

**Les représentations sociales du risque face au VIH/sida aux Antilles :
leurs effets sur la catégorisation des individus et les stratégies de prévention.
(Approche socio-anthropologique).**

Stéphanie MULOT, Docteur en anthropologie sociale.
Centre de recherche et d'étude Culture, Santé, Société (CRECSS).
Université Paul Cézanne, Maison Méditerranéenne des sciences de l'Homme,
5 rue du Château de l'Horloge, 13094 Aix en Provence Cx, France.
stephanie.mulot@wanadoo.fr

En Guadeloupe et en Martinique, la prévalence et l'incidence de l'infection à VIH/sida restent inquiétantes depuis le début de l'épidémie. La Guadeloupe, avec 130 nouveaux cas par million d'habitants se classait même en 2002 devant l'île de France (INVS, 2003). La dynamique de l'épidémie, prise dans un contexte régional caribéen (Pape, 2004), se caractérise depuis les années 1980 par une prédominance de la contamination hétérosexuelle (65%) et par une faible part des contaminations par voie intraveineuse (8%). Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes occupent une part non négligeable des files actives, près de 23% en Martinique (CISIH, 2004). La population suivie dans les files actives des hôpitaux est souvent en situation de précarité : seuls 27% des patients de Guadeloupe et 33% des patients de Martinique ont un emploi déclaré (Lert, 2004). La population migrante en provenance notamment d'Haïti, de la République dominicaine et de la Dominique y est surreprésentée (37% des patients suivis par le CISIH en Guadeloupe et 75% à Saint-Martin sont d'origine étrangère). Le vieillissement de l'épidémie est avéré : 33% des patients de l'hôpital de Pointe-à-Pitre ont plus de 50 ans (CISIH 971, 2004).

Tableau n°1 : Caractéristiques de l'épidémie de sida aux Antilles.

	Guadeloupe	Martinique	Source utilisée.
Prévalence estimée	1%	1%	CISIH, 2004
Prévalence diagnostiquée	0,25%	0,20%	CISIH, 2004
Incidence	130 cas /million habitants	48 cas/million habitants	INVS, 2003
Transmissions hétérosexuelles*	60%	68%	CISIH, 2004
Transmissions homo-bisexuelles *	7,6%	23%	CISIH 2004
Transmissions IV *	0,6%	4%	CISIH, 2004
Personnes en situation précaire *	73%	67%	Lert, 2004
Personnes d'origine étrangère *	37%	8%	CISIH, 2004
Part des plus de 50 ans *	30%	25%	CISIH, 2004

* : parmi les personnes diagnostiquées et suivies dans les files actives hospitalières.

Selon les données de l'enquête ACSAG (Giraud et al, 1994), la dynamique épidémique peut être reliée à une pratique soutenue du multipartenariat (plus simultané chez les hommes, et plus sériel chez les femmes) protégé de façon aléatoire, malgré une bonne connaissance des modes de contamination par le sida, et à des recours plus fréquents que dans l'hexagone aux travailleuses du sexe. Les auteurs de l'enquête ont mis en évidence la prégnance d'un multipartenariat masculin stable tout au long de la vie, qu'ils présentent comme un facteur protecteur qui "pourrait constituer une indication positive quant à la prévention du Sida et, plus largement, des MST, si l'on admet que les possibilités d'exposition aux risques en question s'accroissent avec le développement des échanges sexuels" (ACSAG, 1994 : 46). Une telle affirmation ne peut qu'être contestée tant elle oublie de tenir compte de la nature différenciée des relations multipartenariales, et de la possibilité que les partenaires de ces multipartenaires stables aient pour leur part des relations multiples non stables. Ce qui ferait

alors du multipartenariat stable un leurre encore plus dangereux face au risque sexuel. En outre, les déclarations d'usage du préservatif ne nous renseignent pas sur la régularité ou la systématique de cet usage, ni sur le type de relations dans lesquelles il est ou non utilisé.

