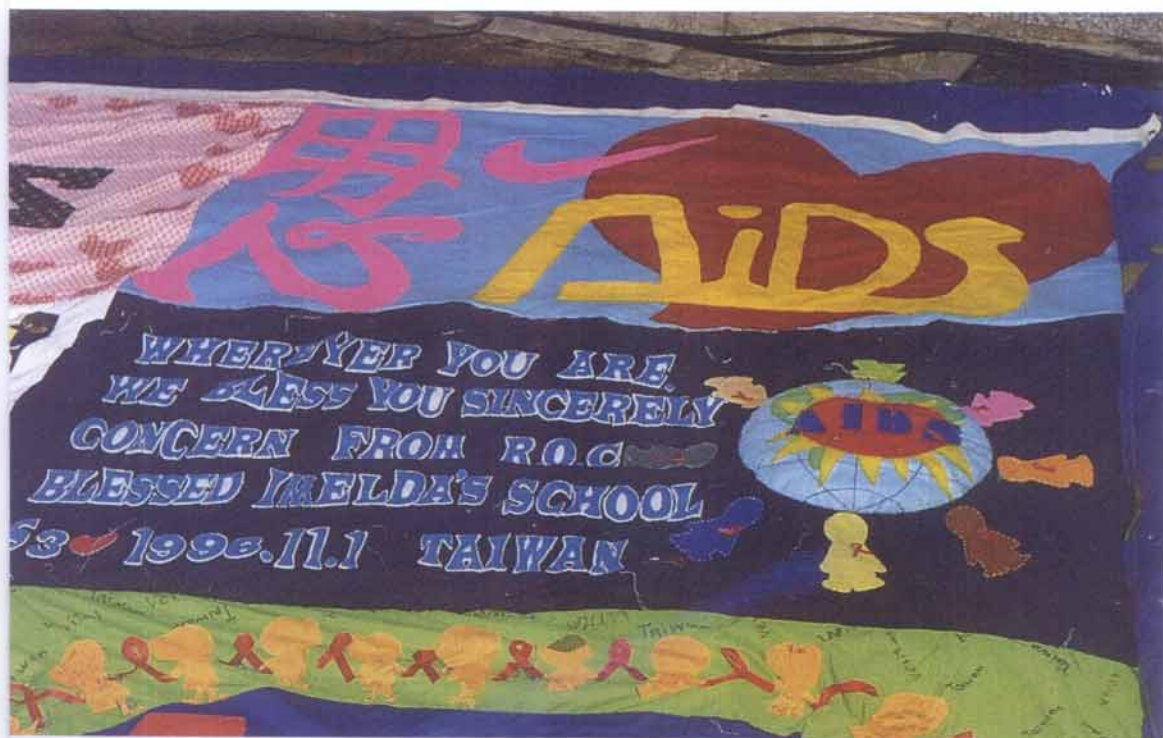
DANS SA CHAMBRE



Extraits d'une bande dessinée de sensibilisation et d'information sur le sida (L'Aventure des jumeaux, Palm International Mail, projet MST/Sida, appui financier Usaid, Bamako, Bali).



Taiwan, Taipé. Détail du « patchwork » japonais exposé lors de la journée mondiale de lutte contre le sida (photo : É. Micollier).



Taiwan. Détail d'un panneau en anglais ; les deux caractères chinois « yongxin » signifient « avec le cœur » (photo : É. Micollier).



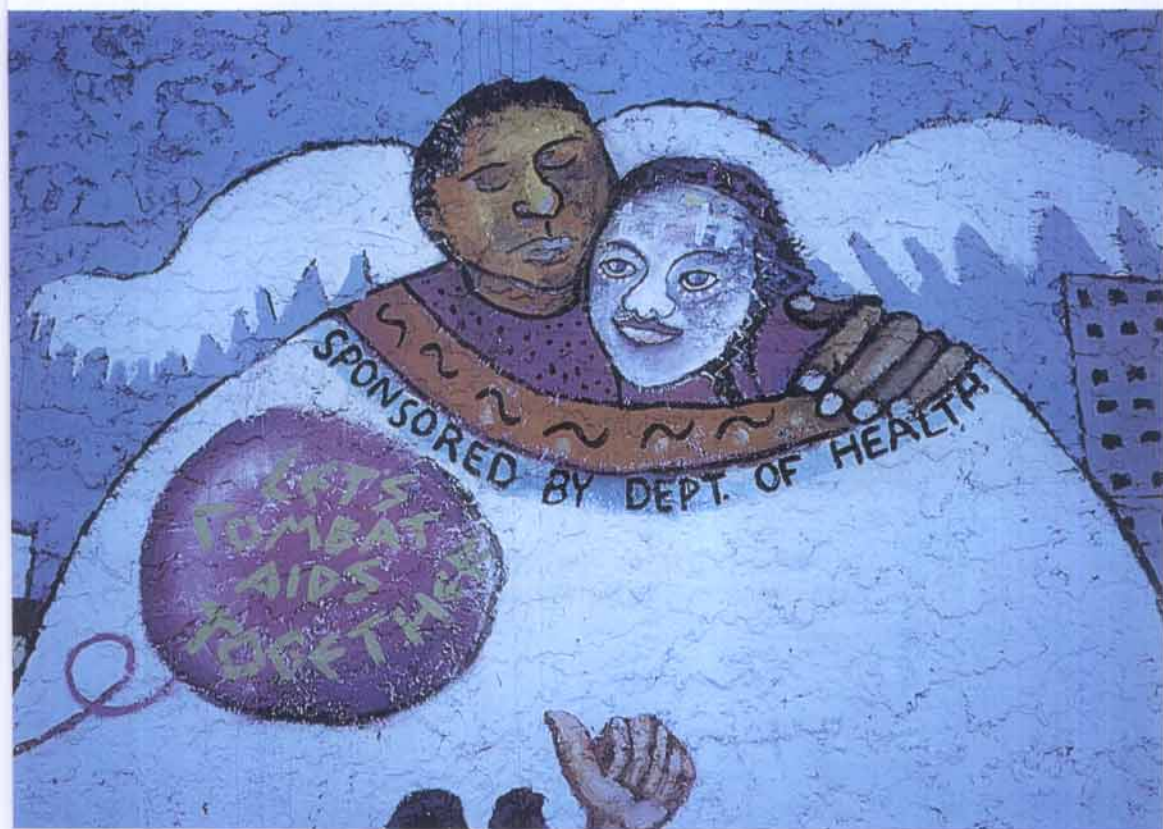
Afrique du Sud, Batho, Bloemfontein, province du Free State. Mur peint réalisé par Apt Artworks et des artistes locaux (photo : É. Deliry-Antheaume).



Afrique du Sud, Le Cap, Guguletu. Peinture murale réalisée par des artistes locaux, campagne « Sida, un nouveau combat » commanditée par le ministère de la Santé (photo : É. Deliry-Antheaume).



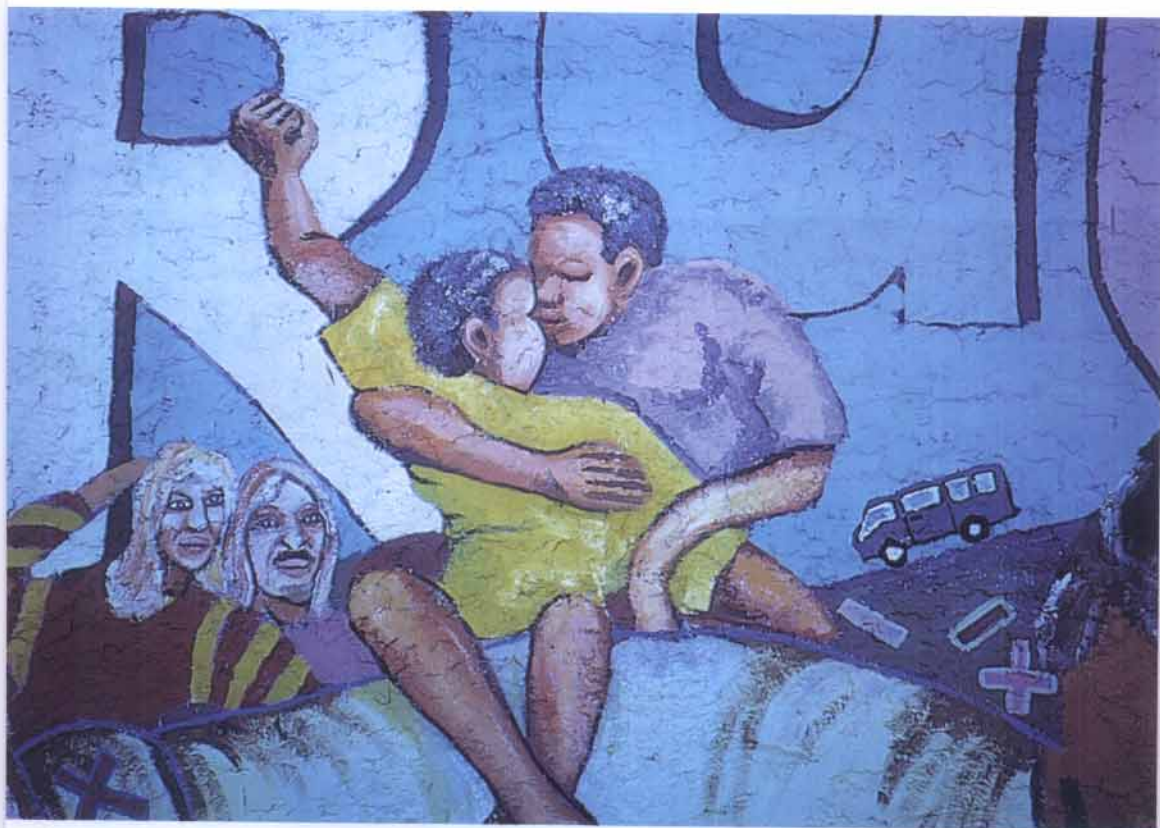
Afrique du Sud, Batho, Bloemfontein, province du Free State. Mur peint « Un partenaire pour la vie » réalisé par Apt Artworks et des artistes locaux (photo : É. Deliry-Antheaume).



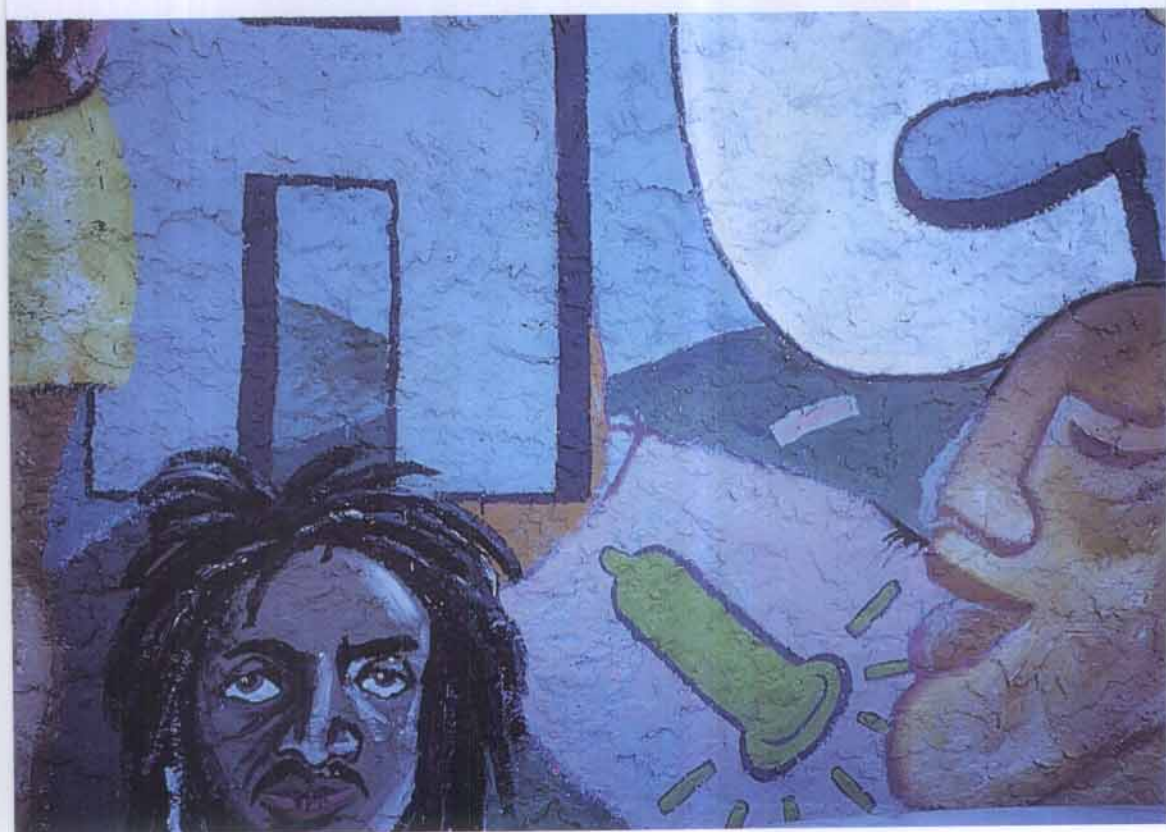
Afrique du Sud, Port Elizabeth. Mur peint par Apt Artworks et des artistes locaux, campagne « Ensemble, combattons le sida » commanditée par le ministère de la Santé (photo : É. Deliry-Antheaume).



