



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services Branch

395 Wellington Street
Ottawa, Ontario
K1A 0N4

Bibliothèque nationale
du Canada

Direction des acquisitions et
des services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa (Ontario)
K1A 0N4

Your file - Votre référence

Our file - Notre référence

NOTICE

The quality of this microform is heavily dependent upon the quality of the original thesis submitted for microfilming. Every effort has been made to ensure the highest quality of reproduction possible.

If pages are missing, contact the university which granted the degree.

Some pages may have indistinct print especially if the original pages were typed with a poor typewriter ribbon or if the university sent us an inferior photocopy.

Reproduction in full or in part of this microform is governed by the Canadian Copyright Act, R.S.C. 1970, c. C-30, and subsequent amendments.

AVIS

La qualité de cette microforme dépend grandement de la qualité de la thèse soumise au microfilmage. Nous avons tout fait pour assurer une qualité supérieure de reproduction.

S'il manque des pages, veuillez communiquer avec l'université qui a conféré le grade.

La qualité d'impression de certaines pages peut laisser à désirer, surtout si les pages originales ont été dactylographiées à l'aide d'un ruban usé ou si l'université nous a fait parvenir une photocopie de qualité inférieure.

La reproduction, même partielle, de cette microforme est soumise à la Loi canadienne sur le droit d'auteur, SRC 1970, c. C-30, et ses amendements subséquents.

Canada

VERS UNE CRITIQUE DU DISCOURS OCCIDENTAL SUR LE SIDA

par
Stéfan Paquette

Thèse déposée à
l'École des études supérieures et de la recherche
en vue de l'obtention de
maîtrise ès arts en sociologie

Directeur: professeur Victor DaRosa

Université d'Ottawa

Mai 1993



Stéfan Paquette, Ottawa, Canada, 1993



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services Branch

395 Wellington Street
Ottawa, Ontario
K1A 0N4

Bibliothèque nationale
du Canada

Direction des acquisitions et
des services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa (Ontario)
K1A 0N4

Your file / Votre référence

Our file / Notre référence

The author has granted an irrevocable non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of his/her thesis by any means and in any form or format, making this thesis available to interested persons.

L'auteur a accordé une licence irrévocable et non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de sa thèse de quelque manière et sous quelque forme que ce soit pour mettre des exemplaires de cette thèse à la disposition des personnes intéressées.

The author retains ownership of the copyright in his/her thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without his/her permission.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège sa thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

ISBN 0-315-89704-X

Canada



UNIVERSITÉ D'OTTAWA
UNIVERSITY OF OTTAWA

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION	4
---------------------	----------

CHAPITRE PREMIER: VERS UNE THÉORIE DU RISQUE

<i>Introduction</i>	13
<i>Vers une théorie sociale de la perception du risque</i>	16
<i>Le rôle de l'individu et de la société dans la construction sociale du risque</i>	18
<i>Relativisme et risque</i>	20
<i>L'innocence culturelle</i>	25
<i>Culture et Connaissance</i>	27
<i>Application de la théorie aux maladies transmises sexuellement</i>	29

CHAPITRE DEUX: PERCEPTION OCCIDENTALE DU SIDA

<i>Introduction</i>	33
<i>Peurs irrationnelles</i>	35
<i>Les mythes du sida</i>	39
<i>Les biais culturels et le discours médical</i>	42
<i>Stigmatisation comme reflet des biais culturels</i>	49
<i>Conclusion</i>	52

CHAPITRE TROIS: BIAIS CULTURELS ET INTERPRÉTATION D'UNE PROBLÉMATIQUE

<i>Introduction</i>	54
<i>Balise historique du sida</i>	57
<i>Vers une définition particulière du sida africain</i>	63
<i>Théories et biais culturels</i>	66
<i>Conclusion</i>	75

CHAPITRE QUATRE: VERS UNE ANALYSE CRITIQUE DU GPA

<i>Introduction</i>	78
<i>Le programme mondial sur le sida (GPA): les grandes lignes</i>	81
<i>Vers une schématisation épidémiologique du HIV</i>	85
<i>Vers une critique du GPA</i>	87
<i>Le facteur épidémiologique</i>	89
<i>Réalité sociale et impact sur le HIV</i>	94
<i>Conclusion</i>	100

CONCLUSION: UNE REMISE EN QUESTION	102
---	-----

BIBLIOGRAPHIE	108
----------------------	-----

VERS UNE CRITIQUE DU DISCOURS OCCIDENTAL SUR LE SIDA

RÉSUMÉ

Subitement apparue au début des années 1980, l'épidémie du HIV, s'est solidement implantée dans l'histoire contemporaine. Vu comme un risque menaçant directement l'ensemble de l'humanité, nous avons assisté à une mobilisation mondiale des ressources techniques et intellectuelles afin d'enrayer cette épidémie. Toutefois, en tant que risque, ce sont les valeurs sociales et les conceptions populaires existantes en Occident qui ont servi à construire l'essence de la définition sociale du sida. Fondée sur l'idéologie individualiste, la vision occidentale de la maladie encourage une perception qui valorise le comportement à risque individuel sans toutefois remettre en question les facteurs socio-historiques qui pourraient influencer de façon déterminante le comportement des individus dans un environnement donné.

Le concept moderne du risque, défini maintenant comme un danger est invoqué pour protéger l'individu de la menace du sida. En effet la seule façon de protéger la société est en invoquant la menace individuelle. Étant perçu comme une maladie résultant des choix des acteurs individuels, le sida exige des solutions de la même nature pour enrayer sa dissémination. Considérer l'épidémie du HIV comme un problème de comportement à risque semble avoir renforcé la culture individualiste de la société industrielle occidentale. Imprégnée des stéréotypes moralisateurs, la définition sociale du sida formulée en Occident évoque la notion de responsabilité individuelle. C'est l'individu qui est coupable d'avoir contracté le HIV. Devenue une réalité en soi et maintenant universalisée, cette définition de l'épidémie du HIV s'est vue reflétée, non seulement dans la façon dont est vue cette problématique ailleurs, tel que dans le Tiers Monde, mais aussi, dans les solutions proposées. Celles-ci contrastent souvent avec les réalités des pays du Tiers Monde.

Cette définition sociale du sida sert maintenant de fondement aux programmes d'intervention de l'organisation mondiale de la santé (OMS). Elle a résulté dans un ensemble de solutions qui envisage le sida essentiellement comme un problème en soi. Les solutions semblent préconiser une approche qui se centre spécifiquement sur l'éducation comme moyen de prévention. Ces approches possèdent deux grandes faiblesses: elles sont ahistoriques et mettent à l'arrière plan les déterminantes socio-historiques. Ce sont ces déterminantes qui en effet influencent largement le comportement à risque des individus. Sans une reconnaissance de ces facteurs socio-historique et sans une intervention à ce niveau, les stratégies d'intervention utilisées pour lutter contre la dissémination du sida ne pourront qu'échouer.

INTRODUCTION

VERS UNE INTERPRÉTATION SOCIALE DU SIDA

Subitement apparue au début des années 1980, l'épidémie du sida¹ s'est solidement implantée dans l'histoire contemporaine. Son impact fut tel que le sida est devenu une totalité concrète en soi (Graubard 1989). Bien que nous commençons aujourd'hui à nous familiariser au sida, la confusion et les malentendus persistent toujours². En effet, les discours et les déclarations qui se succèdent sont parfois contradictoires et leur logique semble souvent nous échapper. En dépit de cette confusion, une interprétation prudente soutiendrait que le sida a joué le rôle de révélateur de certains maux sociaux au cours de la dernière décennie. La pandémie a dévoilé publiquement ce que l'on avait tendance à occulter, nous forçant à nous interroger sur un grand nombre de sujets allant de la manière dont la science se construit, l'origine de nos préjugés et peurs, en passant par le questionnement de notre éthique sexuelle. Penser au sida nous a contraint à confronter notre rapport ambigu envers le risque, l'incertitude, la sexualité et la mort. Le sida dans le discours contemporain représente un danger à la stabilité des institutions existantes.

La notion du risque est au centre du discours social du sida. En Occident, la tendance est de croire que l'information est la clé à la prévention de la

¹. Sigle pour Syndrome de l'immunodéficience acquise.

². L'énigme la plus récente est centrée sur deux douzaines de cas de sida non causé par le HIV.

dissémination du HIV³. C'est, en l'absence de vaccin et de traitement efficace, le seul moyen d'enrayer l'épidémie. La philosophie derrière la prévention par l'éducation est que l'information favorise une double protection; celle de l'individu et celle de la société. En ce qui a trait à la société, il s'agit de faire connaître la maladie et de se donner les moyens de dépister les porteurs asymptomatiques. Ce concept associé à "the knowledge theory" (Wildavsky et Dake 1990) préconise qu'il est possible de se protéger d'un risque que l'on connaît. L'éducation est donc de facto une condition nécessaire à la prise de responsabilité de la part des acteurs pratiquant des "comportements à risque"; c'est-à-dire, les actes qui donneraient une plus haute probabilité de contagion au HIV.

Quant à la protection de l'individu, elle passe elle aussi par l'information. Être informé, c'est être en position individuelle d'éviter la contagion. Un acteur ayant l'information nécessaire sera donc en mesure de faire un choix rationnel au sujet d'un risque. L'idéologie démocratique de la liberté d'action n'a de valeur que dans la mesure où l'individu connaît non seulement les enjeux et les conséquences de chacune de ses actions, mais est aussi informé de l'ensemble des solutions qui s'offrent supposément à lui (Douglas 1990).

Nous reconnaissons que l'information est indispensable à la prévention de la dissémination du HIV. Il serait hasardeux toutefois de confondre cette nécessité avec les valeurs qui y sont implicitement attachées. En effet plusieurs études récentes (Clatts, Deren et Tortu 1991; Packard et Epstein 1991) ont démontré que le choix de s'exposer au risque du HIV chez les individus n'est que faiblement lié au montant d'information disponible. Si tel est le cas, il importerait de dépasser la logique qui relève de l'évident afin d'atteindre les clés de l'explication qui se trouvent dans la syntaxe sociale associée au sida. Comment peut-on comprendre

³. Sigle pour "Human Immunodeficiency Virus".

la construction social de ce fléau ? L'image que les acteurs produisent du sida doit être analysée. Médecins, moralistes, économistes, politiciens développent tous un rapport spécifique et complémentaire à la maladie qui renforce les institutions existantes. Le discours populaire sur le sida en Occident a su produire des expressions idiomatiques populaires qui forcent les acteurs sociaux à percevoir ce fléau d'une façon bien particulière. Le sida est maintenant perçu comme une condition qui dérive des "comportements à risque" des individus. L'infection du HIV est attribuable à une irresponsabilité corporelle individuelle.

Fondée sur une idéologie individualiste, la vision occidentale du sida encourage une perception de la maladie qui rend prioritaire le comportement individuel dans la dissémination du HIV. Elle ne remet pas en question les facteurs socioculturels qui pourraient influencer de façon déterminante le comportement des individus et donc de la dissémination du virus en tant que phénomène social. La perception occidentale du sida est donc déficiente. En effet, le changement de comportement individuel dépend largement de facteurs sociaux qui demeurent à l'extérieur de la sphère de contrôle des individus (Douglas 1990; Bibeau et Murbach 1991; Stephenson 1991). L'interprétation de l'épidémie du HIV retrouvée en Occident est donc en contradiction flagrante avec les réalités sociales régissant l'épidémie, notamment dans les pays du Tiers Monde.

En tant que phénomène menaçant l'humanité entière, on assiste actuellement à une mobilisation mondiale des ressources techniques et intellectuelles en vue d'enrayer l'épidémie du sida. En effet, la majorité des programmes d'intervention sont sous la tutelle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). À travers le programme mondial sur le sida (GPA), l'OMS a pu se doter d'un moyen efficace pour intervenir rapidement dans les lieux affligés. L'OMS semble toutefois avoir adhéré à l'idéologie individualiste sur le sida en centrant ses efforts sur des programmes d'intervention d'ordre éducationnel et technique. Pour ce qui

est des pays du Tiers Monde qui d'ailleurs détiennent présentement 80% des cas de HIV enregistrés (Decosas et Pednault 1991), c'est là un facteur critique. C'est l'OMS qui contrôle l'utilisation des ressources disponibles pour la lutte contre le HIV. Sa doctrine, bien que fondée sur de bonnes intentions, ne rend pas justice aux disparités sociales qui agissent sur la dissémination du HIV dans les pays du Tiers Monde et notamment en Afrique Subsaharienne.

L'articulation principale de notre thèse se résumerait donc ainsi: la définition sociale du sida de type occidental⁴ aurait-elle dirigé la doctrine d'intervention de l'OMS vers des solutions inadaptées aux contextes socio-épidémiologique du HIV en Afrique Subsaharienne ? C'est la vision du monde occidental qui s'est intégré à la définition sociale du HIV. Celle-ci a provoqué une interprétation particulière de l'épidémie qui est mal adaptée aux réalités sociales de la majorité de la population infectée. En dernière instance, les doctrines du GPA semblent être qu'un reflet de l'interprétation occidentale du HIV.

Afin d'évaluer notre question, une grande partie de notre essai portera sur les idéologies sociales qui servirent à définir ce fléau. Nous toucherons les divers éléments discursifs occidentaux qui auraient selon nous, contribué à la légitimation de la perception du HIV comme risque imputable au choix individuel. Selon nous, la composante la plus critique à notre analyse est la perception du sida comme risque. Le sida est perçu comme étant un danger pour l'individu et la société; comment expliquer ce fait en tant que phénomène social et quelles en sont les conséquences ? Cependant, afin d'évaluer le rapport entre le sida et le risque, il importe d'élaborer brièvement sur la rhétorique du risque elle-même. Ce survol, fait au cours du premier chapitre, nous permettra d'établir les fondements qui confèrent au sida sa légitimité en tant que risque.

⁴. C'est-à-dire qui accuse le comportement des individus.

Pour comprendre sociologiquement le phénomène du risque nous devons passer par la relativisation des faits et les considérer comme inséparables des acteurs sociaux qui les constituent en tant que "faits" dans leurs discours et dans leurs pratiques journalistiques (Douglas et Wildavsky 1982; Douglas 1990). Ce qui est considéré un risque est déterminé socialement et est souvent dissocié d'une analyse objective de la vraie nature des dangers. Cela n'implique pas pour autant qu'un risque soit irréel, mais simplement qu'une certaine forme de risque prend priorité sur une autre forme de risque. Cependant, cette hiérarchisation des risques passe habituellement pour évidente et n'est souvent pas remise en question. En tant que société, ce pris pour acquis est le résultat d'une innocence culturelle où la conscience de posséder certaines valeurs culturelles prédéterminées est perdue dans le journalier. Vu l'ensemble des risques auxquels nous sommes exposés, comment comprendre cette gradation sélective des dangers ?

Le processus culturel par lequel les sociétés mettent au premier rang certaines formes de risque est basé sur les institutions qui forgent l'éthique du responsable et de ses responsabilités. Les valeurs d'une société retrouvées dans ces institutions sont reflétées dans ce que Mary Douglas (1990) dénomme biais culturels, c'est-à-dire les visions du monde ou les idéologies correspondantes aux valeurs qui renforcent certaines formes de relation sociale. Celles-ci semblent promulguer certaines formes de risque qui servent à légitimer les principes moraux et les institutions de la société en question. Chaque société possède donc son propre portefeuille du risque. En acceptant que le contexte social constitue un système complexe d'éléments symboliques dans lequel se forment les modes de perception sociale du risque, l'étude de ces contextes tels que présentés dans la théorie socio-anthropologique du risque de Mary Douglas nous semble être l'approche la plus adéquate pour une analyse sociologique de l'épidémie du HIV.

Suite à la présentation d'une rhétorique sur le risque, nous nous consacrerons lors du deuxième chapitre à la définition sociale du sida en tant que risque. Avec l'apparition soudaine du sida, ce sont les valeurs sociales ainsi que les conceptions populaires pré-existantes en Occident qui ont essentiellement servi à construire une définition sociale de ce nouveau fléau. Fondée sur une idéologie individualiste (Douglas 1990; Hunt 1988a) cette vision a encouragé une perception du sida qui place l'ensemble de la responsabilité de la prévention sur les acteurs individuels et leurs comportements.

Nous analyserons deux séries de phénomènes qui ont rapport à la définition sociale du sida. Nous toucherons premièrement à certaines des expressions idiomatiques qui lient le sida à la sexualité et à la mort. Celles-ci renforcent une forme de dichotomisation entre un "nous" innocent et les acteurs transgresseurs des valeurs morales de la société. Nous analyserons ensuite la construction sociale du sida dans le discours médical moderne. Nous observerons qu'une perception du sida accusant l'acteur individuel et reflété dans l'expression "comportements à risque", encourage le développement de solutions qui sont elles-aussi, de nature individuelle. Cette vision est renforcée par une série d'idiomes marquant le discours sur le sida. Ces derniers se reflètent dans des expressions symboliques telles que les métaphores, les stigmates etc., qui perpétuent l'illusion que les individus sont surtout menacés par le comportement (immoral) des autres. Considérer l'épidémie du HIV comme un problème de comportement des acteurs a réussi à renforcer la culture individualiste de la société occidentale.

Étant défini comme une condition pathologique, il importe de reconnaître le rôle que joua la médecine moderne dans la construction sociale de la définition du sida. La biomédecine occidentale prône souvent des solutions curatives individuelles qui ne remettent pas en question les valeurs sociales et corporelles de notre société (Erny 1985; Hunt 1988a). Cette perspective dérive d'une plus

grande philosophie caractérisant l'ensemble de la société occidentale; celle où tout se réduit à l'individu. Même dans le cadre de la médecine alternative, cette valeur joue un rôle important. La formulation de la définition sociale du sida n'a pas échappé à cette règle car elle est définie en fonction des "habitudes de vie". En ayant dissocié le corps de son environnement, la médecine moderne a eu tendance à dévaluer l'ensemble des facteurs sociaux qui pourraient en quelque sorte, jouer sur le comportement des acteurs. Malheureusement, ces faits n'allaient pas se borner au débat théorique. En effet, elles s'infusent de façon insidieuse à l'interprétation de la problématique retrouvée dans les pays du Tiers Monde.

Cette définition sociale sera mise en application au cours du troisième chapitre à l'intérieur de l'évaluation de l'interprétation occidentale de l'épidémie du HIV en Afrique. Au lieu d'étudier les éléments discursifs eux-mêmes, nous explorerons comment certains des biais culturels furent subtilement intégrés dans la recherche de théories pouvant expliquer la dissémination hétérosexuelle du HIV en Afrique. Nous démontrerons comment ces biais culturels couplés aux perceptions stéréotypiques de l'Afrique ont créé une image de l'épidémie qui accuse essentiellement les mœurs sexuelles africaines. Nous analyserons brièvement la construction et la logique de théories servant à expliquer la propagation hétérosexuelle du HIV en Afrique Subsaharienne; c'est-à-dire le modèle historico-géographique championné par des individus tel que Gallo et le modèle comportemental axé sur les mœurs sexuelles. Ces modèles furent en grande partie créés dans un contexte où les connaissances anthropologiques et biomédicales étaient largement détachées les unes des autres (Bibeau 1991; Packard et Epstein 1991). Nous démontrerons comment le modèle comportemental présentement à la mode renforce la légitimation d'une vision individualiste de l'épidémie du HIV.

Suite à l'exploration de la définition sociale occidentale du sida, nous allons dans le dernier chapitre, étudier l'impact que la définition du sida a eu sur les doctrines des programmes d'intervention de l'OMS. Cette définition a résulté dans un ensemble de solutions adoptées par le GPA, qui envisage le sida essentiellement comme un problème en soi. Ayant adopté une doctrine d'intervention basée sur le "Health Belief Model", l'OMS allait préconiser à travers ces stratégies, des solutions de nature éducative visant à changer le comportement à risque des populations touchées. Cette perception possède selon nous deux grandes faiblesses: e/les mettent à l'arrière plan les déterminantes socio-historiques et refusent de placer l'épidémie du sida à l'intérieur d'un modèle analytique plus global.

Nous évaluerons donc la philosophie générale d'intervention de l'OMS. Bien que permettant une assistance immédiate, les solutions envisagées en vue d'enrayer l'épidémie du sida ne semblent pas concordantes avec l'intégration du sida dans un modèle analytique plus global. Basées sur la prévention par le biais de l'éducation, les doctrines du programme responsabilisent essentiellement l'individu. Il est certain que les individus de toutes sociétés jouissent d'une certaine autonomie d'action et de choix, toutefois, le processus décisionnel est de facto influencé par l'environnement dans lequel vivent ces individus. Sans faire une analyse exhaustive, la dernière section de ce chapitre sera une exploration de certaines des conditions sociales affectant la dissémination du HIV dans le contexte africain. Avec 80% des nouveaux cas prévu dans les pays d'Afrique (Decosas et Pednault 1991), nous avons cru qu'une analyse générale des conditions de vie gérant le quotidien de ces sociétés serait pertinente pour notre essai. Ces exemples serviront de preuve pour démontrer que l'idéologie occidentale sur le sida ne rend pas justice aux variables sociales qui régissent la dissémination du HIV. Par la même logique, il sera démontré que le sida doit être considéré non seulement comme une condition pathologique, mais aussi comme

une maladie sociale qui se développe dans un contexte de partage inégal des richesses, d'une transformation massive des formes d'organisations sociales et des rapports entre les hommes et les femmes.

Nous espérons donc démontrer que la perception actuelle de l'épidémie du HIV africain comme une problématique nécessitant des interventions particulières d'ordre éducatif est incomplète: ces approches reviennent à s'attaquer au seul symptôme d'un plus grand mal. Ces solutions sont certes importantes, voire critiques dans la lutte contre le sida, elles sont toutefois ni compréhensives, ni pratiques à long terme. Il faut donc remettre en question ces approches. Le sida doit se comprendre à la lumière du phénomène d'ouverture globale qui voit une croissance phénoménale des contacts entre groupes humains très divers et vivant dans des milieux contrastant les uns avec les autres. La nature de ces contacts est le produit des rapports socio-historiques qui marquent le quotidien individuel et par conséquent la perception du risque. Seule une philosophie d'intervention qui prend en considération toutes les dimensions sociales et historiques pourra nous permettre de réduire l'impact de l'épidémie du HIV.

CHAPITRE PREMIER

VERS UNE THÉORIE DU RISQUE

INTRODUCTION

Notion encore neutre au XIX siècle, le concept social du "risque" s'est revêtu d'une nouvelle définition et reflète aujourd'hui une conception qui aurait été inacceptable auparavant. Le concept traditionnel voulant que le risque exprime la probabilité sous l'angle de gains ou de pertes est presque disparu du lexique populaire. Faisant son entrée en politique dans le processus d'homo-généisation des interactions, le risque ne renvoie désormais qu'au danger (Douglas 1990; Douglas et Wildavsky 1982). Le phénomène qu'est le sida est lui même perçu comme un risque dans la société occidentale. En tant que phénomène social, comment expliquer la construction particulière qui confère au risque du sida sa légitimité ?

L'application d'un cadre théorique se rapportant au risque pourrait paraître a priori hors de contexte pour l'étude d'une maladie où le mode de transmission principal est de nature sexuelle. En effet le concept du risque a surtout été utilisé au courant des dernières décennies pour étudier les risques technologiques et environnementaux. Est-il alors justifiable d'étudier le phénomène du sida par l'entremise d'un cadre théorique se rapportant au risque ? Servant de balise sociale, le choix d'un risque supporte une vision du monde particulière. Symboliquement, le risque du sida représente une menace à la culture individualiste occidentale.

En tant que phénomène social, la maladie du sida est perçue avant tout comme un danger de mort résultant de pratiques sexuelles immorales (Sontag

1989). Bien que réelles, les valeurs associées aux conséquences de ce risque sont pourtant le produit d'un relativisme culturel. S'il importe d'analyser le sida en tant que risque, c'est bien parce que le risque s'est revêtu d'une valeur critique dans le discours social contemporain. Le concept du risque a acquis une connotation négative dans notre société: danger (Douglas 1990; Douglas et Wildavsky 1982). Comment peut-on expliquer l'importance de la rhétorique du risque ? Le danger et les valeurs associés aux conséquences sert d'outil discursif dans la construction de la société idéale. En tant que risque imputable à l'individu, le sida renforce un système de pensée qui soutient la culture individualiste.

De toutes les conceptions possible de sida , la plus répandue est celle qui affirme qu'avoir le sida signifie mériter la maladie. Métaphore d'autant plus logique dans une société qui réduit un comportement dangereux à un choix individuel. Il existe en effet de nombreuses théories pour expliquer comment les individus choisissent un risque. Allant de la théorie de la connaissance (Knowledge theory), à des dérivés des théories économiques et de la personnalité, elles semblent toutes préconiser le choix individuel dans la détermination des risques. Ces théories ne reconnaissent pas que la perception du risque est aussi un fait social. En effet, elles ont peines à distinguer entre les lignes de conduites particulières et les structures d'encouragement ou de contrainte formant la perception individuelle du risque. Ces approches ignorent donc la signification sociale d'un risque reconnu et enfin du risque du sida lui-même.

Selon Douglas (1989; 1990; Douglas et Wildavsky 1982), l'importance du risque a pris naissance dans les multiples débats concernant l'éthique de la responsabilité dans la société occidentale. Ces discours sont une lutte constante entre différentes idéologies de gestion de la vie sociale qui tentent de légitimer certaines politiques ou lignes de conduite. Voir le sida comme une menace à la société est un exemple de ce dialogue culturel. Peu importe la décision prise, elle

nécessite habituellement le soutien des grandes institutions de la société. Le concept du risque comme danger a donc pris une valeur critique dans la culture occidentale et a facilité, par son importance dans le discours social, le processus d'homogénéisation des interactions sociales. Dans ce processus, le risque devient important à travers son association à la liberté de choix. Le mouvement social vers l'autodétermination de l'individu a permis la transformation du concept de risque en celui plus simple mais plus contraignant de danger. Le risque est maintenant dénominateur discursif commun entre les diverses perceptions sociales et les connaissances rationnelles multiples.

Nous allons donc, à travers la théorie socio-anthropologique de la perception du risque de Mary Douglas (Douglas 1990; Douglas et Wildavsky 1982), tenter d'expliquer la construction sociale d'un risque dans la société occidentale. Celle-ci nous permettra d'aborder certaines questions importantes pour notre thématique sur le sida. Dans quelle mesure différentes personnes sont-elles préoccupées par un même danger ? Comment expliquer qu'une action soit considérée un risque par une personne et non par une autre ? Comment expliquer la variance en importance de différents risques entre les individus et les sociétés ? Les idéologies d'une société influencent-elles les réactions envers différents risques ? Nous ne pourrons pas dans cet essai, répondre à toutes ces questions de façon adéquate. Toutefois nous espérons présenter, à travers la théorie de la perception du risque, une analyse lucide sur le développement du sida en tant que risque. Cette analyse nous permettra d'explorer les divers éléments qui, dissociés a priori, ont tous servi à la construction d'une définition sociale du sida qui est inadaptée aux réalités socio-épidémiologiques de la maladie.