Tableau n°2 : Multipartenariat et recours au préservatif (ACSAG, 1994).

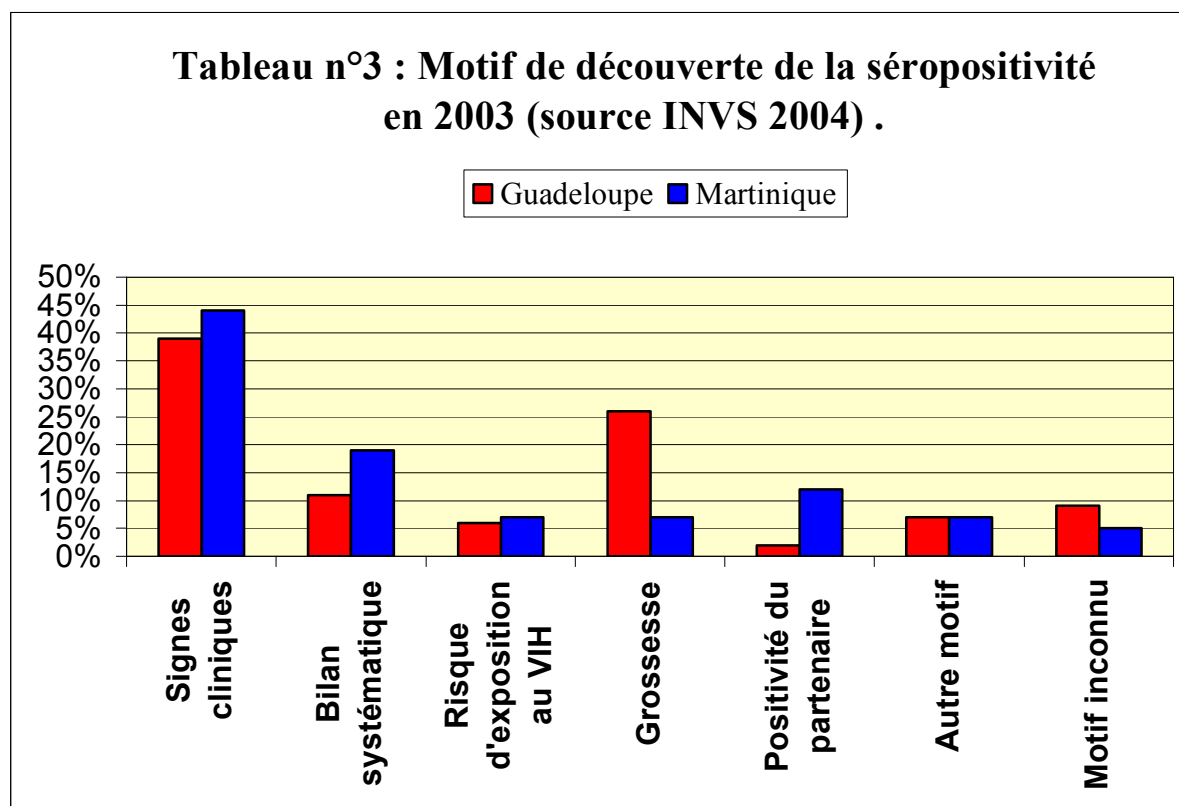
	Guadeloupe	Martinique	France
Multipartenariat masculin	37,7%	29,7%	13,3%
Multipartenariat féminin	7,6%	7,8%	5,6%
Multipartenariat masculin stable	56%	42%	30%
Recours à la prostitution féminine	9%	4,6%	3,3%
Usage du préservatif chez les hommes monopartenaires. *	48,6%	41,6%	25%
Usage du préservatif chez les hommes multipartenaires.*	69,1%	67%	64,7%
Usage du préservatif chez les hommes multipartenaires mariés.*	42,7%	42,7%	NC
Usage du préservatif chez les femmes monopartenaires. *	29,3%	28,6%	20%
Usage du préservatif chez les femmes multipartenaires. *	76,2%	62%	50%
Usage du préservatif chez les femmes multipartenaires mariés. *	62,3%	62,3%	NC

* : au moins une fois dans les 12 mois précédents l'enquête.