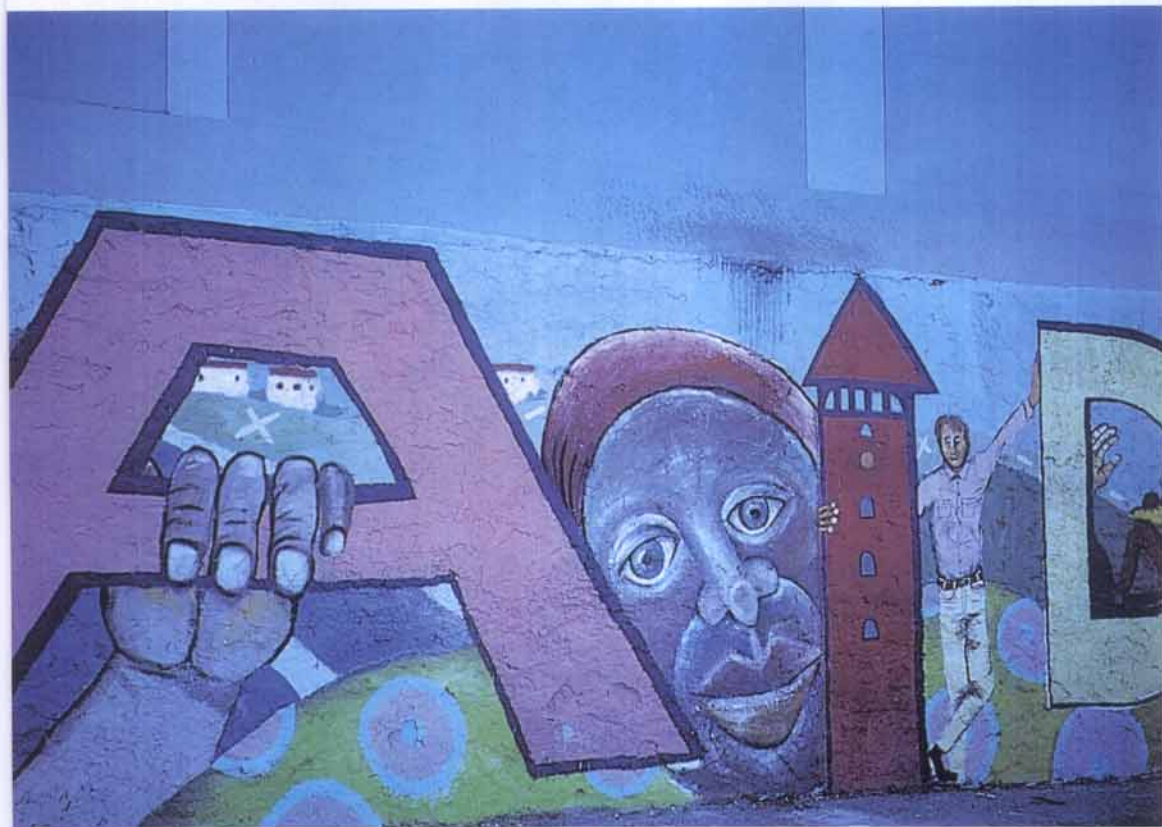
Afrique du Sud, Le Cap, Guguletu. Mur peint réalisé par Apt Artworks et Visual Arts Group, campagne sponsorisée par le ministère de la Santé (photo : É. Deliry-Antheaume).



Afrique du Sud, Port Elizabeth. Mur peint par Apt Artworks et des artistes locaux, campagne « Sida, le nouveau combat » commanditée par le ministère de la Santé (photo : É. Deliry-Antheaume).



Afrique du Sud, Port Elizabeth. Mur peint par Apt Artworks et des artistes locaux, campagne « Sida, le nouveau combat » commanditée par le ministère de la Santé (photo : É. Deliry-Antheaume).



Afrique du Sud, Port Elizabeth. Mur peint par Apt Artworks et des artistes locaux, campagne « Sida, le nouveau combat » commanditée par le ministère de la Santé (photo : É. Deliry-Antheaume).



Sénégal, quartier de Ouakam. graffitis informatifs sur les dangers du sida (M. Dukhan).

Il est important de noter que ces graffitis sont le résultat d'un projet communautaire visant à sensibiliser la population sur les dangers du sida. Le projet a été financé par l'État et les ONG locales. Les graffitis sont réalisés par des artistes locaux et sont très appréciés par la population. Ils sont considérés comme une forme d'art populaire et sont très efficaces pour transmettre des messages importants.



Côte-d'Ivoire. Prévention du sida, dessin D.R. (photo : A. Duclos).



Djibouti. Campagne de lutte contre le sida (photo : M.-A. Pérouse de Montclos).

Notes de lecture

Jean COUSSY, Jacques VALLIN (éd.)
Crise et Population en Afrique.
Crises économiques, politiques d'ajustement
et dynamiques démographiques
Paris, Ceped (EHESS-Ined-Insec-Orstom-
Université de Paris-VI), 1996, Les Études
du Ceped, n° 13, 580 p.

Karen A. FOOTE, Kenneth H. HILL,
Linda G. MARTIN (éd.)
Changements démographiques
en Afrique subsaharienne
Paris, Puf-Ined, coll. « Travaux et
documents », 1996, 135, 371 p.

Pendant longtemps, l'Afrique subsaharienne a été le continent le plus méconnu sur le plan démographique. Kuczynski, le premier auteur à avoir tenté une description systématique de cette population, conclut en 1948 que les données disponibles ne permettent pas de dire grand-chose d'important avec certitude. Au début des années soixante encore, les estimations démographiques ne portent que sur la moitié du continent. Il faudra attendre les années soixante-dix avec l'enquête mondiale de fécondité (EMF) qui porte sur neuf pays ainsi que les recensements financés par l'ONU, puis les enquêtes démographiques et de santé (EDS) dans treize pays, pour disposer de plus de données. C'est pourquoi deux ouvrages de référence, indépendants l'un de l'autre, tentent aujourd'hui de faire le point sur le continent noir.

Ces deux ouvrages ont été réalisés de la même manière: loin d'être la juxtaposition d'articles plus ou moins hétérogènes issus d'actes de colloque, ils sont le fruit d'un long travail d'équipe pour tenter d'apprécier les évolutions de la population africaine. L'ouvrage publié par l'Ined est ainsi le résultat d'un groupe de travail réuni par le Comité de

la population du National Research Council américain, alors que celui publié par le Ceped a été écrit par des chercheurs francophones et même généralement français. Toutefois, l'objet de ces deux publications n'est pas identique: celui publié par l'Ined (référé par la suite comme Ined) veut établir, pièces à l'appui, les niveaux, les tendances et les différences véritables en tirant le meilleur parti des données disponibles. Il est par ailleurs uniquement centré sur la démographie. En revanche, l'ouvrage édité par Coussy et Vallin au Ceped cherche à savoir en quoi la crise et les programmes d'ajustement structurel, qui durent depuis maintenant vingt ans, ont pesé sur la conjoncture démographique, voire modifié les tendances démographiques à plus long terme. Tous deux concluent sur l'existence d'un changement considérable dans la dynamique de la population en Afrique subsaharienne. Toutefois l'avenir reste très incertain, tant en ce qui concerne la baisse de la fécondité que les conséquences du sida.

Pour cette note de lecture, les évolutions démographiques et les explications fournis par les deux ouvrages seront comparées, puis nous passerons aux aspects qui ne sont présents que dans le livre publié par le Ceped. Mais d'abord un mot sur les données, dont la fiabilité est précisée par les divers articles publiés par l'Ined. Aujourd'hui encore, les sources sont de plus mauvaise qualité en Afrique subsaharienne qu'ailleurs: c'est là que les données EDS sont les plus imparfaites. Arnold a ainsi trouvé des erreurs dans les déclarations et l'échelonnement des naissances, des informations manquantes ou incomplètes pour certaines chronologies génésiques, des omissions d'événements vitaux ou des déplacements systématiques de leurs dates. Moins de 80 % des Africaines enquêtées donnent des dates de naissance exactes pour leurs enfants. L'attraction des

nombres ronds est particulièrement fréquente du fait de l'absence d'infrastructures administratives et du peu d'intérêt de la population pour ces questions, au contraire de l'Asie où l'astrologie dirige les actes et rend la connaissance de la date de naissance essentielle. Or toutes les analyses et estimations démographiques nécessitent ces données. Différentes techniques d'estimation indirectes et directes ont donc été mises en place : Barney Cohen en mobilise quatre pour essayer d'estimer l'indicateur synthétique de fécondité. C'est donc grâce à l'amélioration des sources et des techniques d'analyse des données imparfaites que ces ouvrages arrivent à plus de certitudes que Kuczynski.

Dans les années soixante, le nombre moyen d'enfants par femme était l'ordre de 6 dans tous les pays en développement. Ce nombre a baissé en Amérique latine, puis en Asie, mais pas en Afrique subsaharienne, sauf dans de rares pays, où les différences entre enquêtes et les incertitudes sur les dates font se poser la question de la réalité de cette baisse. D'où l'importance de la rigueur avec laquelle Barney Cohen (Ined) passe en revue les niveaux, différences et tendances de la fécondité dans plus de trente pays, de 1960 à 1992. De manière générale, les taux de fécondité d'Afrique de l'Est et de l'Ouest sont supérieurs à ceux de l'Afrique centrale, en partie à cause de la prévalence depuis toujours élevée des maladies sexuellement transmissibles. Cohen constate une diminution de la fécondité au Botswana, au Kenya et au Zimbabwe, ainsi que dans le sud-ouest du Nigeria et peut-être au Sénégal, confirmant les résultats fondamentaux des EDS. La fécondité y a diminué chez les femmes de toutes parités et non pas simplement chez les mères de parité moyenne et élevée comme dans d'autres parties du monde.

Carole Jolly et Jay Gribble (Ined) utilisent le cadre conceptuel des déterminants proches de la fécondité et les données de l'EMF et des EDS relatives au Ghana, au Kenya, au Sénégal et au nord du Soudan pour estimer dans quelle mesure les modèles de nuptialité, la pratique de la contraception, l'infécondabilité post-partum et la stérilité primaire contribuent à la limitation de la fécondité. L'infécondabilité post-partum continue à jouer le rôle le plus important dans cette diminution : selon Bongaarts d'ailleurs, la fécondité augmenterait de 72 % si l'on supprimait les effets protecteurs de l'allaitement au sein et

de la continence post-partum [p. 24]. Les comportements de nuptialité jouent également en zone urbaine et pour les femmes les plus instruites, ils sont néanmoins difficiles à mesurer car la formation d'une union peut constituer un processus très long et les naissances ne surviennent pas toujours dans le cadre d'une union. En conclusion, la diminution de la fécondité au Kenya résulte surtout d'un changement dans la pratique de la contraception alors qu'au Sénégal et au Soudan, il s'agit surtout de l'impact de mariages plus tardifs. Par ailleurs, il n'y a pas de changement au Ghana.

Le grand débat porte sur les causes de ce « retard » africain. Selon certains, dont la Banque mondiale, la cause résiderait dans le non-développement économique et social : les niveaux de la scolarisation et de la mortalité infantile, même s'ils se sont fortement améliorés, n'atteignent en 1990 que le niveau des autres régions du Sud en 1965. Pour d'autres analystes, il y aurait une spécificité culturelle de l'Afrique, marquée par des valeurs pronatalistes. Selon Barney Cohen, la relation entre le PNB par habitant et l'indicateur synthétique de fécondité est moins forte dans les pays africains qu'ailleurs, toutefois cette spécificité disparaît lorsque l'on tient compte des niveaux de scolarisation et de mortalité infantile. Pour Patrice Vimard (Ceped), la crise ne joue qu'un rôle déclencheur ou accélérateur d'une prise de conscience dont les fondements sont plus anciens et elle a des effets différenciés selon les groupes sociaux. En effet, la crise semble provoquer un renforcement des comportements de transition dans les classes les plus élevées et le renforcement des freins à l'utilisation de la contraception pour les plus pauvres. Il n'y aurait donc pas, comme au Mexique ou en Syrie, le développement d'un malthusianisme de pauvreté (Cosío-Zavala), ce qui s'expliquerait par l'absence d'un développement sanitaire préalable et d'une offre abondante de moyens contraceptifs.

Étienne de Walle (Ined) relève le défi de l'analyse des tendances de la nuptialité, rendue difficile par les différences de stratégies dans la collecte des données utilisées par les enquêtes et les recensements, conjuguées à la nature évolutive de la formation des unions en Afrique. Il conclut au recul de l'âge au mariage en Afrique australe et orientale puisque les femmes s'y marient à 20 ans ou plus, alors qu'elles sont beaucoup plus jeunes en Afrique centrale et occidentale.

Althea Hill (Ined) estime les tendances de la mortalité avant cinq ans dans les années 1970 et 1980: contrairement à ce que l'on pouvait attendre, cette mortalité a continué à baisser pendant les années quatre-vingt, hormis quelques exceptions dans des pays frappés par l'instabilité politique. Dans le passé, la mortalité tendait à être plus élevée dans les parties septentrionale et occidentale de l'Afrique subsaharienne que dans les régions du sud et de l'est, mais depuis la fin des années quatre-vingt, cette différence s'atténue. La mortalité adulte continue aussi à diminuer, surtout en Afrique de l'Ouest. Les données limitées dont on dispose suggèrent des différences considérables suivant la région, la résidence urbaine ou rurale et le statut socioéconomique. Magali Barbieri et Jacques Vallin (Ceped) confirment que la détérioration des services de santé n'a pas impliqué une augmentation des taux de mortalité infantile, ou plus précisément qu'il n'y a pas plus de pays où la mortalité infantile augmente ou stagne que de pays où elle continue à baisser, et ces évolutions récentes, certes très contrastées, n'ont pas de rapport évidents avec les différences d'acuité de la crise. Ce que les auteurs expliquent par le fait qu'« en deçà d'environ 10 dollars par habitant le niveau des dépenses de santé n'ait guère d'influence sur celui de la mortalité des petits enfants ». De plus, la crise économique aurait surtout des effets à court terme dans les pays dont l'essentiel de la richesse repose sur un seul produit. Toutefois, du fait de l'inertie des phénomènes démographiques et du temps de délai nécessaire, ses effets pourraient se jouer sur les moyen et long termes.

