Fay, Claude, ed. -- *Le sida des autres. Constructions locales et internationales de la maladie*. La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube/IRD, 1999, 183 p. (« Autrepart. Les cahiers des sciences humaines » 12).

Fatoumata Ouattara

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/etudesafriaines/97>

DOI : 10.4000/etudesafriaines.97

ISSN : 1777-5353

Éditeur

Éditions de l'EHESS

Édition imprimée

Date de publication : 1 janvier 2001

ISBN : 978-2-7132-1390-8

ISSN : 0008-0055

Référence électronique

Fatoumata Ouattara, « Fay, Claude, ed. -- *Le sida des autres. Constructions locales et internationales de la maladie*. La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube/IRD, 1999, 183 p. (« Autrepart. Les cahiers des sciences humaines » 12). », *Cahiers d'études africaines* [En ligne], 162 | 2001, mis en ligne le 30 avril 2003, consulté le 03 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/etudesafriaines/97> ; DOI : 10.4000/etudesafriaines.97

Ce document a été généré automatiquement le 3 mai 2019.

© Cahiers d'Études africaines

Fay, Claude, ed. -- *Le sida des autres. Constructions locales et internationales de la maladie*. La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube/IRD, 1999, 183 p. (« Autrepart. Les cahiers des sciences humaines » 12).

Fatoumata Ouattara

À ceux qui s'intéressent aux enjeux politiques nationaux et internationaux de la lutte contre le sida, ce numéro 12 de la revue *Autrepart* apportera des éléments de réponse et de réflexion pertinents. En effet, *Le sida des autres* rassemble huit articles précédés d'un texte introductif remarquable de Claude Fay, éditeur scientifique de ce numéro.

Témoignant à partir de nombreuses régions du monde -- Indonésie (Husson), Chine populaire et Taiwan (Micollier), Malaisie (Vignato), Inde (Bourdier), Cameroun (Eboko), Caraïbe (Benoît) --, les auteurs sont tous spécialistes du problème du sida. On soulignera tout l'intérêt des analyses conceptuelles de Laurent Vidal et de Karine Delaunay qui mettent en perspective la formation et l'évolution de concepts (vulnérabilité, *empowerment*, groupe à risque, etc.) dans un contexte de lutte internationale contre le sida. Ces deux auteurs critiquent particulièrement l'écart entre ces concepts et les réalités sociales auxquelles ils prétendent se rapporter. Les études de cas développées dans les autres contributions mettent plutôt l'accent sur la dynamique des représentations locales, les tensions sociales internes « socioidéologique », de même que les relations politiques, idéologiques et économiques internationales.

L'expansion du sida a contribué à la cristallisation des tensions Nord-Sud (Bourdier, Eboko) au point d'admettre la distinction entre un sida du Nord et un sida du Sud. Or, une telle distinction est à relativiser. Car, comme le souligne Laurent Vidal, les taux d'infection de certains quartiers pauvres de grandes villes américaines sont comparables

à ceux identifiés dans certaines régions africaines. De même que l'absence de traitement d'une MST soit un élément favorable à l'infection par le VIH s'observe au Sud comme au Nord pour les personnes qui ont peu accès au système de soins. La dichotomie sida du Nord/sida du Sud qui se fonde par exemple sur un « modèle africain de sexualité » et qui, par conséquent, fait de l'Afrique le berceau du sida, ne contribue-t-elle pas *in fine* à amplifier davantage la disqualification des États africains sur le plan de l'économie politique (Delaunay) ?

Par ailleurs, les notions-clés dans les discours scientifiques sur le sida se succèdent dans le temps. Ainsi, de l'utilisation de la notion de « groupes à risque », on est passé à celle de « comportements à risque » puis à celle de « vulnérabilité » individuelle et collective (Delaunay). Critiquant l'utilisation abusive des concepts de vulnérabilité, d'*empowerment* et de communauté ainsi qu'un effet globalisant qui les caractérise, Laurent Vidal revendique une analyse plus fine des termes utilisés pour une meilleure traduction des phénomènes observés. Selon cet auteur, en considérant par exemple une plus grande vulnérabilité des femmes à l'infection du sida, on établit une confusion de plusieurs niveaux de réalités (biologique, socioculturelle, etc.). Plutôt que de vulnérabilité, on pourrait parler de « susceptibilités », de « prédispositions », de « situations facilitant... » l'infection par le VIH (Vidal, p. 22). En outre, les risques d'infection au VIH s'établissent en fonction de situations mais également à partir « des négociations, des conflits, des prédispositions (biologiques), des contraintes » (Vidal, pp. 22-23) plus ou moins difficiles à gérer et à affronter selon les individus. Le présupposé d'inspiration féministe qui réduit souvent l'autonomie des femmes à un critère socio-économique ramène ainsi les rapports entre hommes et femmes à la seule gestion de la sexualité. Ce présupposé, comme le remarque Karine Delaunay, aboutit à une contradiction dans les messages de prévention : en même temps qu'il fait des femmes les « vecteurs de propagation du sida », il suppose également que les femmes ont une vulnérabilité à tout le moins passive face à l'infection VIH. Cette conception résulte à la fois d'une logique qui fait de la culture un obstacle à toute tentative de développement et d'un « néo-universalisme » associée à toute condition humaine, précaire et/ou féminine.