En outre, les enquêtes et études sociologiques et anthropologiques sur la sexualité aux Antilles ont pu mettre en relief une forme de construction des identités et des rôles sexuels fortement genrée, sur un modèle à la fois machiste et matrifocal, qui attribue aux hommes un rôle de conquérant sexuel multipartenaire, stable ou non, où leur rôle paternel est souvent réduit à une fonction corporelle et matérielle, et aux femmes un rôle de mère, si possible dans le cadre d'une union légitime à laquelle elles seraient fidèles, ou susceptibles de l'être (Mulot, 2000; Pourette, 2002). Un double standard éducatif, quasi universel, mais à l'application variable, a été mis en évidence : la discrétion sexuelle et la fidélité pour les femmes, la conquête et l'héroïsme sexuels actifs pour les hommes. Norme qui semble le plus souvent se traduire par une règle plus souple et transgressive (Mulot, 2000).

Par ailleurs, outre les problèmes de prévention et d'usage du préservatif, le recours au dépistage précoce est largement insuffisant. En 2003, la moitié des nouveaux cas de Sida antillais étaient diagnostiqués chez des personnes ignorant leur sérologie et découvrant donc leur séropositivité en stade avancé de l'infection. Les raisons à ce retard sont multiples : problèmes sociaux, problèmes cognitifs, problèmes d'accès à la prévention, aux soins, manque de confiance dans la confidentialité et la sécurité des structures de dépistage, ou difficulté d'appropriation et d'identification aux messages de prévention et à la notion de risque sexuel. Selon, l'INVS en 2003 (tableau n°3), en Guadeloupe par exemple, seules 6 % des découvertes de séropositivité étaient faites lors d'un dépistage demandé suite à une prise de risque, y compris les accidents d'exposition professionnelle, et 2% pour cause de séropositivité du partenaire, contre 39% pour cause de signes cliniques, et 26% pour cause de grossesse. Le

dépistage volontaire peut éventuellement être inclus dans les 16% de motifs non précisés, ce qui reste faible. La part des 11% de découvertes faites lors d'un bilan systématique reste inquiétante, tant elle révèle que le bilan est encore perçu comme acteur préventif, en lieu et place d'une protection efficace.



Pourtant, le constat de la vigueur de l'épidémie antillaise a incité les politiques de santé publique à mettre en place des campagnes de prévention ciblant les départements français d'Amérique. A la suite d'une première étape dans l'histoire de l'épidémie qui a construit des "groupes à risque"¹, retenus sous l'appellation 4 H (héroïnomanes, hémophiles, homosexuels, Haïtiens), qui ont été utilisées de la même façon pour les départements d'Outre-mer, les études sociologiques et anthropologiques réalisées sur les comportements sexuels aux Antilles et en Guyane ont permis de faire réfléchir à l'adaptation des messages de prévention envers la population antillaise. A partir de la fin des années 1990, ce sont ainsi les thèmes du multipartenariat récréatif chez les jeunes, de l'usage du préservatif, de l'accès au dépistage, de l'accès aux traitements qui ont été développés, en s'adressant le plus souvent à une population jeune et active sexuellement².

Problématique.

Le constat d'une permanence de l'incidence élevée du sida interroge donc, d'une part, sur l'adéquation entre les personnes ciblées par les messages de prévention et les personnes exposées et atteintes (personnes en situation précaire, en situation de migration, personnes

¹ Pour la critique de la terminologie "groupes à risque", "comportements à risque", vulnérabilité, voire le travail de Karine Delaunay (1999).