Mike Stono examine les modèles de l'effet démographique du sida et constate qu'il varie de faible à considérable selon les prédictions. En dépit de cette variabilité, il conclut que c'est probablement la mortalité des enfants et des jeunes adultes qui sera la plus affectée. Les conséquences sur l'accroissement de la population sont peu certaines: les taux de croissance diminueront certainement, mais on ne sait pas trop quelle sera la force de ces effets dans les décennies à venir.

Sharon Russell (Ined) souligne le fait que le nombre de migrants en Afrique subsaharienne dépasse de beaucoup ce que laisserait prévoir la seule dimension de la population. Elle constate que les mouvements de réfugiés ont prédominé en Afrique de l'Est, alors que partout ailleurs, on a relevé surtout une migra-

tion de travailleurs. En général, l'Afrique de l'Ouest fournit les plus fortes concentrations de migrants internationaux. Trois chapitres de *Crise et Population en Afrique* portent sur ce sujet, où se manifestent le plus fortement les conséquences de la crise. Ainsi, selon Richard Lalou, les flux des migrants vers les pôles d'attraction traditionnels, telle la Côte-d'Ivoire pour les Burkinabè, ont nettement diminué d'intensité ou même se sont inversés. Mais aussi, les stratégies individuelles ou collectives ont changé, ainsi les réseaux de solidarité se sont souvent affaiblis. La crise remet en question la tendance spectaculaire à la folle croissance des grandes villes. Comme le montre Alain Dubresson, seul le dynamisme des échelons intermédiaires de l'armature urbaine demeure. Là aussi cependant la crise ne fait qu'exacerber la faillite de certaines politiques urbaines et les impasses antérieures de certains choix urbanistiques. Benoît Kalasa donne une illustration chiffrée de ces évolutions pour les villes des pays du Sahel. Par ailleurs, Patrick Gubry souligne que le retour au village n'est qu'une solution d'attente pour les migrants camerounais qui espèrent pouvoir tenter une nouvelle fois leur chance en ville.

Trois parties de l'ouvrage édité par Coussy et Vallin mettent en rapport ces évolutions démographiques avec les changements macroéconomiques, les conséquences de la crise sur les besoins des populations et leurs modes de vie ainsi que les stratégies individuelles et les contraintes collectives.

Jean Coussy présente les différents paradigmes d'interprétation des crises démoéconomiques en Afrique subsaharienne. Cette dernière aurait connu depuis l'indépendance trois crises démoéconomiques: des crises de subsistances récurrentes, puis le risque de crise malthusienne à long terme et enfin la crise actuelle, liée à l'insertion internationale du continent. Les relations entre ces trois crises sont assez complexes. L'auteur repère six modèles utilisés pour en rendre compte: 1) structuralistes reposant sur l'idée d'un déficit de ressources, 2) dépendantistes, 3) néo-classiques d'économies dépendantes, 4) ajustement à modèle humain, 5) ajustement équitable et lutte contre la pauvreté, 6) stratégies individuelles ou collectives d'adaptation à la crise et à l'ajustement. Ce qui fait problème, c'est la simultanéité de la marginalisation internationale des économies africaines et du retard à entrer dans la deuxième phase de la transition démographique.

Didier Blanchet s'interroge sur les spécificités africaines de la relation entre croissance économique et démographique. De 1950 à 1970, contrairement à la vulgate, les recherches économiques avaient montré la faiblesse du lien statistique apparent entre ces deux types de croissance ; en revanche, depuis 1980, apparaît un effet très négatif de la croissance démographique sur la croissance du produit par tête. Il semblerait qu'alors que dans la plupart des autres continents la transition démographique a été entraînée par la croissance économique, l'Afrique risque de s'enfermer dans une « trappe malthusienne ». Toutefois, la question de la mesure de la croissance économique reste ouverte ; ainsi Jean-David Naudet émet un doute radical sur les mesures de la croissance économique en Afrique de l'Ouest. Si les grands agrégats manifestent une diminution importante du niveau de vie, la dynamique des besoins constatée, comme la progression de la plupart des indicateurs sociaux, montre une tout autre image, bien plus positive.

Paul Mathieu et Dominique Tabutin, eux, défendent plutôt l'idée d'un trappe malthusienne où s'enfoncerait l'Afrique, notamment rurale, particulièrement au niveau de l'environnement. La prédominance des pratiques agricoles extensives semble centrale dans les interactions globales actuelles entre population et ressources naturelles, qui restent particulièrement négatives sur les long et moyen termes. Cependant, les auteurs opposent la Côte-d'Ivoire, où le développement de la culture du cacao s'est traduit par la quasi-destruction de la forêt primaire du pays, aux cercles vertueux qui ont lieu au Kenya et au Nigeria-nord, grâce notamment à l'action de l'État.

Mumpasi Lututala analyse le rôle de l'État africain, à la fois cause et victime de la crise, et examine trois hypothèses : les conditions historiques ont conduit à un dérapage de l'Afrique, l'État a été confisqué par quelques dirigeants politiques, il a été fragilisé et s'est même parfois évaporé. Il a enfin démissionné de ses responsabilités socioéconomiques en tentant de renforcer son pouvoir politique. La crise a alors imposé des processus de démocratisation, qui ont fait l'objet rapidement de tentatives de récupération par ceux-là mêmes dont les abus étaient dénoncés.

Avec la crise et l'ajustement, l'argent se fait rare et il faut faire des sacrifices sur tout, mais aussi rechercher de nouveaux moyens,

meilleur marché, de satisfaire les besoins essentiels. En matière d'alimentation, Nicolas Bricas montre une grande continuité dans les pratiques sauf en ville. Les pratiques d'approvisionnement, le recours aux produits de substitution, la combinaison sauce-plat sont les principaux enjeux des arbitrages. Côté éducation, selon Philippe Hugon, la crise économique a pour principal effet d'exacerber une crise antérieure, plus fondamentale, d'un système éducatif mal adapté aux besoins réels, menacé d'implosion par la croissance démographique trop rapide, et d'un faible rendement. D'autant que les systèmes scolaires africains sont relativement onéreux : à même taux de scolarisation, l'effort financier relatif est près de dix fois supérieur à celui de l'Europe [p. 214]. Pour se rapprocher des normes internationales, les pays africains devraient redéployer leurs efforts vers l'enseignement de base et la formation professionnelle post-primaire, sinon la scolarité conduit à une évaporation des connaissances, à un analphabétisme de retour ou à un exode des compétences.

Selon Joseph Brunet-Jailly, en matière de santé, la crise se greffe bien souvent sur des systèmes déjà eux-mêmes en crise en raison de leurs dysfonctionnements intrinsèques. Combien de services de santé ont-ils porté leurs dépenses de personnel et d'investissement à un niveau les privant de toute possibilité de drainer les maigres fonds additionnels nécessaires à leur fonctionnement normal ? Le cercle vicieux dégradation de la qualité-diminution de l'activité s'est mis en place bien avant la crise. L'aide massive apportée dans un deuxième temps par la dimension sociale de l'ajustement aurait pu servir de base à une transformation radicale mais elle a surtout servi à construire de nouveaux centres de santé, tout aussi vides que les précédents, et à protéger les revenus médicaux et pharmaceutiques au détriment de la santé publique. En ce qui concerne l'accès au logement, Philippe Antoine oppose la diversification des modes d'occupation du logement observée à Abidjan à l'allongement des délais d'accès au logement qui caractérise Dakar.

Thérèse Locoh se demande si la crise fragilise les femmes dans la conquête progressive de nouveaux droits, à l'éducation et au travail formel par exemple, ou si elle les renforce en raison de la faillite d'activités plus nobles réservées aux hommes. La réponse, plus qualitative que quantitative, est loin d'être mono-

lithique: dans certains cas, concernant surtout des couples urbains et bien scolarisés, la crise est en train de faire naître de nouvelles solidarités entre hommes et femmes. Marc Pilon et Kokou Vignikin montrent les effets contradictoires de la crise sur les familles africaines. La taille des ménages augmente en raison des difficultés de logement et des retards dans la conclusion des unions. D'un autre côté, les unions sont plus souvent rompues et les femmes chefs de ménage sont de plus en plus nombreuses. La circulation des enfants, phénomène de première importance dans nombre de sociétés africaines, change brusquement de sens et de signification. Pratique visant surtout jadis à la scolarisation des enfants et à leur promotion sociale, notamment par la scolarisation en ville, le confiage d'enfants devient de plus en plus un placement de main-d'œuvre juvénile sur un marché où l'offre est nettement plus abondante que la demande, phénomène qui ne peut évidemment pas rester sans conséquence sur la valeur accordée à la procréation. Enfin, Élisabeth Deliry-Antheaume donne la parole à quelques acteurs anonymes du drame.

Ces deux ouvrages, écrits par les meilleurs spécialistes, sont fondamentaux. L'ouvrage de l'Ined intéressera tous les démographes ainsi que des décideurs et des africanistes. Celui du Ceped, de par l'ampleur des questions posées, passionnera également les économistes, les politistes, les sociologues, bref, l'ensemble des sciences sociales, et cela quel que soit le continent qu'ils étudient.

Arlette Gautier

Christian GEFFRAY

*Le Nom du maître, contribution
à l'anthropologie analytique*
Paris, Arcanes, 1997, 215 p.

L'auteur présente dans la chronologie sa démarche de recherche d'une articulation entre psychanalyse et science sociale. La première partie évoque les terrains qui ont provoqué ce souci, la guerre civile au Mozambique, l'économie de l'Amazonie brésilienne, des observations générales sur la vie publique au Brésil. La deuxième examine le discours de Freud sur la vie sociale [*Psychologie des masses et Analyse du moi; Totem et Tabou*]; il définit alors sa propre conception de l'articulation entre psychanalyse et vie sociale grâce aux concepts du « Nous » et de « l'idéal du Nous ». La troi-

sième met à l'œuvre cette théorie en décrivant la « circulation métaphorique des idéaux » selon trois formules génériques de rapports sociaux constitués par « meneurs », « maîtres » et la Loi. Cet essai nous paraît tout à fait réussi: en créant, dans le champ social, les catégories du « Nous » et de « l'idéal du Nous » pour les articuler, dans une problématique générale du sujet, individuel et collectif, aux catégories freudiennes du « Moi » et de « l'idéal du Moi », tout en soulignant l'autonomie et l'enchaînement de chacune de ces « scènes », C. Geffray engage, à partir du terrain, un parcours singulier d'intérêt général.

La politique de la table rase du Frelimo dans sa tentative de dénégation de l'existence sociale lignagère s'est trouvée facilement contestée lorsqu'un mouvement hostile, la Renamo, d'abord suscité par les puissances voisines, prend les armes contre lui. La « dignité », premier terme employé par C. Geffray, qu'a ignorée le Frelimo pourrait être définie en termes analytiques: ce sont « les conditions qui permettent aux populations et aux personnes de s'aimer elles-mêmes à travers la reconnaissance d'une image commune méritant les égards des maîtres de l'État » [p. 30]. Le mot d'amour est lâché: la vie sociale est faite de cette demande, de sa reconnaissance et de son refus de reconnaissance. L'histoire sociale pourrait être celle des « régimes » de cette demande.

Lorsque C. Geffray aborde l'Amazonie brésilienne, il ne trouve intelligible l'assujettissement des dominés aux maîtres qui les exploitent que par l'effet d'une reconnaissance imaginaire de dette à l'égard du maître qui les a nourris dans l'attente de la première rentrée de caoutchouc, de noix de cajou, de bois ou d'or. Dette que les maîtres entretiennent de manière totalement arbitraire d'une année à l'autre, pour prolonger l'amour et la dépendance des asservis. Cette réalité a longtemps structuré le rapport de domination colonial et postcolonial. Actuellement la violence apparaît de plus en plus nécessaire à l'entretien de cette fiction: pour réprimer d'un côté ceux qui accumulent les dettes, et de l'autre, ceux qui, trop malins, s'en libèrent trop vite (les maîtres font alors tuer les seconds par les premiers qui ainsi se rachètent). Et la structure de fiction initialisante de ce rapport social se perpétue.

Le troisième exemple traite de la vie publique au Brésil; l'amour lui semble au principe de l'adhésion politique comme de

l'accès à tout système de redistribution: « L'amour paraît enchaîner la collectivité brésilienne tout entière comme par un lien de fer à la représentation commune qu'elle se donne d'elle-même » [p. 44]. La totalité de la vie publique ne semble accessible aux personnes que par la métaphore de la cordialité où se nie l'autorité symbolique de toute institution. Les exemples cités sont le carnaval et le football, les prospectus touristiques brésiliens et étrangers, nombre d'aspects quotidiens de la vie publique, mais aussi une certaine anthropologie [G. Freire, *Maîtres et Esclaves*]. Comment donc expliquer la coexistence durable de la cordialité et de sa face opposée, la violence ?