VERS UNE THÉORIE SOCIALE DE LA PERCEPTION DU RISQUE

Pourquoi le sida est-il perçu comme un danger important dans la société occidentale ? Est-ce essentiellement le résultat d'une réflexion délibérée et rationnelle de la part des individus ? Vu la multiplicité des risques affligeant notre société pourquoi est-ce qu'un individu retient certains risques et en rejette-t-il d'autres ? Ces questions ont donné naissance à une série de théories populaires qui tentent d'expliquer comment les individus perçoivent les risques. Ces théories, bien que permettant une rationalisation psycho-sociale du risque, possèdent de graves lacunes pour une analyse macro-sociologique du risque. Elles dévaluent le fait que les structures sociales jouent un rôle important dans la détermination des grands risques de notre société. Survolons brièvement ces théories afin de nous expliquer.

La théorie la plus reconnue et la plus prise pour acquis sur la perception du risque est probablement "the Knowledge theory" (Wildavsky et Dake 1990). Cette théorie se base sur la notion implicite que les acteurs perçoivent certains comportements et technologies comme étant dangereux par le biais d'une compréhension approfondie de la nature du danger. D'après cette théorie la perception d'un risque devrait être en accord avec les connaissances que l'individu possède au sujet du risque en question. C'est donc un accès à l'information qui permet une rationalisation relative des risques. Toutefois, les connaissances et la perception du risque coïncident-elles vraiment ?

La deuxième théorie sur la perception du risque dérive de la théorie psychologique de la personnalité (MacCrimmon et Wehrung 1986; Brehmer 1987). Dans des conversations par exemple nous avons tendance à comprendre que tel individu aie plus tendance à prendre un risque que tel autre. On fait donc référence à la propension d'un individu à prendre des risques: certains aiment le jeu, d'autres l'évitent à tout prix. Cette théorie suggère que les individus sont socialisés de façon à ce qu'ils aient tendance à accepter ou à rejeter certains risques de façon régulière. Les attributs psychologiques traditionnels de la

personnalité, s'associent-ils cependant à la perception du risque de façon prévisible sur le plan social ?

La troisième série d'explications sur la perception du risque suit deux versions de la théorie économique. Dans la théorie matérialiste, les bien nantis sont portés à prendre plus de risques, du moins sur le plan technologique, afin de bénéficier des avantages et sont, en quelque sorte, protégés des effets néfastes de ces technologies. Ceux étant économiquement désavantagés possèdent le sentiment inverse. La théorie post-matérialiste est basée sur une logique presque à l'inverse de sa soeur. Du fait que les standards de vie se sont améliorés durant les dernières décennies, les nouveaux riches sont moins intéressés dans ce qu'ils possèdent et les moyens d'acquisition. Ils aspirent à ce qu'ils possédaient antérieurement et ce qu'ils aimeraient avoir idéalement. Est-il vrai pourtant que les mieux nantis aspirent à des valeurs post-matérialistes telles que l'harmonie interpersonnelle et universelle ? De cette perspective, les bien nantis auraient-ils donc peur des dangers affligeant l'ensemble de l'humanité ?

Nous n'avons nullement répondu aux questions soulevées et elles mériteraient toutes en effet, des critiques approfondies. Sur le plan individuel, ces théories offrent des explications rationnelles sur la perception et la réaction des individus face aux risques, sur le plan social cependant, elles laissent beaucoup à désirer. Bien que partant de postulats fondamentalement différents, les théories présentées sur la perception du risque semblent toutes revenir à un fondement idéologique essentiel, celui où le choix du risque est une décision individuelle. D'une perspective sociologique cependant, ces théories possèdent de graves faiblesses. Non seulement doivent-elles leurs naissances à l'individualisme occidental, mais par ce même biais, ces théories ne reconnaissent pas que la perception d'un risque est aussi un fait social (Douglas 1990) forgé, dans et par les diverses institutions d'une société donnée.

Dans l'idéologie rationnelle qui définit l'Occident, nous utilisons la science pour définir précisément les phénomènes néfastes inacceptables, et pour en calculer les probabilités d'incidences. Le choix des risques définis par la société occidentale semblerait a priori le résultat d'un calcul rationnel probabiliste. Douglas et Wildavsky (1982) nous rappellent cependant que plusieurs recherches ont démontré qu'il n'existe pas de critères généraux et abstraits d'évaluation et de calcul des risques par les individus, les groupes, les institutions, ou même les experts. Le choix des risques et des réactions envers ces derniers sont souvent contradictoires et aberrants (Burger 1990). De plus, l'interprétation rationnelle probabiliste délaisse le rapport complexe entre le comportement individuel et les structures sociales poussant vers la conformité. C'est pour ces raisons qu'il devient critique de comprendre pourquoi et comment le sida fut caractérisé comme risque important dans la société occidentale. En acceptant que le calcul rationnel n'est pas la variable déterminante dans le choix des risques, quel serait donc le processus social qui détermine l'importance d'un risque pour les individus d'une société ?

LE ROLE DE L'INDIVIDU ET DE LA SOCIÉTÉ DANS LA CONSTRUCTION SOCIALE DU RISQUE

De Tocqueville a écrit que l'homme est en partie déterminé, en partie libre. Marx nous dit que nous faisons notre propre histoire, mais dans des conditions qui ne sont pas librement choisies. Les questions qui découlent de ces deux remarques sont au centre du débat sur la perception du risque (Douglas 1990). Dans le choix des risques déterminés par une société, quelle place devrait être accordée aux acteurs libres et à la structure sociale déterministe ?

Même s'ils sont sincères, les individus ne sont jamais pleinement conscients des origines profondes de leurs goûts, sentiments, et choix les plus authentiques. En dépit de leur diversité, l'une des choses que ces acteurs ont en commun sur

le plan sociologique, est leur analyse structurelle ou déterministe de la perception du risque (Douglas 1990; Douglas et Wildavsky 1982; Bibeau et Murbach 1991). Les individus appliquent leurs perceptions du quotidien dans un contexte analytique qui fait ressortir les moyens par lesquels la structure sociale prédispose les individus à trouver certaines idées plausibles, suffisamment en tout cas, pour les adopter comme croyances ou convictions formant partie intégrale de leurs discours idéologiques (Douglas 1990). En utilisant l'expression idéologie, nous entendons les tentatives de légitimation des politiques surtout dans des situations où l'on s'attendrait à une certaine opposition, et du maintien ou du changement des perceptions sur le risque dans un contexte dynamique social.

On n'a pas vraiment compris le sens des risques qui sont importants aux individus si l'on n'a pas fait le lien entre leurs croyances et la structure des circonstances dans lesquelles ces derniers se trouvent plus ou moins "coincés". Le "plus ou moins" est un qualificatif important mais "coincé" est le mot clé parce qu'il n'est presque jamais facile de changer sa situation sociale. Il est souvent moins difficile de modifier ses croyances afin de les rendre plus raisonnables, plus prudentes ou plus réalistes ou persuasives, compte tenu des limites et des possibilités de sa situation propre. La difficulté est de distinguer entre les lignes de conduite particulières et les structures sociales d'encouragement et de contraintes. Le degré de liberté est déterminé par l'interaction entre les intérêts des individus et des groupes qui dérivent de leurs positions sociales et idéologiques. Celles-ci permettent une légitimation d'une ligne de conduite spécifique.

Pour Douglas (1990; Douglas et Wildavsky 1982), la prémisse de la théorie de la perception du risque est fondée dans une orientation anthropologique. Cette théorie présuppose que les structures sociales sont la source la plus importante de données pour comprendre les rhétoriques qui confèrent aux individus et aux groupes la légitimité de leur perception sur le risque. En préconisant l'importance

des structures sociales, on reconnaît le rôle clé que joue la vision du monde d'une société dans l'interprétation des faits. Pour ce qui est de cette nouvelle épidémie, c'est la vision occidentale du monde qui a prescrit à la définition sociale du sida une orientation individuelle.

RELATIVISME ET RISQUE

Voyant les individus comme des participants actifs de leurs propres perceptions, Douglas (1990; Douglas et Wildavsky: 1982) propose que les individus choisissent non seulement leurs risques, mais aussi à quel point ceux-ci les influencent dans le but de supporter un style de vie particulier. Dans cette perception, un triage sélectif s'effectue parmi les différentes sortes de risques. Cette préférence correspond à des biais culturels; c'est-à-dire aux visions du monde ou aux idéologies correspondantes aux valeurs et aux croyances qui renforcent différentes formes de relations sociales. Une relation sociale est définie dans la théorie du risque comme étant un petit nombre de formes de relations interpersonnelles reproduites à l'échelle de la société. Aucune priorité causale n'est donnée aux biais culturels ou aux relations sociales. Ils sont toujours ensemble, interagissant d'une façon simultanée. Il n'y a donc aucune relation sociale sans biais culturel pour la justifier, et aucun biais culturel sans des relations sociales pour les soutenir (Douglas 1990). Le modèle est donc structuré et structurant à la fois. Ce qui est important de reconnaître est que nous aussi fonctionnons naïvement dans les limites intellectuelles des biais culturels propres à notre culture quand nous participons aux dialogues sociaux. Il devient facile de comprendre comment certaines dimensions du risque du sida furent valorisées; elles servaient à renforcer certaines des idéologies de la société occidentale.

Comment observer ces biais culturels particuliers à chaque société ? L'un des moyens serait par l'entremise des discours politiques. Dans ces débats

culturels dynamiques à propos du monde idéal, certaines formes de dangers¹ sont habituellement invoquées. Nous ne questionnons pas ici les dangers eux-mêmes, ils ne sont que trop réels. Notre débat se centre sur le processus d'homogénéisation culturelle invoqué dans la rhétorique sur le risque. Ces dialogues sont des luttes constantes en vue de définir le néfaste et l'acteur responsable en fonction d'une vision du monde particulière (Douglas 1989; Douglas et Wildavsky 1982). Le danger et les valeurs associées aux conséquences servent donc d'outil discursif pour tous les partis en question dans la construction de la société idéale. Le risque, ou plutôt le choix d'un risque devient donc une question politique.

En Occident, le concept de l'acteur responsable et du néfaste sont continuellement en jeu et subissent constamment un processus de révision et d'interprétation (Douglas 1990). Cependant, dans la relativisation du quotidien, notre tendance est d'oublier que ces observations s'appliquent non seulement aux autres cultures, mais que nous sommes aussi soumis aux effets d'un débat culturel qui cherche à pousser l'ensemble de la société vers une conformité culturelle entre individus et entre sociétés. De cette ignorance résulte une forme d'innocence culturelle (Douglas 1990). Par cette expression nous entendons que la conscience de posséder certaines valeurs culturelles prédéterminées influençant nos actions est d'emblée perdue dans le journalier. Il faut souligner l'importance de ce concept; l'innocence culturelle est l'obstacle principal à la remise en question des biais culturels.

Afin de politiser et de moraliser un danger, toutes cultures élaborent des expressions populaires traversant l'ensemble des structures sociales. Dans un moment d'homogénéité culturelle, une société commence à démarquer avec des

¹. Le sida n'est qu'un de ces dangers, nous pourrions évoquer l'énergie nucléaire, la pollution, le tyran occasionnel etc...

balises les grands choix sociaux par des dangers. Ces points repères montrent aux individus d'une société que certains comportements et techniques doivent être évités à cause des risques impliqués. Un consensus condamnant certains comportements et techniques, bien que précaire et sujet à des perturbations, implique donc un accord parmi les membres d'une société. Cette remarque n'implique pas nécessairement l'homogénéité de la perception d'une société vis-à-vis un risque. Le consensus s'élabore au niveau macro-social, ce qui veut dire qu'il existe une reconnaissance implicite d'un péril.

Comment dévoiler ce consensus général ? La naïveté d'un étranger face aux risques que nous considérons normaux répondrait bien à notre question. Comment expliquer cette ignorance ? Celle-ci provient d'un contexte situationnel où l'information des causes et des conséquences des risques est incomplète. C'est aussi à cause des différentes valeurs culturelles qui influencent la perception de l'étranger. N'étant pas aveuglé par l'innocence culturelle de la société observée, il devient facile de voir le rôle social que remplissent les dangers. Il sont utilisés pour légitimer et valoriser les institutions dominantes et les lois de ces dernières. Sans des institutions pour guider les questions et les soutenir par une fondation empirique, l'élément discursif du risque triomphe (Douglas 1990).

Le concept du risque joue un rôle critique dans la définition de l'acteur responsable. Qui est responsable ? Il existe forcément un lien entre la grandeur du désastre et la perversité de l'acteur coupable. La menace d'un risque démarque une série de conséquences négatives pour le transgresseur. La mort causée par le sida est un exemple d'une conséquence punitive pour pratique sexuelle supposément immorale (Sontag 1989). Le danger lui même accuse donc l'individu déserteur. Il n'y a rien de post hoc dans cette connexion toujours présente et fonctionnant dans les deux directions. C'est seulement quand le consensus s'affaiblit ou quand certains rapports sociaux s'écroulent que la précarité du lien causal devient visible. Dans un contexte culturel différent, cette

précarité devient doublement évidente. La rationalisation causale d'une société est souvent incompatible avec les différentes visions du monde et des réalités socio-historiques d'une autre culture.

Dans l'idéologie démocratique de l'Occident, le concept moderne du risque, symbolisant le danger, est maintenant invoqué pour protéger les individus de l'empiétement des autres. Il fait parti d'un système de pensée qui soutient la forme de culture individualiste de la société industrielle moderne. Le discours sur le risque joue dans notre société un rôle de médiateur de forces sociales. Toutefois plutôt que de protéger la société, le risque favorise avant tout l'individu (Douglas 1990). La rhétorique du risque dans la société occidentale soutient l'individu, vulnérable aux actions des individus, des groupes ou de la société.

Ce n'est donc pas un paradoxe que plusieurs actions politiques pour protéger la communauté ou l'environnement doivent être proposées comme si elles servaient à protéger la santé personnelle de chaque individu (Burger 1990). Il ne faut pas être surpris, suivant cette logique, que l'acteur individuel est essentiel aux initiatives politiques face aux risques. C'est seulement en passant par la menace individuelle² qu'un groupe en question aura une chance de mobiliser des ressources adéquates pour protéger la société. Le discours sur le risque ne peut protéger la collectivité qu'à travers l'expression d'un péril égocentrique individuel. Cela ne serait-il pas typique de la description occidentale du risque du HIV ? Nous y reviendrons.

Un risque défini culturellement est un danger en soi, toutefois, il est aussi l'expression légitime de certaines idéologies particulières (Douglas 1989; 1990). Les débats autour d'un risque sont toujours liés à la désapprobation d'une action,

². L'expression, "everybody can get AIDS" serait exemplaire de ce phénomène. Bien que perpétuant le mythe que nous sommes tous vulnérable, ces mots ne disent rien de la probabilité différentielle de contracter le HIV.

codifiant donc le danger en fonction d'une menace à la stabilité d'une institution populaire. Bien qu'il y ait plusieurs institutions, la plus sacrée dans la société occidentale semblerait être le droit individuel. Quel est donc le lien entre le risque et le droit individuel ?

Les dangers considérés dans une société donnée servent à justifier et à légitimer l'ordre établi (Douglas 1990). A priori, cette légitimation se reflète dans l'ensemble des phénomènes sociaux qui servent comme manifestation concrète³ du processus de conformité culturelle. Le risque en Occident vise à disperser la solidarité et dissoudre la distinction. A l'intérieur du débat culturel sur le risque, les adversaires cherchent à inculper les autres tout en exonérant les membres de leur parti. Le risque est donc utilisé pour symboliser un danger futur, résultant de l'action d'un adversaire, d'un "eux" transgresseurs des valeurs morales de la société. Ce rôle est manifestement présent dans l'expression "comportements à risque" qui accuse l'acteur d'avoir lui-même choisi de transgresser les normes de la société et donc d'être coupable du sort qui lui est imposé. Cependant le lien entre le risque et le droit individuel ne se présente pas tout le temps d'une façon aussi évidente. En effet, l'innocence culturelle sur laquelle nous allons maintenant nous attarder, voile la vraie nature des liaisons.

L'INNOCENCE CULTURELLE

Quand nous parlons d'innocence culturelle, nous entendons par cela la prise pour acquis de certaines valeurs sociales fondamentales, le refus de voir qu'elle est le résultat d'un tel conditionnement social. L'innocence culturelle qui résulte des biais culturels fonctionne de façon idéale quand les partis en concours

³. Une loi serait exemplaire, toutefois les métaphores, les stigmates sont aussi des manifestations concrètes de ce phénomène.

dans la lutte idéologique sont d'accord sur la nature des responsabilités qu'ils veulent promouvoir dans leur société. Quand les buts de la société ne sont pas en jeu, les questions de faits sont suffisantes pour mener à terme un débat sur les préférences morales. L'analyse du risque dans les sciences modernes permet de prédire avec une précision relative la probabilité d'un événement, ainsi que son coût de prévention, de compensation etc. Toute cette information est de facto, nécessaire afin que les partis puissent se mettre d'accord sur les objectifs et les buts de la société. Toutefois il est invraisemblable que cette information soit en mesure de réconcilier des décisions étant en contradiction avec les croyances fondamentales de groupes particuliers (Douglas 1990). On reconnaît que les faits sont les mêmes, c'est l'interprétation relative de ces derniers qui est souvent irréconciliable.

Le consensus ne dépend pas d'un fait reconnu comme tel. Par la même logique, un consensus obtenu parmi des experts ne garantit en rien le consensus public au sujet d'un risque. Les théories populaires sur le risque que nous avons présentées antérieurement prennent une approche culturellement innocente en considérant les désaccords sur les dangers comme étant principalement des dissensions intellectuelles. En dévalorisant le concours pour le pouvoir, ces théories délaissent deux dimensions essentielles à l'analyse du risque. Non seulement négligent-elles le fait donnant naissance aux différentes perceptions du risque; les formes de relations sociales, elles cherchent aussi à reproduire dans la perception publique du risque une mesure d'objectivité identique à celle de l'analyse probabiliste.

La théorie de la connaissance ainsi que les théories associées à la personnalité et l'économie sont teintées d'innocence culturelle dans la mesure où elles impliquent que les biais culturels sont inexistant dans notre culture (Douglas 1989; 1990). Il est généralement accepté que la reconnaissance d'un danger est

le résultat d'un calcul objectif basé sur une information appropriée. Conséquemment l'innocence culturelle occidentale dans la perception du risque mène habituellement à la conclusion qu'il devrait y avoir plus d'éducation pour le public. Il est rationnel pour un professionnel opérant dans sa propre culture de voir que le besoin qu'a le public d'une meilleure éducation dans certains domaines particuliers. Ne négligeons pas toutefois le fait que dans une démocratie de type occidentale, on ne s'attend pas à ce que l'éducation puisse changer l'orientation politique d'un individu. Pourquoi en serait-il ainsi pour le risque ? Il est évident qu'un public mieux informé sur les conséquences de ses choix serait plus réceptif à certaines prises de décisions sociales. Cependant, il est peu probable qu'une meilleure éducation puisse réconcilier les différentes opinions sur le risque. Pourquoi ?

D'un risque découle non seulement une probabilité d'occurrence, il implique aussi une probabilité de conséquences. Ne serait-il pas juste de dire que l'importance d'un risque est déterminée par la valeur estimée de ces conséquences ? Ce jugement est une question politique, morale, et éthique. Dans la vie pratique, des décisions individuelles au sujet du risque sont prises en comparant plusieurs risques et leurs conséquences probables. Aucun risque n'est considéré de façon isolée, mais en fonction de l'ensemble des valeurs sociales prédéterminées dominantes.

Cette prémisse est fondée sur le fait qu'une culture contient un système de valeurs individualisées où les gens se sentent mutuellement responsables les uns envers les autres. Un individu tente de vivre à un niveau de responsabilité lui étant tolérable et servant de barème pour considérer les autres individus responsables. Vue de cette perspective, une culture est imbibée d'implications politiques de responsabilités mutuelles. Au lieu d'imaginer l'individu isolé vérifiant chaque morceau d'information sans préjugés ou penchant moral, une personne cherche à tamiser l'information disponible par l'entremise d'un mécanisme sélectif construit

collectivement, calibré à un niveau de responsabilité social standardisé. C'est en quelque sorte un mécanisme d'évaluation psychique vérifiant les informations reçues. Le critère d'acceptation ou de refus de l'information est la vérification du renforcement de l'idéologie fondamentale de l'individu en question (Douglas 1990; Douglas et Wildavsky 1982). La nécessité d'une rationalité logique serait par exemple l'un de ces critères dans la culture occidentale. Peu importe le phénomène, on s'efforce de découvrir une explication positiviste. Sur cette prémisse il devient inutile d'analyser la rhétorique du risque sans prendre en considération les biais culturels d'une société. Dans la société occidentale, la diversité et la pluralité des informations nous offrent une clé à la compréhension du discours sur le risque. Étant donné la multiplicité souvent contradictoire des connaissances, l'acceptation ou le refus par voie légale de ces dernières jouent un rôle critique dans la détermination des risques en Occident.

CULTURE ET CONNAISSANCE

"L'establishment" épistémologique est de plus en plus soumis à une remise en question de la légitimité des connaissances institutionnalisées (Douglas 1990)⁴. Comment expliquer cela ? Quel est l'importance de ce fait par rapport au risque ? La société occidentale se distingue par la méthode dont la connaissance est produite et sanctifiée. Celle-ci ne provient pas des autorités reconnues qui possèdent le monopole des connaissances et qui distinguent entre ce qui est praticable et ce qui est interdit (Douglas 1990; Douglas et Wildavsky 1982). Engagée à l'idéologie individuelle et à la compétition, la connaissance doit maintenant être défendue à tous les points. L'ouverture démocratique d'une

⁴. "Nous n'avons qu'à soulever les contradictions toujours existantes au sujet des origines du HIV. D'après certains chercheurs, la carte d'incidence maximale du sida en Afrique correspondraient à celle où aurait été accompli l'ultime effort d'éradication de la variole. L'introduction massive du virus vaccinal au sein d'une population séropositive mais non affectée du sida dans sa forme clinique grave n'aurait-elle pas pu "éveiller" le virus et donné un coup d'envoi à l'épidémie ? Le problème est très délicat et reste ouvert, malgré le démenti énergétique de l'OMS" (Grmek 1990: 295).

société ne garantit en rien la stabilité des connaissances. Dans un tel contexte, la rhétorique sur le risque devient critique. Face aux connaissances multiples et contradictoires, le risque sert de barème de tolérance aux acteurs sociaux.

Chaque type de culture est basé sur une attitude spécifique en ce qui concerne la connaissance. L'individualisme comme type de culture paie une récompense non pas à la stabilité épistémologique, mais à la découverte continuelle de nouvelles connaissances. L'individualisme n'est pas un système formel de gouvernement autant qu'il est un système économique de marché où les principes directeurs sont soumis aux lois des échanges et cela même pour les idées et les faits. Dans un tel système, c'est la communauté qui détermine le coût social de ce qui est acceptable (Douglas 1990). La nouvelle connaissance doit a priori discréditer la vieille garde. Dans une société compétitive nous ne devons pas être surpris des incertitudes causées par l'apparition de nouvelles connaissances.

L'individualisme du marché compétitif nécessite une base politique pour assurer son fondement et sa sécurité. Celle-ci ne peut exister sans structure politique parallèle basée sur le choix individuel. Cela dit, la culture individualiste limite sévèrement ce qu'un gouvernement peut faire en ce qui concerne la rationalisation d'un risque car elle ne contrôle plus la production de la connaissance. Bien que l'éducation sert d'outil d'homogénéisation (Douglas 1990; Wildavsky et Dake 1990) et est une infrastructure nécessaire à l'assimilation des biais culturels, le centre de transformation critique est la sphère juridique. Face à la multiplicité et à la contradiction des connaissances, l'acceptation sociale d'un risque se manifeste à travers les lois établies. Dans un tel contexte, l'éducation sert à légitimer les lois en question.

Avoir recours aux différents degrés de risque évalués par des experts accrédités peut être séduisant pour un arbitre devant être objectif du bien et du

mal des cas évalués. Normalement le recours à des experts afin de résoudre une question de responsabilité est efficace quand leurs méthodes et leurs questions sont supportées par les autorités de l'establishment. L'évidence ne nous permettant pas elle même une conclusion, le litige doit être réglé par quelqu'un. Dans la culture individualiste l'appel aux sciences se fait en l'absence de respect pour les connaissances des juges (Douglas 1990). L'idée même qu'il pourrait y avoir une solution technique à un malentendu au sujet des buts et des raisons démontre que la réconciliation politique est rejetée. La conséquence prévisible de l'utilisation de la science dans la détermination sociale des risques est que chaque parti emploie son propre expert scientifique. Dans ces conditions, la science perd éventuellement sa crédibilité comme statut objectif et non aléatoire (Douglas 1990). La culture individualiste place la connaissance dans l'avant garde de la compétition politique car elle est incompatible avec une autorité ou une structure stable.

Nous avons présenté les fondements d'une théorie de la perception du risque qui demande une réflexion approfondie. Vu la complexité de la théorie de la perception du risque de Mary Douglas, nous avons cru important d'offrir une application de la théorie qui s'applique à notre problématique

APPLICATION DE LA THÉORIE AUX MALADIES TRANSMISES SEXUELLEMENT

L'une des plus importantes constatations que nous pouvons ressortir à propos de la perception occidentale du risque est la peur que les groupes étant désavantagés socio-économiquement, ethniquement ou autrement, seront ceux qui souffriront le plus d'un fléau quelconque. En effet, si les pauvres portent souvent le plus grand fardeau du blâme au cours des épidémies, ils en subissent aussi les plus lourdes conséquences. A priori, les biais culturels occidentaux porte l'accusation non pas sur les individus eux-mêmes, mais sur leur ignorance et incapacité d'agir. Cela pourrait certes être un trait général de toute société. Toutefois, dans l'Occident la peur d'un danger a tendance à éclaircir et renforcer

les divisions sociales (Douglas 1990). En effet, la majorité des réponses aux crises ont creusé plus profondément la gouffre existant préalablement entre les divers groupes sociaux et ethniques, touchés et indemnes. Bien que sous la tutelle de l'innocence culturelle, la distinction entre le eux "coupables" et le nous "innocents" (Sontag 1989) n'est que trop évidente; peu importe le danger, il y aura toujours un bouc émissaire. Dans la culture individualiste de l'Occident, tel que symbolisé par l'expression "comportements à risque", la responsabilité des risques concernant la propagation des maladies transmises sexuellement (MTS) et notamment du sida, tombe carrément sur le dos des individus.