Un autre concept utilisé sans qu'une attention particulière soit accordée à son contenu est celui d'*empowerment*. Une insuffisance critique à l'égard d'un tel concept conduit elle aussi à des contradictions au sein des messages de prévention : on recommande généralement l'utilisation du préservatif pour « se protéger de l'autre » tout en encourageant la solidarité avec les personnes atteintes par le VIH. Autrement dit, l'incitation à la peur du sida, telle la comparaison du sida à un assassin (Malaysie), ou l'appellation « liaisons dangereuses » pour désigner un centre de lutte contre le sida (Caraïbes), s'accompagne d'une sensibilisation des personnes infectées et affectées par la maladie à se mobiliser dans les stratégies de prévention. Cela est fait sans mesurer les risques de stigmatisation, c'est-à-dire le « coût social » de leur engagement. On pourrait parler de « mouvement social contrarié » pour reprendre l'expression de Fred Eboko, dans des univers sociaux où le sida est associé à une « maladie de la honte » et où l'engagement sur la place publique des personnes qui en sont atteintes reste problématique (Eboko). Aussi, le même auteur parle-t-il d'« épidémie du conservatisme » par opposition à l'idée d'« épidémie progressiste » dans les pays du Nord proposée par D. Durand. Il semble donc nécessaire de se pencher sur « la nature du lien communautaire ». À ce propos, le concept de communauté est lui aussi employé dans les discours et dans les écrits scientifiques sans définition préalable, ou du moins, le contenu qui lui est associé se trouve-t-il « en porte-à-faux avec l'utilisation habituelle » en anthropologie (Vidal et

Delaunay). De fait, l'idée de communauté dans les écrits sur le sida se résume davantage à une question spatiale qu'à des différences socioculturelles et à des tensions observables à l'intérieur du groupe étudié (Vidal, pp. 26-27).

Si la distinction entre sida du Nord et sida du Sud comporte un risque de « surculturaliser » la maladie, l'écart entre les concepts et les réalités sociales conduit, quant à lui, à une « sous-culturalisation » du sida. Éviter ces biais constitue une tâche anthropologique par excellence, afin de rendre compte du sida dans le « réel des autres ». Il n'en demeure pas moins que ces biais résultent de la volonté de « 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 » (Vidal, p. 25). Prendre des distances à l'égard des concepts de « vulnérabilité », d'*empowerment* et de « communauté » serait nécessaire pour pouvoir mobiliser les notions de « dangers perçus », de « négociations permanentes engagées », « d'entités villageoises, de quartier ou religieuses » dans la traduction des réalités étudiées (Vidal, p. 33).

La prise en compte de la diversité géographique (Afrique, Asie, Caraïbes) dans cette livraison illustre la variété dans la construction des imaginaires sociaux et la dynamique des enjeux autour de la lutte contre le sida. Mais en dépit de cette diversité géographique, le sida renvoie dans la plupart de ces sociétés à une « maladie de l'Autre » (les étrangers, les touristes, les migrants, les prostituées, les homosexuels, les transporteurs, etc.). Cet Autre est perçu comme le porteur et le propagateur de la maladie. On observe ci et là l'émergence de discours identitaires au début de l'expansion du sida (cf. l'article d'Evelyne Micollier sur la Chine populaire et Taiwan). Ces replis identitaires expliquent souvent -- à tout le moins au début de l'épidémie du sida -- le refus des autorités nationales d'associer la lutte contre le sida à des projets de développement de santé (Inde). Il existe au début de l'épidémie du sida une espèce de croyance en l'immunité nationale. Perçu comme la conséquence d'un écart aux normes sexuelles, le sida est synonyme d'« immoralité », de « déviance sociale », de « transgression religieuse », de « sauvagerie ou dégénérescence » (Fay, p. 7).