² Voir les documents et campagnes de l'Institut national de prévention et d'éducation sanitaires en faveur des DOM, www.inpes.sante.fr.

vivant en couple, personnes âgées, hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes), d'autre part, sur l'écart entre la perception du risque et le risque effectif au sein de cette population concernée. Dans une lecture socio-anthropologique de ces failles du système de prévention, il semble indispensable de s'interroger sur les représentations sociales du risque sexuel lié à l'infection par le VIH. En effet, en considérant que la connaissance du risque épidémique et du risque sanitaire, indispensable à des conduites préventives, ne peut suffire seule à la modification de comportements dits "à risque", et que les usages des messages de prévention ne répondent pas qu'à des logiques rationnelles (Duclos, 1996), une analyse qualitative permet de mieux comprendre les représentations et les logiques sociales et culturelles de perception du risque, de réinterprétation et de gestion de celui-ci.

Ainsi, la question de l'identification que le public peut opérer ou non entre les images véhiculées par les médias sur le risque dans les comportements sexuels et sa propre vie sexuelle, dans un contexte social et culturel particulier de hiérarchie dans les rapports sociaux de sexes, qui définit des normes et des règles en matière de sexualité, doit donc être analysée pour mieux adapter les messages de prévention. En outre, c'est aussi la question de l'interprétation de cette adéquation ou non-adéquation entre image de soi et image du sida qui doit être interrogée dans une optique de prévention aussi bien primaire que secondaire ou tertiaire.

Pour autant, s'il nous semble essentiel de comprendre les significations culturelles des pratiques sociales, et les conditions de productions des catégories sociales locales, nous ne voudrions pas abonder dans le sens d'un déterminisme culturel. Les déterminants des pratiques sociales sont multiples, et la lecture du sens et des valeurs culturelles qui les habitent n'oublie pas l'existence des variabilités et mobilisations individuelles et collectives, ni les facteurs socio-économiques et géopolitiques.

C'est ainsi que nous voudrions proposer ici une lecture qualitative des résultats de plusieurs enquêtes sociologiques, anthropologiques et épidémiologiques menées depuis une dizaine d'années aux Antilles sur les rapports de genre, les comportements sexuels et le sida³, ainsi qu'une lecture des résultats des évaluations de la campagne de prévention menée par l'INPES en 2004 aux Antilles⁴. En outre, notre propos se fonde particulièrement sur les résultats de notre récente étude sur la construction de la relation de soins autour du sida (CORES), menée dans les hôpitaux de Guadeloupe et de Martinique en 2003 et 2004. La question de la représentation du risque n'était qu'un corollaire de cette étude CORES, mais elle est apparue incontournable pour l'explication des propos recueillis.

L'étude CORES :

Objectifs :

Cette étude avait pour objectif d'analyser les interactions de soins entre soignants des hôpitaux et patients suivis pour une infection par le VIH/sida qui permettent de comprendre les modalités d'inscription des patients dans une prise en charge au long cours, dans un

³ Nous nous référons à l'enquête ACSAG de 1994, en cours de réactualisation par l'ORS-IDF, à l'enquête ANRS-EN13-VESPA-DFA menée en 2003, aux études anthropologiques sur le sida de Catherine Benoît sur Saint-Martin de 1998, ceux de Dolorès Pourette sur les Guadeloupéens en Ile de France de 2002, ceux de Gaëlle Bombereau sur la Guadeloupe de 2003, de Sandrine Halfen sur la Martinique de 2000, et à nos travaux personnels sur le genre et le sida dans les deux départements de 2000 et 2005. Toutes ces études ont été financées par l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS).

⁴ Voir l'évaluation faite par l'institut Louis Harris (2004).

contexte où 20% des patients diagnostiqués disparaissent des files actives dans la première année qui suit leur diagnostic (Lanoix et al, 2003). L'influence des représentations sociales sur le degré d'acceptation de l'infection par les patients, et sur les capacités des soignants à garder une éthique soignante, était aussi au cœur du propos. L'étude était réalisée en complément qualitatif de l'enquête ANRS-EN13-VESPA-DFA qui portait sur les conditions de vie et la situation sociale des personnes vivant avec le VIH/sida (Lert et al., 2004).