En Occident, la culture individualiste nous fait souvent oublier que les groupes marginalisés habitant les villes sont plus vulnérables aux MTS (Widdus, Meheus et Short 1990). Aux États-Unis par exemple, parmi tous les cas de sida rapportés en 1987, 26% étaient parmi les Noirs américains et 14% chez les Hispanophones. Rapport disproportionné puisque ces deux groupes représentent respectivement 12% et 7% de la population totale (Dalton 1989). Les classes sociales détenant le pouvoir sont certainement conscientes du problème, cependant à moins de se sentir menacés, elles n'auront pas tendance à mobiliser les ressources pour remédier à ces problèmes. L'une des raisons probables de cette réaction dans une société individualiste est qu'il est difficile d'être conscient des groupes marginalisés dans une société organisée sous le principe de la compétition individuelle. Il est plus facile d'ignorer ces groupes ou de les accuser d'être fainéant. La culture individualiste occidentale via l'innocence culturelle a tendance à subtilement négliger et à discriminer envers ceux qui n'ont aucun pouvoir. Si l'existence d'une minorité n'est pas reconnue, au moins implicitement, il est peu probable que l'ampleur du problème puisse être saisi de façon complète. Quelle en est l'implication par rapport au risque de transmission du HIV ? Ce biais encourage une responsabilité individuelle d'une problématique qui a plusieurs de ses racines dans la sphère sociale.

On entend souvent l'argument qu'il n'est pas approprié de moraliser et de politiser un danger surtout quand il afflige un groupe en particulier. Le seul problème avec cette affirmation est qu'il n'est pas nécessairement mal de tirer des propos stéréotypiques au sujet d'un groupe. Refuser de reconnaître un stéréotype est exemplaire de l'innocence culturelle occidentale. En demandant au discours sur le danger de laisser tomber le fardeau moral associé à ces stéréotypes, que demandons-nous vraiment ? D'arrêter les comportements d'exclusion ou de nous rendre aveugles vis-à-vis cette stigmatisation ?

Une culture individualiste trouve toujours moyen de rendre invisible les minorités. Arrêter la stigmatisation est une façon de les rendre invisibles. "Tout le monde peut contracter le virus; Protégez-vous!" affirme une annonce publicitaire à propos du HIV. On néglige simplement de mentionner que si vous appartenez à un groupe minoritaire ou désavantagé que vos chances sont de 7 à 14 fois plus grandes de contracter le virus (Dalton 1989). Enlever le stigmate ne peut qu'avoir comme résultat de rendre les privilégiés plus confortables dans leur rapport de force. La faillite devient alors un attribut spécifique de l'individu et néglige la réalité socio-économique d'un groupe. Le stigmate n'est pas un faux symbole de contamination. Il est le signe légitime de la condition des stigmatisés, celle d'être contaminé (Sontag 1989). Les préjugés et cette forme de ségrégation sont des comportements justifiés via les biais culturels occidentaux. On tire le rideau pour cacher la misère des groupes marginalisés en les rendant entièrement responsable de leur sort.

Dans la culture individualiste le fardeau des risques accusera l'individu, peu importe son statut socio-économique. C'est cette ignorance face à la situation qui est la source du problème. La solution vis-à-vis cette ignorance est un programme d'intervention axé sur l'éducation. Cette philosophie domine le discours occidental sur le sida. Procédons donc à la construction de ce discours qui a servi à légitimer une perception de la contagion du sida qui accuse les acteurs

individuels. Comme nous le démontrerons dans le prochain chapitre cette définition fut largement créée par les discours moraux et médicaux sur le sida.

CHAPITRE DEUX

PERCEPTION OCCIDENTALE DU SIDA

INTRODUCTION

En tant que pathologie relativement récente et toujours en voie de définition, le sida nous a permis de faire des observations sociologiques privilégiées sur les liens existants entre l'ordre biologique, moral et social (Kenniston 1989). Son apparition première dans des groupes marginalisés, l'absence de thérapie efficace et sa forme principale de propagation ont distingué le sida des épidémies ayant affligé l'humanité dans l'histoire moderne. L'épidémie du sida a surpris et provoqué le retour d'incertitudes et de peurs irrationnelles. Non seulement a-t-elle dévoilé l'impuissance de la médecine moderne au moment même où on commençait à croire les maladies infectieuses définitivement vaincues, elle fut aussi grâce à ses singularités¹, en mesure de mettre au grand jour certains problèmes d'ordre social. L'impact de son apparition fut tel que le sida a pu se revêtir d'un statut de risque privilégié dans la société occidentale. Comment peut-on comprendre la construction sociale de ce fléau ?

Le risque d'infection par le HIV semblerait être a priori un risque associé à une mauvaise gestion corporelle (Stephenson 1991; Douglas 1990). Le mode de transmission sexuel de ce fléau vaut à ses victimes l'accusation d'un sort mérité. Ces victimes sont jugées plus durement que les victimes d'autres méthodes de transmission, surtout parce que le sida est perçu non seulement comme une maladie associée à la sexualité mais aussi comme un symptôme d'immoralité. En

¹. Il faut comprendre que le sida fit son apparition dans un monde ordonné, supposément à partir des pays sous développés et par l'intermédiaire de pratiques moralement répréhensibles. De plus, cette maladie a rétabli avec clarté le lien entre la sexualité et la mort et condamne la victime à un décès social prématuré et une mort biologique pénible.

effet, en Occident "le comportement dangereux produisant le sida est jugé comme étant plus qu'une faiblesse. Elle est indulgence, délinquance, addiction à des produits chimiques illégaux et à une sexualité déviante" (Sontag 1989: 25). Ce jugement est d'autant plus exacerbé par le fait que l'apparition du sida a rétabli un contact intime entre la sexualité et la mort (Mauriac 1990).

Favorisant la responsabilité individuelle, la définition sociale du sida est pourtant toujours le fruit d'une réflexion sociale basée sur l'idéologie individualiste (Kenniston 1989; Graubard 1989). Toutefois, attribuer la responsabilité à l'individu néglige le fait que le risque d'infection par le HIV est relatif et surgit dans des contextes structurés par d'autres types de dangers retrouvés dans le quotidien de l'individu. Comme l'a expliqué antérieurement Douglas (1990; Douglas et Wildavsky 1982), l'importance du risque imputé au sida est le produit d'un triage sélectif parmi différents risques qui correspondent aux biais culturels renforçant une forme de relation sociale particulière². Le sida sert donc de balise dans le débat pour la société idéale. Ce n'est pas le sida en tant que tel qui terrorise, mais les valeurs symboliques qui lui sont associées (Mauriac 1990; Sontag 1989). Quelles sont ces références symboliques ?

Nous ne proposons pas une analyse encyclopédique de l'ensemble des valeurs symboliques associées au sida. Nous nous limiterons à quelques dimensions exemplaires, dans la mesure où elles indiquent les directions principales que suivent les réflexions contemporaines sur le sida comme risque important et attribuable à une composante de responsabilité individuelle. Cette rhétorique entre individus et société forme l'arrière plan idéologique sur lequel la définition du sida en tant que risque fut créée en Occident. Quoique perdue dans

². Certes, il y a plusieurs idéologies marquant le quotidien de la société occidentale, c'est d'emblée l'idéologie individualiste qui semble toutefois la plus importante car c'est elle qui invoque le concept du choix rationnel chez l'individu.

le débat culturel dynamique et voilé par l'innocence culturelle, elle cherche toujours à pousser la société vers une forme de conformité culturelle.

En révélant les traits caractéristiques marquant le discours populaire sur le risque de diffusion du HIV en Occident, nous tenterons de dévoiler comment cette interprétation reflète une perspective ethnocentrique de la maladie. Nous toucherons premièrement à l'impact qu'eut l'apparition soudaine du sida. Vu son étrangeté et l'absence d'un traitement, la maladie fut totalement envahie par le sens social qui lui fut donné. A travers les expressions "groupes à risque" et "comportements à risque" apparues dans la recherche de traits communs, la définition sociale du sida renvoyait maintenant à l'échec individuel, au mal, à l'irresponsabilité corporelle et à l'immoralité. La perception individualiste fut renforcée par le discours médical occidental qui lui aussi, adhère à une telle idéologie. Via les variables associées aux "habitudes de vie", les individus sont vus comme les seuls responsables de leur santé. De telles perceptions servent de prémisses fondamentales aux discours des grandes institutions face au HIV. En accusant l'individu, l'idéologie occidentale a transformé le sida en une menace aux institutions existantes. Le risque du sida sert de ressource rhétorique pour les partis participant au discours sur la société idéale. Notre intérêt se porte donc sur les réalités sociales symboliques qui font du sida ce qu'il est dans notre société: un ostracisme, poussant vers une conformité sociale.

PEURS IRRATIONNELLES

Dès le jour où l'on constata qu'un certain nombre d'hommes homosexuels étaient en train de mourir de diverses conditions exotiques, le sida s'est retrouvé inséré dans le moule de peurs, de fantasmes, de croyances et d'idéologies morales qui dominent la société occidentale. Ces idéologies transformèrent la maladie non seulement en phénomène médico-biologique mais aussi en symbole du vice et de la vertu (Sontag 1989; Mauriac 1990).

Vu la nature exotique du sida, il ne faut pas être surpris que certains savants imputèrent la responsabilité de la maladie aux aspects particuliers des comportements homosexuels³, notamment leur promiscuité sexuelle (Grmek 1990). Les homosexuels, ainsi que plusieurs autres groupes marginalisés⁴ furent rapidement libellés "groupes à haut risque" et souffrirent d'un abus sans constat avec leur nombre. Comme le questionnent Clatts, Deren et Tortu (1991), quelles furent les conséquences d'une recherche des traits communs au risque de propagation du HIV ? Bien que permettant la découverte de l'étiologie associée aux HIV, cette recherche a servi une fin beaucoup plus importante. Elle a renforcé le biais culturel occidental pour la responsabilité individuelle. Les expressions "groupes à haut risque" et "comportements à risque" sont d'intérêt particulier pour notre analyse dans la mesure où la logique syntaxique de ces expressions démontre qu'une grande partie du discours sur le risque du sida exonère la société du blâme (Douglas 1990; Douglas et Wildavsky 1982).

Ces libellés dissocient l'ensemble des victimes coupables de la masse en mettant l'emphasis sur la volonté individuelle de pratiquer des actes dangereux. La première expression, "groupes à risque" fait la distinction en imputant directement la responsabilité aux groupes les plus affectés. En accusant le groupe, on en vient à inculper subtilement tous les membres. Dans la plupart des cas, même les individus membres, par le biais d'une admission explicite ou implicite, se sentent responsables par l'identification au comportement stéréotypé du groupe en question.

La deuxième expression atteint aussi cet objectif, mais d'une façon beaucoup plus subtile: elle accuse l'acteur individuel. Il nous semble toutefois que

³. En effet, l'un des premiers libellés de cette maladie fut GRID (Gay Related Immune Deficiency). Expression intéressante dans la mesure où elle révèle à la fois les biais médicaux et les préjugés moraux.

⁴. Tels les hémophiles, les toxicomanes et les prostituées.

dans le discours populaire, c'est souvent le comportement d'un individu qui l'identifie à un groupe particulier. D'une façon plus évidente, le choix de pratiquer un acte dangereux allant à l'encontre des valeurs de la société assure à la population un moyen efficace d'identifier les individus coupables et de se dégager de ces derniers. Ainsi, l'utilisation de l'expression "comportements à risque" n'a pas complètement éliminé l'appartenance d'un individu à un groupe et a assuré de plus, que l'individu devienne par un acte délibéré, maître de son sort.

Il est de plus en plus reconnu que les outils conceptuels et analytiques qui servent à organiser et à expliquer le phénomène du sida n'ont pas été forgés dans un vide social et politique (Douglas 1989; 1990; Douglas et Wildavsky 1982; Sontag 1989). La recherche des traits épidémiologiques communs à la dissémination du HIV a pu servir à isoler les causes de la maladie. Ces études ont cependant contribué indirectement à légitimer le rapport de responsabilité individuelle et à créer une distinction évidente entre un "eux" coupables et un "nous" innocents (Bibeau 1991; Packard et Epstein 1991).

Une bonne partie de la logique du discours survenue au sujet des membres des groupes à haut risque a son origine dans les biais culturels occidentaux. Dans ce discours, la définition sociale du sida s'est formulée dans des expressions populaires qui renvoient non seulement à l'échec individuel, au mal et à l'inadaptation perçue comme responsabilité individuelle de la gestion corporelle, mais aussi à la détérioration de la communauté⁵ (Stephenson 1991).

L'innocence culturelle infusée dans les autres discours occidentaux rend la singularisation de la responsabilité retrouvée dans la définition sociale du sida autant plus rationnelle. Par exemple, selon le discours médical, la plupart des

⁵. On donne souvent comme preuve les comportements sexuels illicites et l'usage de la drogue.

maladies responsables de la mortalité en Occident sont attribuables aux "Habitudes de vie"; c'est-à-dire aux pratiques alimentaires, physiques et mentales (Doyal 1979; Navarro 1981). L'idéologie sous-entendue de cette expression est, elle aussi, le reflet d'une vision du monde individualiste dans la mesure où les "habitudes de vie" sont le fruit d'un choix individuel. Ce sont ses habitudes et ses comportements qui rendent l'individu responsable pour son état de santé. Peut-on donc prétendre que le discours médical au sujet du sida fait exception à ce biais culturel ?

Il est souvent difficile, même pour un savant rigoureux, de croire que les théories explicatives communément soutenues autour de lui ne sont pas les meilleures. Faute de l'innocence culturelle, on s'y fie de façon spontanée lorsqu'il faut interpréter des faits, qu'ils soient locaux ou étrangers. Comme le remarque Bibeau (1991), c'est en effet ce que continue à faire aujourd'hui la très grande majorité des scientifiques dans le discours médical et social sur le sida. Cela révèle par dessus tout, que le discours sur le risque du sida projette en général d'une logique qui prend comme point de repère les biais culturels occidentaux tout en niant qu'ils sont eux-mêmes des valeurs bien particulières. La vision individualiste a résulté dans une singularisation non seulement de la nature de la problématique du HIV mais aussi, des diverses solutions suggérées.

Afin de comprendre le raisonnement légitimant cette perception, nous devons nous attarder sur certains des mythes qui ont pris naissance des incertitudes et des peurs irrationnelles causées par le sida. Ceux-ci ont eu un impact déterminant sur l'ensemble des réflexions contemporaines à propos du sida en Occident. Elles lui ont pourvu d'un sens moral. Afin d'esquisser de façon concrète l'influence des biais culturels sur les concepts associés au discours du sida, il importe d'élucider certaines des métaphores morales qui ont été adoptées⁶ par la société occidentale pour interpréter ce fléau. Pourquoi étudier

⁶. Au sens large du terme.

certaines des métaphores associées à la maladie ? "L'intérêt de la métaphore réside précisément dans le fait qu'elle se réfère à une maladie envahie par la mystification, caractérisée par les schématisations légitimes de notre société" (Sontag 1989: 15). Ces métaphores reflètent donc implicite-ment certains des biais culturels occidentaux. A priori, ce n'est pas le fait de nommer qui est péjoratif, ce sont plutôt les valeurs symbolisées à travers le nom: sida. En tirant sur certaines de ces associations symboliques, nous démontrons comment elles servent de fondement dans une dénomination négative du sida.

LES MYTHES DU SIDA

Comme le remarque Sontag (1989: 34) "Une maladie grave, dont l'origine demeure obscure et qu'aucun traitement ne réussit à guérir sera, tôt ou tard, totalement envahie par le sens qu'on lui donnera". Afin d'identifier l'infection, la société évoque dans les premiers temps les terreurs les plus profondément occultées, telles la corruption, la pourriture, la pollution, etc. Ces associations symboliques se greffent alors à la maladie pour ensuite devenir les métaphores et les expressions concrètes de la maladie. Ce phénomène semble être très prononcé avec l'épidémie du sida. En dépit de toutes nos connaissances sur le HIV, on ne connaît que très peu sur ce fléau⁷.

Etre affligé du sida n'est pas une affection mystérieuse qui attaque imprévisiblement. Avoir le sida est dans la majorité des cas, l'équivalent d'être révélé comme étant un membre d'un certain groupe ou même d'une communauté marginalisée. La maladie révèle une identité qui serait restée cachée autrement. Cette révélation est d'autant plus redoutée du fait que le sida est une maladie

⁷. A ce jour, nous n'avons que des hypothèses pour expliquer la dissémination du HIV en Afrique Subsaharienne. Très peu d'information existe sur le lien entre des différents co-facteurs, tel, la malnutrition, les infections chroniques, et même l'utilisation des seringues, qui pourraient influencer le taux d'infection (Packard et Epstein 1991).

infectieuse où le moyen principal de transmission est sexuel et impute nécessairement un plus grand risque sur ceux étant sexuellement actifs (Sontag 1989). Il est facile de voir cela comme une punition pour cette activité. Ce n'est pas seulement la promiscuité sexuelle qui amène à la condamnation, c'est aussi les actes sexuels spécifiques considérés comme étant immoraux et identifiés comme étant plus dangereux. Contracter la maladie à la suite de relations sexuelles est considéré comme dérivant plus de la volonté individuelle et mérite donc une plus grande part de culpabilité.

Cette culpabilité se reflète aussi dans la soi-disant "étrangeté" de la maladie. "Il y a un lien entre s'imaginer une maladie et s'imaginer l'étrangeté de celle-ci. Ce lien repose dans le concept du mal, qui est, de façon archaïque, associé avec le "non" nous. Une personne qui pollue est toujours dans le mal. L'inverse est tout aussi vrai; une personne jugée comme étant dans le mal est potentiellement une source de pollution" (Sontag 1989: 78) et dans la cas du sida, de danger. Le sida possède donc sur le plan social une filiation métaphorique double. Dans un processus microbiologique il est perçu comme une invasion, dans le processus épidémiologique il est perçu comme pollution par les fluides corporels et par le sang d'individus contaminés (Sontag 1989).

Le déplacement de la culpabilité à l'acte individuel semble inévitable dans une société à idéologie démocratique individuelle (Douglas 1990). Peu importe si les patients sont perçus comme des victimes. Victime par une logique syntaxique populaire suggère innocence. L'innocence par ce même biais d'expressions rationnelles, suggère la culpabilité du transgresseur (Sontag 1989). En individualisant le sida, l'infection peut donc être perçue comme une punition pour un comportement déviant qui menace aussi les innocents. Les deux notions ne sont point contradictoires; les métaphores de la société occidentale associées au sida permettent que cette maladie soit considérée à la fois comme quelque chose étant la faute d'autres personnes vulnérables et en même temps comme

*étant potentiellement la maladie de tous. Cette rhétorique soutient que l'individu est vulnérable aux actions des autres. Ce n'est donc pas un paradoxe que plusieurs actions aient été proposées pour protéger la collectivité du sida comme si elles servaient à protéger la santé personnelle de chaque individu*⁸.

Ces métaphores marquant le discours moral lié à l'épidémie du HIV sont exemplaires de l'ensemble des non-dits idéologiques de la vision du monde occidentale à propos du sida. Celles-ci s'intègrent à travers l'innocence culturelle dans les valeurs quotidiennes et servent de prémisse initiale aux discours des grandes institutions face au HIV. Étant avant tout une condition pathologique, il importe d'évaluer le rôle que eu le discours médical dans le renforcement de l'idéologie individualiste affectée au sida. Ces biais culturels ont-ils eu un rôle déterminant dans la construction particulière de la définition médico-sociale du sida en Occident ? Dans le corpus médical occidental qu'entendons-nous par l'expression "maladie" et quelles en sont les conséquences vis-à-vis le sida ?

LES BIAIS CULTURELS ET LE DISCOURS MÉDICAL

La perception apparemment la plus typique à propos du discours médical en Occident est qu'il est fondé sur des données scientifiques objectives et des technologies libres de tout jugement moral (Doyal 1979). Pourtant, tel qu'indiqué antérieurement, n'est-ce pas à partir d'une vision particulière du monde que s'élaborent un type de rapport social et une éthique de profession? Les médecins, s'organisent-ils eux aussi en fonction du jugement qu'ils portent sur eux-mêmes et les autres ? Les biais culturels influencent-ils de façon concrète le discours médical sur le risque du sida ?

⁸. Les expressions "protégez-vous" et "personne n'est indemne" sont exemplaires. En informant l'individu du risque de certains comportements, on place la responsabilité sur ce dernier. Avec cette connaissance on suppose que l'individu est en mesure de faire le choix rationnel en vue de se protéger.

Avec le développement d'une science fondée sur le concept-mythe de la rationalisation, le discours médical de l'Occident n'allait pas échapper au courant rationnel techniciste. Le corps médical allait en effet utiliser son nouveau pouvoir et son savoir scientifique pour remédier les problèmes médicaux de la société en transformant ces derniers en problèmes techniques (Trempe 1990). En accord avec le type de société où se développait cette nouvelle pensée médicale, cette institution allait reléguer au second plan l'idée de causalité sociale d'une maladie (Navarro 1983; Aaskster 1989). On en souffre encore des conséquences dans la lutte contre le HIV.

Toutefois ce n'était pas seulement les explications d'ordre social qui allaient tomber dans la désuétude, la rationalisation de la médecine allait radicalement transformer l'ensemble du discours médical. Il y a trois postulats importants dans le discours médical contemporain qui ont eu un impact déterminant sur la définition sociale du sida en Occident. Il est considéré avant tout, que les facteurs déterminants de l'état de santé et donc des maladies, sont surtout d'ordre biologique (Doyal 1979; Aaskster 1989). Au niveau des concepts, on a éliminé de la pensée médicale l'image du corps humain en tant qu'organisme intégré⁹. Le corps est conceptualisé en terme de plusieurs micro-systèmes indépendants (Aaskster 1989). La médecine moderne a aussi tendance à centrer la recherche sur les parties infectées de l'individu (Navarro 1981). Le patient est alors considéré en isolation de la société où il vit parce que l'on fait abstraction de ses conditions d'existence. Le corps humain est donc considéré non pas comme un ensemble, mais comme une machine qui, dans des cas échéants pourrait nécessiter des réparations (Trempe 1990).

Ces postulats masquent la relation entre l'homme et son environnement, et

⁹. C'est-à-dire un organisme qui souffrirait dans son entièreté de problèmes s'attaquant à une de ses parties.

dirigent l'ensemble des recherches sur la dimension individuelle d'une problématique. Cela a eut comme effet de porter sur l'individu la responsabilité de sa propre santé, tout en dévaluant les facteurs sociaux associés à la propagation d'un agent infectieux. Par ce biais, les concepts de morbidité et de mortalité se sont vus séparés des facteurs d'ordre environnementaux, sociaux et économiques. Par conséquent, les solutions envisagées dans le discours médical ont tendance elles aussi à être orientées vers la dimension corporelle. Elles considèrent habituellement l'ensemble des changements sociaux comme non pertinents à la cure.

Cette conception repose largement sur l'association du discours médical aux sciences naturelles. Cette idéologie a rendu possible l'objectivation du corps ainsi qu'une séparation du professionnel médical de son sujet d'étude (Doyal 1979; Aaskter 1989). Le progrès médical est lui-même perçu comme étant essentiellement basé sur une méthode scientifique fondée sur des connaissances objectives. Par l'entremise de son approche scientifique, le discours médical a pu créer un corpus de connaissances indépendantes étant peu ou pas influencé par de plus grandes considérations socio-économiques de la société. Cette dichotomisation allait être déterminante dans l'absence initiale¹⁰ des sciences sociales dans la formulation de la définition sociale du sida.

Reste enfin l'idéologie populaire dictant que l'état de santé est le résultat d'une relation particulière entre la médecine, le bien être individuel et la société. La tendance dominante en Occident est de percevoir la médecine moderne comme la seule médiatrice légitime entre maladies et société. Par définition, la médecine est considérée comme étant un bienfait pour la société. Le seul problème réelle est la distribution de ces bienfaits à la population (Doyal 1979). Cela expliquerait peut-être pourquoi nous continuons à chercher un remède

¹⁰. Thématique qui sera brièvement explorée lors du prochain chapitre.

magique sans pour autant reconnaître qu'une distribution équitable est peu probable. Toutefois, le constat historique d'échec relatif en matière de livraison de soins ou de services de santé, autant dans les pays développés que dans les pays en voie de développement, et l'apparition des médecines alternatives ont su ébranler une telle conception.

Les médecines alternatives diffèrent radicalement de la pratique médicale courante où l'individu est vu comme un ensemble de sous-systèmes. Ces médecines possèdent une notion de santé qui fait appel non seulement à l'état de l'individu pris en isolation mais aussi à toutes les conditions qui l'entourent et qui peuvent favoriser ou nuire à cet état de bien être recherché (Trempe 1990). La notion d'équilibre entre les différents facteurs biologiques et environnementaux est extrêmement importante dans ce discours. Cette idéologie fait donc appel à un ensemble d'acteurs sociaux pour assurer le retour à une bonne santé. Cela implique-t-il une dissociation de l'idéologie individualiste ?

Ces approches à la santé ne sont certes pas sans questions, et mérite en effet une critique approfondie¹¹ en ce qui concerne l'intégration des modèles holistiques dans un monde industriel idéologiquement centré sur l'individualisme (Douglas 1990; Hunt 1988a). Toutefois, le biais individualiste a su s'infiltrer dans ce modèle d'une façon suffisante pour ne pas remettre en question le statut quo. Selon nous les modèles holistiques sur la santé ont tendance, eux aussi, à proposer des solutions d'ordre individuel centrées sur le changement des comportements de l'individu, plus que sur le changement des structures sociales. La notion du risque associée au sida n'est donc pas compromise.

Les modèles holistiques ont tendance à négliger les causes sociales de la

¹¹. Pour une critique plus détaillée de l'approche holistique, il est recommandé de lire la thèse de maîtrise de N. Trempe, Université d'Ottawa. 1990.

mauvaise santé et à réduire les problèmes sociaux à des problèmes de santé. D'un côté, alors que les modèles holistiques semblent vouloir réconcilier la vision traditionnelle de la maladie à une vision plus sociale (Trempe 1990), dans le contexte de la société occidentale, la médecine moderne s'en sert surtout pour perpétuer sa compréhension de la réalité et assimiler les problèmes plus sociaux dans le champ de ces compétences. Bien que reconnaissant l'importance de l'environnement, le discours médical moderne favorise une interprétation particulière de la symbiose entre individu et cette dernière. On accuse toujours l'individu en attribuant la majorité des causes d'une maladie aux "habitudes de vie" de ce dernier.

Comme le démontrent plusieurs auteurs (Doyal 1979; Aaskter 1989) c'est toujours le corps en tant qu'objet qui est au centre du discours médical contemporain. La mauvaise santé en Occident est perçue essentiellement comme étant un problème de dysfonction mécanique du corps. Le traitement consiste donc d'une intervention chimique, chirurgicale ou électrique pour remettre la machine en état de fonctionnement (Aaskter 1989). De façon similaire au diagnostique, l'élément fonctionnel de cette définition implique en pratique que la santé est surtout définie comme une responsabilité individuelle. Les conséquences d'une telle perception populaire est qu'un individu, peu importe son statut socio-économique, est en mesure de prendre les décisions appropriées en ce qui concerne la gestion de son corps (Stephenson 1991; Kenniston 1989).