L'hypothèse de départ renvoie à l'histoire, au refoulement de la destruction des Indiens et à la négation de leur histoire par les dominants actuels lorsqu'ils déclarent avoir été les seuls colonisés; hypothèses complémentaires: une indépendance sans lutte et sans histoire s'effectue (1822) comme une simple segmentation de l'oligarchie dans le partage colonial; une abolition de l'esclavage (1888) également en douceur ne favorise pas non plus l'émergence de références symboliques nationales. Plus tard, l'État et l'armée deviendront les idéologues d'une doctrine nationale porteuse d'universalité à travers le souci positiviste de l'accès au savoir, sans supprimer les structurations imaginaires nées de l'histoire. C. Geffray voit dans ce « démembrement symbolique et institutionnel » permanent, indissociable de la pratique du *jeitinho* (la débrouille dans tous ses états, astuce, corruption et menace de mort), la manifestation de ces « réseaux d'affection transversaux » [p. 53], cordiaux et despotiques.

Dans cette représentation enchantée et violente du fait brésilien, rien qui ressemble à l'arrogance, à l'orgueil ou à la fierté d'un sentiment national; seulement l'amour, « léger et échevelé, tendre et oblatif », parfois coextensif à la haine, tout aussi ingénue parfois, de l'étranger au grand réseau (le lynchage du voleur par exemple). C'est en faisant appel aux catégories de la théorie du sujet « en germe chez Freud et déployée par Lacan » que Geffray veut nous faire comprendre cette association de l'enchantement et de la violence. Car si les instances de l'imaginaire et du symbolique fonctionnent dans la vie sociale comme chez le sujet, c'est ici l'imaginaire seul qui structure la vie sociale. Comment expliquer sinon que ce même peuple épris d'amour et de douce nationalité

se méfie comme du mal, de ses dominants dont « l'illégitimité structurelle » est soulignée [p. 64].

Dans la partie suivante, Geffray établit le lien théorique entre psychanalyse et science sociale à partir de leur « terre de feu » commune, le sujet dans le langage. Première observation: après l'identification préœdipienne au père (être comme lui), l'identification œdipienne (prendre sa place) est le premier mouvement d'une fixation déssexualisée de la libido et la matrice de formation du Moi comme être de société. Le partage d'une communauté affective se définit par le mode particulier de liaison à un meneur et la substitution d'un idéal du Nous à un idéal du Moi. Deuxième observation: au principe des relations de l'individu sortant de l'entourage de ses familiers et pris dans la masse, à la fois puissance et illusion, l'amour. Si l'individu abandonne une part de sa spécificité et se laisse suggestionner par les autres, c'est pour l'amour d'eux, parce qu'existent des « liaisons de sentiment », une « âme » de la masse. Deux sortes d'amour, celui de la masse pour le meneur censé aimer tous les individus de la masse d'un égal amour, « illusion » à laquelle est suspendue l'existence de la masse; l'amour réciproque des menés, liaison libidinale d'une nouvelle sorte qui passe par l'identification.

Substitution dans l'imaginaire de l'idéal du Moi par l'image du meneur; échange symbolique de l'idéal du Nous contre l'idéal du Moi. Continuité et boucle sans commencement ni fin dans cette substitution et cet échange (la bande de Möbius), à quelques conditions cependant: que le désir du Moi ne puisse être réalisable à titre individuel; que s'établisse une correspondance entre représentation individuelle et représentation du désir comme commun et que ce désir soit encore latent et non satisfait dans la vie sociale (« les Nous primaires naissent dans le silence des institutions »). Ce désir social commun encore non lié par un meneur est antérieur à la formation d'un Nous, en amont d'une structure libidinale de masse. C'est donc ici un changement important par rapport à Freud qui ne trouvait [*Totem et Tabou*] comme origine de la structure libidinale de masse et de ses idéaux que le parricide du père de la horde primitive. Ainsi s'instaureraient simultanément l'autonomie et la diversité de la scène sociale.

La formation d'une instance subjective nouvelle, d'une population de Moi, d'un Nous, donne accès à la « motilité » ou à l'ac-

tion. Chaque individu peut édifier son idéal du Moi au travers de multiples « nous » ou n'en épouser qu'un seul excluant tous les autres (la secte). Nous et Moi sont des instances imaginaires comparables et, à ce titre, structures de méconnaissance, mais structures d'action dont il faut explorer les relations.

Le Moi est une différenciation interne du Ça comme le Nous l'est de l'Opinion. Tous deux ont un trait structurel commun : l'incapacité d'accès autonome à la motilité des pensées circulant dans le « Ça » ou dans « l'opinion ». C'est une pensée venue de l'extérieur qui doit donner le sens d'une expérience interne, « ce qui vient de l'intérieur et veut devenir conscient doit se transposer en perception externe », ou encore « tout savoir est issu de la perception externe ». Sort du Moi, région frontière entre Ça et réalité, vers le Nous, région frontière entre opinion et réalité, cette fraction de la libido désérialisée qui renforce le Moi en l'assujettissant au Nous, « formation imaginaire seconde », « narcissisme secondaire des Moi ». Cette liaison entre Moi et Nous n'empêche pas les décalages structurels meneur-menés du fait d'une substitution de formulation du désir commun énoncé par le premier. Principe d'aliénation inhérent à toute socialisation ? Question ouverte, mais l'auteur penche plutôt pour une réponse positive.

Autonomie de la scène sociale : une censure s'exerce sur l'expression des désirs sociaux ; le mouvement de constitution des Nous est permanent (« les "Nous" s'engendrent eux-mêmes sur la scène de l'histoire »). Lorsque, à travers la folklorisation de l'histoire du Brésil, Geffray croit observer une injonction unanime « farouchement exercée par chacun comme si sa propre subsistance narcissique y était suspendue », cet inconscient particulier rapporté à l'énonciation du Nous brésilien, peut être conscience ailleurs, dans un autre Nous, voire en chacun des Moi de ce Nous ; mais cette conscience individuelle est interdite d'accès à la conscience sociale de ce Nous. Qu'est-ce qui règle la barrière et l'accès ? De la même manière, le passage du Nous à l'idéal du Nous est conçu comme le passage de la formation de masse primaire où le meneur joue un rôle important à la formation secondaire de l'institution : un Nous soumis au principe de réalité en exercice continu d'action (ou de motilité) sur la longue durée.

Parcours de l'énergie d'amour depuis la naissance : l'identification primaire au père et

la constitution du Moi, l'identification secondaire et la constitution de l'idéal du Moi, l'identification primaire au meneur et la constitution du Nous, l'identification secondaire et la constitution de l'idéal du Nous qui est au principe de la formation des institutions, qui elles-mêmes forment les pères, vecteurs de la situation œdipienne. La boucle ne se clôture pas. Moi et Nous, interactifs, ne se hiérarchisent pas.

La troisième partie étudie des rapports sociaux génériques à travers la « métaphore des noms », Noms-de-Meneur, Noms-de-Maître, Noms-de-la-Loi. Le Meneur est comme le Père mais n'est pas le Père. Il ne fait que prendre sa place comme signifiant et n'en est que l'un des substituts possibles. « Lorsque le Nom-du-Père est là, cela signifie en termes freudiens que l'opération d'introjection de la figure paternelle génératrice de l'idéal du Moi est réalisée, à l'issue de l'Œdipe. Le lieu de l'idéal ainsi aménagé par l'effet d'une métaphore inaugurale réussie, le signifiant, installé dans ses nouveaux meubles, se prête par nature même à l'amorce d'une chaîne infinie de substitutions : la déclinaison des substituts du père peut commencer » [p. 158]. Dès l'adolescence, le Moi effectue sa sélection parmi les Nous existants ou s'emploie à les renouveler, ou bien encore, par l'initiation, reçoit le nom de l'ancêtre, meneur mort. Dans tous les cas l'injonction est faite au sujet de tenir un rôle dans la vie sociale. Cette participation du Moi dans l'instance imaginaire des Nous représente un enjeu narcissique vital : « Elle peut être une étape dans la formation du moi au sens où elle engendrerait une modification de la structure inconsciente du sujet. » (L'adolescence serait une étape aussi importante que l'Œdipe.) Réussie, elle consomme symboliquement une deuxième fois le meurtre du père. La libido narcissique d'objet tente de remettre en permanence le Moi à la place de l'objet, d'abolir la séparation entre le Moi et l'idéal du Moi pour devenir soi-même « meneur ». Un sentiment de triomphe surgit chaque fois que le Moi en vient à incarner l'idéal d'un Nous.

Comprendre les métaphores des Noms-du-Maître amène à s'interroger sur la nature et les causes des désirs sociaux liés aux contraintes des grands besoins vitaux : nature, vieillesse, maladie.

Entre ici en jeu le concept d'étayage : il n'est d'assouvissement du besoin vital qu'en vertu de la satisfaction d'autre chose qui est

une exigence d'amour. Le besoin est alors toujours saisi dans l'imaginaire et il introduit dans l'analyse de la libido narcissique d'objet la dimension du travail et de la mort qui peut transformer le meneur en maître et le mené en esclave. Dans toute société existe une rétention des biens produits qui est censée assurer la subsistance et la reproduction de tous, travailleurs ou pas, et qui est administrée par une population particulière affectée au « service des biens » [Lacan]. Il n'est d'accès aux biens qu'à travers ce service, les meneurs particuliers et les maîtres qui l'administrent. Tous en dépendent, dans l'imaginaire, pour subsister et, croient-ils, ne pas mourir. Les non-meneurs, qui ont renoncé à faire coïncider leur Moi avec leur idéal du Moi, ne peuvent renoncer à croire que leurs meneurs-maîtres les aiment pour accéder par là à une satisfaction substitutive. Car, s'ils n'y croient plus, c'est la violence réelle des maîtres qui s'amorce dans l'ordre symbolique avec la rupture de l'échange des idéaux. On a vu un exemple de ce mécanisme avec la figure de la dette en Amazonie.

Dans toute société existe un service des biens où s'ordonnent des Nous. Quand un Nous s'ordonne autour du travail obligé, la forme de cette liaison exprime, outre un principe de servitude, un régime historique de la demande. Cette demande s'étaye sur celle des besoins et revendique une satisfaction d'ordre narcissique délivrée par les meneurs-dominants, les maîtres. Ceux-ci font circuler une parole en réponse à cette demande, censurent certains désirs sociaux et orientent la définition de la demande qui reste fondamentalement une demande de maître ou d'amour de maître, historiquement spécifiée. L'échange des idéaux du Moi avec l'idéal du Nous des maîtres déterminerait tous les « idéaux de masse » [Freud] comme la nature des institutions résultant de l'identification secondaire des Nous. Dans le cortège infini des meneurs, le Maître occupe une place cardinale.

Tout « régime de demande » se spécifie par une « façon de rétention » et une « structure de fiction ». Les dominants capitalistes ne sont ni meneurs ni maîtres. L'entreprise capitaliste n'est pas un Nous mais une forme contractuelle de relation entre dominants et dominés; l'univers capitaliste témoigne de la déliaison libidinale entre dominants et dominés. Les premiers se soustraient à la chaîne des substituts du père et à l'amour des domi-

nés. Un espace d'autonomie symbolique naît où la Loi se substitue aux maîtres. Dans le capitalisme chacun est renvoyé à lui-même comme son propre maître, chacun peut recevoir et créer tous les idéaux du Nous. Cet individualisme permet aux « populations » de lier leurs désirs sociaux dans l'élaboration de lois constitutionnelles; une représentation collective nouvelle, la nation, où le Peuple prend la place du Roi, s'érige en objet de la libido narcissique de ses membres, comme espace où les principes de liberté et d'égalité ont été portés à l'universel.

La question de la nation n'est pas explicitement traitée par Geffray, mais elle revient assez souvent dans le texte et suggère quelques remarques. Il y a en principe rupture, avec le capitalisme, de la chaîne métaphorique des substituts du père et abandon ou meurtre de Dieu comme Nom-des-Noms-du-Maître. La personne devient dépositaire en droit des nouveaux idéaux du Nous; la légitimité des nouveaux dominants capitalistes résulte de leur capacité à faire prévaloir une loi indépendante à laquelle tous sont assujettis. Mais quelle est la fonction réelle de la nation dans son rapport avec le capitalisme? Elle apparaît en Occident comme coextensive (compensatrice?) de la déliaison libidinale du capitalisme qui avait engendré la fin des souverains. Peut-elle être considérée, avec la démocratie, comme porteuse d'un universel civilisateur? Ou n'est-elle que le masque du développement des inégalités du capitalisme, le lieu de confiscation d'une égalité imaginaire et impossible.

Lorsque les dominants ne peuvent démontrer que la Loi est avantageuse pour tous car la demande des dominés reste sans réponse; et lorsque la disposition imaginaire égalitaire de la libido narcissique d'objet qui rapporte formellement les personnes à elles-mêmes comme à leur propre maître ne peut se satisfaire, peut réapparaître l'angoisse sociale et le désir d'un Maître: à la fois d'un autre Moi et d'un autre objet propre à réamorcer l'échange des idéaux. Le Front national travaille avec succès à la mise en forme du désir malheureux en disant « je vous aime », en préconisant le retour de la fusion originelle du dominant et de la Loi, en détruisant l'idée de nation en tant que porteuse d'universel au nom d'une authenticité fantasmatique. À l'opposé, que penser du recul du Nous identitaire des dominés et des prolétaires, issu du Nous universaliste et égalitaire bourgeois? Le Nous

forgé par les dominés serait-il condamné à cette ambivalence douteuse où le désir d'égalité est inséparable d'un désir de maître parfois, ou d'une Loi garante d'inégalité? Ce livre, au-delà de l'innovation théorique, est au cœur de l'actualité.