De multiples formes de stigmatisation trouvent alors leur fondement dans des logiques de culpabilisation sous-tendues largement par un présupposé « médico-moral » qui met l'accent sur la responsabilité individuelle et le sentiment de faute. La politique nationale de lutte contre le sida en association avec les instances religieuses fonde la prévention sur des préceptes moraux et religieux (Indonésie, Malaisie). En dépit d'un développement économique et d'une accessibilité des centres de soins en Malaisie, l'État réagit à l'expansion du sida en établissant une « équivalence entre risque et immoralité » pour développer une théorie du *right sex* (rapports sexuels corrects) au détriment du *safe sex* (rapports sexuels protégés). Le contrôle des personnes à risque s'effectue souvent par des méthodes d'exclusion du pays (Caraïbe) ou bien par des méthodes de réclusion (Malaisie). Il va sans dire que de telles méthodes contribuent à accentuer la stigmatisation à l'égard des personnes infectées par le virus du sida. Par exemple, Silvia Vignato note comment, en imposant des règles d'hygiène particulières vis-à-vis du traitement des cadavres des morts de sida, les autorités nationales malaises ont sous-estimé le risque de stigmatisation (des proches du défunt) en rendant ainsi publique la cause de la mort. En outre, les parents redoutent la faute consécutive au manquement aux funérailles « bien faites ». Ici, deux logiques de la contagion se confrontent dans la mesure où, pour les citoyens, la contagion sociale paraît plus dangereuse que la transmission d'un virus, alors

que, pour le gouvernement, le danger de la contagion de l'immoralité semble plus importante (Vignato, p. 93).

Du fait d'une méconnaissance des personnels de santé en matière de sida et d'une faible accessibilité aux soins, les personnes infectées ont recours dans la plupart des cas à la médecine traditionnelle et/ou à des structures à caractère non médical qui ont souvent l'avantage d'aider à la resocialisation des malades (Malaysie, cf. Vignato). Le ciblage des messages de prévention se fait sur des groupes bien définis.

Si le dépistage volontaire n'est pas courant à cause du risque de stigmatisation en cas de séropositivité, le « dépistage sauvage » est souvent pratiqué sur les femmes enceintes, les parturientes, et toute personne supposée appartenir à un « groupe à risque » dans les centres de soins privés (Inde). Indépendamment du fait que la notion de « groupe à risque » soit sociologiquement inopérante, les études qui se basent sur cette notion ne démontrent pas en quoi la connaissance du statut sérologique modifie les comportements sexuels (Bourdier, p. 114). De plus, comme le souligne Fred Eboko (p. 126), certaines études sur des groupes dits « à risque » soulignent « une protection différentielle suivant le type de partenaire », mais concluent néanmoins sur une « aversion culturelle » envers le préservatif.

Le retard repérable de part et d'autre dans la lutte contre le sida est dû à des facteurs idéologiques, politiques et économiques. On remarque une inégalité géographique des campagnes de dépistage (Inde, Cameroun, Indonésie, Malaisie). La diversité des ONG impliquées dans la lutte contre le sida ne correspond pas toujours à une répartition équitable de leurs zones d'intervention au niveau national. Cette inégalité des zones d'intervention s'explique surtout par l'influence et la reconnaissance sociale acquise par des nationaux auprès des bailleurs de fonds comme au Cameroun (Eboko). La compétition entre acteurs et la « professionnalisation des ONG » résultent de la dépendance quasi totale des ONG envers l'aide extérieure, et de la quantité des financements versés dans le champ de la lutte contre le sida.

Cette compétition conduit souvent les acteurs nationaux et internationaux à privilégier tantôt les campagnes de soins et de suivi des malades aux dépens des campagnes de prévention et tantôt l'inverse, en tenant moins compte des réalités locales que des attentes des bailleurs de fonds (Fay, Eboko). La compétition pour la captation des subventions se base sur le flou des stratégies et surtout sur l'apprentissage de discours-clés qui s'accompagnent souvent de pratiques de corruption, de clientélisme, d'opportunisme. Si l'on note du côté de la médecine une construction culturelle de l'étiologie de la maladie faisant de la culture une entrave aux conduites face au sida, il existe aussi chez les politiciens une réappropriation des représentations médicales pour légitimer leurs discours. Une différence des contenus des messages de prévention se fait donc en fonction des enjeux politiques (Caraïbe, Inde, Cameroun).

On observe, dans la plupart des cas abordés dans ce numéro, la faiblesse des mouvements communautaires qui ne survivent pas à la compétition pour la captation des rentes attribuées à la lutte contre le sida (Inde, Cameroun). Tels sont les « processus constitutifs ou parasites de la lutte internationale contre le sida » et « l'internationalisation des enjeux » dans cette période de mondialisation, qui sont analysés dans *Le sida des autres*. Chez les différents acteurs, on distingue trois types de discours : un discours d'inspiration féministe qui replace le thème du sida dans la question plus large des rapports de genre, ensuite une tendance sociologique qui est plus critique par rapport à une vision culturaliste du sida, et enfin un discours des droits de l'Homme et de l'éthique qui s'élève contre les discriminations (Delaunay, p. 47). Les descriptions empiriques de ce numéro de

la revue *Autrepart* montrent combien la lutte contre le sida s'insère dans « l'espace politique de la santé », pour reprendre l'expression de Didier Fassin.