Une telle perception obscurcit l'ensemble des facteurs environnementaux, sociaux et économiques qui jouent un rôle important dans la détermination de la santé. Par le même biais, cette idéologie a su déjouer l'importance du rôle que joue les conditions socio-historiques dans la perception des risques parmi les individus (Douglas 1990; Douglas et Wildavsky 1982). C'est toutefois une telle philosophie qui semble avoir dominé les programmes d'intervention visant à diminuer le risque de dissémination du HIV.

Nous avons fait mention à plusieurs reprises d'une approche qui doit tenir compte des conditions socio-historiques d'une l'épidémie. Selon nous, il est important de reconnaître la symbiose entre les facteurs biologiques, sociaux et historiques. Admettre ce fait permettrait aux spécialistes de situer la compréhension du sida sur un arrière plan basé sur l'unification progressive du monde, de la mondialisation de contacts entre groupes diversifiés, de la précarité des structures économiques etc. Sans entrer dans le détail d'une analyse socio-culturelle du sida, on peut se rappeler que la circulation mondiale du pool pathogène (Grmek 1990) est favorisée par le brassage de plus en plus rapide, généralisé et fréquent de population n'ayant jamais eu autant d'occasions d'entrer en contact auparavant. Ces rencontres se retrouvent dans un contexte double, qui oriente la circulation des agents infectieux, en fonction d'abord des inégalités criantes entre la pauvreté des uns et la richesse des autres, et ensuite dans le contexte d'une diversification progressive des styles de vie et de sexualité adaptée à des environnements de plus en plus dynamiques sur le plan social¹² (Sabatier 1988; Bibeau et Murbach 1991). Dans le rapport entre l'humanité et le risque d'infection au HIV, l'important est de chercher dans les modes de vie, les conditions socio-économiques et les comportements individuels tout autant que dans la biologie du HIV.

L'emphase sur l'origine individuelle de la maladie n'a certainement pas exclu la santé du débat pour la société idéale. Il est évident que l'emphase du discours médical sur une causalité individuelle fut un moyen relativement efficace de diffuser certains problèmes reliés à l'état de santé. Cependant, même avec l'échec relatif de cette idéologie, le discours médical individualiste semble toujours

¹². A titre d'exemple, prenons les facteurs qui seraient importants pour identifier les personnes vulnérables au sida et les conditions de cette vulnérabilité dans les villes africaines. Notre cadre conceptuel lierait les conditions quotidiennes de la vie en ville, les éléments de la culture urbaine et les principaux problèmes de santé vis-à-vis le risque de propagation du HIV.

avoir beaucoup d'influence dans la société occidentale (Hunt 1988a; 1989). Comme il devient de plus en plus clair que la médecine curative est peu efficace contre les maladies provenant d'un mode de vie particulier, il est devenu commun d'intégrer les variables associées aux "habitudes de vie" à l'équation médicale. Les comportements des individus, ou plutôt leur choix de comportement est donc devenu capital au discours occidental sur la santé.

Les conséquences de l'intégration des "habitudes de vie" au discours médical furent double. Tel que suggéré par Navarro (1976), une mauvaise santé peut maintenant être imputée à une faillite morale individuelle qui attribue la cause d'une maladie à l'irresponsabilité corporelle de la victime. Le discours médical moderne a donc incorporer les facteurs sociaux et environnementaux dans son analyse tout en les interprétant dans la majorité des cas, de façon sélective et étroite. Mettant plutôt l'emphase sur les dimensions perçues comme étant la responsabilité de l'individu, l'Occident avec son penchant pour l'individualité a pu mettre l'entière responsabilité de l'état de santé sur l'individu. Il est en effet irrationnel en tant qu'individu de ne pas vouloir une meilleure santé. Toutefois cette idéologie exige de la part de l'acteur, une certaine marge de choix et une compréhension du rôle que peut jouer l'environnement. Selon nous, la valorisation du choix individuel néglige l'importance du rôle que jouent les conditions socio-historiques dans les comportements à risque et conséquemment, la dissémination du sida.

L'adoption de l'idéologie individualiste dans le discours médical exigea l'établissement d'un modèle éducatif complémentaire pour renforcer sa légitimité. Face au risque du sida, l'innocence culturelle a mené la société occidentale à la conclusion que des interventions d'ordre éducatif pour le public (Douglas

1990)¹³ sont essentielles au contrôle de l'épidémie. Cette approche dérive du postulat qu'une connaissance adéquate de la nature du risque pourrait pousser les individus à modifier leur comportement. Celle-ci n'est toutefois qu'un reflet de l'évident. Il est invraisemblable qu'une intervention basée sur l'éducation et la communication puissent par elle-même lutter efficacement contre l'épidémie. Accuser l'acteur individuel c'est refuser de reconnaître que ce dernier ne contrôle pas nécessairement l'environnement dans lequel il vit. En dépit de ce fait une telle idéologie persiste. Comment expliquer cela ?

Dans la société occidentale prétendument démocratique, le choix individuel est le droit le plus fondamental. La liberté d'exercer un choix, d'accumuler des richesses, de vivre dans la pauvreté, de travailler ou pas, d'être en santé ou pas sont toutes des questions d'ordre individuel. Ce biais culturel voilé par l'innocence culturelle ne menace pas les institutions existantes, en effet elle les renforce. L'idéologie associée aux "habitudes de vie" est donc complémentaire aux institutions établies et ne remet pas en question les structures politiques et économiques de la société occidentale. Cette définition de nature fonctionnelle et individuelle de la santé forme l'arrière plan sur lequel s'établit le discours médical sur le sida.

Une reconnaissance de l'influence du biais culturel pour l'individualité est critique à la compréhension de la définition sociale du sida en tant que risque. Le sida est une nouvelle condition identifiée seulement en 1981. Conséquemment nous avons tenté d'intégrer cette nouvelle condition dans le discours médical existant. On a réussi via l'influence de certains biais culturels de classer l'épidémie du HIV comme un problème "d'habitudes de vie" et donc de risque individuel.

¹³. A voir que les modèles d'ordre éducatif sont habituellement perçus comme palliatif provisoire en attendant la découverte d'une solution technique !

Afin de renforcer notre postulat, il importerait d'explorer certaines formes de stigmatisation associées au HIV. La stigmatisation est un processus par lequel l'opinion publique s'approprie d'expressions et d'idées d'une façon rapide et débridée. Dans une telle situation, la pensée critique et le recours à une argumentation rationnelle pour s'opposer aux stigmates semblent être futile. En effet, une fois qu'une simple prémisse est acceptée, le système devient parfaitement logique en soi (Stephenson 1991). Voyons donc comment les stigmates et les métaphores renforcent la notion individualiste de la dissémination du HIV.

STIGMATISATION COMME REFLET DES BIAIS CULTURELS

Le processus de stigmatisation est un moyen idéal pour saisir certaines associations symboliques associées au sida. En effet la production de ces dernières est pour nous, un reflet des biais culturels de la société occidentale. Une telle proposition nous mène donc à la question suivante: quelles sont certaines des manifestations concrètes des biais culturels que nous pouvons révéler dans les propos sur l'épidémie du HIV ?

Il importe de comprendre avant tout que certains attributs dualistes de notre langage perpétuent la stigmatisation du sida. L'exemple figurant en bonne place est la notion de victime innocente (Sontag 1989). On désigne par cette expression ces malheureux qui ont reçu du sang contaminé ou qui ont été congénitalement infectés par le HIV. Ceux d'entre nous qui ont l'esprit le plus ouvert ont tendance à penser à ces innocents avec beaucoup de tristesse. Mais cela a pour conséquence de renforcer l'idée qu'il y a des victimes qui ne sont pas innocentes et qui méritent, dans une certaine mesure, leur condition. La structure de pensée qui entraîne une sympathie pour les enfants et les partenaires hétérosexuels trahis est alors inséparable de l'attribution de la culpabilité aux autres personnes. La victime originelle devient la cause, et on pense qu'elle mérite sa propre destruction

parce qu'elle a transmis sa maladie à une victime innocente. Là où il y a des victimes innocentes, la logique syntaxique impose qu'il y ait des coupables. Nous n'adoptons pas cette attitude pour plusieurs choses qui devraient pourtant passer au feu tel la nourriture, les cancérigènes etc. Nous adoptons pourtant cette attitude dans le cas des maladies transmises sexuellement. Pourquoi ?

En Occident, rares sont les choses qui ne sont pas une question de rationalité. Toute rationalité se réduit à une question de gestion, sexualité incluse. La forme de culpabilisation imputable au sida est basée sur un discours qui accuse les individus atteints de cette maladie transmise sexuellement d'être sexuellement irresponsables.

Ce processus de stigmatisation fait en sorte que ces personnes se voient imputées la responsabilité de l'effondrement idéologique et social. Ce double rôle est l'emblème de la stigmatisation et repose solidement sur la rhétorique des biais culturels d'une société. Elle forme une représentation par laquelle les individus deviennent des symboles de leurs maladies, qui est alors symbolisée en termes concrets, plutôt qu'à travers l'extension abstraite à un autre domaine. En dernier recours, la stigmatisation des personnes souffrant d'une maladie correspond aux réponses d'une idéologie qui affronte les problèmes de la société (Douglas 1990).

La vision du monde comprenant les notions de sexualité, de moralité, de bien, de mal et de souffrance qui est remise en question à travers l'épidémie du HIV exige un emballage conceptuel. Dans ce contexte une nouvelle maladie qui marque sa victime peut être utilisée par certains dans le but de consolider une idéologie qui s'affaiblit plutôt que d'en produire une nouvelle. De cette perspective, il devient facile de voir comment les solutions envisagées pour la lutte contre la propagation du HIV furent plutôt de nature éducative. En éliminant l'ignorance on croyait pouvoir donner aux individus les moyens de se protéger de

ce fléau. De plus, cette philosophie permettait de consolider l'idéologie individualiste typique à l'Occident. L'éducation est indispensable dans une stratégie d'ensemble qui serait efficace contre la dissémination du HIV. Cependant, sans reconnaître le rôle de la pauvreté, la paupérisation urbaine, la marginalisation des femmes etc. dans la dissémination du HIV, elle n'est qu'une approche incomplète et probablement vouée à la faillite.

Notre culture scientifique considère qu'une explication faisant appel à l'héritage biologique ou à des facteurs neuroendocriniens est plus essentielle qu'une explication de type social dans laquelle on interprète les comportements comme une négociation avec l'environnement social (Bibeau 1991). Quoique reconnaissant l'ensemble des facteurs jouant sur le risque de propagation du HIV, l'approche individualiste attribuée au sida et symboliquement représentée dans l'expression "comportements à risque", rend prioritaire des solutions d'ordre comportemental.

CONCLUSION

Nous devons réfléchir sur la capacité qu'ont les individus vivant dans des communautés socialement et économiquement disloquées de faire face aux attentes que les médecins en particulier, et le public en général entretiennent à leur égard, notamment en ce qui concerne le changement de comportement. La convergence de stagnation économique et sociale éclaire l'inadéquation conceptuelle des modèles mécanistes de l'incidence de la maladie, ainsi que celle de semblables approches atomistes de prévention de maladie.

La majeure partie de la pratique médicale occidentale sur le sida, y compris les institutions de services sociaux qui opèrent parallèlement, s'appuie sur le postulat que l'apparition d'une maladie peut être adéquatement expliquée par son étiologie biologique (Clatts, Deren et Tortu 1991; Aakster 1989). La prévention et

la guérison ne sont qu'une affaire de maîtrise appropriée des éléments particuliers de la nature qui, d'une façon ou d'une autre, se sont mis à aller de travers. Sur le plan social l'état de santé s'associe principalement aux "habitudes de vie" des individus. Il importe donc d'éliminer l'ignorance à travers des programmes éducatifs adaptés aux groupes cibles. Toutefois, peut-on s'attendre que même une éducation adaptée aux réalités de ces groupes puissent effectivement contrecarrer la dissémination du HIV ? Selon nous, se limiter à une telle approche ne nous offre pas une raison d'être optimiste .

Une telle conceptualisation de la maladie écarte le fait que la propagation d'une épidémie est souvent déterminée par les conditions socio-économiques et que ce sont précisément ces dernières qui déterminent dans une large mesure qui est au risque et qui devient malade (Clatts, Deren et Tortu 1991). Comme le suggèrent plusieurs études récentes (Sabatier 1988; Bibeau et Murbach 1991; Goldsmith et Friedman 1991), la perception du risque d'une maladie, et donc, les processus de prise de décisions concernant la gestion de ce risque, sont en étroite relation non seulement avec l'expérience antérieure des individus face à la maladie, mais aussi avec un certain nombre de facteurs sociaux et économiques généraux associés à l'environnement dans lequel vivent les derniers. Le discours actuel sur le sida reconnaît l'existence de ces facteurs sociaux. Toutefois l'interprétation de ces facteurs se fait à travers une vision du monde bien particulière: la vision individualiste. C'est vers cette interprétation et son infusion au discours sur l'épidémie africaine du HIV que nous devons maintenant nous tourner. En faisant de l'individu le premier responsable de la dissémination du HIV, on est venu à accuser les pratiques culturelles africaines sans donner justice aux conditions socio-historiques de la situations actuelles de l'Afrique Subsaharienne d'aujourd'hui.

CHAPITRE TROIS

BIAIS CULTURELS ET INTERPRÉTATION D'UNE PROBLÉMATIQUE

INTRODUCTION

Les dernières projections (1991) au sujet de l'expansion de l'épidémie du sida sont toujours très impressionnantes. Deux chercheurs du "US Bureau of Census" prédisent qu'en l'an 2015, 70 millions d'Africains sur 940 millions seront porteurs HIV, que 16% des personnes vivant en ville et 5% de celles vivant en milieu rural seront infectées. Sur les quelques 14 millions de personnes qui mourront annuellement, près de 5 millions mourront de maladies reliées au sida. Ils prédisent également que le système de famille étendue sera incapable de supporter le nombre croissant d'orphelins, que les services hospitaliers seront totalement débordés par le traitement des seuls malades du sida, que les jeunes adultes mourront dans leurs années de plus grande productivité, et que les survivants se mettront à fuir les villes. Selon ces chercheurs américains, ce scénario se réalisera nécessairement si les Africains ne procèdent pas à des changements de comportements majeurs pour tout ce qui touche la vie sexuelle (Bibeau 1991). Le problème est donc toujours urgent selon le directeur général du "Global Program on AIDS" (GPA) de l'OMS, Dr. Merson, et nécessite plus que jamais une intervention immédiate (Globe and Mail, 12.02.92 p.1).

Dans de tels exercices de prévision, la fiabilité dépend a priori de la conception de la réalité que se font les chercheurs au sujet des transformations qui toucheront les sociétés africaines au cours des prochaines décennies. Si tel est le cas, les prévisions et donc les variables utilisées sont-elles teintées par les biais culturels occidentaux ? Comme nous l'avons observé, la définition sociale

du sida ne fut pas forgée dans un vide social. Les vieux dogmes du discours médical sur l'Afrique allait faire résurgence et renforcer le discours individualiste sur le sida. Le manque de connaissances anthropologique et biologique sur le HIV allait nullement arrêter les spéculations abusives qui outre, encouragèrent certaines visions ethnocentriques de l'épidémie africaine. Suivant la route des anciennes accusations, les composantes du modèle comportemental à la mode allait différencier l'Africain de l'Européen tout en plaçant la responsabilité de la maladie sur la victime.

Il fut démontré lors du chapitre précédent que l'idéologie individualiste est manifestement présente dans la définition sociale du sida. Cette définition conceptuelle est le résultat d'une infusion de certains biais culturels existant au préalable en Occident, notamment celui de la responsabilité individuelle. Pour ce qui est de l'épidémie du HIV africain, les spécialistes occidentaux ont jumelé la définition sociale du sida à leurs connaissances médicales antérieures sur l'Afrique pour formuler un modèle comportemental et historico-géographique de la dissémination du HIV. Comme il serait attendu, ils ont surtout invoqué l'existence de comportements individuels particuliers pour expliquer le taux foudroyant de dissémination (Bibeau 1991; Packard et Epstein 1991). En effet, le phénomène qui semble avoir eu le plus d'impact lors des premiers sondages de la problématique du HIV en Afrique fut une séroprévalence de 1:1, taux jamais observé auparavant en Occident¹ (Grmek 1990). En dépit d'une ignorance quasi totale sur ce moyen de transmission, on conclut à la propagation hétérosexuelle du HIV. Vu le biais pour l'individualité retrouvé dans la définition sociale du sida, les autorités occidentales se demandèrent quels comportements à risque mettaient les Africains en danger. La réponse semblait évidente. Étant donné les stéréotypes antérieurs

¹. Expression médicale qui indique en ratio le nombre de hommes infectés du HIV par rapport aux femmes infectées du HIV. Un ratio comme celui retrouvé en Occident d'environ 13:1 implique que pour chaque femme infectée il y a 13 hommes infectés ce qui signifie théoriquement que la transmission du virus se fait principalement chez les hommes.

reliés à divers études telles que la tuberculose et la syphilis, la promiscuité sexuelle allait devenir le point focal pour les recherches sur le HIV (Packard 1989).

Que l'intention soit bonne ou non, cette conceptualisation est largement déconnectée de la réalité. En effet, ce modèle néglige la nécessité d'admettre que les comportements à risque sont toujours inscrits dans un contexte plus large et plus déterminant. Il est nécessaire de tenir compte des diverses réalités sociales de l'épidémie tels que, l'exploitation coloniale, le sous développement, la marginalisation et la paupérisation des femmes. Ces faits socio-historiques auraient pu contribuer à la création d'un environnement propice à la dissémination du HIV en influençant la perception des individus vis-à-vis les risques existants.

Nous étudierons donc au cours de ce chapitre, le lien existant entre les biais culturels occidentaux associés à la définition sociale du sida et l'interprétation de l'épidémie africaine du HIV. Les antécédents socio-historiques structurent largement le contexte analytique et interprétatif d'une société qui à son tour conditionne la perception des risques (Douglas 1990; Douglas et Wildavsky 1982). L'étude de ces antécédents est nécessaire à la compréhension de l'interprétation du phénomène sociale qu'est le sida. Une culture est elle-même le produit des interactions journalières entre les acteurs sociaux et leur environnement. Cette interaction crée une vision du monde particulière qui dans ses formes de relations sociales, comprend un portefeuille de risque. Puisque c'est une maladie apparue sans préalable, et d'abord identifiée en Occident, la définition sociale du sida fut intégrée au discours médical sur l'Afrique, lui-même défini historiquement. Cette association a fait renaître les accusations centrées sur le comportement des acteurs individuels.

Cette exploration brève nous pourvoira des fondements nécessaires pour comprendre l'ascension d'une interprétation comportementale et historico-géographique du sida Africain. En dernière instance cette vision créée par des

connaissances disjointes de l'anthropologie et de la biologie, servit à renforcer la culture individualiste tout en culpabilisant les Africains de leur sort. Nous espérons démontrer qu'il est nécessaire de remettre en question l'approche utilisée pour expliquer l'épidémie du HIV africain.

BALISES HISTORIQUES ET SIDA

En admettant la complexité de la symbiose entre la santé individuelle, la santé publique et le droit de la personne dans la problématique du sida (Mann 1988: 204), l'ancien directeur du GPA, J. Mann, touchait inconsciemment une dimension importante de la problématique du sida. L'interprétation elle-même est le produit d'un relativisme culturel. Une perception voyant le risque d'infection au HIV comme étant avant tout une question de comportement individuel, n'est en effet qu'une vision purement occidentale de la problématique. Malheureusement, cette vision s'est fusionnée à la théorie comportementale qui sert de fondement discursif pour expliquer l'épidémie africaine du HIV. Il est évident que les réalités de la transmission du HIV sont beaucoup plus complexes que le réductionnisme du modèle en actualité (Baldo et Cabral 1990; Bibeau 1991). L'existence d'un tel dogmatisme pourrait s'expliquer par l'intégration du discours essentiellement biomédical sur le HIV au discours médical sur l'Afrique. Produit historiquement, le discours médical sur l'Afrique s'est formé suite aux débats sur l'origine de diverses épidémies (Vaughan 1990). Dans plusieurs cas, les autorités occidentales ont invoqué les comportements individuels pour expliquer les causes des fléaux.

Comme le démontre Gilman (1988), une grande portion du discours médical et médiatique sur le sida en Afrique provient d'un biais plutôt raciste qui accuse principalement la sexualité africaine. En effet, c'est dans les réflexions contemporaines sur la dissémination du HIV en Afrique que la médicalisation du discours sur la sexualité devint particulièrement déterminante (Vaughan 1990;

Schopper 1990). On donna donc raison aux théories biologiques et sociobiologique sur la sexualité² tout en dévaluant les dimensions culturelles et sociales influençant les formes de relation sexuelle. L'impact de ce discours fut double. Premièrement, il surévalua l'importance des recherches centrées sur les "comportements à risque" des Africains. Cette priorité relégua les études axées sur un nombre des variables associées à la dynamique sociale de la maladie au plan secondaire. Deuxièmement, ce discours canalisa la majorité des efforts d'intervention des organisations de lutte vers un ensemble de mesures spécifiquement centrées sur l'éducation. Si le sida s'est propagé en Afrique avec une telle rapidité, ne faudrait-il pas reconnaître non seulement les particularités biologiques de la maladie mais aussi les conditions socio-culturelles particulières dans lesquelles se retrouvent les sociétés affectées ?

On pourrait accuser l'auteur de naïveté d'avoir soulevé une telle question. Ces variables sont assurément prises en considération et nous ne nions pas ce fait; toutefois elles ne sont pas intégrées au modèle épidémiologique de façon à refléter effectivement la réalité. Dans bien des cas, elles servent plutôt à confirmer les hypothèses déjà existantes sur les Africains et renforcent l'image que le HIV est avant tout un problème de santé (Packard et Epstein 1991). Ce n'est que récemment qu'on commença à considérer l'épidémie du sida au sein d'un modèle structurel qui englobe le biologique, le politique et le social (Bibeau 1991).

L'un des problèmes les plus communs aux explications théoriques est qu'elles n'intègrent pas d'une façon holistique l'ensemble des variables sociales

². Dans un article publié dans *Social Science and Medicine* Rushton et Bogaert suggèrent par exemple que "les populations négroïdes auraient de plus petits cerveaux, une intelligence plus faible, de plus gros organes sexuels, des pulsions et une permissivité sexuelle beaucoup plus grande ... les Africains ne pourraient s'empêcher de coïter plus et plus tôt avec plus de partenaire que le font les Occidentaux et les Orientaux; et enfin, leur plus faible niveau d'intelligence les empêchera toujours d'apprécier les dangers qu'il y a à avoir des relations avec les prostituées, à se sacrifier, à se tatouer etc..." (Rushton et Bogaert 1989: 1212).

et biologiques agissant sur l'épidémiologie d'une maladie. Actuellement, la plupart des études sur la dissémination du HIV en Afrique n'ont pas su définir le lien entre la réalité sociale telle que définie par le processus historique structurel et les manifestations biologiques individuelles (Baldo et Cabral 1990). Ces difficultés sont exacerbées par l'innocence culturelle qui nous voile le fait que nous possédons aussi, en tant que culture, une vision bien particulière des comportements à risque que nous considérons inacceptables (Ankrah 1989). Ces comportements ne se conforment pas nécessairement à ceux prescrits dans d'autres sociétés. Dans plusieurs des pays d'Afrique par exemple, en raison de l'importance accordée à la procréation et à la fécondité, les femmes ont difficilement accès au moyens de contraception (comme les condoms). Même si elles sont conscientes des risques d'infection du HIV et savent que leur partenaire est séropositif, elles ne peuvent négocier l'usage du condom sans risquer certains abus physiques ou même l'abandon. Parallèlement, la maternité peut constituer l'une des seules façons d'accéder à un statut social et économique supérieur. C'est pourquoi beaucoup de jeunes Africaines chez qui on diagnostique le HIV continuent à vouloir concevoir des enfants quitte à donner naissance à un enfant infecté (Decosas et Pednault 1991). Si de tels facteurs ne sont pas analysés à l'intérieur d'un contexte socio-culturel propre qui tient compte du relativisme du risque, quel sera l'efficacité des programmes d'interventions préconisés de postulats occidentaux ?

Sommes-nous en mesure de comprendre, de rationaliser et d'accepter les risques auxquels s'exposent les individus des autres cultures ? L'ensemble des idéologies sur lesquelles se fonde l'interprétation de la problématique du sida et conséquemment des programmes d'intervention, n'a selon nous qu'un semblant de véracité qui se conforment plutôt à la vision du monde occidental. L'adhésion au modèle favorisant le risque individuel ignore les rapports de force qui déterminent la forme de dissémination sociale du HIV dans les contextes culturels et historiques différents de ceux de l'Occident.

Une compréhension de la dissémination du HIV nécessite une analyse qui englobe l'ensemble des éléments structurels et sociaux de l'épidémie (Baldo et Cabral 1990; Hunt 1988b; Doyal 1979). Afin de mieux comprendre les facteurs qui influencent la perception du risque il nous faut reconnaître le rôle que joue le processus socio-historique dans la détermination des comportements à risque. C'est aussi une clé importante au contrôle de l'épidémie en Afrique. Cette variable nous permet de mettre en perspective l'impact des réalités sociales dans le quotidien des Africains. Nous soutenons l'hypothèse que le monopole du pouvoir détenu par l'Occident ait historiquement, par la création d'une position de domination, fait de l'Afrique Subsaharienne un environnement propice à la propagation du HIV. Ces effets de domination, et donc de dépendance, sur l'organisation du marché du travail, de l'agriculture, des services de santé, etc... ont influencé le déroulement de l'épidémie dans certaines régions de l'Afrique. Par ce même biais, ce contexte socio-historique mène ces sociétés à percevoir la gestion de leur risque d'une façon bien différente à celle préconisée en Occident.

Prenons à titre d'exemple le marché de la main d'oeuvre et le système agricole de l'époque colonialiste. Cette forme de développement industriel et commercial imposée par les anciennes puissances coloniales, et les modèles qui suivirent, furent surtout basées sur un système de migration de la main d'oeuvre. La majorité des grands projets économiques tels que les exploitations minières, les plantations etc... avaient caractéristiquement la capacité d'absorber une grande quantité de ressources et enfin, de devenir des îlots de développement sur un continent qui n'avait subi aucune grande industrialisation. Ces projets nécessitaient des ressources financières et techniques ainsi qu'une grande quantité de main d'oeuvre provenant des régions rurales, amenant ainsi de fortes concentrations de travailleurs masculins dans ces enclaves de développement (Doyal 1979).