R. Cabanes

Philippe POUTIGNAT,
Jocelyne STREIFF-FENART
Théories de l'ethnicité
suivi de
Les Groupes ethniques et leurs Frontières
par Fredrik BARTH
Paris, Puf, coll. « Le sociologue »,
1995, 270 p.

Au XIX^e siècle, alors que l'Europe voit s'imposer le principe des nationalités, l'une des questions scientifiques récurrentes est de savoir sur quoi se fondent les phénomènes d'attraction et de répulsion entre les populations. En France, tandis que Renan [*Qu'est-ce qu'une nation?*, 1887] envisage la nation comme une entité politique fondée sur le désir et la volonté des populations de vivre ensemble, Vacher de Lapouge [*Les Sélections sociales*, 1896] privilégie l'acception selon laquelle la nation est un groupe d'individus naturel: la « race », concept qu'il emprunte à la zoologie, est pour lui le facteur déterminant de la formation des nations. Et c'est pour prévenir une « erreur » consistant à confondre les nations avec un mode de groupement composé d'éléments de races distinctes, que des événements historiques ont soumis à des institutions, une organisation politique, des mœurs ou des idées communes, qu'il introduit le néologisme « ethnique » dans le vocabulaire des sciences sociales.

L'expansion coloniale française a toutefois promu une tout autre définition de l'ethnie puisque les liens culturels, linguistiques ou politiques à même de caractériser une telle entité sociale ont été envisagés comme les corrélatés d'une communauté de sang. Bien que différents auteurs aient récusé une telle définition, et soutenu que les groupes ethniques ne reposaient que sur « la croyance subjective à la communauté d'origine » [Max Weber, *Économie et Société* (1921), 1971], le terme ethnique demeure largement entaché de connotations biologiques. En France, il est bien souvent utilisé et entendu comme un substitut du mot « race », tandis que la socio-

logie anglo-saxonne ¹ distingue assez nettement « appartenance raciale » et « appartenance ethnique ». Mais ce n'est pas pour cette seule raison que le terme « ethnicité » a mauvaise presse dans les sciences sociales françaises. Apparue d'abord aux États-Unis, la notion d'ethnicité évoque très largement l'image de la société américaine où le pluralisme est officiellement reconnu et constitué en mode de représentation politique. De sorte qu'appréhender les relations intergroupes en termes d'ethnicité paraît non seulement suspect de visées ségrégationnistes, mais de collusion avec le « modèle américain », véritable antithèse du modèle politique français puisque celui-ci s'interdit toute distinction de race, d'origine ou de religion et ne conçoit d'autre type d'allégeance qu'individuelle et citoyenne.

Dans ce livre, Philippe Poutignat et Jocelyne Streiff-Fenart entendent montrer que, malgré l'ambiguïté des définitions et des usages de la notion anglo-saxonne d'*ethnicity*, liée aux notions connexes de « race », de « nation » et de « peuple », celle-ci promeut une approche non pas naturaliste ou essentialiste des phénomènes identitaires mais dynamique et constructiviste. Telle qu'elle a été élaborée par l'ensemble de la communauté scientifique anglophone, la notion d'ethnicité tend en effet à analyser ces phénomènes en termes de « processus de désignation et d'attribution d'identités ». De ces phénomènes, expliquent en substance les auteurs, la France contemporaine n'est certes pas exempte si l'on en juge par l'émergence d'appellations qui, comme celles de « Beurs » et de « Maghrébins », illustrent ce double processus consistant d'une part à se distinguer des autres et à se donner un nom et d'autre part à être classé et nommé par les autres. Aussi est-ce pour décrire ces « processus d'assignation catégorielle » que les sciences sociales anglo-saxonnes utilisent depuis les années soixante-dix la notion d'ethnicité. Elle ne consiste donc pas à attester l'existence des groupes ethniques, « mais à poser cette existence comme problématique, c'est-à-dire à poser comme problématique la consubstantialité d'une entité sociale et d'une culture par quoi on définit habituellement le groupe ethnique ».

1 Certains dictionnaires de langue anglaise définissent toutefois l'adjectif *ethnic* comme se rapportant à des caractéristiques culturelles ou raciales.

De fait, la notion de culture occupe une place prépondérante dans l'analyse des relations intergroupes que de nombreux scientifiques français qualifient significativement de « relations interculturelles ». Mais ce que montrent les auteurs, c'est qu'une telle notion est loin d'être affranchie d'une vision substantialiste des identités collectives. L'idée communément admise est que l'appartenance à un groupe tiendrait à la « possession » de traits culturels singuliers. Ainsi, quand bien même l'analyse des processus dits d'intégration tend à montrer que ces traits ne sont pas immuables, il n'en existerait pas moins, selon certains chercheurs français, des « limites » à ces processus qui conduisent les individus à redéfinir et à ajuster leur culture d'origine à la société hôte. Ces limites, observées chez certaines populations, tiendraient au fait que certains traits parmi les moins réductibles sont « transmis » à l'individu dans la petite enfance. Or, observent P. Poutignat et J. Streiff-Fenart, une telle conception de la culture n'est pas sans rappeler la notion de « race culturelle » promue par l'ethnographie coloniale car elle est largement envisagée en termes d'« héritage ».

Les théories contemporaines de l'ethnicité postulent à l'inverse que la culture n'est pas un « attribut » ni un facteur objectivement distinctif des groupes ethniques. L'analyse montre que les faits d'ethnicité s'appuient sur la sélection de certains traits culturels qui, une fois dotés de « valeur emblématique », se trouvent utilisés comme « signes culturels socialement différenciateurs ». De sorte que, loin d'être l'expression naturelle ou immédiate d'une culture déjà là, l'ethnicité apparaît au contraire comme une « construction sociale de l'appartenance » impliquant un « processus de sélection de traits culturels dont les acteurs se saisissent pour en faire des critères d'assignation ou d'identification à un groupe ethnique ». En ce sens, et comme il revient à Fredrik Barth² de l'avoir mis en lumière, l'ethnicité est « un processus organisationnel » dans la mesure où elle est basée sur « l'attribution de catégories de Nous et de Eux ». Les formes d'identité collective non ethniques, fondées sur des critères religieux, politiques ou socioéconomiques, ne sont donc pas différentes de ce point de vue puisqu'elles repo-

sent sur un processus de catégorisation identique. Mais bien que le groupe ethnique ait été considéré comme une « catégorie sociale » formellement analogue à d'autres catégories, qui telle la classe peuvent être mobilisées pour l'action collective, il n'en constitue pas moins un type d'organisation spécifique. Il a pour particularité, soulignent les auteurs, de s'appuyer sur le « mythe de l'origine commune ». Aussi la spécificité des identités ethniques ne tient pas tant à leur mode de recrutement, censé reposer sur le seul principe de la filiation, qu'à cette croyance dans l'origine commune qui permet de penser que les traits physiques, linguistiques ou culturels partagés sont des « traits essentiels et immuables d'un groupe ».

Contrairement aux différents théoriciens de l'ethnicité dont ils ont exposé les vues, parfois diamétralement opposées, P. Poutignat et J. Streiff-Fenart ne se prononcent pas sur les motifs susceptibles d'expliquer l'émergence ou le maintien de ce mode de différenciation sociale dont l'importance varie selon les contextes sociaux et les époques historiques. Les auteurs tentent en revanche de définir une problématique de l'ethnicité et d'établir un « cadre d'interprétation suffisamment formel des phénomènes ethniques ». Ce faisant, ils retiennent l'approche interactionniste développée par Fredrik Barth et proposent de définir l'ethnicité comme « une forme d'organisation sociale, basée sur une attribution catégorielle qui classe les personnes en fonction de leur origine supposée, et qui se trouve validée dans l'interaction sociale par la mise en œuvre de signes culturels socialement différenciateurs ».

C. Terrier

Marie-Paule THIRIAT

*Faire et Défaire les liens du mariage.
Évolution des pratiques matrimoniales
au Togo*

Paris, Ceped (EHESS, Ined-IRD-
Université Paris-VI), 1998,
Les Études du Ceped, n° 16

2 *Ethnic Groups and Boundaries: the Social Organization of Culture Difference*, 1969.

En Afrique particulièrement, le mariage constitue un « phénomène social total » ; les nombreux travaux ethnologiques et anthropologiques ont bien montré toute la complexité des systèmes matrimoniaux africains et leur place centrale dans le fonctionnement des sociétés. Son approche démographique

demeure en revanche très pauvre; rarement étudiée pour elle-même, la nuptialité est trop souvent appréhendée à travers son rôle de déterminant de la fécondité. Saluons donc d'entrée un ouvrage démographique entièrement consacré à l'étude des pratiques matrimoniales en Afrique, en l'occurrence au Togo, et qui plus est, à leur évolution.

Cet ouvrage, issu d'une thèse soutenue en 1996, repose sur une analyse statistique des données de « l'enquête démographique et de santé (EDS) », réalisée au Togo en 1988 à l'échelle nationale. Cette enquête présente l'originalité d'avoir consacré un questionnaire spécifique ayant permis de recueillir l'histoire des unions de toutes les femmes enquêtées (3360 femmes âgées de 15 à 49 ans), en complément du recueil de leur histoire génésique et d'autres informations. Grâce à ces matériaux, l'auteur a ainsi pu prendre en compte, ce qui reste chose rare, la succession de moments importants du cycle de vie des femmes: le début de la sexualité, l'entrée en union, la première naissance, et les autres événements matrimoniaux éventuels (rupture d'union, remariage, vécu de la polygamie).

Dans une première partie, l'auteur brosse le cadre d'analyse, exposant en quatre chapitres distincts le contexte ethnique, la scolarisation, le contexte économique et le mariage traditionnel. La deuxième partie livre les résultats des analyses; après un chapitre consacré à la présentation et à une évaluation des données, l'auteur analyse en autant de chapitres: les premiers rapports, l'âge à la première union, l'âge à la première naissance, l'évolution des procédures de mariage et de l'implication des familles, la polygamie, les ruptures d'union et le remariage. Pour chacun des domaines abordés, l'auteur présente en préalable une synthèse, concise mais bien documentée, des principaux résultats issus de la littérature existante, à l'échelle de l'Afrique et pour le Togo.

Par des analyses statistiques rigoureuses et adaptées (recours au modèle semi-paramétrique de Cox pour l'analyse des biographies), Marie-Paule Thiriat livre, dans un style clair, des résultats convaincants. Globalement, ils confirment le recul de l'âge à la première union, surtout marqué en ville et très sensible à l'effet de la scolarisation, et qui s'accompagne d'un processus de déconnexion croissante entre sexualité, mariage et fécondité: ainsi en 1988, 70 % des Loméennes déclaraient avoir eu des rapports sexuels préma-

taux, tandis que l'âge à la première naissance est resté stable; ce qui se traduit par un accroissement de la fécondité pré-nuptiale. Par ailleurs, le « mariage traditionnel » recule au profit des unions « consensuelles », traduisant une individualisation croissante dans le choix du conjoint; des unions moins formalisées, plus souvent accompagnées d'une non-coresidence des conjoints, mais des unions qui sont aussi plus instables. Si les indicateurs classiques de la polygamie révèlent une baisse du phénomène, surtout en ville, il convient de ne pas conclure hâtivement: l'institution polygamique reste somme toute solide, ses modalités évoluent combinant volontiers tradition et modernité et conduisant à des formes d'unions qui peuvent échapper aux mesures classiques.

Si de nombreux changements apparaissent, plus ou moins marqués, ils ne relèvent cependant pas d'une logique de rupture. Si le mode de vie urbain et la scolarisation constituent assurément des facteurs majeurs du changement, la crise économique des années quatre-vingt semble avoir un effet accélérateur; les évolutions apparaissent plus accentuées au cours de cette période. Surtout, comme le note Marie-Paule Thiriat dans sa conclusion, « l'évolution des comportements face à la nuptialité est caractéristique d'un souci d'autonomie plus marqué de la part des femmes, signe d'une modification des relations homme-femme ». C'est bien là tout l'intérêt d'une meilleure connaissance de l'évolution des systèmes matrimoniaux, dont les implications dépassent largement les conséquences en matière de fécondité.

On pourrait regretter que les analyses proposées soient plus descriptives qu'explicatives. Mais les données utilisées ne permettent guère d'aller plus loin dans l'interprétation. Il convient à ce propos de saluer la rigueur et la prudence de l'auteur qui, consciente des limites des matériaux utilisés, prend garde de ne pas faire dire aux données ce qu'elles ne peuvent pas dire... Les résultats obtenus n'en demeurent pas moins riches d'enseignements: ils apportent des éclairages statistiques pertinents et très utiles dans ce domaine de la nuptialité, encore trop peu étudié; ils témoignent des possibilités d'affiner les analyses, les mesures statistiques de la nuptialité, ils constituent un complément indispensable aux approches plus qualitatives, relevant de l'ethnologie ou de l'anthropologie. Au-delà de l'intérêt propre des résultats pré-

sentés, cet ouvrage est une incitation, à l'endroit des démographes notamment, à s'intéresser davantage à l'étude de la nuptialité et à trouver les voies d'une véritable articulation des approches disciplinaires.

Marc Pilon

Michel AGIER (éd.)
Anthropologues en dangers
 Paris, Jean-Michel Place, 1997, 123 p.

Toujours plus nombreux sont les anthropologues confrontés à des situations sociales de fait structurées par une violence endémique. L'invalidation actuelle de systèmes de pensée plus traditionnels que les nôtres qu'impose la modernité, la remise en cause de la légitimité du discours et de la fonction de l'État au regard des attentes de la société civile engagent toujours davantage la formation de groupes ou de communautés qui revendiquent des droits spécifiques (minorités) ou imposent la reconnaissance de faits et de pratiques souvent présentées par les politiques comme asociales, marginales ou antisociales (socioéconomie de la drogue, socioéconomie de la guérilla urbaine ou rurale, paternalisme *musclé* de certains entrepreneurs). En outre l'écart croissant entre un discours politique uniformisé par les médias et les constructions idéologiques populaires, qui ont pris le relais de savoirs autrefois considérés comme immémoriaux, semble constituer le creuset pour l'émergence d'une nouvelle maîtrise de la parole tantôt prophétique et tantôt intégriste. Il en découle pour les chercheurs des contraintes et des risques qui leur interdisent désormais de se maintenir dans la fiction de l'extériorité et de la non-implication de leurs travaux.

Contrairement à ce que laisserait supposer le titre premier de cet ouvrage « Anthropologues en dangers », peut-être imposé par l'éditeur, ce ne sont pas les risques qu'ils encourent, à l'égal des grands reporters, dont traitent les auteurs mais de ce qui se donne à comprendre du sous-titre « l'engagement sur le terrain ». Un engagement qui consiste dans le franchissement d'un seuil, celui dont il a été question plus haut à savoir: la nécessité de prendre acte de ce que le chercheur n'a d'autre issue que d'accepter d'être, de se reconnaître et d'être reconnu comme un acteur dans l'univers social qu'il étudie, ce qui ne va pas sans susciter une certaine inquié-

tude. Travailler sur la pandémie du sida interdit de se tenir à distance des malades c'est-à-dire de ceux qui se savent ou ne se savent pas condamnés, travailler sur la socioéconomie de la drogue nécessite que soient établies des relations de reconnaissance mutuelle qui font du producteur, du dealer, de l'entrepreneur et du financier des partenaires au même titre que des membres de la police ou des personnalités politiques officiellement engagées dans un combat dont, pour certains, ils tirent des profits. Questionner le statut des minorités instaure le chercheur dans un rôle de médiation qui lui assigne des places distinctes au regard des autorités et des populations concernées. Enfin, le chercheur ne peut se tenir à distance des avancées méthodologiques, théoriques et parfois idéologiques de ses partenaires scientifiques locaux: il n'y a plus aujourd'hui d'espace réservé pour ce qui a pu apparaître comme un ancien monopole intellectuel du savoir anthropologique forgé dans les pays développés. La possibilité concrète d'entreprendre des recherches suppose toujours davantage une visée sociale reconnue et admise tant par les autorités civiles que par les communautés concernées.

Il s'agit d'un constat issu de la lecture des textes de ce recueil écrits par des chercheurs qui poursuivent leurs travaux en Afrique, en Amérique latine, en Inde, en Asie du Sud-Est, en Australie sur des thèmes aussi différents que les représentations de la maladie et de la santé, les statuts et les enjeux des minorités, les élites urbaines, les comportements ruraux, paysans et urbains face à l'émergence de nouvelles formes de pouvoir et de dispositifs économiques *parallèles*. Cette diversité des lieux et des thèmes pointe une convergence dans les préoccupations. Elle permet de questionner la place et la fonction d'une anthropologie des mondes contemporains, la nécessité d'élaborer de nouvelles approches qui ne peuvent faire l'économie des acquis d'une anthropologie souvent qualifiée de *classique*, ce qui pose la question de l'articulation de ces nouvelles avancées et de leurs conséquences au champ ethnologique déjà constitué.

Là se situe un premier risque, celui d'un appauvrissement théorique justifié par l'inadéquation des « outils » de l'anthropologue aux réalités sociales contemporaines. Un autre risque découle également de cet engagement sur le terrain tel qu'aujourd'hui il s'impose: certes il s'agit bien d'anthropologues mais aussi de femmes et d'hommes tenus d'élabo-

rer à leur propre usage et en fonction de critères locaux et nationaux singuliers une éthique qui met leur subjectivité à l'épreuve des réalités qu'ils élaborent et perçoivent. À cet égard, le peu de références à des travaux de chercheurs, notamment anglo-saxons, sur ces questions est la seule critique que la lecture passionnante des textes présentés suggère. En retour, il convient de souligner le courage intellectuel de présenter au public spécialisé et non spécialisé ce qu'implique et questionne l'engagement sur le terrain de chercheurs anthropologues. Les auteurs de ces textes ont rompu le silence académique qui s'impose encore trop souvent, ici en France, sur ce sujet pour établir, de façon convaincante, que l'implication individuelle du chercheur ne constituait pas un obstacle au projet scientifique dont elle se soutient et qu'entre une anthropologie *finalisée*, telle que les pouvoirs publics en général la souhaitent, et une anthropologie *engagée* telle que ces chercheurs la pratiquent, il y a un écart tout à fait décisif pour l'avenir de nos disciplines.

B.-F. Gérard

Daniel BERTAUX
*Les Récits de vie. Perspective
 ethnopsychologique*

Paris, Nathan, coll. « Sociologie »,
 1997, 128, 128 p.

En sept chapitres excellemment écrits, Bertaux nous invite avec succès à redécouvrir une technique extrêmement précieuse à l'étudiant ou au chercheur en sciences sociales: le récit de vie. Par une présentation combinant harmonieusement analyses théoriques et études de cas, l'auteur parvient à appréhender ce qu'est un récit de vie et à en dégager la pertinence scientifique. Pour ce faire, il se borne à une orientation précise: la perspective ethnopsychologique.

Après avoir rappelé les caractéristiques de cette perspective [chap. 1], Bertaux examine la nature descriptive, narrative et diachronique du récit de vie [chap. 2]. Il en clarifie ensuite les fonctions exploratoire, analytique et expressive [chap. 3] avant d'aborder certains aspects pratiques du recueil de données [chap. 4]. L'analyse se poursuit sur les différents types ou niveaux de réalité auxquels la technique permet d'accéder [chap. 5] avant d'engager une réflexion sur la nécessité et les conditions de la comparaison [chap. 6] ainsi

que les options rédactionnelles qui se présentent au chercheur [chap. 7]. Quoique bref, l'ouvrage n'en est pas moins riche. Dans les lignes qui suivent, j'en soulignerai les aspects les plus originaux.

L'originalité et la difficulté du récit de vie sont d'être à la fois considéré comme un outil d'enquête et un genre quasi littéraire. Le sens commun a en effet tendance à le confondre avec ce que les anglo-saxons appellent les *histoires de vie* (*life history*) et la forme canonique de l'*autobiographie totale* héritée de Jean-Jacques Rousseau. Or, justement, le récit de vie dans une perspective ethnopsychologique opère la distinction entre l'*histoire vécue* et écrite par une personne solitaire, et le *récit* orienté que cette même personne peut en faire à la demande d'un chercheur lors d'entretiens menés en sa présence.

Cette distinction essentielle repose sur un postulat dit réaliste: le récit de vie constitue une description partielle de l'histoire vécue par l'interviewé, sachant que toute histoire individuelle possède « une réalité préalable à la façon dont elle est racontée et indépendante de celle-ci » [p. 33]. Le défi scientifique consiste à mettre en rapport de façon pertinente plusieurs témoignages singuliers pour parvenir à un modèle d'interprétation sociologique de l'expérience de la situation ou du monde social qu'il s'agit d'étudier.

La perspective dite *objectiviste* de l'approche ethnopsychologique la distinguerait de l'ethnologie, laquelle s'attache davantage à « saisir de l'intérieur les schèmes de représentation ou le système de valeurs [d'une société] isolée » [p. 7]. En revanche, le récit de vie « [concentre] l'étude sur tel ou tel monde social centré sur une *activité spécifique*, ou telle ou telle *catégorie de situation* regroupant l'ensemble des personnes se trouvant dans une situation sociale donnée » [p. 8]. L'idée centrale de cet outil est donc d'orienter la narration d'un acteur sur des *pratiques en situation* afin de mieux comprendre les contextes au sein desquels elles s'inscrivent et qu'elles contribuent ou non à reproduire.

Du point de vue de l'histoire des sciences sociales, la perspective ethnopsychologique emprunte des outils à l'ethnographie, tout en construisant ses objets et ses problématiques par référence à la sociologie. La première lègue ainsi la notion de *sous-culture*, la technique de l'observation en profondeur d'un phénomène et celle de l'entretien – dont les

questions sont nécessairement adaptées et spécifiques aux situations rencontrées. Dans le récit de vie, on retrouve également l'hypothèse structuraliste selon laquelle les logiques sociales à l'œuvre dans le microcosme ouvrent la voie à la compréhension du macrocosme. Inversement, la perspective ethnosociologique s'oppose à la méthode hypothético-déductive propre à la tradition sociologique quantitative. Au lieu de concevoir l'enquête de terrain comme une façon de vérifier ou d'infirmer des hypothèses préconçues, elle ambitionne plutôt de comprendre le fonctionnement global de l'objet étudié et d'« élaborer un modèle de ce fonctionnement sous la forme d'un corps d'hypothèses plausibles » [p. 17]. Comprendre davantage qu'expliquer, en proposant des *interprétations plausibles*, est une particularité qui se retrouve dans la construction progressive de l'échantillon et la souplesse des guides d'entretien, phases sur lesquelles l'auteur passe cependant un peu rapidement.

Outre ces réflexions, Bertaux livre de précieux conseils pratiques. Les considérations sur la prise de rendez-vous, la préparation et la conduite de l'entretien, le problème de l'attitude générale, des relances et de la gestion de l'inattendu précèdent des discussions sur la fonction de l'enregistrement et les options de présentation qui s'offrent au moment de la rédaction. Selon ses préoccupations, le lecteur reviendra à souhait sur ces pages.

Quelle peut être la spécificité du récit de vie, ainsi défini par Bertaux – à la fois comme un outil, une méthode et une véritable approche sociologique – par rapport à la formule biographique à succès véhiculée par les ouvrages de Talayesva [1941], Kroeber [1961], Mintz [1960], Lewis [1961] et Hélias [1975]? On parle en fait de deux genres différents. Le récit de vie ethnosociologique est un *discours narratif*, une forme orale spontanée et dialogique qui permet à un sujet de raconter ses expériences à un chercheur qui l'écoute avec des *filtres* ou des thèmes d'enquête privilégiés qu'il a mis en place. Le filtre permet de sélectionner les dires des acteurs et de recentrer leur propos et l'analyse sur les mécanismes sociaux qui intéressent le sociologue. La *fonction expressive* est dès lors moindre pour le grand public¹.

Des structures sociologiques peuvent-elles être diachroniques? C'est là une question implicitement posée par l'ouvrage et dont les réponses mériteraient à elles seules un autre ouvrage. À l'évidence, le récit de vie plonge le chercheur dans la durée, la *dimension diachronique* et l'articulation de facteurs et de mécanismes divers et de niveaux différents. Il s'agit de reconstituer *la ligne brisée* que constitue l'existence des narrateurs, tout en gardant à l'esprit les risques propres à la dérive du *lissage* ou de l'*idéologie biographique* auxquels il est difficile d'échapper. Pour un sujet, ces risques consistent à reconstruire le passé, fait d'événements et de situations discontinus, en fonction de la perception qu'il se fait du présent. Le défi consiste dès lors à déterminer les *indices* ou les *éléments structurants* du récit et à établir des *séquences différentielles* (ce qui n'a rien à voir avec la chronologie des événements), afin de bâtir une véritable *intrigue* (selon l'expression empruntée à Ricœur). Or c'est cette mise en intrigue qui permet de faire le lien entre les parcours individuels, de discerner ce qui différencie les individus et ce qui varie dans leurs schèmes de perception par rapport à une même réalité. La mise en intrigue donne ainsi accès aux *récurrentes*, lesquelles n'ont bien entendu aucune valeur représentative au sens statistique du terme puisqu'il s'agit de logiques d'action et de processus sociaux.

Le recentrage du récit de vie autour d'un problème donné en facilite grandement l'analyse. De fait, il ne s'agit plus de traiter toutes les significations d'un récit, mais « seulement celles qui sont pertinentes pour l'objet de la recherche et qui y prennent le statut d'indices » [p. 66]. On peut, dès lors, travailler sur trois ordres de réalité distincts : la réalité historico-empirique (ou référent) ; la réalité psychique et sémantique (ou signifié) ; la réalité discursive (ou signifiant) [p. 68]. Mais cette étape doit nécessairement conduire à l'analyse comparative « qui constitue le véritable cœur d'une enquête ethnosociologique » [p. 94]. La confrontation des données permet en effet de relier les événements individuels, les phénomènes historiques collectifs et les processus de changement social. L'élaboration d'un modèle qui permet de rendre compte, en termes sociologiques, du fonctionnement de l'objet étudié est dès lors possible. « Comment ça marche? » est la question à laquelle le récit de vie peut apporter des réponses précises, à condition de mul-

1 Encore que Bourdieu [1993] ait tenté de réunir la *fonction expressive* et la *fonction analytique* dans son ouvrage sur la misère, puisque chaque entretien retranscrit est précédé d'un commentaire sociologique.

tiplier les expériences et de les analyser avec rigueur.

Après avoir lu cet ouvrage, on peut regretter l'absence d'un encadré où auraient figuré, à titre d'exemple, une guide d'entretien et une grille d'observation. En outre, l'auteur mentionne peu l'apport de la psychanalyse et la position de la sociologie vis-à-vis de ce vaste champ d'investigation pourtant spécialisé dans l'analyse du discours. En dépit de ces quelques réserves, on ne peut que vivement recommander la lecture de cet ouvrage aux étudiants et chercheurs en sciences sociales qui souhaitent parfaire leurs connaissances ou expérimenter de nouveaux outils d'enquête.