Ce système économique basé sur la migration de la main d'oeuvre

principalement masculine affecta les populations africaines de façon fondamentale. Contrairement à la période d'industrialisation européenne, il était rare qu'un travailleur africain puisse garder sa famille avec lui. Dans plusieurs pays l'homme se trouvait forcé d'émigrer vers les centres d'activités économiques. Cette migration entraînait des séparations familiales prolongées qui eurent non seulement des répercussions physiques, psychologiques et sociales sérieuses pour tout ceux concernés, mais qui engendrèrent de nouvelles stratégies de survie, suite à l'écroulement de la stabilité structurelle. Les populations de ces enclaves de développement africains étaient caractérisées à l'époque par une haute prépondérance d'hommes vivant dans des conditions abominables et qui étaient exclus en général des bénéfices du support familial et villageois. Ces îlots, se sont presque tous transformés dans la majorité des cas en grands centres urbains du continent noir et sont encore à la merci de cette héritage colonial (Doyal 1979; Turshen 1977).

De tels événements sociaux ont eu un impact déterminant sur le contexte analytique et interprétatif de ces sociétés africaines. En effet, ils ont laissé leur marque à différents paliers d'interaction sociale allant des grandes institutions de ces sociétés à la légitimation des choix des acteurs individuels. Tel qu'observé antérieurement, chaque processus historique particulier génère des spécificités sociales et culturelles qui lui sont propres (Baldo et Cabral 1990). A l'intérieur de chacune de ces spécificités historico-sociales, les différents groupes et sociétés développent leurs propres visions du monde comprenant divers risques et des perceptions populaires vis-à-vis ces derniers (Douglas et Wildavsky 1982). le concept de spécificité historico-sociale a joué un rôle fondamental autant dans la formulation des théories occidentales sur l'épidémie africaine du HIV (Brokensha 1988) que sur les comportements à risque des Africains.

Une culture n'est pas simplement un amalgame de faits qui pousse les individus à réagir, penser et ressentir d'une façon particulière. En tant que

processus social, une culture est elle-même le produit des interactions journalières des acteurs sociaux avec leur environnement. Les acteurs sont actifs dans la construction sociale du réel et tentent donc en tant qu'individus et groupes, de donner un sens aux changements du monde en leur assignant des interprétations qui prennent comme point de repère le processus socio-historique duquel ils font partie (Baldo et Cabral 1990). En conséquence, la définition d'un risque n'est pas ce que les autorités disent et, encore moins ce qu'une société dicte à une autre, mais plutôt ce que les gens vivant les différents processus historiques produisent dans leur journalier (Douglas & Wildavsky 1982; Douglas 1990) ³.

Suivant cette logique, les connaissances sont elles-mêmes le produit d'une construction sociale particulière qui détermine la forme, l'analyse et l'interprétation de l'information reçue (Douglas 1990). Ces biais sélectifs se retrouvent non seulement dans l'information mais dans l'ensemble des interprétations de cette dernière, déterminant ainsi l'importance relative des variables qui influencent le risque en question. Ce fait fut déterminant à la construction de la vision occidentale de l'épidémie du HIV africain. Face à l'étrangeté de la maladie, les savants occidentaux ne pouvaient tirer que de leurs expériences antérieures pour expliquer ce fléau, expériences qui étaient largement teintées des biais culturels occidentaux sur l'Afrique.

Il est avantageux de comparer l'étude faite par les spécialistes occidentaux du sida africain avec celle que firent leurs prédécesseurs sur l'origine de la tuberculose et de la syphilis. Dans ces trois cas, malgré une quasi-absence de données biologiques et anthropologiques, trop peu suffisantes mêmes pour offrir un schéma réel de la problématique en question, les savants tirèrent des conclusions qui incriminaient principalement le comportement des Africains

³. Pour une explication plus approfondie du rôle que joue l'environnement dans les perceptions du risque des individus, voir les articles de Douglas Goldsmith et Freidman et de Michael Clatts, Deren et Tortu dans *Anthropologie et société*, 1991, vol 15, numéros 2-3, pp. 13-51.

(Packard et Epstein 1991). Très similaires aux raisonnements utilisés pour expliquer la dissémination du HIV, les conclusions tirées sur la tuberculose et la syphilis retrouvées sur le continent sont exemplaires d'un type de rationalisation qui accuse les comportements des Africains pour leurs épidémies sans pour autant reconnaître les conditions structurelles qui dominent leur quotidien.

VERS UNE DÉFINITION PARTICULIERE DU SIDA AFRICAIN

Les premiers discours sur la dissémination de la tuberculose en Afrique étaient plutôt raciste. L'Africain était incapable de s'adapter au progrès qu'apportait la civilisation occidentale (Packard et Epstein 1991). Les accusations à l'époque se concentraient sur les habitudes vestimentaires des indigènes. "European clothing is coming more and more into general use and has not been an unmixed blessing [...] it has not proved [...] conducive to the promotion of health. The use of cotton shirts by men and the habit of allowing wet clothing to dry on the person has been particularly harmful [...] European clothing, too, require much more frequent cleansing than their ancestral garb, a fact which, unfortunately, is not sufficiently realized by the Natives who have adopted our style of dress" (Packard 1989: 128). Les autorités scientifiques se mirent à placer dès la fin du XIX siècle, les causes des épidémies sur le dos des Africains. C'était leur comportement qui les rendaient plus vulnérables à l'infection du bacille de Koch. Les facteurs socio-économiques régissant la vie quotidienne des Africains, ainsi que la vie des épidémies tuberculiniques se voyaient relégués au second plan.

Une telle interprétation accusant l'acteur allait non seulement détourner l'attention du rôle que jouait les conditions de travail et de logement précaires, elle allait déterminer l'orientation des stratégies d'intervention. Les mesures préconisées afin de purger les régions contaminées convergeaient naturellement sur l'éducation au lieu des réformes socio-économiques. En guise de solution, il importait d'enseigner aux Africains le danger du surpeuplement et d'une

alimentation inapproprié. Nul part avait-on fait la distinction entre contrainte et liberté. En effet, c'était comme si ces derniers choisissaient de vivre dans des conditions atroces pour plaisir plutôt que nécessité. Ce biais culturel bordant le racisme hante toujours le discours occidental sur la santé en Afrique.

De façon analogue aux recherches sur la tuberculose, les premières théories présentées en 1908 sur l'origine de l'épidémie syphilitique touchant l'Afrique de l'Est accusèrent elles aussi le comportement des Africains. Vu un taux de contagion au spirochète variant entre 50% à 90%, le corps médical affirmait que la majorité de la population était vouée à l'anéantissement. On conclut, comme le suggéra le spécialiste britannique des MTS africaines de l'époque, J. L. Lambkin, que la cause évidente de cette contamination massive réside en une perte des contraintes traditionnelles et la promiscuité sexuelle des Africains (Dawson 1983). Bien qu'endémique, cette syphilis n'était point la MTS redoutée que connaissait l'Occident⁴. Cela semblait être de piètre importance. Les Africains et notamment les femmes africaines, étaient incapables de contrôler leur pulsion sexuelle. La perception populaire à l'époque suivait la ligne de pensée suivante; "The freedom enjoyed by women in civilized countries has gradually been won by them as one of the results of centuries of civilization, during which they have been educated [...] Women whose female ancestors have been kept under surveillance were not fit to be treated in a similar manner. They were, in effect, merely female animals with strong passions, to whom unrestricted opportunities for gratifying these passions were suddenly afforded" (Vaughan 1990: 120). Le mythe de la promiscuité sexuelle africaine s'était enfin d'emblée ancré au discours médical occidental.

L'interprétation occidentale de l'épidémie du HIV africain a suivi le pas de

⁴. Marc Dawson (1983) suggère que ce n'était pas une épidémie de syphilis vénérienne mais une forme endémique de syphilis non vénérienne causée par le même spirochète (*Treponema pallidum*).

ces prédécesseurs. La variable sans doute la plus accusatoire fut la découverte d'un schéma sérologique distinct. En effet le rapport de séroprévalence est d'environ 1:1 contre le 13:1 à 20:1 retrouvé dans les pays occidentaux (Shannon, Pyle et Bashshur 1991; Grmek 1990). Quand les autorités médicales occidentales constatèrent que la situation de l'épidémie du HIV en Amérique du Nord et en Europe différait radicalement de celle étant observée en Afrique, les savants se lancèrent immédiatement dans les spéculations. Avec l'absence apparente de "groupes à risque" tel que définis dans le contexte occidental, les premières hypothèses sur la transmission du HIV en Afrique était que celle-ci se faisait principalement par voie hétérosexuelle. Armées d'un modèle interprétatif distinct et de leurs expériences antérieures, les autorités occidentales se mirent alors à la recherche de comportements particuliers aux Africains qui permettraient de confirmer un tel postulat. La scène était donc déjà établie. On allait ressusciter les accusations centrées sur le comportement des acteurs individuels.

Les premières études sur le HIV se centrèrent sur la découverte d'une hypothèse valable pouvant expliquer la différence entre l'épidémie africaine et occidentale (Packard et Epstein 1991). Dans les trois cas, les efforts pour répondre à cette question se firent non seulement malgré un manque de connaissances approfondies de l'étiologie de la maladie en question, mais dans une quasi ignorance des diversités culturelles et sociales des peuples africains. Cette combinaison d'ignorance biologique, anthropologique, et sociale renforça la formulation d'hypothèses d'ordre biomédical et comportemental basées sur des présuppositions culturelles prétendument empiriques, mais en tous les cas interprétées de façon préjudiciables.

Ce manque de connaissances médicales et sociales sur le HIV n'empêcha certainement pas les spéculations abusives. En effet, à force de répétition ces théories avaient acquis une aura de vérité. Une grande partie de ce phénomène doit son existence aux médias qui ont été sans nul doute très friands de la théorie

simienne et de la promiscuité africaine (Mauriac 1990). Il n'est donc pas surprenant qu'une image stéréotypique de l'Afrique et des Africains a su s'intégrer subtilement au discours épidémiologique du sida africain (Bibeau 1991). Ces stéréotypes se professent congénitalement dans les deux grandes théories sur le sida formulées en Occident. Sans prétendre à l'exhaustivité, analysons les divers éléments caractéristiques servant à la construction du modèle comportemental et historico-géographique dominant le discours social sur le sida. Les hypothèses de ces modèles dérivant des biais culturels occidentaux ont non seulement renforcé une image stéréotypique de l'Afrique, mais ont aussi assuré une analyse de la problématique qui dévalue certains facteurs clés à la dissémination du HIV, notamment le processus socio-historique dans la détermination des comportements à risque..

THÉORIES ET BIAIS CULTURELS

Il faut reconnaître que les débats sur l'origine du HIV ne pourront nous mener qu'à des impasses dans la mesure où ces hypothèses semblent davantage nourries par des biais culturels que par des faits prouvés scientifiquement. Dans le cadre de notre analyse, il importe toutefois de s'attarder à l'idéologie qui justifia le montage du modèle historico-géographique du sida. Celui-ci repose sur l'idée qu'il existerait un point zéro bien localisé où serait apparu à un moment donné, un nouvel agent infectieux qui se serait ensuite progressivement répandu en suivant un itinéraire qui peut être reconstitué. Ce point zéro, c'est l'Afrique. Ce modèle prévaut non seulement dans le monde des micro-biologistes (Bibeau 1991), mais constitue l'arrière plan de la théorie comportementale présentement à la mode. Comme nous le démontrerons, tout en reconnaissant le rôle que peuvent jouer les facteurs socio-historiques, on attribua le risque principal de la dissémination du HIV aux acteurs individuels.

Un nombre de savants renommés, notamment des virologues, mis au

premier plan dans la lutte contre ce fléau par les médias, furent les premiers à suggérer une théorie pour expliquer les particularités du sida africain (Gallo 1987). Vu que les premières recherches démontrèrent une séroprévalence d'approximativement 1:1, on inféra que la dissémination du sida se faisait principalement par contact hétérosexuelle. C'était donc les habitudes hétérosexuelles et polysexuelles des Africains qui devenaient cause première de l'épidémie. Il est important d'analyser les raisons pour lesquelles les autorités occidentales mirent les comportements sexuels africains au centre de la théorie. Officiellement, cette conclusion repose sur des données médicales objectives. Les autorités se référaient aux échantillons démontrant que les Africains polysexuels et ayant certains MTS étaient statistiquement plus aptes à contracter le virus (Quinn et al. 1987). Cependant l'évidence à cette conclusion était extrêmement limitée avant 1986 (Grmek 1990). De plus, le test "ELISA" commercialisé en 1985 avec lequel on identifiait les séropositifs n'avait point été perfectionné et laissait conséquemment beaucoup de fausses pistes (Shannon, Pyle et Bashshur 1991). Enfin ces études sérologiques étaient basées sur des échantillons non aléatoires et touchaient une population restreinte et donc peu représentative de l'ensemble des populations africaines (Ankrah 1989). En dépit de ces facteurs, les savants ne s'empêchèrent point d'avancer des hypothèses afin d'expliquer pourquoi la dissémination du sida en Afrique se faisait principalement par voie hétérosexuelle. Quelles autres variables auraient pu jouer un rôle déterminant dans la justification d'une telle hypothèse ?

L'une des variables possibles se retrouve dans les idiomes par lesquels le sida fut initialement caractérisé en Occident. Il existe une association entre le sida et les habitudes sexuelles du groupe le plus touché à l'époque: les homosexuels. Dans ces débuts, le sida fut défini comme une MTS se propageant principalement à l'intérieur d'un groupe étiqueté comme ayant une grande promiscuité sexuelle. La transmission hétérosexuelle en Afrique impliquait donc un niveau d'activité sexuelle identique à celui identifié parmi les homosexuels (Packard et Epstein

1991). Ayant défini le sida comme un problème associé à un comportement sexuel aberrant et voyant un taux de dissémination du HIV si particulier, les autorités occidentales transposèrent cette vision de la maladie au cadre interprétatif de la problématique africaine.

Deux hypothèses étaient prédominantes pour expliquer la nature hétérosexuelle de l'épidémie du HIV en Afrique. La théorie historico-géographique fut présentée par le codécouvreur du HIV, Robert Gallo. Usant de son autorité de spécialiste de laboratoire pour se prononcer sur une question historique dépassant sa compétence, Gallo suggéra que le sida avait existé en Afrique avant son introduction en Occident et que par conséquent, avait atteint une étape différente dans son histoire épidémiologique (Gallo 1987)⁵. Les découvertes sur divers lentivirus simiens (SIMagm SIMmac SIMam) semblaient confirmer l'hypothèse que le HIV avait ses origines dans le continent noir. Il est certainement intéressant de remarquer que cette hypothèse fait référence à des pratiques culturelles "illicites"⁶ pour expliquer la dissémination initiale du HIV entre primates et humains. Toutefois notre intérêt se porte sur les antécédents implicites renforçant les biais culturels occidentaux. Par acte prémédité ou par coïncidence, la voie hétérosexuelle par laquelle se propageait l'épidémie du HIV africain allait représenter une progression logique à la situation des pays Occidentaux. Vu comme le résultat d'une

⁵. Gallo proposa que le HTLV-1 (ancien sigle pour HIV) était apparu en Afrique, d'où il se serait propagé à de nombreux primates de l'Ancien Monde, notamment l'homme. "le commerce des esclaves l'aurait alors propagé en Amérique et même au Japon, car, au XIV siècle, les commerçants portugais qui voyagèrent au Japon furent confinés dans les îles du sud du pays, où le HTLV-1 est aujourd'hui endémique. Lors de ces voyages, les portugais étaient accompagnés d'esclaves africains et de singes, comme le montrent les oeuvres d'art japonaises de cette époque, et qu'ils ont dû introduire le virus" (Gallo 1987).

⁶. On fait souvent allusion à des descriptions de ce genre "...pour stimuler un homme ou une femme et provoquer chez eu une activité sexuelle intense, on leur inocule dans les cuisses, la région du pubis et le dos, du sang prélevé sur un singe, sur un guenon pour une femme" (Shanon, Pyle et Bashshur 1991: 53) Bien que ne faisant pas directement allusion à des rapports sexuels entre humains et primates, l'interprétation porterait vers une notion de comportements "primitifs" dangereux et moralement inacceptables.

promiscuité sexuelle, on allait déculpabiliser l'ensemble de la population Occidentale tout en plaçant le gros des accusations sur les comportements à risque des Africains. De plus, on réussissait à nier la nécessité d'inscrire les comportements à risques dans un contexte interprétatif plus large.

Le modèle historico-géographique auquel Gallo fait appel est organisé autour de trois considérations principales qui reflètent certains biais culturels occidentaux. L'hypothèse démontre avant tout une difficulté à concevoir l'existence de virus pathogènes (quelle que soit la raison sur le plan biologique) dans une population. Elle refuse d'expliquer pourquoi les virus ne peuvent devenir activement pathogènes à la suite, par exemple, de modifications des conditions environnementales, de styles de vie ou de la biologie de l'agent infectieux⁷. Il est évidemment plus facile de postuler l'apparition d'un nouveau virus que d'expliquer l'activation d'un virus latent par des changements sociaux et écologiques. Pourtant, ce n'est qu'à partir de la fin des années 1970 que la médecine moderne a développé les connaissances et les techniques permettant de découvrir un rétrovirus comme le HIV (Grmek 1990).

Deuxièmement, ce modèle devient réductionniste en simplifiant la complexité des rapports historiques entre les groupes humains et leur environnement. Ces derniers sont réduits à une série de contacts individuels sans que l'on s'interroge véritablement sur les contextes sociaux et culturels (Dubos 1973) dans lesquels circulent les personnes porteuses des virus. On remarque ainsi une tendance à invoquer des rapports illicites, mais rendus acceptables à travers l'explication culturelle pour expliquer la dissémination du HIV. Dans une telle analyse, le comportement à risque devient dissocié du contexte socio-historique. En se basant sur des explications culturelles, on mettait effectivement

⁷. Pour plus de détail, voir la théorie de la pathocénose présentée par M. Grmek dans Histoire du sida, 1990, pp. 258-275.

la responsabilité entière de la dissémination du sida sur les mœurs africaines. Logique en elle-même, cette approche permet de faire de la promiscuité sexuelle un mode de transmission en soi (Fumento 1989; Packard et Epstein 1991).

On remarque enfin une réduction de la géographie à une simple cartographie qui permet de reconstituer des atlas de répartition des pathologies à travers l'invocation de divers schémas épidémiologiques (Grmek 1990). Ces schémas négligent souvent de prendre en considération les caractéristiques socio-historiques des milieux physiques dans lesquels vivent ces populations. En outre, ils ignorent que les conditions structurelles influençant la perception du risque sont largement ahistoriques et ne laissent aucune place à une analyse dynamique de l'épidémie. Utiles théoriquement, ces schémas renforcent l'illusion que ces sociétés sont incapables de changer leur comportement.

S'il y a aujourd'hui un large consensus quant au lieu d'origine et aux directions de la dissémination initiale du HIV-2 ⁸, des opinions diamétralement opposés s'affrontent quant à l'explication historique de la répartition géographique par le du HIV ou HIV-1 (Grmek 1990: 252)⁹, virus coupable de la pandémie actuelle. Même si l'on pouvait se mettre d'accord sur l'origine du HIV de façon certaine, il y aurait peu de progrès accompli en continuant d'interpréter les liaisons entre les différentes variables au sein d'un modèle simplificateur, comme c'est le cas de l'approche historico-géographique des partisans de Gallo (Bibeau 1991). Ce n'est pas au fait de situer l'origine de la pandémie du sida en Afrique que nous nous opposons, mais plutôt au modèle conceptuel qui sert à justifier cette

⁸. Le HIV-2 est surtout répandu présentement en Afrique de l'Ouest.

⁹. N'oublions pas non plus deux faits épidémiologiques de toute première importance. Le sida sous sa forme actuelle est une maladie aussi nouvelle pour l'Afrique que pour l'Amérique. Dans la deuxième phase de la pandémie, le monde entier s'est infecté essentiellement à partir des souches américaines (HIV-1), les souches africaines du sida furent introduites en Europe mais ne donnèrent lieu qu'à des infections sporadiques (Grmek 1990: 256).

prétention à travers une simplification des processus sociologiques à l'oeuvre dans cette épidémie.

Cette théorie n'allait pas être indemne à la critique. Certains de ces aspects douteux, voir éclectiques en subirent l'assaut. Encore plus significatif fut la réaction des hommes politiques africains. Ils vîrent dans une telle interprétation que l'Afrique devenait le bouc émissaire de la pandémie mondiale du HIV. Le climat politique était tel qu'il y avait danger de compromettre les études sur le HIV. Les autorités occidentales furent donc obligées de délaisser cet aspect de la théorie. Toutefois, malgré le caractère anecdotique et partial des indices sur lesquels elle s'appuie, l'hypothèse de l'origine africaine du sida s'est progressivement consolidée dans les milieux scientifiques. Le rythme effréné de l'avancée de la pandémie africaine, a sans doute alimenté l'idée de l'ancienneté du démarrage du HIV sur ce continent.

Malgré les complexités sociales caractérisant l'épidémie du sida africain, la deuxième hypothèse émise pour expliquer la transmission hétérosexuelle du HIV se centra principalement sur les moeurs sexuelles africaines. La théorie comportementale, axée sur les comportements à risque devint alors le point focal des explications ainsi que des solutions proposées pour enrayer la propagation du sida en Afrique.

Avec la reconnaissance, erronée, que la cause de la propagation du sida en Afrique se trouvait dans les comportements à risque des individus, les autorités firent enfin appel aux anthropologues et aux sociologues pour obtenir de l'information sur les pratiques sexuelles africaines. Si l'hypothèse initiale attribuant la cause de l'infection du sida à la promiscuité sexuelle des Africains ne fut pas remise en question par la majorité des autorités en sciences sociales c'est peut être à cause des conditions particulières sous lesquelles ces dernières furent intégrées à la recherche sur le sida (Packard et Epstein 1991: 776). Dans le cadre

des connaissances disponibles à l'époque, la question demandée aux anthropologues n'était pas: "quel est le contexte social dans lequel se produit la transmission du HIV en Afrique ?", mais plutôt; "quel modèle de comportement à risque met les Africains en danger ?". La première formulation aurait pu facilement engendrer une discussion dynamique des conditions sociales, économiques et politiques jouant sur l'état de santé des Africains. Toutefois, la formulation populaire orienta rapidement la discussion vers une question des risques attribués aux pratiques sexuelles africaines. Conséquemment, les ethnologues et les sociologues se virent chargés de révéler les pratiques culturelles pouvant expliquer la transmission du HIV (Graubard 1989; Kenniston 1989). Comme ce fut le cas pour la tuberculose et la syphilis, l'approche mettait la responsabilité de la transmission sur les acteurs eux-mêmes.

L'absence initiale de réflexions critiques de la part des sciences sociales dans l'explication utilisée pour décrire l'épidémie du HIV africain s'attribue surtout à leur contribution à l'interprétation des maladies contagieuses dans l'ère de la médecine moderne. Les spécialistes des sciences sociales furent, de manière générale, tellement convaincus que les maladies infectieuses (incluant celles causées par des virus) pouvaient être identifiées, prévenues et guéries par voie médicale, qu'ils se désintéressèrent progressivement de l'analyse des contextes sociaux dans lesquels se développaient ces maladies (Bibeau 1991). En effet, les sciences sociales se sont surtout concentrées, depuis une trentaine d'années, sur les maladies dites de civilisation telles les cancers, le stress, l'hypertension etc. laissant de côté l'étude des conditions socioculturelles dans lesquelles surgissent les épidémies.

La communauté scientifique, a été victime d'une confiance exagérée dans les pouvoirs de la médecine. Les uns et les autres en sont venus à oublier que les causes d'une infection biologique individuelle ne sont pas les mêmes que celles d'une épidémie, surtout lorsque celle-ci commence à traverser les frontières des

groupes sociaux et des océans (Bibeau 1991; Grmek 1990). Cette illusion aboutit en un distancement progressif entre les travaux de laboratoire sur les agents infectieux réalisés par les microbiologistes et les recherches sociologiques et anthropologiques décrivant le contexte quotidien de vie des groupes humains. Cet éloignement mena à l'accumulation de corps de connaissances biologiques et socioculturels étant largement déconnectés les uns des autres. Les virus et les bactéries sont des micro-organismes dotés d'une vie propre et méritent bien d'être étudiés pour eux-mêmes. Toutefois, ils sont en même temps portés par des personnes aux styles de vie souvent très différents. Ces individus rentrent en contact avec des personnes d'autres cultures qui proviennent de régions distantes et dont les conditions socio-économiques peuvent faire contraste (Bibeau et Murbach 1991; Grmek 1990). Sans l'étude de ces conditions structurelles, peut-on s'attendre à comprendre le contexte dans lequel se développe la perception d'un risque et donc de la dissémination du HIV ?

Le vide conceptuel créé par la dichotomisation du discours médical et socioculturel des virus infectieux explique sans doute pourquoi le modèle comportemental réductionniste a pu rencontrer un tel succès. Par le même biais, cela révèle aussi pourquoi les anthropologues et les sociologues furent si discrets lorsqu'il y avait eu lieu de discuter de l'origine du sida. Non seulement avaient-ils très peu à dire, mais même dans le cas contraire, les autorités médicales auraient sans doute été sourdes à leur appel. Ces dernières avaient perdu l'habitude de situer leur réflexion sur la propagation d'un virus au sein d'une problématique plus large.

Certains savants demandèrent de faire attention aux généralisations sur la sexualité africaine. Ils suggérèrent en effet que le problème n'en était pas un de promiscuité sexuelle mais bien d'urbanisation (Sabatier 1988; Graubard 1989). La promiscuité dans les régions urbaines était vue comme le produit d'une perte des contraintes traditionnelles. C'était donc la perte de contraintes qui aurait ouvert

la porte aux mœurs sexuelles débridées des Africains. En utilisant une explication d'ordre comportemental, les recommandations pour lutter contre le sida furent centrées sur les moyens de modifier le comportement sexuel urbain. Nous ne nions pas que le sida est transmis via des contacts hétérosexuels et que la multiplicité des partenaires pourraient être une des caractéristiques importantes de sa dissémination dans les centres urbains en Afrique. Toutefois, les explications qui acceptent un déclin des contraintes sociales ignorent le contexte caractérisant l'urbanisation en Afrique. Cela est moins une question de perte de contraintes traditionnelles que d'une adaptation nécessaire à un style de vie précaire. De plus, tout en jetant le blâme sur la promiscuité sexuelle et d'autres comportements supposément culturels, ces explications ont détourné l'attention des autres cofacteurs pouvant être importants dans le risque de transmission hétérosexuelle du sida en Afrique. Les conditions économiques précaires, les services de santé désuets, le sous-développement etc, font tous partis du contexte structurel qui détermine la perceptions des risques.

Nul ne peut prétendre expliquer l'origine de l'épidémie du HIV sans commencer par ces propriétés biologiques. Cependant une telle équation est incomplète. Rester à cette seule dimension ne nous permettra pas de comprendre l'épidémie du sida en tant que phénomène structurel biologique et social. On reconnaît que la prise en considération de l'étiologie du virus s'impose, toutefois pour bien saisir la genèse d'une épidémie qui est essentiellement socio-historique, on ne peut pas se passer d'un examen attentif et critique des circonstances sociologiques (Bibeau 1991; Sabatier 1988; Packard et Epstein 1991).