Auteurs multiples
Peuples du Sénégal
Saint-Maur, Sépia, 1996, 186 p.

En 1995-1996, la délégation de la Communauté française de Belgique de Dakar a organisé une série de conférences sur le thème « Sept conférences pour mieux comprendre les rites, les cérémonies et la spiritualité des peuples du Sénégal ». Ce *Peuples du Sénégal* reprend l'ensemble des communications dont chaque auteur traite de sa propre culture.

Les contributions présentées, s'adressant à un large public, répondent à l'exercice périlleux de la vulgarisation – plus ou moins réussi selon les articles. Ce petit ouvrage n'en promène pas moins le lecteur d'une aire culturelle à une autre, lui permettant ainsi une prise de contact panoramique avec les principales composantes de l'entité nationale sénégalaise, essentiellement à travers leurs aspects rituels et spirituels, mais aussi socioculturels au sens large (selon les articles, on trouve quelques données historiques, géographiques ou linguistiques, mais aussi ethnographiques). Les sept aires prises en compte sont celles des Jola, des Wolof, des Soninké, des Bassari, des Sérère, des Peul et des Mandingue.

De l'article de Christian-Sina Diatta, « L'esprit et la force dans la culture jola », on retiendra surtout la tentative de l'auteur de renouveler l'image qu'auraient eue les Jola auprès des chercheurs européens ou qu'ils auraient encore auprès des sociétés africaines environnantes. Diatta développe en effet la thèse d'une stratégie sociale consensuelle visant une certaine préservation de l'intégrité socioculturelle jola. Cette stratégie se serait

concrètement traduite par une non-intervention délibérée des Jola devant des falsifications par les autorités coloniales de certaines réalités politiques, ainsi que par une dissimulation efficace des véritables traits de la culture jola face aux investigations des chercheurs étrangers. « Insaisissable comme l'esprit, l'univers traditionnel jola [aurait ainsi] survécu grâce à une force propre d'autoconservation. » Et C.-S. Diatta de rappeler, au sujet de ces lectures scientifiques erronées que les Jola auraient choisi de ne pas rectifier, l'attitude de l'administration sénégalaise actuelle qui consiste en une reproduction des mêmes erreurs sociohistoriques sur les Jola.

Par ailleurs, on notera dans cet article sur les Jola qu'outre le rapprochement que propose l'auteur entre spiritualité jola et judaïsme, certains aspects ou concepts théologiques et rituels jola peuvent rappeler des traits caractéristiques du christianisme, et notamment du christianisme orthodoxe, ou encore de la voie orientale du Zen.

Silence surprenant lorsque l'on connaît l'importance et la vigueur de l'islam sénégalais à l'heure actuelle, ce premier article n'aborde pas la question de la place de cette religion vis-à-vis de la « culture traditionnelle ». Cela n'est pas le cas de trois des autres exposés – ceux sur les cultures wolof, soninké et mandingue – qui appréhendent l'héritage du Prophète, non pour elle-même, mais toujours en tant que réalité historique, socioculturelle ou religieuse rapportée à chaque contexte spécifique.

Ainsi, chez les Wolof, la prégnance de la religion islamique n'a laissé place qu'à peu de survivances de la religion traditionnelle qui, comme nous l'explique Abdoulaye Bara Diop, s'appuie principalement sur le culte de génies appelés *rab* ou *tuur*. Outre ces génies dont on recherche l'alliance bénéfique par des offrandes alimentaires et des sacrifices d'animaux, les croyances traditionnelles wolof étaient également peuplées de sorciers mangeurs de chair, les *dëmm*. Peu de choses semblent certaines quant au système de croyances traditionnelles wolof. Ainsi, si A. B. Diop peut affirmer que les femmes perpétuent davantage ces rites ancestraux que les hommes, dans un cadre de transmission matrilineaire où elles sont prêtresses et officiantes alors qu'elles ne peuvent avoir de rôles aussi actifs dans la pratique islamique, il ne peut que laisser en suspens la question d'une définition polythéiste ou monothéiste

des croyances traditionnelles, ainsi que celle de leur caractère magique ou religieux. Mais c'est dans les interactions avec l'islam que l'on saisit les dynamismes interactifs entre tradition ancestrale et tradition du Livre. Par exemple, les *rab* sont partiellement « islamisés » pour les rendre licites. Et c'est finalement une similarité que l'auteur relève entre les deux systèmes, tant pour lui les formes et les fonctions des rites sont semblables entre un maraboutage et un culte aux génies, ou entre une intercession des génies ou d'un marabout, hypothèse riche mais certainement à affiner.

L'article de Mamadou Dramé sur les « Cérémonies et rites chez les Soninké » consiste en une description classique des structures sociales et de leur fonctionnement qui n'est pas sans rappeler la société haalpulaar. Les cérémonies sont marquées avant tout par des pratiques islamiques, cependant encore parsemées de quelques marques de pratiques spécifiquement soninké.

Les articles suivants abordent les « Rites de protection et de guérison de l'enfant chez les Bassari du Sénégal », la lutte traditionnelle chez les Sérère, la *Pulaagu* (ou code de conduite des Peuls) ou encore la « Civilisation mandingue, société et culture ». Le premier traite des différents types de diagnostics paranormaux dans tout processus de guérison des enfants, des causes de pertes d'enfants à la naissance et des remèdes à ce mal – la fuite d'un sorcier mangeur d'âme ou un rituel de sacrifice, selon la cause – et enfin des méthodes de guérison proposées par la pharmacopée ou par le recours à des fétiches.

L'article sur la lutte en milieu sérère présente quant à lui ce qui est devenu un sport national comme une pratique « égalitarisante » et initiatrice sur le plan des valeurs socioculturelles, à l'origine de laquelle il y retrouverait une croyance en des génies nains. Cet hymne à la lutte sérère, appuyé de croquis des principales prises, est suivi par un article à la tonalité bien différente : celui de Mamadou N'Diaye sur la *Pulaagu*.

La *Pulaagu*, ou *pulaaku*, est une notion qui recouvre un ensemble de traits caractérisant les modes de comportement du « Peul

type » et que l'on retrouve, à quelques nuances près, à travers tout le vaste « archipel peul¹ ». Alors qu'à l'heure actuelle, un certain nombre de spécialistes de l'aire peule s'interrogent sur la pertinence et la validité de ce concept largement élaboré et entretenu par les chercheurs eux-mêmes, on trouve ici une reprise non seulement du comportement idéal ou typique d'un peul, mais encore un élargissement des champs de déterminants de l'identité peule puisque, à la différence des approches des chercheurs en sciences sociales ayant traité de cette fameuse *pulaaku*, même les traits physiques sont ici abordés, faisant accéder l'article non plus à une synthèse de la notion de *pulaaku* à travers le temps, comme le titre l'annonçait, mais à une définition globale « du » Peul au-delà des comportements individuels ou sociaux. Le recours à des textes épiques illustre plaisamment quelques traits de la *pulaaku*, mais ne permet pas de distinguer la part du mythe érigé en modèle de celle d'une réalité efficiente et vivante en chaque Peul.

Dans le dernier article de Keba Tounkara sur la civilisation mandingue, on dépasse là encore largement le thème général des rites, cérémonies et spiritualités pour une évocation générale des mandingues à travers leur histoire, leur mode de vie et enfin leur culte – dont l'islamité n'a pas effacé certaines pratiques animistes de recours à des génies par l'intermédiaire d'une tierce personne.

Au fil de ce petit livre, le lecteur profane pourra donc découvrir quelques facettes des principales cultures et spiritualités sénégalaises, mais les approches restent le plus souvent superficielles et subjectives et laissent l'esprit curieux sur sa faim, ce qui appelle une initiative scientifique de plus grande envergure pour mieux servir encore « les rites, les cérémonies et la spiritualité des peuples du Sénégal ».

M.-È. Humery

1 *L'Archipel peul* est le titre d'un triple numéro des *Cahiers d'études africaines* (n° 133-135), Paris, CNRS, 1994. Cet « archipel » s'étend plus ou moins sur 18 pays d'Afrique occidentale et centrale.

Résumés

Laurent VIDAL, « Anthropologie d'une distance : le sida, de réalités multiples en discours uniformes »

Nous replaçons dans un premier temps le débat actuel sur l'existence d'un sida du Nord et d'un sida du Sud à l'échelle de l'histoire de l'épidémie en nuancant certains aspects de cet écart. Cette opposition entre sida du Nord et sida du Sud n'en demeure pas moins fondée et mobilise des concepts qui font autorité dans les discours de l'intervention et de la recherche sur le sida. Or ces discours s'avèrent remarquables par l'uniformisation conceptuelle à laquelle ils procèdent, alors que la réalité dont ils prétendent rendre compte est multiple. Nous nous appuyons sur une analyse des domaines d'application des concepts de « vulnérabilité », d'« empowerment » et de « communauté », pour constater qu'une distance se crée entre la prétention globalisante de ces concepts et la multiplicité de leurs expressions locales. Distance qui, par son caractère récurrent, constitue un objet de réflexion pour l'anthropologie et qui sera comparée à celle qui sépare les sida du Nord et du Sud. Distance qui, enfin, pose le problème de l'intervention dont on peut craindre qu'elle se trouve totalement décontextualisée.

• Mots clés : Sida – Concepts – Réalités sociales – Écart Nord/Sud – Vulnérabilité – Communauté – Empowerment.

Karine DELAUNAY, « Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines, discours sur une pandémie »

L'article retrace l'évolution des discours sur la pandémie de sida dans laquelle prend place la référence nouvelle à la notion de « vulnérabilité ». D'une part, en succédant aux notions de « groupes à risque » puis de « comportements à risque », elle s'inscrit dans un réaménagement du système de causalités à

partir duquel est appréhendé le risque d'infection par le discours médico-préventif dominant. Mais, d'autre part, elle participe de logiques récurrentes de particularisation de l'Afrique qui ont globalement fait de ce continent le berceau du sida puis sa victime; l'alternative représentée par la vulnérabilité vis-à-vis des notions préexistantes, ayant justifié son emploi par des voix « dissidentes » au discours médico-moral et/ou culturaliste, perd alors sa portée analytique.

• Mots clés : Sida – Afrique – Risque – Pratiques (sexuelles) – Comportements – Situations – Groupes – Catégories – Culture – Culturalisme.

Laurence HUSSON, « État, islam et sida en Indonésie : un épineux ménage à trois »

L'Indonésie est la quatrième puissance démographique et le premier pays musulman du monde. L'épidémie est encore à un stade précoce, mais le virus se propage parmi la population, principalement par contamination sexuelle. Les facteurs épidémiologiques du sida sont identiques à ceux de l'ensemble de l'Asie. Cet article tente de montrer la complexité du discours moral entourant le sida et les obstacles à la mise en place d'une stratégie gouvernementale. L'un des problèmes provient des relations que le gouvernement entretient avec les différentes organisations islamiques, qui considèrent que promouvoir l'usage du préservatif justifierait la promiscuité sexuelle. Moralement, un débat public sur les relations sexuelles avant le mariage et hors du mariage est difficile. De plus, des conflits règnent au sein même du gouvernement au sujet de la prévention du sida. Si rien n'est fait rapidement, l'Indonésie sera gravement touchée dans les dix prochaines années. La crise économique et politique actuelle incite les experts à établir des statistiques pessimistes, si

la propagation du VIH-sida n'est pas enrayée dans un futur proche.

- Mots clés: Indonésie – Facteurs et groupes à risque – Prévention – « Kondomisasi » – Crise économique.

Évelyne MICOLLIER, « **L'Autre : porteur originel et/ou vecteur privilégié du VIH-sida (Chine populaire-Taiwan) »** »

La menace d'une épidémie telle que celle du VIH-sida peut réactiver des tensions identitaires et rendre nécessaires des négociations entre des groupes, des pratiques et des idéologies dans des sociétés soumises à des changements socioéconomiques et culturels accélérés comme c'est le cas de la Chine populaire et de Taïwan. Dans le contexte de l'épidémie du sida, la construction sociale de la maladie s'articule autour de la notion de l'Autre, de l'étranger. Le terme « étranger » est utilisé dans un sens générique qui inclut tous les étrangers du point de vue des représentations culturelles des Chinois (les Han), c'est-à-dire les étrangers citoyens d'autres États mais aussi les citoyens chinois qui ne sont pas des Han; les citoyens d'autres États qui sont ethniquement des Han ont un statut particulier en Chine. L'article est articulé en deux parties: le « sida des autres » développe en particulier le thème de l'étranger comme métaphore; la partie « sida dans le contexte culturel chinois » présente un bref état des lieux de l'épidémie en Chine et à Taïwan, évoque les représentations du VIH-sida à la lumière des contacts interethniques et la présence de « l'étranger » dans les représentations du VIH-sida à Taïwan.

- Mots clés: Sida – Étranger – Autre – Minorité ethnique – Chine – Taïwan.

Silvia VIGNATO, « **Le corps exclu: notes sur le sida en Malysie »** »

Cet article traite des différentes perceptions du corps liées au VIH en Malysie et des stratégies de prévention et de soins qui en découlent. Dans la première partie, l'auteur montre comment, en Malysie, un discours étatique fort, inspiré de l'islam et s'appuyant sur la biomédecine, n'autorise la prise en charge des individus « à risque » qu'après les avoir privés de leur statut moral de Malysiens ordinaires. Elle développe l'hypothèse que l'État, en culpabilisant le malade, condamne son corps à un isolement symbolique et réel,

l'excluant de la société dans la vie et dans la mort. Pour approcher ce corps isolé et ses réactions de survie, dans la deuxième partie on examine les stratégies thérapeutiques du citoyen faisant face à la maladie. Grâce à l'exemple de deux centres de soins « traditionnels » et d'un cas clinique, on met en avant le souhait qu'a le proche entourage du malade de restituer une dimension sociale au corps malade.