Pour ce qui est de l'épidémie du HIV en Afrique, il nous semble plus réaliste de chercher une explication du sida du côté de l'analyse de l'impact des conditions quotidiennes d'existence sur les personnes vivant dans les villes que de postuler l'existence d'une perte de contrainte dans les cultures sexuelles africaines, tant du côté des femmes que des hommes. Ce sont ces conditions de

vie qui forment la vision du monde des individus et les formes de relations sociales pratiquées entre eux. Les autorités scientifiques occidentales seront les proies de leur innocence culturelle si elles soutiennent l'hypothèse que la transmission hétérosexuelle s'arrêtera le jour où l'on modifiera la culture à travers l'éducation et la communication (Bibeau et Murbach 1991; Clatts, Deren et Tortu 1991).

CONCLUSION

Nous avons laissé entendre que l'interprétation occidentale de l'épidémie africaine du HIV devait être remise en question. Les savants occidentaux, en dépit d'un manque de connaissances médicales et anthropologiques, formulèrent des théories qui en dernières instances, reposaient sur leurs biais culturels et leurs expériences antérieures en Afrique. La fusion d'une définition sociale du sida de type individualiste aux idiomes stéréotypiques caractérisant l'Afrique, donna naissance aux théories comportementale et historico-géographique. Ces théories n'ont servies qu'à dichotomiser les Africains des Occidentaux tout en les rendant responsable de leur sort. Le modèle comportemental oublie que les comportements à risque des individus doivent a priori s'intégrer à un contexte analytique plus large qui tient compte du social et de l'historique. Ce sont ces facteurs qui conditionnent largement la perception d'un risque. Ces antécédents socio-historiques sont donc doublement importants à la compréhension des faiblesses innées du modèle comportemental. Les spécificités historiques influencent non seulement les acteurs africains, mais plus important encore, la perception des comportements à risque inacceptables des autorités occidentales. Ces dernières ont certes reconnu une partie de la subjectivité de leur analyse, toutefois, une remise en question fondamentale de leur analyse n'aurait que sous entendu la prééminence du discours individualiste dominant en Occident.

Bien que certaines recherches progressives continueront à remettre en question l'orientation qui domine actuellement les réflexions sur l'épidémie

africaine du sida, il y a peu de doute que les autorités détenant le pouvoir continueront à promouvoir un discours sur le HIV qui renforce certains des biais culturels. Ce que nous avons critiqué dans ces théories explicatives de l'épidémie du HIV africain est d'abord d'avoir tenté d'expliquer le processus de dissémination du HIV à l'aide du modèle occidental axé essentiellement sur les comportements à risque des acteurs individuels. En transférant les valeurs sociales occidentales à l'interprétation de la dissémination du HIV en Afrique, on a rendu prioritaire une approche qui perçoit l'élément du risque individuel comme étant capital à la compréhension du phénomène HIV et de sa solution. En dépit de leurs bonnes intentions les programmes de l'OMS à la lutte contre le HIV ne font malheureusement pas exception à la règle.

Pour la sexualité, les recherches démontrent que les changements de comportement à risque individuel dépendent largement de facteurs qui demeurent paradoxalement, hors du contrôle de l'acteur individuel (Baldo et Cabral 1990; Shannon, Pyle et Bashshur 1991). Cette contradiction s'explique par le fait qu'un comportement à risque peut être lié à une structure culturelle ou à une stratégie de survie. Les réactions aux programmes d'éducation et de sensibilisation sont donc déterminées par ces processus contraignants. En tenant compte de l'ensemble des questions que nous avons abordées, nous devons maintenant passer à l'analyse du programme mondial sur le sida (GPA) pour voir si ce programme intègre lui aussi certains biais culturels occidentaux. En admettant l'importance de ces biais dans ce programme, le GPA a tout de même négligé certains éléments essentiels pour combattre ce fléau. Les initiatives de lutte doivent se placer dans un cadre analytique dépassant largement l'orientation médicale individualiste dominant le discours actuel pour s'assurer quelque semblance de succès à long terme.

CHAPITRE QUATRE

VERS UNE ANALYSE CRITIQUE DU GPA

INTRODUCTION

Ce fut dans une ambiance d'incertitude et de peur, qu'en 1987¹ la 40ième assemblée mondiale sur la santé (World Health Assembly) reconnut l'urgence de l'épidémie mondiale du HIV. Suivant le rapport du directeur général du programme spécial sur le sida, l'organisation mondiale de la santé (OMS), adopta la résolution WHA 40.26, donnant ainsi naissance au programme mondial sur le sida (Global Programme on AIDS; GPA).

On ne peut nier la mobilisation exceptionnelle des institutions internationales face au sida (Mann 1988). La création du GPA a permis la concentration de ressources financières et techniques considérables en vue d'enrayer l'épidémie du HIV. Malgré ces efforts, la prééminence du discours occidental individualiste dans la définition sociale du sida allait saper l'efficacité des programmes d'intervention. Une telle interprétation allait miner l'importance des facteurs sociaux dans la dissémination du HIV, tout en justifiant une canalisation de la majorité des ressources disponibles pour la lutte contre ce fléau vers des objectifs analogues. En effet, en déléguant le risque de contamination à une responsabilité individuelle, l'Occident allait par le même biais, chercher à intervenir à ce même niveau.

La doctrine du GPA postule qu'il est possible d'enrayer la propagation du HIV en changeant les comportements à risque des acteurs individuels (Tarantola

¹. Nous pouvons retracer plusieurs initiatives de la part de l'OMS avant cette date. Enfin, le risque du HIV était officiellement reconnu.

1988). Voyant le problème sous l'angle comportemental, le GPA a adopté une stratégie basée sur le "Health Belief Model" (Decosas et Pednault 1990; Ankrah 1989). Cette stratégie, tirant lourdement de la théorie psychologique de la connaissance, dépend sur l'éducation et la communication pour réduire le risque de propagation du HIV. Les initiatives de lutte contre le sida sont donc dirigées vers une vision de la problématique qui se limite à la sphère individuelle. La doctrine du programme semble surtout traiter la maladie sous l'angle de ses conséquences, c'est-à-dire comme un problème en soi. Comment peut-on expliquer une orientation si réductionniste de la problématique ? Cela s'explique particulièrement par l'urgence de la situation qui nécessita une intervention précipitée de la part de l'OMS. Vu l'absence d'un remède, l'OMS devait à tout prix intervenir sur le plan préventif. Toutefois, la légitimation que donnèrent les biais culturels aux fondements idéologiques de la définition sociale du sida nous semblent en être aussi une cause importante. Dans le contexte idéologique adopté par l'OMS, les rapports de pouvoir régissant les institutions se sont trouvés renforcés.

Toutefois, une stratégie d'intervention basée essentiellement sur l'éducation des acteurs individuels est-elle en mesure de répondre efficacement au fléau ? En acceptant a priori que la perception et le choix de risques que prennent les individus influencés par l'environnement social dans lequel vivent ces derniers, ne devrions nous pas tenir compte de ce contexte pour l'élaboration des stratégies de lutte contre le HIV ?

Nul ne peut nier que l'épidémie du HIV en Afrique est un symptôme de plus grandes disparités sociales. La dissémination du HIV doit se comprendre comme le produit de comportements humains promulgués dans un contexte social particulier (Bibeau 1991). Les risques que choisissent les acteurs sont conditionnés par les structures sociales existantes qui sont elles mêmes le résultat des spécificités socio-historiques qui peuvent différer largement d'une société à

l'autre. Sans la reconnaissance du rôle que jouent ces structures sociales, souvent disparates dans le Tiers Monde, le fondement idéologique du GPA doit être remis en question.

Nous ne chercherons pas à présenter une critique exhaustive du GPA. Il importe plutôt de soulever certains points exemplaires dans la mesure où ceux-ci démontrent les faiblesses structurelles et idéologiques du programme. En adressant le problème du HIV sous l'emblème de la santé tout en préconisant l'éducation comme outil clé à la prévention d'infection par le HIV, l'approche présente de l'OMS ne pourra que soulager l'épidémie de façon éphémère (Ankrah 1989). Nous décrirons donc sommairement les grandes lignes du GPA, ses stratégies, ainsi que les schémas épidémiologiques utilisés. Nous établirons ensuite le lien entre certains des biais culturels occidentaux associés au discours sur le sida et la faiblesse idéologique du GPA. Notre critique se limitera à deux interventions pertinentes: la survalorisation de la dimension épidémiologique dans le programme et l'isolement de la responsabilisation de l'acteur individuel comme facteur de contrôle. L'ensemble de ces orientations encourage une perception de la maladie qui soutient que la cause de l'épidémie repose sur les comportements des Africains. Étant donné le manque d'expérience sur le HIV africain, on se fie aux paramètres d'études utilisés dans les recherches occidentales du HIV. Cette approche allait ignorer le puissant subterfuge que sont les contraintes sociales dans la détermination d'un comportement à risque. En guise de démonstration de l'importance des facteurs sociaux dans les programmes de prévention, nous observerons sommairement divers contextes structurels qui influencent le comportement à risque des individus et notamment des femmes affectées. Une intervention de nature éducative telle que préconisée par le GPA sera vouée à l'échec sans une reconnaissance du rôle que jouent les facteurs sociaux dans la dissémination du HIV.

LE PROGRAMME MONDIAL SUR LE SIDA (GPA): LES GRANDES LIGNES

Depuis sa création en 1987, grâce à quelques politiques clés, la stratégie mondiale sur le sida est devenue un instrument complexe de lutte contre le HIV. Le programme a bénéficié de politiques développées par l'OMS, d'assistance de la commission mondiale sur le sida (GCA: Global Commission on AIDS), de plus de 30 conférences pour le développement d'un consensus général, de plus de 100 colloques scientifiques et techniques, ainsi que de multiples consultations. Des expériences opérationnelles continues avec plus de 150 programmes nationaux sur le sida lient de façon concrète la formulation de stratégies avec les dimensions pratiques du problème. La responsabilité centrale de l'OMS dans le contrôle et la prévention du sida est le développement, la vérification, et l'évaluation de stratégies appropriées pour le GPA (WHO 1990). En dépit de ces initiatives, les doctrines du GPA semblent présenter de graves lacunes sur le plan idéologique.

Le GPA vise essentiellement trois objectifs. Le programme cherche à prévenir la transmission du HIV, à réduire la morbidité et la mortalité associées à l'infection du HIV et enfin, à promouvoir une collaboration internationale pour le contrôle de l'épidémie (WHO 1990). L'idéologie à la source de ces objectifs repose sur la croyance que toute société risque l'épidémie du HIV par le biais de ses groupes les plus vulnérables. C'est donc seulement une mobilisation au niveau de la société qui pourra enrayer la dissémination du HIV (Tarantola 1988). La stratégie du GPA cherche donc à rejoindre les populations dans leur ensemble, peu important leurs caractéristiques comportementales, démographiques ou personnelles afin de diminuer le risque de propagation du HIV.

Reconnaissant la complexité de l'épidémie (WHO 1987), le GPA préconise la participation simultanée de plusieurs organisations et disciplines différentes en vue de permettre l'élaboration de stratégies de contrôle efficaces. On serait porté

à croire qu'une telle approche aurait exposé l'importance des facteurs sociaux dans la dissémination du HIV. Toutefois, les 6 stratégies à la base du GPA témoignent d'une vision beaucoup plus réductionniste de la problématique. La nature éducative des initiatives du GPA semble adhérer à la vision individualiste typique à l'Occident. Analysons brièvement ces stratégies.

La première stratégie s'adresse à la prévention de la transmission sexuelle du HIV. Puisque le développement d'un remède miracle est peu probable d'ici la prochaine décennie (Grmek 1990), la composante centrale du GPA repose sur une approche préventive centrée sur le "Health Belief Model" (Decosas et Pednault 1991; Shoepf 1991a). Ce modèle postule qu'il est possible d'induire des changements dans les comportements sexuels par le biais d'une éducation appropriée (Tarantola 1988; Baldo et Cabral 1990). La contrainte principale faisant obstacle à ces initiatives est la connaissance limitée des cultures sexuelles² autant dans les pays industrialisés que dans les pays en voie de développement. De plus, on s'aperçoit qu'un manque de ressources financières, professionnelles, et infrastructurelles font également obstacle à l'établissement de programmes de prévention efficaces (Tarantola 1988).

Les programmes sont développés à l'échelle nationale pour répondre aux particularités régionales de l'épidémie. Cela permet en théorie, une plus grande sensibilité face aux diversités culturelles de l'épidémie. Afin d'assurer une efficacité maximale, ces programmes cherchent à s'intégrer aux services de santé primaires (WHO 1987; Tarantola 1988). Cette stratégie vise le changement des comportements des acteurs individuels (WHO 1987; WHO 1990). On a soutenu

². Ce sont Parker, Herdt et Garballo (1991) qui affirment que le comportement sexuel individuel se base sur les valeurs de la société. Le concept de culture sexuelle évoque le lien entre la sexualité et les autres systèmes socio-culturels comme la religion, l'économie et la politique. A travers les rôles, les normes et les attitudes, la culture forme les paramètres de base qui régissent le comportement sexuel tout en assurant la reproduction de la collectivité.

en effet, lors de la conférence mondiale sur la santé à Londres en 1988, que l'éducation était primordiale: "because HIV transmission can be prevented through informed and responsible behavior" (Tarantola 1988: 187). C'est bien Mann (1988) qui caractérisa le HIV comme étant la plus égalitaire des maladies. Toutefois, faire ce jeu de mot sur l'égalité des chances, c'est nier que 80% des cas de HIV se trouvent maintenant parmi les communautés les plus pauvres et les plus désavantagées³ (Sabatier 1988).

La deuxième stratégie vise la prévention de la transmission du HIV à travers les produits sanguins. Elle nécessite une consolidation des systèmes de transfusion et la vérification des produits sanguins (WHO 1987). Elle cherche également à promouvoir l'utilisation appropriée de seringues et autres instruments pouvant percer la peau (Tarantola 1988). Pour atteindre cet objectif, l'OMS en association avec la Croix Rouge et d'autres ONGs ont entrepris un effort concerté pour rendre disponibles des produits sanguins non-contaminés. Bien qu'exigeant des ressources techniques considérables, la minimisation de cette forme de transmission repose sur des initiatives éducationnelles dirigées à la fois vers les professionnels des services de santé et l'ensemble du public.

La troisième stratégie s'attaque à la transmission périnatale du HIV. Dans certaines populations urbaines d'Afrique où le taux d'infection dépasse déjà les 10% parmi la population sexuellement active, la transmission du HIV de la mère à l'enfant apparaît comme étant une cause importante d'un taux accru de mortalité infantile (Uyanga 1990; Decosas et Pednault 1991). Dans le but de prévenir la transmission périnatale du HIV, les hommes et les femmes doivent selon cette

³. Plusieurs programmes de prévention dans les agglomérations urbaines africaines considéraient que les femmes étaient le vecteur principale de propagation du HIV. Ces programmes visaient surtout les prostituées situées dans les milieux urbains avec la croyance qu'elles étaient la cause principale du taux d'infection du HIV. Ces approches centrées sur le comportement individuel a eu plusieurs effets négatifs. Dans plusieurs instances, elles ont permis une détérioration du statut des femmes et ont mené à la discrimination, la stigmatisation et même à l'incarcération de celles-ci (Sabatier 1988).

stratégie, avoir connaissance des conséquences d'une infection du HIV dans le cadre d'une grossesse⁴. Le dépistage volontaire pour les femmes enceintes dans ce contexte devrait être encouragé (Tarantola 1988).

La quatrième et la cinquième stratégie touchent principalement le développement, la production et la livraison de vaccins et d'agents thérapeutiques. L'objectif de ces stratégies est de faciliter le développement de ces produits, de coordonner les recherches, et d'établir un mécanisme de collaboration scientifique international (WHO 1990).

La sixième et dernière stratégie vise la réduction de l'impact de l'épidémie du HIV. Dans le cadre de cette stratégie, la priorité immédiate est le développement de mécanismes de surveillance pour prédire les tendances de l'épidémie afin de permettre le développement et l'application de politiques de contrôle appropriées, tel la vérification des produits sanguins par exemple, ou le développement de programmes d'éducation appropriés (WHO 1987).

Décrites sommairement, ces stratégies composent la base sur laquelle se fonde les interventions du GPA. Il est intéressant de remarquer que ces initiatives furent appliquées sans réflexion critique préalable. On n'a donc pas reconnu l'importance du processus socio-historique qui aurait pu influencer l'épidémie. Ces stratégies basées sur le "Health Belief Model" semblent en effet particulièrement ahistoriques et réductionnistes dans la mesure où l'ensemble de ces initiatives ne remet pas en question les rapports de force sociaux régissant le quotidien des individus et des groupes affligés par le HIV. En préconisant des initiatives portant sur l'acteur individuel, la tendance est d'accuser ce dernier pour tous ces maux. Une telle interprétation ne serait pas justifié sans l'appui des

⁴. Les femmes peuvent transmettre le HIV au fœtus lors d'une grossesse. Un nouveau né a entre 30% et 50% de chance de contracter le virus (Preble 1990b).

schémas épidémiologiques que nous allons maintenant observer. Ces derniers rendent pas justice à la spécificité dynamique du fléau, mais renforcent plutôt l'idée de l'ancienneté du démarrage de l'épidémie en Afrique.

VERS UNE SCHÉMATISATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU HIV

Ce fut l'OMS en collaboration avec le "Centre for Disease Control" (CDC) qui définit en 1986 les différents schémas de transmission du HIV à travers le monde (Quinn et al. 1987). Le premier schéma caractérise l'épidémiologie du sida aux E.U., au Canada, en Europe Occidentale et dans certaines zones urbaines d'Amérique latine. L'épidémie débute parmi les homosexuels pour gagner ensuite les hétérosexuels et sévir parmi les toxicomanes. Dans ces aires géographiques, les voies de transmissions prédominantes sont encore les rapports homosexuels et le partage des seringues, toutefois les rapports hétérosexuels et la transmission périnatale gagnent présentement en importance relative dans ce schéma. Les hommes sont infectés plus souvent que les femmes soit d'un rapport variant entre le 13:1 et 17:1. (Gremk 1990: 282; Shannon, Pyle et Bashshur 1991).

Dans les pays africains, l'expansion du sida se fait selon un schéma différent. La transmission hétérosexuelle y est d'emblée prédominante et les femmes sont infectées aussi souvent et même plus souvent que les hommes. Selon ce schéma, les prostituées jouent un rôle important dans la dissémination du virus (Gremk 1990). Le nombre grandissant d'enfants contaminés par voie périnatale pose un grave problème et représente une menace démographique terrible (Preble 1990b). On prédit que dans sa configuration actuelle, l'épidémie atteindra son plateau quand approximativement 40% de la population sera infectée du HIV (Baldo et Cabral 1990).

Le troisième schéma rend compte de la situation particulière en Europe de l'Est, en Australie, en Océanie et surtout dans les pays Asiatiques. La maladie y

était relativement rare jusqu'à tout récemment . Le risque touche les adeptes du multipartenariat, aussi bien hétérosexuel qu'homosexuel. La séro-prévalence est faible même chez les prostitués, mais cela risque de changer⁵ (Shannon, Pyle et Bashshur 1991).

Il y aurait une remarque importante à soulever au sujet du premier et du troisième schéma. Ils tendent à prendre la forme du deuxième, d'où l'impression que l'Afrique est en avance par rapport à la situation dans les autres pays du monde (Grmek 1990). Cette schématisation du HIV place subtilement la responsabilité de la pandémie actuelle sur le continent qui possède présentement le nombre le plus élevé de séropositifs: l'Afrique Il ne va pas non plus sans dire qu'une telle conception consolide l'hypothèse de l'origine africaine du sida (Grmek 1990; Bibeau 1991; Packard et Epstein 1991). De plus elle a servi à distinguer les Africains des Occidentaux tout en imputant la cause du sida aux moeurs culturelles africaines.

C'est la promiscuité sexuelle qui est considérée comme étant le vecteur principal de propagation du HIV (Vaughan 1990; Sabatier 1988). On a donc fait des habitudes sexuelles une forme de dissémination en soi. Avons nous pourtant cherché à analyser le contexte social dans lequel se développe cette promiscuité ? C'est précisément de telles réflexions idéologiques qui teintent les stratégies en application dans le GPA. En donnant priorité aux comportements à risque des individus dans la dissémination du virus, l'OMS néglige le rôle que jouent les facteurs sociaux.

Enfin, ces schémas bien que logiques dans leur formulation, ont peu à peu perdu leur représentativité face au dynamisme du fléau. En effet les dernières

⁵. En effet la situation a changé radicalement. En Thaïlande par exemple, le nombre de personnes infectées en 1989 était de 13 600. En 1990 on estimait le nombre de personnes infectées à 30 000. La population infectée dépassera les 1 000 000 dès 1994 (Shannon, Pyle et Bashshur 1991: 7).

années ont démontré que les réalités de la transmission du HIV dans différentes régions sont devenues incompatibles avec les schémas explicatifs à la mode (Baldo et Cabral 1990). Nous avons pu observer des transformations parmi les paramètres épidémiologiques dans différentes régions⁶, ainsi que des changements d'ordre comportemental parmi les groupes affectés (Shoepf 1991a). Compte tenu des complexités de la propagation du HIV, les schémas ont négligé les spécificités dynamiques des divers modes de transmission retrouvés dans différentes régions. Cette conceptualisation schématique ne se prête pas à la détermination structurelle de la dissémination du HIV. Une telle présentation semble avoir encouragé la conceptualisation de programmes d'intervention étant largement ahistoriques et réductionnistes. En outre, de tels schémas renforcent la perception du GPA que le sida était un problème médicale nécessitant un changement des comportement à risque des individus affligés.

VERS UNE CRITIQUE DU GPA

Comme le remarquent plusieurs auteurs (Bibeau 1991; Ankrah 1989; Schopper 1990; Baldo et Cabral 1990), les axes principaux sur lesquels se sont développées les interprétations de l'épidémie africaine du HIV présentent de graves lacunes en imputant le risque de dissémination au comportement individuel. De telles idéologies n'intègrent pas l'épidémie du sida au sein d'une analyse structurelle située au niveau macro-social. Sans chercher à discréditer les efforts de l'OMS, le GPA semble s'attaquer surtout aux conséquences du HIV et néglige le fait que l'épidémie est elle-même un symptôme d'une plus grande instabilité structurelle. Certes, la plupart des symptômes causés par le HIV sont les résultats d'infections opportunistes dérivant d'un affaiblissement du système immunologique. En effet, le sida développe selon la région du monde, des

⁶. On remarque par exemple à San Francisco et à New York que les femmes comptent pour 30% à 50% des nouveaux patients infectées du HIV, la moitié de ces dernières ayant été infectés à travers le contact hétérosexuel (Walsh, "The silent bomb", *Time*, Août 1992, 140, 5: 22)

symptômes qui sont cliniquement et démographiquement différents (Zalduondo et al. 1989). En avouant que les causes et les symptômes sont les résultats du contexte écologique, social, personnel et historique particulier, ne faudrait-il pas reconnaître l'importance de ces facteurs dans la détermination des comportements à risque des individus ?

Nous croyons que la pandémie actuelle du sida fut déclenchée par un concours de circonstances sociales et biologiques qui facilitèrent la transmission des souches très virulentes d'un virus ancien (Grmek 1990). Des rapports sexuels de type nouveau tel que la promiscuité homosexuelle organisée, la généralisation de certains comportements amoureux, le brassage des populations, l'élargissement important du choix de partenaires, l'introduction du sang d'autrui dans le sang en circulation et la rupture de l'équilibre pathologique due essentiellement à la diminution très forte d'autres maladies infectieuses doivent tous être intégrés au modèle explicatif de la pandémie du sida. La plupart de ces événements sont des artefacts culturels très récents (Bibeau 1991).

En dépit de ces phénomènes, l'OMS a acheminé les ressources à sa disposition vers des solutions spécifiques qui par elles-mêmes sont incapables d'enrayer le fléau. En négligeant certaines variables nécessaires au contrôle de la propagation du HIV, elle a su ignorer ce que pourrait représenter cette épidémie sur le plan social: un symptôme de disparités socio-historiques qui aurait fait de certaines régions, des environnements propices à la dissémination du HIV.

Les doctrines qui gèrent le GPA, peuvent se récapituler à travers 3 postulats fondamentaux. Ce sont avant tout les comportements à risque individuels qui dominent le discours du GPA. Deuxièmement l'OMS considère que le comportement sexuel à risque peut être changé par divers programmes d'éducation en autant que le message soit compris et qu'il y ait accès à des mesures adéquates de protection. Enfin l'OMS en faisant abstraction des

conditions sociales marquant la dissémination du HIV, a donné cause à chaque individu de se sentir menacé par ce fléau. Ce n'est pas une coïncidence que ces postulats reflètent la définition sociale du sida créée en Occident. Si tel avait été autre, nous serions présentement témoins d'une remise en question de la légitimité des institutions existantes en Occident.

Comment comprendre le retranchement de ces trois postulats idéologiques ? L'une des raisons se retrouve dans l'apparition soudaine du sida au début des années 1980. A la différence des autres maladies reconnues aujourd'hui, le sida a fait son apparition sans références symboliques préalables et a dû s'intégrer aux valeurs existantes (Sontag 1989). Les conséquences d'une telle assimilation allaient être très lourde.

LE FACTEUR ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Lors de l'apparition initiale de la maladie, les recherches se sont concentrées sur la compréhension des mécanismes biologiques impliqués dans la transmission du virus. Puisque le sida était initialement considéré comme une énigme biomédicale on espérait, une fois l'étiologie du virus déterminée, développer des programmes d'intervention efficaces pour contrôler la dissémination du HIV. Vue l'ampleur de la crise à l'époque⁷, il semblait plus important d'intervenir rapidement dans un effort pour enrayer l'épidémie que d'étudier la logique intégrale derrière les programmes d'intervention (Schopper 1990). Le pourquoi, comment, et à quel coût, allaient se résoudre au fur et à mesure que les connaissances deviendraient disponibles.

Les conséquences de cette approche précipitée furent doubles. Sur le plan

⁷. Ce fut en effet en 1985 que les premières trousse de dépistages furent commercialisées. Les autorités découvrirent avec horreur que les cas de sida n'étaient que la pointe d'une épidémie du HIV beaucoup plus grande.

médical, la priorité allouée au discours médical dans la recherche de solutions à ce problème permettait à la biomédecine de légitimement réclamer la majeure partie des ressources disponibles (argent, bourse, publication, etc.). De plus, en canalisant les connaissances et les moyens d'action vers un champ spécifique, on excluait d'autres définitions alternatives liées à la problématique. Sur le plan symbolique, on plaça les comportements à risque reconnus en Occident au centre des recherches épidémiologiques⁸ (Ankrah 1989; Packard et Epstein 1991).

Le comportement est un facteur opérationnel important dans la transmission du HIV et nous ne pouvons nier l'importance de fournir aux individus l'information pour qu'ils puissent se protéger. Toutefois des changements dans les comportements individuels dépendent en partie de facteurs largement hors du contrôle individuel (Baldo et Cabral 1990). Un comportement peut être lié aux valeurs normatives d'un groupe ou bien, être le résultat de structures socio-économiques précaires. Une approche comportementale qui ne tient pas compte des effets que jouent les revenus précaires, de l'aliénation sociale, d'un accès limité aux services de santé et de toutes autres formes d'exclusion sociale sur le choix d'un risque, est vouée à l'échec. L'omission de tels facteurs provient en toute probabilité d'une expérience strictement occidentale de l'épidémie.

L'approche comportementale et épidémiologique a permis l'accumulation d'une connaissance approfondie sur l'étiologie du HIV et a facilité l'élaboration de stratégies de contrôle. Il faut reconnaître pourtant que ces conceptions ne sont que des versions simplifiées de formes de transmission exprimées dans des proportions quantitativement et qualitativement différentes. Ajoutons à cela qu'à l'inverse des études réalisées en Amérique du Nord, beaucoup de ce qui est

⁸ Il est important de rappeler que l'expression "comportements à risque" et les valeurs qui y sont attachées trouvent leur origine dans les études faites en Occident où la pandémie fut premièrement identifiée.

connu des incidences et des moyens de transmission du HIV dans le contexte africain est le produit de recherches basées sur des échantillons limités de sous-groupes particuliers: prostitués et clients, donneurs de sang, patients dans les hôpitaux etc... (Ankrah 1989; Zalduondo et al. 1989; Shopper 1990). Ces échantillons représentant différents niveaux de risque ne sont pas nécessairement représentatifs de la population dans son ensemble.

En dépit des limitations sévères, l'attention portée aux études des divers sous-groupes a donné un haut profil aux recherches épidémiologiques ayant pour résultat plusieurs conséquences négatives. On reconnaît que l'épidémiologie est importante au contrôle de la maladie. Devrait-on pourtant accorder plus de 90% des ressources vers ce but (Widdus, Meheus et Short 1990) ? Cette priorité a créé une demande pour des services qui sont incompatibles avec ce que les programmes de santé nationaux peuvent fournir au niveau financier et infrastructurel (Ankrah 1989). Avec 80% des cas enregistrés présentement en Afrique (Decosas et Pednault 1991), peut-on s'attendre à ce que ces pays puissent organiser des programmes efficaces contre le sida si leur dépense en matière de santé est en moyenne de moins de 25 dollars par personne par année (Sabatier 1988) ? De plus, ce problème est loin d'être le dilemme le plus important de ces pays. La cirrhose, la dysenterie, le paludisme sont des maladies qui sont quantitativement et qualitativement plus importantes que le sida (Over et al. 1988; Sabatier 1988). Cette survalorisation de l'épidémiologie a perpétué l'image que le HIV est un problème médical et a donc marginalisé les facteurs socio-culturels et les contributions des sciences sociales dans l'évaluation et les mesures de lutte contre ce fléau.

Puisque le "Health Belief Model" de l'OMS postule qu'il est en effet possible de changer le comportement sexuel via une éducation appropriée (Tarantola 1988; Baldo et Cabral 1990), il importe d'étudier cette facette du GPA pour en ressortir ces faiblesses. Suffit-il d'augmenter le niveau d'éducation pour lutter contre le HIV ? Nous reconnaissons qu'un programme d'intervention basé sur l'éducation est

un élément important, voire crucial pour combattre l'épidémie. Toutefois, à quel point peut-on s'attendre à ce que l'éducation seule puisse changer les comportements à risque pour éliminer ou, tout au moins réduire l'incidence du HIV ? Mettre tous les efforts dans des mesures de nature éducatives est un truisme (Graubard 1989). En cherchant à déterminer quelles formes d'éducation seraient les plus efficaces afin d'influencer les individus à changer leur comportement, il devient clair que la vraie source du problème ne repose pas dans la détermination d'une méthodologie pédagogique (Shopper 1990; Kenniston 1989).

Nous pouvons observer que la dissémination du HIV se trouve modifiée par trois facteurs déterminants: la jeunesse, l'activité sexuelle, et la spécificité socio-historique. Il faut reconnaître que le comportement sexuel chez les jeunes adultes est souvent caractérisé par une activité sexuelle régulière et constante (Kenniston 1989). Toutefois, la sexualité doit se comprendre dans un contexte analytique plus large. Il existe un lien entre la sexualité et les autres systèmes socio-culturels tel que la religion, l'économie et la politique. Ces derniers constituent les facteurs qui forment les types de relation sociale. Les types de rapport sexuel sont donc relatifs aux conditions dans lesquelles vivent les individus. Il est à remarquer que le sida est plus commun, autant dans les sociétés industrialisées que dans les sociétés du Tiers Monde parmi la population de jeunes déracinés des régions urbaines (Graubard 1989). Ces jeunes gens, détachés des valeurs sociales traditionnelles et culturelles, doivent s'acharner à survivre un quotidien difficile (Sabatier 1988; Bibeau 1991; Packard et Epstein 1991). Toutefois il ne faut pas interpréter la perte des valeurs traditionnelles comme un retour à une anarchie sexuelle. Ces populations sont plutôt à la recherche d'un nouvel équilibre sexuel et social qui s'adapte aux réalités sociales de leurs environnements. Dans le cas de l'Afrique, ces réalités socio-historiques sont le plus souvent exprimées par des conditions de vie précaires.

On reconnaît avec les épidémiologues que l'infection du HIV en Afrique

frappe principalement les jeunes femmes de moins de 30 ans, les hommes étant, pour leur part, proportionnellement touchés, mais à un âge plus avancé (Decosas et Perdnault 1991). De plus, il y a peu de doute que le mode d'infection dominant est de nature hétérosexuelle. Dans le cas des femmes, les victimes sont de statut socio-économique plutôt bas et elles ont de multiples partenaires sexuels; les sous-groupes que nous appelons généralement des "femmes libres" présentent les taux de prévalence les plus hauts (Sabatier 1988; Pela et Platt 1989). Compte tenu de notre approche, comment pourrions nous expliquer ces phénomènes d'une façon qui dépasse le modèle comportemental ?

Une épidémie ne tombe jamais par hasard sur un groupe humain (Dubos 1973; Grmek 1990; Bibeau 1991). On ne peut comprendre la diffusion d'une pathologie dans une population que si l'on inscrit les caractéristiques d'un agent infectieux dans un contexte écologique donné et dans un cadre socio-culturel. Pour créer un contexte favorable à l'apparition et à la propagation d'une maladie, les interactions entre différents facteurs sociaux et écologiques doivent former en quelque sorte une configuration dynamique spécifique par laquelle on peut expliquer la diffusion d'une pathologie. Dans les rapports entre les humains et le HIV, l'important est donc de chercher dans les modes de vie, les conditions socio-économiques et les comportements individuels tout autant que dans la biologie de l'agent infectieux. Passons donc à une analyse de certains des aspects du quotidien africain, notamment la situation des femmes.

RÉALITÉ SOCIALE ET IMPACT SUR LE HIV

La situation des femmes et du sida dans les pays du Tiers Monde constitue un sujet qui n'a pas reçu toute l'attention qu'il méritait. Sans prétendre l'exhaustivité, nous avons cru propice d'étudier leur sort à titre de reconnaissance à leur dilemme. Ceci est dû principalement au fait qu'on avait d'abord défini le sida comme une maladie homosexuelle blanche. Or comme nous l'avons

mentionné antérieurement, les modes de propagation épidémique évoluent rapidement et les femmes, surtout dans les pays du Tiers Monde, deviennent progressivement le groupe souffrant l'assaut direct de la maladie (Decosas et Pednault 1991; Grmek 1990).

En Afrique où l'épidémie a débuté à la fin des années 1970, le taux de séroprévalence entre hommes-femmes est de 1:1 (Quinn et al. 1987; Shannon, Pyle et Bashshur 1991). Toutefois, ce calcul est vraisemblablement faussé en raison des préjugés sexistes marquant l'évaluation et la comptabilisation des cas. Dans la plupart de ces pays, étant donné que les femmes ont moins accès aux services de santé que les hommes, il est très difficile de comptabiliser leur cas (Ankrah 1989). De plus les femmes courent plus de risque d'infection que les hommes, car la transmission du HIV est plus facile de l'homme à la femme que l'inverse (Grmek 1990; May et al. 1989). D'autres cofacteurs comme les autres maladies transmises sexuellement (MTS) jouent aussi un rôle important dans la transmission du HIV, les rapports sexuels, la transmission périnatale rendent les femmes africaines plus vulnérables au risque de contracter le HIV (Sabatier 1988; Panos Institute 1989).

Cependant ces facteurs épidémiologiques ne sont pas les seuls facteurs qui facilitent le risque de transmission chez les femmes. Une foule de variables économiques, sociales et psychologiques, moins tangibles mais toutes aussi pertinentes, rendent les femmes plus vulnérables que les hommes au risque de contamination au HIV. La prostitution, l'économie précaire, le système de santé désuet, ainsi que des facteurs culturels relatifs à la fertilité sont tous des variables importantes à la compréhension de la dissémination du HIV.

Les données épidémiologiques laissent clairement deviner un lien entre la transmission du HIV chez les femmes et les disparités socio-économiques marquant leur quotidien (Sabatier 1988; Grmek 1990; Bibeau 1991; Packard et

Epstein 1991). Dans les pays avec antécédents coloniaux, un système économique rigide structure la vie des individus (Turshen 1977; Doyal 1979; Hunt 1988a). Les pays enregistrant le plus grand nombre de femmes infectées sont généralement ceux où une grande partie de la main d'oeuvre est migratoire, où la croissance rapide des villes amène une détérioration des conditions de vie, où les populations et particulièrement les femmes participent plutôt dans le système économique parallèle (Hunt 1989). Dans de telles situations, les choix des femmes sont extrêmement limités. Réduites à la nécessité de survivre, elles doivent s'engager dans divers formes de multipartenariat afin d'assurer leur subsistance. Le choix des risques qu'elles peuvent prendre ne leur appartient pas.

La pauvreté des services de santé pose également un problème grave. Les services de santé sont offerts dans la majorité des cas aux élites résidant dans les centres urbains (Sabatier 1988). En reconnaissant que la majorité des initiatives d'éducation contre le HIV (WHO 1987) passe par ces services, comment peut-on s'attendre à ce que l'ensemble des femmes puissent en bénéficier quand elles ont peine à y avoir accès ? Cela est d'autant plus exacerbé par le fait que la plupart des pays touchés par le HIV en Afrique manquent gravement de service de diagnostique et de traitement des MTS pour les femmes.

Bien que le problème soit rarement soulevé, un nombre de pays en Afrique connaissent des épidémies chroniques de MTS depuis l'époque coloniale (OMS 1986; Preble 1990a). On rapporte des taux très élevés de gonorrhée, de chancre mou, de syphilis, de chlamydia et d'autres affections génitales qui ne peuvent pas être traités, faute de ressources. La diagnostique de ces maladies guérissables est relativement simple chez les hommes, mais en raison de barrières culturelles et structurelles, peu de femmes dans ces pays ont accès au traitement approprié (Preble 1990a; Panos Institute 1989). Elles sont vouées par conséquent à porter ce fardeau morbide en silence. Avant l'apparition du HIV, la seule conséquence de cette situation endémique était une forte proportion d'infertilité féminine qui ne

représentait en raison de la surpopulation et du piètre statut de la femme un fait nécessitant une intervention. Toutefois, des recherches menées à l'Université de Nairobi ont démontré toutefois que les ulcérations génitales non soignées (surtout les chancres mou et la syphilis) accroissent les probabilités d'infection de 0.3% à 50% (Zalduondo et al. 1989). L'OMS reconnaît l'impact des MTS sur la dissémination du HIV. Ce que nous leur reprochons toutefois, c'est l'ignorance des causes sociale qui encouragent la propagation des MTS (et conséquemment du HIV) dans les programmes d'intervention. On pourrait allouer les fonds nécessaires pour l'éradication des MTS. Cependant, traiter cette situation seulement comme un problème en soi et non comme une manifestation de plus grandes disparités socio-économiques est ignorer tout ce qui caractérise ces maladies sociales. On peut enseigner aux femmes les dangers des MTS, même les guérir, cela ne changera pas pourtant la situation sociale qui les rend vulnérables.

La prostitution semble jouer un rôle important dans la dissémination du HIV chez les femmes. Encore une fois, il faut reconnaître dans quel contexte se développe cette prostitution. Le divorce ou l'abandon, les catastrophes naturelles telles que les sécheresses, la dépendance économique, le chômage l'existence d'un marché où leurs services sont demandés sont tous des facteurs qui jouent un rôle déterminant dans le choix des comportements à risque des femmes. Le marché sexuel s'alimente aussi de l'héritage colonial, soit la migration de la main d'oeuvre, et depuis peu du tourisme sexuel, c'est-à-dire l'exploitation des femmes du Tiers Monde par les hommes des pays industrialisés. Le taux d'infection chez les prostituées atteint les 70% en Thaïlande et plus de 80% dans certaines villes africaines (Shannon, Pyle et Bashshur 1991). A la différence des prostituées des pays industrialisés où ces femmes deviennent généralement séropositives en raison de leur consommation de drogues intraveineuses ou de leur rapports sexuels avec des hommes consommateurs de ces drogues, nous devons dans les pays du Tiers Monde accuser l'activité elle-même. Sans autre moyen de

subsistance, ces femmes sont condamnées à une vie d'auto-destruction.

Bien que l'on tienne compte de ce que le virus s'attaque à la population en général, plusieurs des programmes d'éducation contre le sida visent les femmes en tant que futures mères (Decosas et Pednault 1991). Les femmes sont encore perçues comme des vecteurs de propagation, mais au lieu de contaminer leurs conjoints, elles posent maintenant une menace aux enfants. Ces programmes continueront à rendre les femmes coupables tant que les campagnes de sensibilisation ne présenteront pas la prévention du sida chez les femmes comme un objectif en soi.

Un bon nombre de pays du Tiers Monde souffrent d'un besoin critique pour des programmes efficaces en matière de contrôle des naissances. Les femmes qui n'ont pas accès à des moyens de contrôle de naissance n'ont pas accès à des moyens de prévention contre le HIV. L'institution de programmes de planning familial efficaces sera-t-elle le résultat de la menace du sida ? On ne connaît actuellement que deux moyens pour empêcher la transmission du HIV entre hétérosexuels soit: la fidélité sexuelle ou l'usage des condoms. Bien que les campagnes de prévention mettent l'accent sur ces moyens, leur mise en pratique est relativement indépendante de la volonté des femmes. La fidélité nécessite la collaboration des deux partenaires alors que l'usage du condom est une pratique masculine. Les femmes ne peuvent qu'obtenir leur utilisation à travers la négociation et le consentement des hommes. En effet "the despair of married women is particularly acute, for without the the cooperation of their husbands, they cannot protect themselves. Yet it is not customary for wives to speak directly with their husband about sexual matters [...] Hopelessness can undermine the will to adopt preventive measures, despite the availability of means to do so..." (Zalduondo et al. 1989: 185).

La dépendance économique et le piètre statut social des femmes des pays

du Tiers Monde constituent comme nous l'avons soulevé, des facteurs importants à la dissémination du HIV. Ces facteurs ont de nombreuses causes, dont certaines sont liées aux politiques de développement macro-économique. Les organismes donateurs ainsi que les gouvernements se préoccupent énormément d'assainissement macro-économique; or de telles politiques engendrent une réduction budgétaire pour les dépenses liées aux services sociaux et à la santé, ce qui pour les femmes signifie généralement une détérioration du revenu et de l'emploi, une augmentation de leur charge de travail et une diminution de leur accès à l'éducation et aux services de santé. Démunies de la sorte, les femmes deviennent encore plus vulnérables à l'infection du HIV: leur vie dépend de risques qu'elles sont prêtes à assumer. Toute stratégie de lutte et de contrôle du sida, bien que nécessitant un élément d'éducation ne pourra être efficace que dans la mesure où elle s'intègre aux contextes sociaux des femmes. On doit de plus, adapter les programmes du GPA au taux élevé d'analphabétisme des femmes et de leur accès très réduit aux sources d'information populaire telle la radio et la télévision.

L'endiguement de l'épidémie nécessite l'allègement du fardeau qu'assument les femmes à titre de pourvoyeurs principaux des enfants. Les programmes de prévention doivent tenir compte de la situation pénible des femmes en général et des femmes infectées plus particulièrement qui luttent pour élever leurs enfants et ceux de leurs soeurs. Ces femmes en détresse sont susceptibles à l'exploitation sexuelle et sont peu réceptives à l'éducation préventive.

Nous voyons donc qu'intégrer les dimensions socio-économiques et historique dans les programmes d'intervention est critique au contrôle de la dissémination du HIV. Nous commençons à bien reconnaître l'épidémiologie du HIV, son étiologie etc... il semblerait que l'attention portée aux dimensions socio-économiques demeure toujours éphémère. En effet, des 3600 abrégés présentés à la IV conférence internationale sur le sida, seulement 30 documents présentaient

des analyses socio-économiques (Ankrah 1989). En refusant de reconnaître la pauvreté comme une variable importante dans l'analyse de la dissémination du HIV, les études présentées sur les groupes à risques (tels les camionneurs et les prostituées), ne seront qu'une description irréaliste de la vie quotidienne des individus affectés. C'est seulement dans un contexte englobant le social, l'économique et le politique qu'on pourra comprendre les réalités du HIV et donc d'en arrêter sa propagation.

CONCLUSION

C'est dans le contexte de l'élaboration de stratégies de survie économique qu'il nous semble le plus approprié d'essayer de comprendre pourquoi certaines régions d'Afrique sont si fortement touchées par le sida. Dans les villes par exemple, le marché urbain de l'emploi et le contexte économique général ne permettent pas aux femmes de cheminer vers la réelle indépendance à laquelle elles aspirent: en l'absence de revenus stables provenant d'un métier, plusieurs d'entre elles sont forcées de recourir à toutes sortes de moyens de fortune, parmi lesquels on trouve le rapport stable ou provisoire à plusieurs hommes. Du côté des hommes, ces stratégies de survie des femmes sont d'autant mieux acceptées et utilisées qu'elles leur permettent de maintenir leur pouvoir d'homme, de ne pas s'engager dans des alliances officielles, et de se limiter à négocier du sexuel contre du financier. Comme le remarque Zaldondo et al. "in most parts of Africa [...] women's social status and autonomy is particularly low, and educational and employment opportunities reflect pronounced gender bias. Thus women in Africa have far less power to promote and enforce safer sex guidelines than those from North America or Europe" (1989: 189).

Les nouvelles formes urbaines de comportements sexuels et d'organisation familiale semblent, de fait, impliquer de plus en plus de partenaires au sein de réseaux indépendants ou articulés, qui fonctionnent un peu comme une structure de soutien économique. Nous avons l'impression que la culture urbaine de la sexualité représente une sorte d'adaptation qui surgit de la redéfinition des rapports entre les hommes et les femmes et de l'effort, en grande partie avorté, de création de nouvelles structures familiales qui seraient mieux adaptées à la vie en ville. C'est dans un tel contexte que nous devons comprendre le risque de dissémination du HIV en Afrique.

Le "Health Belief Model" adopté par le GPA préconise avant tout la prévention via l'éducation. Ce programme a contribué de sa propre façon à la lutte contre l'épidémie du sida autant dans les pays industrialisés que dans les pays du Tiers Monde. Sans critiquer les bonnes intentions derrière ces initiatives, il nous semble toutefois que la recherche du contrôle du HIV par l'entremise d'une emphase sur des programmes d'éducation est incompatible avec les réalités globales du sida. Enseigner aux individus l'utilisation de prophylaxie, notamment les condoms, ou la modification de pratiques sexuelles est inapproprié au contexte social caractérisant la plupart des pays en voie de développement et notamment en Afrique. L'éducation est une mesure essentielle en Occident, pour autant qu'on reconnait qu'elle est la solution logique pour une société qui valorise le choix individuel. Toutefois, dans les réalités actuelles qui marque le contexte africain par exemple, ces mesures sont dérisoires en ce que les structures socio-historiques rendent impossible la mise en application efficace de cette idéologie. Comme nous l'avons démontré, les femmes en Afrique par exemple ne sont généralement pas en mesure de contrôler plusieurs facteurs sociaux qui déterminent leurs comportements. Tant et pour autant que l'épidémie du sida ne sera pas placée à l'intérieur d'un modèle plus englobant qui tient compte des multiples variables, la majorité des initiatives sous la tutelle du GPA ne pourront pas être efficaces.

CONCLUSION

UNE REMISE EN QUESTION

Le sida est certainement une maladie nouvelle dans sa dimension épidémiologique actuelle. Selon nous les conditions biologiques et sociales d'autrefois empêchaient l'essor d'un rétrovirus aussi létal que le HIV. Une épidémie désastreuse comme celle du sida n'a pu se produire sans l'effondrement des structures sociales, le brassage actuel des populations, et la recherche de stratégies adaptées aux nouvelles conditions de vie souvent précaires. De tels artefacts sont relativement récents dans l'histoire de l'humanité. Leur impact est claire, ils influencent le contexte analytique et interprétatif des sociétés qui à leur tour conditionnent la perception des risques. Ces artefacts ne se produisent pas seulement à l'extérieur de l'Occident. En tant que culture nous sommes aussi soumis à une spécificité socio-historique qui façonne notre vision du monde; la vision du monde occidentale. C'est l'idéologie de l'individualité qui a su dominer la définition social du sida.

Sans nier l'importance des dilemmes associés au sida, le discours comportemental à la mode semble plutôt analyser cette problématique sous l'angle de ses conséquences que sous celui des racines réelles du problème; les disparités structurelles d'ordre social. La définition sociale du sida de type occidental dominant l'interprétation de l'épidémie africaine du HIV ne fait que légitimer la culpabilité des Africains. On laisse entendre que ce sont les comportements sexuels qui sont à la source du taux foudroyant de dissémination touchant l'Afrique Subsaharienne. Les conditions structurelles sont intégrés aux interprétations, mais d'une façon étroite et erronée. Elles se traduisent le plus souvent en laxisme culturel qui supposément, ne fait qu'encourager la promiscuité sexuelle des Africains. Toutefois, il nous semble que les réalités

sociales de l'Afrique liées à l'exploitation historique et contemporaine du continent et de ses populations, au vol et à la destruction de ses ressources naturelles et aux problèmes environnementaux jouent un rôle beaucoup plus important dans la propagation du HIV. C'est dans une compréhension du lien existant entre ces variables et la perception du risque que nous pourrions bien comprendre l'épidémie du HIV. Enfin, c'est seulement à travers des interventions dépassant la cadre de la santé et touchant l'ensemble des structures sociales que nous pourrions espérer contrecarrer la dissémination de ce virus.

La précarité structurelle et la tentative d'adaptation à de nouvelles conditions de vie sont les causes majeures de l'épidémie du sida en Afrique. Elles sont probablement responsables de son expansion fulgurante et peut-être aussi de son éclosion. La promiscuité, les rapports sexuels multiples, le statut des femmes ainsi qu'une foule d'autres facteurs d'ordre social et historique doivent être intégrés à l'analyse pour faciliter la compréhension des comportements à risque et des conditions permettant une propagation efficace du virus sur le sol africain (Grmek 1990; Packard et Epstein 1991; Sabatier 1988; Panos Institute 1989). C'est vers le milieu de ce siècle, suite à une rapide décolonisation qui ajouta des traumatismes sociaux aux vieilles plaies de la colonisation, qu'on doit commencer à rechercher les facteurs ayant facilité la diffusion du HIV. Depuis le début des années 1960 de nombreux facteurs ont contribué à déraciner les populations et à briser les anciennes structures sociales. Aux phénomènes de la migration de la main d'oeuvre, de la condition de la femme par exemple, nous pouvons ajouter entre autres les conflits armés qui secouent l'Afrique, les désastres naturels, une urbanisation précaire etc... Sous de telles réalités, il est difficile de croire que le choix d'un comportement appartient à l'individu seul.

A la veille de cette épidémie, deux sortes de déplacements humains d'une ampleur sans précédent eurent lieu en Afrique: l'ouverture aux étrangers via le tourisme par exemple, et le brassage interne des populations avec concentration

dans les agglomérations urbaines. Au début de ce siècle, Kinshasa, capitale du Zaïre comptait environ 10 000 habitants; en 1960 au moment de son indépendance le nombre atteignait 400 000; au début des années 1980, l'ancienne ville coloniale prenait la forme d'une agglomération urbaine, avec une population officiellement estimée à 2.5 millions; le nombre d'habitant approche maintenant 4 millions (Sabatier 1988). Ce n'est pas par hasard que Kinshasa, Kigali, Nairobi, etc., ces grandes villes de l'Afrique où règnent la pauvreté et les conditions d'hygiènes déplorables, sont aujourd'hui les lieux où sévissent les plus hauts taux d'infection du HIV (Grmek 1990; Zalduondo et al. 1989). Des conditions telles la pauvreté, la migration forcée, le marché noir, la détérioration des cellules familiales, permirent au HIV de trouver dans cette situation sociologique nouvelle, un milieu propice à sa propagation. En se modernisant, l'Afrique tente de raccommoder des traditions culturelles très différentes, à plusieurs égards incompatibles (Shopper 1990; Shoepf 1991b). La paupérisation urbaine qui est un phénomène nouveau par la dimension qu'il prend depuis le milieu de ce siècle, s'accompagne d'un développement considérable de la prostitution et d'un élargissement des possibilités des contacts sexuels. On est arraché de certaines entraves morales et matérielles imposées par le milieu rural et par les coutumes tribales pour tomber dans le piège d'un système social en pleine voie de définition et qu'on ne maîtrise pas. Vis-à-vis de tels phénomènes, il est peu probable que l'éducation seule puisse changer le comportement à risque des individus.

Puisqu'on disait que le sida était devenu une épidémie au sein de la population hétérosexuelle en Afrique, les autorités Occidentales en attribuèrent la cause majeure à la promiscuité sexuelle. Cette promiscuité, disaient les chercheurs, existait depuis des temps immémoriaux chez les habitants des tropiques. En considérant la promiscuité sexuelle comme le facteur principal de transmission, on venait également à traiter cette dernière comme une forme de transmission en soi. Est-ce pourtant la raison pour laquelle nous retrouvons des taux de MTS aussi élevés en Afrique ? Celles-ci ne s'explique pas seulement par

la promiscuité sexuelle. Sur le plan social, les MTS proviennent aussi d'un héritage coloniale et économique qui a créé de certaines régions de l'Afrique, un environnement propice à la dissémination des MTS. Ces dernières précèdent partout cette épidémie de type nouveau qu'est le sida.