- Mots clés: Sida – Malysie – Corps – Guérisseurs – Toxicomanie – Islam.

Frédéric BOURDIER, « **ONG et puissances publiques dans la lutte contre le sida en Inde: enjeux et répercussions sociopolitiques »** »

On confronte l'évolution des politiques et stratégies nationales et internationales en Inde; ce qui nous amène à insister sur le développement des ONG locales en relation avec les bailleurs de fond. Puis on s'intéresse au discours ambivalent autour de l'ampleur de l'épidémie. Les données concédées informement sur les modes de résistance du gouvernement face à la virulence de l'épidémie, de la même manière que les estimations réalisées par les experts reflètent le diagnostic critique des pays du Nord sur le mode de fonctionnement sociopolitique du pays. En dernier lieu, on met en évidence l'interpénétration du discours politique et du discours médical qui aboutit à un discours sur la société en général.

La mise à jour d'un complexe de confrontations internes et externes est emblématique de l'enjeu international soulevé par le sida et montre à quel point des groupes sociaux et politiques se réapproprient l'épidémie.

- Mots clés: Inde – Aide internationale – ONG – Discours sur le sida – Enjeux sociopolitiques.

Fred EBOKO, « **Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun »** »

La lutte contre le sida au Cameroun est un champ international de coopération où se confrontent plusieurs logiques. Les motivations des acteurs et des groupes en présence transforment des rapports internationaux en réseaux transnationaux. Entre les institutions internationales et le « grand public », l'État tente de contrôler des logiques dont chaque

niveau suggère des intérêts différents et « pragmatiques ». L'imbrication et le processus de reproduction des enjeux internationaux et locaux, respectivement, manifestent des dynamiques liées à la crise de l'État. Au sein de ces contradictions, on assiste à l'émergence d'une société dite « civile » dont la composition relève d'abord de l'action des agents biomédicaux de l'État et, ensuite, de l'apparition de nouveaux acteurs sociaux promus et motivés par les ressources internationales liées à la lutte contre le sida.

• Mots clés: Sida – Coopération internationale – Politique – État – Réseaux.

Catherine BENOÎT, « **Surveillance épidémiologique du sida à Saint-Martin/Sint-Maarten (Caraïbe) (1991-1997)** »

La reconnaissance de l'existence de l'épidémie de sida à Saint-Martin/Sint-Maarten, île binationale de la Caraïbe, a eu lieu tardivement. Les premiers cas n'ont été identifiés qu'en 1991. On montrera que la rationalisation

de la sous-estimation de l'épidémie s'appuyait sur les définitions OMS du stade sida valables pour l'Europe, constructions épidémiologiques culturelles et politiques, car ces définitions qui régissent la surveillance de la maladie en France par le réseau national de santé publique, ne tiennent compte ni des caractéristiques cliniques des populations caraïbéennes, ni de l'absence de moyens de diagnostic de certains centres hospitaliers non métropolitains. Ceci fut réalisable dans le contexte politique et économique d'une zone franche, 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, cela pour des raisons également géopolitiques, l'épidémie peut être encore en 1999 considérée comme inexistante.

• Mots clés: Sida – Saint-Martin/Sint-Maarten – Caraïbe – Migration – Géopolitique – Épidémiologie.

Abstracts

Laurent VIDAL, « **An anthropology of AIDS: multiple forms behind the single approach** »

This article relates the current debate on AIDS to the history of the epidemic, arguing that there are in fact two types of AIDS, one for the North and another for the South. Acceptance of the co-existence of these two forms of the disease permits a more authoritative approach to AIDS research and treatment. To date, all discussion on the subject has tended to centre on a simple uniform approach, when the real situation is in fact more complex. By analysing the use of words such as « vulnerability », « empowerment » and « community », the author observes that there is a large gap between the universal application of these concepts and their many interpretations in real life. The anthropologist may reflect on the reasons for the existence of such a gap, and on how it is maintained, by comparing the differences between the Northern and Southern forms of AIDS. Without such a reflection, treatment of the disease may be inappropriate to the sufferer.

• Key-words: AIDS – Concepts – Social reality – North/South divide – Vulnerability – Community – Empowerment.

Karine DELAUNAY, « **Groups at risk and vulnerability among African peoples: Official speeches on the AIDS epidemic** »

This article reviews the way in which official speeches on the AIDS epidemic have developed new meanings for such concepts as « vulnerability ». Originally used to refer to « groups at risk », « vulnerability » came to be applied to « risk-related behaviour ». Now medical officers equate the word with « risk of infection », as they redefine the causes of the disease. Meanwhile, the concept of vulnerabi-

lity is used to emphasise the particular difficulties found in Africa, seen as both the cradle of AIDS and its principal victim by the rest of the world. The argument that « vulnerability » is linked to pre-existing circumstances has lost its force, because these circumstances are usually cited by dissidents who reject the moral and cultural stance taken by the medical community.

• Key-words: AIDS – Africa – Risk – Sexual practices – Behaviour – Situations – Groups – Categories – Social environment – Cultural circumstances.

Laurence HUSSON, « **State, Islam and AIDS in Indonesia: a difficult ménage à trois** »

Indonesia is the fourth most populous, and the largest, Muslim country in the world. While still in the early stages of the epidemic, the AIDS virus is gradually spreading throughout the population, largely due to sexual intercourse. The same factors which cause AIDS to spread elsewhere in Asia are present here. The aim of this paper is to discuss the complexity of the moral debate surrounding AIDS and the obstacles preventing the establishment of an effective government strategy. One of the problems is the government's relationship with various Islamic organisations which consider that promotion of the use of condoms appears to condone sexual promiscuity. It is also morally difficult to encourage a public debate on extra- and pre-marital sex, and on condom use. There are still conflicts within the government which prevent the adoption of a common approach to questions relating to AIDS. If nothing is done quickly, Indonesia will be hard hit during the next decade. The current economical and political crisis in Indonesia may lead experts to predict worsening statistics, because of the inability to

slow down the spread of HIV-AIDS Indonesia in the near future.

• Key-words: Indonesia – Risk factors – Groups at risk – Prevention – « Kondomisasi » – Economic crisis.

Évelyne MICOLLIER, « **The “Other” : original and/or suspected carriers of HIV-AIDS (China and Taiwan)** »

The threat of an epidemic such as HIV-AIDS can revive crises of identity. In this context, links need to be made between groups and between behaviour patterns and ideologies where communities are being exposed to rapid socio-economic and cultural changes, as is the case in China and Taiwan. Against the backdrop of the AIDS epidemic, social perceptions of the illness are exacerbated by the presence of the « Other », the « stranger ». The term « stranger » is used generically to include all those who are not Han Chinese, whether they be « strangers » from other countries or « strangers » who are Chinese, but not Han. Members of the Han community living in other countries are not considered as « strangers », due to their special status in China. This article explores two themes: Other People's AIDS, based on « the stranger as a metaphor », and AIDS in Chinese society. The latter theme reviews the current situation in China and Taiwan and then examines how the HIV-AIDS virus is portrayed vis-à-vis inter-ethnic contacts and how the presence of the « stranger » is portrayed in representations of HIV-AIDS in Taiwan.

• Key-words: AIDS – Stranger – Other – Ethnic minority – China – Taiwan.

Silvia VIGNATO, « **The body in exile: AIDS in Malaysia** »

This article reviews the impact of the introduction of the HIV virus in Malaysia on changing attitudes to the body and on programmes for prevention and treatment. In the first section, the author shows how strong government policy, inspired by Islam and justified with reference to biomedical opinions, requires that individuals « at risk » be deprived of their moral status as ordinary Malaysians before they can be treated. She develops the hypothesis that the State, by placing guilt on the sufferer, condemns the physical body to an isolation, which is both symbolic and very

real: it is exiled from the community in life and in death. In order to understand the body's isolation and its survival in these circumstances, the second part of this article examines the new therapeutic systems being developed for citizens afflicted by the disease. Descriptions of two « traditional » treatment centres and a clinical case study illustrate the attempts made by patient's family and friends to reconstitute a social environment for the sick body.

• Key-words: AIDS – Malaysia – Body – Healers – Drug addition – Islam.

Frédéric BOURDIER, « **NGOs and public authorities in the fight against AIDS in India: The problems and their socio-political repercussions** »

Reviewing the evolution of national policies and planning in India, the author insists on the importance of local non-governmental organisations (NGOs) vis-à-vis funding bodies. He then explores the ambivalent debate on the magnitude of the AIDS epidemic. Official figures demonstrate the government's resistance to facing up to the virulence of the disease. Similarly, estimates by experts corroborate criticisms of the country's socio-political situation put forward by Northern countries. Finally, this article examines the interplay of official positions and medical opinion and its impact on the rest of Indian society.

The complex interaction of internal and external conflicts is exposed as symptomatic of the international predicament created by AIDS, and shows how social and political groups appropriate the epidemic for their own purposes.

• Key-words: India – International aid – NGOs – Attitudes to AIDS – Socio-political problems.

Fred EBOKO, « **International arguments and contradictions about AIDS in the Cameroon** »

The campaign against AIDS in the Cameroon has become a battlefield for divergent attitudes towards international co-operation. Individuals and groups involved in this campaign have transformed relationships with international bodies into transnational networks. Caught between international institutions and public opinion, the government

attempts to accommodate the arguments used by each group to promote various « pragmatic » interests. As these interests and those of international and local organisations become increasingly intertwined, the problems of a government in crisis become even more obvious. In the midst of these contradictions, a so-called « civil » community is emerging, inspired in part by State bio-medical teams and in part by the creation of new social institutions promoted and encouraged by international AIDS donors.

• Key-words: AIDS – International cooperation – Policy – State – Networks.

Catherine BENOIT, « **Monitoring epidemics of AIDS in Saint-Martin/Sint-Maarten (Caribbean) (1991-1997)** »

In Saint-Martin/Sint-Maarten, a dual-nationality island in the Caribbean, recognition of the AIDS epidemic was slow in developing, with the first cases only diagnos-

ed in 1991. Official positions stressed that under-estimation of the epidemic's impact was due to WHO definitions of the different stages of AIDS which were valid for European social and political concepts of epidemiology. These definitions, it was pointed out, were used for managing AIDS treatment in the French public health system and did not take into account either the clinical characteristics specific to Caribbean populations or the lack of diagnostic capability in some non-urban hospitals. In Sint-Maarten, a free-trade zone, little attention was paid to the few diagnosed patients, most of whom were foreigners. Since AIDS is not considered an illness subject to obligatory notification and not a high priority in public health policy for geo-political reasons, the epidemic is still officially considered in 1999 to be non-existent.

• Key-words: AIDS – Saint-Martin – Caribbean – Migration – Geopolitics – Epidemiology.

Achévé d'imprimer en novembre 1999
sur les presses des Impressions Dumas
103, rue Paul-de-Vivie, 42009 Saint-Étienne,
pour le compte des éditions de l'Aube,
Le Moulin du Château, F-84240 La Tour d'Aigues

Conception éditoriale: Sonja Boué

Numéro d'édition: 492

Imprimeur n° 35528

Dépôt légal: 4^e trimestre 1999

L'annonce du sida et les campagnes internationales de prévention ont réactivé de multiples tensions politiques et sociales entre les pays du Nord et du Sud et, au Sud, entre différents groupes et acteurs nationaux et locaux. Dans ce numéro d'*Autrepart*, on examine, en Afrique, en Asie et aux Caraïbes, les stratégies qui en découlent :

- dans les mondes locaux, où les socioépidémiologies populaires stigmatisent généralement la figure de l'« autre » (autre social, religieux, « ethnique ») ; ces stigmatisations, reprises par un discours politico-médical, peuvent se retrouver au cœur même des dispositifs de prévention et de soins ;
- dans le champ international de la lutte contre le sida, où des États en crise rejouent leurs marges d'autonomie et de souveraineté, et où des réseaux concurrents (privés et d'État) s'emploient à capter les nouvelles ressources économiques et symboliques générées ;
- dans le champ scientifique, où un débat s'instaure sur l'existence d'un « sida du Nord » et d'un « sida du Sud » : le discours médico-préventif dominant utilise-t-il des concepts partiellement idéologiques et abusivement uniformes pour rendre compte de réalités multiples ? Les interventions qui en découlent ne se condamnent-elles pas du coup à l'inefficacité ?

Sommaire

- Risques, enjeux et partenaires de la lutte contre le sida, *Claude Fay*
Anthropologie d'une distance : le sida, de réalités multiples en discours uniformes, *Laurent Vidal*
Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines, discours sur une pandémie, *Karine Delaunay*
État, islam et sida en Indonésie : un épineux ménage à trois, *Laurence Husson*
L'Autre : porteur originel et/ou vecteur privilégié du VIH/sida, Chine populaire-Taiwan, *Évelyne Micollier*
Le corps exclu : notes sur le sida en Malaisie, *Sylvie Vignato*
ONG et puissances publiques dans la lutte contre le sida en Inde : enjeux et répercussions sociopolitiques, *Frédéric Bourdier*
Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun, *Fred Eboko*
Surveillance épidémiologique et déni scientifico-politique à Saint-Martin (Caraïbe) (1991-1997), *Catherine Benoît*

Le sida des autres

n° 12 / 1999

ISSN 1278-3986

éditions de l'aube / IRD (ex-Orstom)

120 FF/18,29 euros



9 782876 785229