C'est bien Mann (1988) qui caractérise le HIV comme la plus démocratique des maladies. Ce jeu de mots n'est qu'une affirmation d'une seule dimension de la problématique: chaque individu en théorie, est susceptible de contracter le virus. Cela ignore pourtant le fait que le sida est une maladie qui en Afrique (et partout ailleurs), afflige les minorités ethniques et sexuelles; les minorités ne possédant aucun pouvoir. Une fois que le virus du sida s'est infiltré dans une société, il a tendance à suivre la pente de moindre résistance (Sabatier 1988). Globalement, cette ligne traverse certaines des communautés les plus défavorisées du monde: les groupes les plus pauvres, les plus désavantagés et les plus sous-développés dont les membres constituent un pourcentage de plus en plus élevé du total des cas de sida recensés dans le monde (Panos Institute 1989). Si le HIV se propage au sein de ces groupes, c'est bien parce que ces derniers n'ont que très peu de choix dans leur façon d'agir. En dépit de ce fait, les comportements à risque de ces moins bien nantis sont considérés comme inacceptables et immoraux aux yeux de l'Occident.

Le sida est en réalité, la dernière manifestation d'un cortège d'épidémies, de mortalité infantile, de la malnutrition, de MTS et d'autres maladies infectieuses qui affectent si injustement les désavantagés. La pandémie du sida ne peut pas être correctement appréhendée en dehors de son contexte social englobant (Bibeau 1991). On peut se demander si l'on pourra jamais contrôler la maladie, sans parler de l'éliminer, sans procéder à un bouleversement complet des co-facteurs liés au sous-développement, au développement déséquilibré, et à la marginalisation économique et politique dont la combinaison constitue un terrain de choix pour la propagation du virus.

Les communautés de l'Afrique et du reste du Tiers Monde sont doublement vulnérables au HIV. Tout d'abord, en raison de nombreux facteurs sociaux, économiques, sanitaires, et de comportement, leurs membres sont plus exposés au risque d'infection par le HIV et, une fois infectés, ils sont plus vulnérables à la progression du sida. Le second aspect de cette vulnérabilité est la faible marge de manoeuvre laissée à l'individu et à la communauté pour se défendre contre le sida. En Afrique Subsaharienne comme dans les communautés minoritaires du Nord, la multiplicité des désavantages tels que l'analphabétisme, le manque de ressources humaines, l'effondrement économique, dépression sociale due aux guerres ou aux migrations, se combinent pour sévèrement limiter la capacité de la communauté à combattre l'épidémie.

Ce qui nous pose réellement un problème dans le discours occidental sur le sida, reflété dans le "Health Belief Model" du GPA, est le recours de ces idéologies à la seule responsabilité individuelle pour expliquer les comportements de personnes vivant aujourd'hui dans des environnements physiques et sociaux particuliers. Il est indéniable que les acteurs individuels possèdent une marge relative de choix dans la détermination de leurs comportements à risque. Toutefois mettre la responsabilité dans les mains de l'individu ignore l'ensemble des réalités sociales qui conditionnent le comportement des acteurs. Une telle interprétation est une preuve qu'une vision purement occidentale de la problématique domine le discours sur le sida. En Occident, où la démocratie et la liberté du choix jouent un rôle primordial, il est devenu difficile de reconnaître que sur le plan social, les comportements des individus sont en large part le produit de conjonctures socio-historiques dynamiques. Tel que conçue actuellement, la définition sociale du sida ne fait que renforcer les institutions de l'Occident.

En valorisant l'éducation comme moyen efficace à la prévention de la dissémination du HIV, la société occidentale a rendu prioritaire le rôle de l'acteur individuel. En théorie, la connaissance est une condition nécessaire à la prise de

responsabilité des individus qui pratiquent des comportements à risque. Dans le cadre du GPA nous reconnaissons que l'information est indispensable à la prévention de l'épidémie. Toutefois, la définition sociale du sida comme condition dérivant des comportements à risque attribuables à une irresponsabilité corporelle de l'individu est incomplète. Le programme n'intègre pas les variables qui pourraient influencer de façon déterminante le comportement des individus dans ses interventions. Comme nous l'avons démontré sommairement dans le cas des femmes, la possibilité de changer son comportement individuel dépend largement de facteurs sociaux qui demeurent à l'extérieur de la sphère de contrôle de l'individu.

D'après notre analyse nous pouvons conclure que les doctrines d'intervention de l'OMS dans leur formulation actuelle sont incompatibles avec les réalités socio-épidémiologiques du sida dans le contexte africain. Initialement défini en Occident, il est facile de comprendre comment s'est imprégnée la définition crypto-individualiste dans l'approche de l'OMS. Cette approche cependant ne s'attaque qu'aux seuls symptômes d'un plus grand mal social. Le sida doit se comprendre et se combattre à la lumière des spécificités socio-historiques qui ont encouragées le développement d'un environnement propice à la dissémination du HIV. Sans une remise en question de la définition sociale qui domine le discours sur le sida et sans une remise en question du rôle que jouent les biais culturels occidentaux dans l'interprétation de la problématique du HIV africain, le GPA ne pourra point lutter efficacement contre le fléau qu'est le sida.

BIBLIOGRAPHIE

AAKSTER, Cor W.

- 1989 "Assumptions Governing Approaches to Diagnosis and Treatment". Social Science & Medicine, 29, 3, 293-300.

ALMEDIA, Ludovic et Yassouf GUISSÉ

- 1990 "Knowledge of AIDS and Sexual Practices in a Senegalese Population". IUSSP Seminar on Anthropological Studies Relevant to the Sexual Transmission of HIV (Sonderborg, 19-22 Novembre 1990). Danemark, IUSSP et DANIDA.

ALUBO, Ogoh S.

- 1990 "Debt Crisis, Health and Health Services in Africa". Social Science & Medicine, 31, 6, 639-648.

ANARFI, John

- 1990 "Sexual Networking in Some Selected Societies in Ghana and the Sexual Behaviour of Ghanaian female migrants in Abidjan". IUSSP Seminar on Anthropological Studies Relevant to the Sexual Transmission of HIV (Sonderborg, 19-22 Novembre 1990). Danemark, IUSSP et DANIDA.

ANDERSON, M.R. MAY et MCLEAN.

- 1988 "Possible Demographic Consequences of AIDS in Developing Countries". Nature, 332, 17, 228-233.

ANDERSON, Roy

- 1990 "The Transmission Dynamics of STDs; The Behavioural Component". IUSSP Seminar on Anthropological Studies Relevant to the Sexual Transmission of HIV (Sonderborg, 19-22 Novembre 1990). Danemark, IUSSP et DANIDA.

ANKRAH, Maxime E.

- 1989 "AIDS: Methodological Problems in Studying its Prevention Spread". Social Science & Medicine, 29, 3, 265-276.

BALDO, Mariella et Antonio Jorge CABRAL

1990 "Low Intensity Wars and the Social Determination of the HIV Transmission". Action on AIDS in Southern Africa, sous la dir. de Z e n a STEIN et Anthony ZWI. New York, Committee for Health in Southern Africa: 34-45.

BAUNI, Evasius B.

1990 "The Changing Sexual Patterns of the Meru People of the Chogoria Region, Kenya". IUSSP Seminar on Anthropological Studies Relevant to Sexual Transmission of HIV (Sonderborg, 19-22 Novembre 1990). Danemark, IUSSP et DANIDA.

BIBEAU, Gilles

1991 "L'Afrique, terre imaginaire du sida". Anthropologie et Sociétés, 15, 2-3, 125-148.

BIBEAU, Gilles et Ruth MURBACH

1991 "déconstruire l'univers du sida". Anthropologie et Sociétés, 15, 2-3, 5- 2

BIOMSTROM, Magnus et Bjorn HETTNE

1984 Development Theory in Transition. London, Zed Books.

BONGAARTS, John

1988 Modeling the Spread of HIV and Demographic Impact of AIDS in Africa. New York, The Population Council.

BOSSERT, J. Thomas

1990 "Can They Get Along Without Us ? Sustainability of Donor-Supported Health Projects in Central America and Africa". Social Science & Medicine, 30, 9, 1015-1023.

BRANDEN, J. JOHNSON et COVELLO

1987 The Social Construction of Risks: Essays on Risk Selection. Boston, D. Reidel Publishing Co.

BRENNEN, Reuven

1985 Betting on Ideas: Wars Invention Inflation. Chicago, University of Chicago Press.

BREHMER, B.

1987 "The Psychology of Risk". Risk and Decisions, sous la dir. de W. T. SINGLETON et J. HOVDEN. New York, John Wiley & Sons: 25-38.

BROKENSHA D. (sous la dir. de)

1988 A Report: Seminar on the Anthropological Perspectives on AIDS Research in Africa. (Washington , 7-8 Janvier 1988). Washington D.C.

BURGER, J. Edward

1990 "Health as a Surrogate for the Environment". Deadalus, 119, 4, Fall, 133-154.

CARAE, Michel, John CLELAND et al.

1990 "Research on Sexual Behaviour that Transmits HIV. The GPA/WHO collaborative Findings". IUSSP Seminar on Anthropological Studies Relevant to the Sexual Transmission of HIV (Sonderborg, 19-22 Novembre 1990). Danemark, IUSSP et DANIDA.

CANADA Canadian International Development Agency

1990 AIDS Information Update. Ottawa, Supply & Services Canada.

CANADA Health & Welfare Canada

1990 Building an Effective Partnership: The Federal Government's Commitment to AIDS. Ottawa, Supply & Services Canada.

CANADA Health & Welfare Canada

1990 HIV & AIDS:Canada's Blueprint. Ottawa, Supply & Services Canada.

Centre de la recherche pour le développement international

1989 Ve Conférence Internationale sur le sida; le défi scientifique et social Abrégés. Montréal.

CHRISTAKIS, Nicolas

1989 "Responding to a Pandemic: International Interest in AIDS Control". Deadalus, 118, 2, spring, 113-134.

CLATTS, Michael, Sherry DEREN et Stephanie TORTU

1991 "What's in a name ?". Anthropologie et Sociétés, 15, 2-3, 37-52.

DALTON, Harlon, L.

1989 "AIDS in Blackface". Deadalus, 119, 2, summer, 205-227.

DAWSON, Marc

1983 Socio-economic and Epidemiological Change in Kenya: 1880-1925. Thèse de Doctorat, Université de Winsconsin à Madison.

DECOSAS, Josef et Violette PEDNAULT

1991 The Demographic AIDS Trap for Women in Africa; Actes de colloque de la VII conférence sur le sida (Italie 16-21 Juin, 1991). ACDI.

DOUGLAS, Mary

1970 Purity and Danger. New York, Praeger.

DOUGLAS, Mary

1973 Natural Symbols; Explorations in Cosmology. New York, Vintage Books.

DOUGLAS, Mary

1989 Ainsi pensent les institutions. New York, Editions Usher.

DOUGLAS, Mary

1990 "Risk as a Forensic Resource". Deadalus, 119, 4, Fall, 1-16.

DOUGLAS Mary et Aaron WILDAVSKY

1982 Risk and Culture. Berkeley, University of California Press.

DOYAL Lesley

1979 The Political Economy of Health. Boston, Pluto Press.

DUBOS R.

1973 L'homme et l'adaptation au milieu. Paris, Payot.

EARICKSON Robert J.

1990 "International Behavioral Responses to a Health Hazard: AIDS". Social Science & Medicine, 31, 9, 951-962.

ENEL, Catherine et Gilles PISON

1990 "Sexual Relations, Use of Condoms in Rural Areas of Senegal: an Example in Casamance". IUSSP Seminar on Anthropological Studies Relevant to the Sexual Transmission of HIV (Sonderborg, 19-22 Novembre 1990). Danemark, IUSSP et DANIDA.

ERNY, Pierre

1985 "Aspects culturels de la maladie et de la médecine". Cahiers de sociologie économique et culturelle, 3, Juin, 35-65.

FARMER, Paul et Arthur KLEIMANN

1989 "AIDS as Human Suffering". Deadalus, 118, 2, spring, 135-160.

FEE E. et D.M. FOX

1988 AIDS and the Burden of History. Berkeley, University of California Press.

FIEMING, CARBALLO et al. (sous la dir. de)

1988 The Global Impact of AIDS. New York, Alan R. Liss.

FORTIN, L.H.

1987 "The Politics Of AIDS in Kenya". The Third World Quarterly, 9, 3-4, 906-919.

FUMENTO, Michael

1989 Le Mythe du sida hétérosexuel. New York, McGraw-Hill.

GAGNON, John.

1989 "Disease & Desire". Deadalus, 119, 2, summer, 47-77.

GALLAGHER, B.E.

1989 "Sociological Studies of Third World Health Care". Journal of Health and Social Behaviours, 30, 345-352.

GALLO, R.C.

1987 "The AIDS Virus". Scientific American, 265, Janvier, 46-56.

GEORGE, Susan

1989 A Fate Worse Than Debt. London, Penguin Books.

GILMAN, S.

1985 Difference and Pathology: Stereotypes of Sexuality, Race & Madness. Ithaca, Cornell University Press.

GILMAN, S.

1988 Disease Representation: Images of Illness from Madness to AIDS. Ithaca, Cornell University Press.

GOLDSMITH, Douglas et Samuel FRIEDMAN

1991 "La drogue, le sexe, le sida et la survie dans la rue". Anthropologie et Sociétés, 15, 2-3, 13-36.

GOLDTHORPE J.E.

1984 The Sociology of the Third World. Cambridge, Cambridge University Press.

GORMAN, Christine

1992 "Invincible AIDS". Time, 140, 5, 18-22.

GRAUBARD, Stephen

1989 "Living with AIDS: part II". Deadalus, 19, 2, summer, préface.

GRMEK, Mirko D.

1990 Histoire du sida. Paris, Editions Payot.

HANCOCK, G.

1987 "The Politics of AIDS". New Internationalist, #169, March, 29-32.

HARRIS, Marvin

1985 The Sacred Cow & the Abominable Pig. New York, Touchstone Book.

HEWA, S et R.W. HETHERINGTON

1989 Beyond Rational Action. Edmonton, University of Alberta Press.

HOGSBORG M. et Peter AABY.

1990 "Sexual Relations, Use of Condoms and Perceptions of AIDS in an Urban Area of Guinea-Buissau with a High Prevalence of HIV-2". IUSSP Seminar on Anthropological Studies Relevant to the Sexual Transmission of HIV (Sonderborg, 19-22 Novembre 1990). Danemark, IUSSP et DANIDA.

HOUSTON, Stan

1990 Obstacles to the Prevention of the HIV Epidemic". Action on AIDS in Southern Africa, sous la dir. de Zena STEIN et Anthony ZWI. New York, Committee for Health in Southern Africa: 76-81.

HUNT, W.C.

1988a "AIDS and Capitalist Medicine". Monthly Review, 39, 4, 11-25.

HUNT, W.C.

1988b "Africa and AIDS; Dependent Development, sexism and Racism". Monthly Review, 39, 5, 10-22.

HUNT, W.C.

1989 "Migrant Labour and Sexually Transmitted disease: AIDS in Africa". Journal of Health and Social Behaviour, 30, 6, 353-373.

International Monetary fund

1991 International Monetary Fund; Annual Report. Washington D.C.

JACKSON, Helen.

1988 AIDS: Action Now. Harare, AIDS Counselling Trust.

KAPLAN, Howard B.

1989 "Methodological Problems in the Study of Psychosocial Influences on AIDS Process". Social Science & Medicine, 29, 3, 277-292.

KENNISTON, Kenneth

1989 "Intoduction to the issue". Deadalus, 19, 2, summer, préface.

KOCH-WESER, D. et VANDERSCHMIDT G.

1988 Heterosexual Transmission of AIDS in Africa. Cambridge, Mass, Abt Books.

LEVITON L.C, Andrea HEGEDUS et Alan KUBRIN (sous la dir. de)

1990 Evaluating AIDS Prevention: Contributions of Multiple Disciplines. San Francisco, Jossey-Bass Inc. Publishers.

LONDON Bruce

1988 "Dependence, Distorted Development, and Fertility Trends in Noncore Nations". American Sociological Review, 53, 4, Août, 606-618.

LWIHULA George, K.

1990 "Sexual Pratices and Patterns of Interaction in Kagera Area with Reference to the Spread of HIV". IUSSP Seminar on Anthropological Studies Relevant to the Sexual Transmission of HIV (Sonderborg, 19-22 Novembre 1990). Danemark, IUSSP et DANIDA.

MACCRIMMON, K. et D. WERHUNG

1986 Taking Risks; The Managment of Uncertainty. New York, The Free Press.

MANN, Jonathan

1988 "AIDS Prevention and Control". The Global Impact of AIDS, sous la dir. d'Alan FIEMING et al. New York, Alan R. Liss: 203-206.

MALINOWSKI, H.R. et J.G. PERRY (sous la dir. de)

1990 AIDS Information Sourcebook. Phoenix, Oryx Press.

MAURIAC, Nicolas

1990 Le malentendu: le sida et les médias. Paris, Librairie Plon.

MAY, Mary, R. ANDERSON et S. BLOWER

1989 "The Epidemiology and Transmission Dynamics of HIV-AIDS". Deadalus, 118, 2, spring, 163-200.

MELROSE, Diana

1982 Bitter Pills: Medicine and Third World Countries. Oxford, Oxfam.

MICKLEBURGH, ROD

1992 "WHO Reports Million More AIDS-virus Infections". The Globe and Mail, Mercredi le 12 Février 1992: 1.

MULLER, Mike

1982 The Health of Nations. London, Faber & Faber.

MUTAMBIRWA, Jane

1990 "Aspects of Sexual Behaviour in Local Cultures and the Transmission of Sexual Transmitted Diseases including HIV". IUSSP Seminar on Anthropological Studies Relevant to the Sexual Transmission of HIV (Sonderborg, 19-22 Novembre 1990). Danemark, IUSSP et DANIDA.

NAMBOODIRI, Krishnan

1988 "Ecological Demography: Its Place in Sociology". American Sociological Review, 53, 4, Août, 619-633.

NAVARRO, Vincente

1976 Medicine Under Capitalism. New York, Prodist.

NAVARRO, Vincente

1981 Imperialism, Health and Medicine. New York, Baywood Pub. Co.

NAVARRO, Vincente

1983 Health and Work under Capitalism. New York, Baywood Pub. Co.

NGUMA, Stin et al.

1990 "Implications of Cultural Lag in the Use of Condoms for Prevention of HIV Infection Among Truck Drivers in Dar es Salam". IUSSP Seminar on Anthropological Studies Relevant to the Sexual Transmission of HIV (Sonderborg, 19-22 Novembre 1990). Danemark, IUSSP et DANIDA.

North-South Institute

1989 AIDS: The Challenge to developping Countries. Ottawa.

NORWINE J. et GONZALEZ R. (sous la dir. de)

1988 The Third World; State of Being. Boston, Unwin Hyman.

NTOZI, James et Margerel LUBAGA

1990 "Patterns of Sexual Behaviour and the Spread of HIV in Uganda". IUSSP Seminar on Anthropological Studies Relevant to the Sexual Transmission of HIV (Sonderborg, 19-22 Novembre 1990). Danemark, IUSSP et DANIDA.

OBBO, Christine

1990 "Sexual Relations Before AIDS". IUSSP Seminar on Anthropological Studies Relevant to the Sexual Transmission of HIV (Sonderborg, 19-22 Novembre 1990). Danemark, IUSSP et DANIDA.

ORAYINK, Kenneth O.

1990 "International Migration of Health Manpower in Sub-Saharan Africa". Social Science & Medicine, 31, 6, 631-638.

Organisation Mondiale de la Santé

1986 La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles. Genève, OMS.

ORUBULOYE, I.O. et al.

1990 "sexual Networking and the Risk of AIDS in Southwest Nigeria". IUSSP Seminar on Anthropological Studies Relevant to the Sexual Transmission of HIV (Sonderborg, 19-22 Novembre 1990). Danemark, IUSSP et DANIDA.

OVER G. et al.

1988 "The Direct and Indirect Cost of HIV Infection in Developing Countries", The Global Impact of AIDS, sous la dir. de Alan FIEMING et al. New York, Alan R. Liss: 123-135.

PACKARD, Randall M.

1989 "Industrial Production, Health & Disease in Sub-Saharan Africa". Social Science & Medicine, 28, 5, 475-495.

PACKARD, Randall et Paul EPSTEIN

1991 "Epidemiologists, Social Scientists and the Structure of Medical Research of AIDS in Africa". Social Science & Medicine, 33, 7, 771-794.

PAGE, Shelley

1992 "HIV and AIDS", The Ottawa Citizen, Dimanche le 5 Avril 1992: F-1.

Panos Institute

1989 AIDS in the Third World. Philadelphia, New Society Publishers.

PARKER, Richard, G. HERDT et M. GARBALLO

1991 "Sexual Culture, HIV Transmission and AIDS Research". The Journal Sex Research, Vol. 28, 1, Février, 77-98.

PELA, O.A. et J. PLATT

1989 "AIDS in Africa; Emerging Trends". Social Science & Medicine, 28, 1, 1-8.

POLLACK, M. et Marie-Ange SHILTZ

1991 "Les homosexuels français face au sida". Anthropologie et Sociétés, 15, 2-3, 53-66.

PREBLE, Elizabeth

1990a "Impact of HIV/AIDS on African Children". Social Science & Medicine, 31, 6, 661-670.

PREBLE, Elizabeth

1990b Les enfants et le sida. Genève, Unicef.

QUINN, Thomas et al.

1987 "AIDS in Africa: An Epidemiological Paradigm". Heterosexual Transmission of AIDS, sous la dir. de D. KOCH-WESER, et G. VANDERSCHMIDT Cambridge, Mass, Abt Books:7-15.

RAIKES, Alanagah

1989 "Women's Health in East Africa". Social Science & Medicine, 28, 5, 447-459.

RAMASUBBAN, Radhika

1990 "Sexual Behaviour and Conditions of Health Care: Potential Risks for HIV Transmission in India". IUSSP Seminar on Anthropological Studies Relevant to the Sexual Transmission of HIV (Sonderborg, 19-22 Novembre 1990). Danemark, IUSSP et DANIDA.

RAYNER, Steve

1989 "Featured Essays: Risk Uncertainty, and the Social Organisation". Contemporary Sociology, 18, 1, 6-9.

RUSHTON, J.P et A.F. BOGAERT

1989 "Population Differences in Susceptibility to AIDS: An Evolutionary Analysis". Social Science & Medicine, 28, 3, 1211-1220.

SABATIER, Renée

1988 SIDA; l'épidémie raciste. Paris, Editions L'Harmattan.

SABATIER, Renée

1990 The Third Epidemic: Repercussions of the Fear of AIDS. London, Panos Publications.

SAMIRA, Ahmed A.

1990 "Sudanese Sexual Behaviour in the Context of Socio-cultural Norms and the Transmission of HIV". IUSSP Seminar on Anthropological Studies Relevant to the Sexual Transmission of HIV (Sonderborg, 19-22 Novembre 1990). Danemark, IUSSP et DANIDA.

SCHOEPPF, Grundfest, B.

1990 "Sex, Gender, and Society in Zaire". IUSSP Seminar on Anthropological Studies Relevant to the Sexual Transmission of HIV (Sonderborg, 19-22 Novembre 1990). Danemark, IUSSP et DANIDA.

SCHOEPPF, Grundfest, B.

1991a "Représentations du sida et pratiques populaires à Kinshasa". Anthropologie et Sociétés, 15, 2-3, 149-166.

SCHOEPPF, Grundfest, B.

1991b "Ethical, Methodological and Political Issues of AIDS Research in Central Africa". Social Science & Medicine, 33, 7, 749-763.

SCHOPPER, Doris

1990 "Research on AIDS Interventions in Developing Countries: State of the Art". Social Science & Medicine, 30, 12, 1265-1272.

SHANNON, PYLE et BASHSHUR

1991 The Geography of AIDS. New York, The Guilford Press.

SHORTER, Edward

1990 "What can Two Historical Examples on STDs Teach us About AIDS". IUSSP Seminar on Anthropological Studies Relevant to the Sexual Transmission of HIV (Sonderborg, 19-22 Novembre 1990). Danemark, IUSSP et DANIDA.

SONTAG, Susan

1979 Maladie et métaphore. Paris, Ed. du Seuil.

SONTAG, Susan

1989 AIDS and Its Metaphors. New York, Farrar Press.

SPICKARD, James, V.

1989 "A Guide To Mary Douglas's Three Versions of Grid/Group Theory". Sociological Analysis, 50, 1, Spring, 151-170.

STEIN, Zena et Anthony ZWI (sous la dir. de)

1990 Action on AIDS in Southern Africa. New York, Committee for Health in Southern Africa.

STEPHENSON, Peter

1991 "Le sida, la syphilis et la stigmatisation". Anthropologie et Sociétés, 15, 2- 3, 91-105.

TARANTOLA, D.

1988 "Global Strategy for the Prevention and Control of AIDS". The Global Impact of AIDS, sous la dir. de Alan FIEMING et al. New York, Alan R. Liss: 207-214.

TREMPE, N.

1990 La santé pour tous par l'an 2000: une avenue pour le Tiers Monde. Thèse de maîtrise en sociologie. Ottawa, Université d'Ottawa.

TURSHEN, M.

1977 "The Impact of Colonialism on Health and Health Services in Tanzania". International Journal of Health Services, 1, 7-33.

UYANGA, Joseph

1990 "Economic Health Strategies: Maternal & Child Health". Social Science & Medicine, 31, 6, 649-660.

VAUGHAN, Megan

1990 "Syphilis, AIDS and the representation of Sexuality: the historical Legacy" Action on AIDS in Southern Africa, sous la dir. de Zena STEIN et Anthony ZWI. New York, Committee for Health in Southern Africa: 119-126.

WALSH, James

1992 "The Silent Bomb". Time, 140, 5, 23-25.

WIDDUS, Roy, André MEHEUS et Roger SHORT

1990 "Managment of Risk in Sexually Transmitted Diseases". Deadalus, 119, 4, Fall, 177-192.

WILDAVSKY, Aaron et Karl DAKE

1990 "Theories of Risk Perception: Who Fears What & Why ?". Deadalus, 119, 4, Fall, 41-60.

WILSON, David, B. SIBANDA, L. MBOYI, S. MSIMANGA et G. DUBE

1990 "A Pilot Study for HIV Prevention Programme Among Commercial Sex Workers In Bulawayo, Zimbabwe". Social Science & Medicine, 31, 5, 609-618.

World Health Organisation

1987 WHO Special Programme on AIDS: Progress Report #2. Genève, WHO.

World Health Organisation

1989 WHO Global Programme on AIDS: Progress Report #5. Genève, WHO.

World Health Organisation

1990 WHO Global Programme on AIDS: Progress Report #6. Genève, WHO.

World Health Organisation

1991 WHO Global Programme on AIDS: Progress Report #7. Genève, WHO.

ZALDUONDO, Barbara, G. MSAMANGA et L. CHEN
1989 "AIDS in Africa; Diversity in the Global Pandemic". Deadalus, 119, 2,
summer, 165-203.