Méthode :

L'approche ethnologique a été développée sur la base d'entretiens compréhensifs semi-directifs menés auprès de 65 patients et 50 soignants (médecins, infirmiers, aide-soignants, psychologues, assistants-sociaux) et sur la base d'observations non participantes de quinze consultations médicales dans les services spécialisés dans la prise en charge du VIH/sida, dans les hôpitaux de Guadeloupe et Martinique (Pointe-à-Pitre, Basse-Terre, Fort-de-France). Les entretiens portaient sur le vécu de la prise en charge et sur les facteurs favorables ou défavorables à celle-ci. Ils permettaient notamment aux personnes suivies et aux soignants de revenir sur les circonstances de la découverte de la séropositivité et sur les représentations antérieures qu'ils avaient du sida.

Résultats :

Un moment particulier de la prise en charge permet de faire apparaître différents types de représentations sociales locales qui peuvent participer à la modification de la perception du risque : l'annonce de la séropositivité. Rapportées par les soignants qui les remarquent régulièrement et par les patients eux-mêmes, les réactions d'incrédulité face à l'annonce d'un tel diagnostic semblent fréquentes, et ce d'autant plus que le dépistage n'est pas le fruit d'une démarche volontaire, mais plutôt le résultat de la demande d'un tiers, médecin le plus souvent, lors de problèmes de santé, au détour d'une consultation ou d'une hospitalisation suite à des signes symptomatiques. Pour ces patients qui n'ont que peu envisagé l'éventualité d'être concernés par le virus du sida, les réactions les plus fréquentes s'expriment par des négations de type :

"Je ne peux pas avoir cette maladie-là"

"Je ne courais pas"

"Je n'avais pas une mauvaise vie",

"Je ne fréquentais pas n'importe qui",

Il faut préciser que ces remarques se retrouvent particulièrement chez les personnes s'affichant comme hétérosexuelles, et chez les femmes, et moins chez les hommes se présentant comme homo-bisexuels ou chez les personnes vivant en situation d'exclusion, ou les usagers de drogue.

Ces expressions témoignent de plusieurs niveaux de réaction.

D'une part, la difficulté exprimée par toute personne apprenant qu'elle est atteinte d'une maladie fréquemment mortelle d'accepter le diagnostic, difficulté qui dépend du temps subjectif d'appropriation d'un diagnostic vital (Abelhauser et al, 2001) et d'inscription dans une identité de personne atteinte. Le temps nécessaire à l'acceptation de l'annonce de séropositivité peut alors être considéré comme un moment de recomposition identitaire (Pierret, 1997) où le patient doit revisiter ses représentations sur la sexualité, sur le VIH/Sida et sur lui-même. Difficulté qui peut parfois hâtivement être perçue par les soignants comme

une forme de "déli" d'un patient considéré en mécanisme de défense inconscient, voire en "surdité psychique" face à l'annonce (Mulot, 2004b). Au-delà de cette catégorisation, voire de cette psychiatrisation des personnes par l'institution hospitalière (Zimmermann, 2004), qui mérite d'être critiqu e (Mulot, 2005), il nous semble plus pertinent de lire aussi ces réactions comme étant porteuses des représentations collectives dans lesquelles baignent les individus, et qu'ils véhiculaient eux-mêmes parfois, avant d'être diagnostiqués.

En effet, même si des individus ne se sentent pas concernés par le sida avant d'être diagnostiqués, ils n'en demeurent pas moins souvent porteurs des représentations populaires collectives véhiculées sur cette infection. Dans un contexte social d'interconnaissance insulaire, où la rumeur publique l'emporte facilement sur l'information, et où les circuits de sociabilité informelle sont les vecteurs de la communication orale, les représentations et les images populaires se diffusent d'autant plus facilement que l'information précise et objective reste limitée à des lieux (consultations médicales, centres d'information, de dépistage), et de moments particuliers (journée mondiale du sida, sidaction) qui ne sont pas forcément accessibles au plus grand nombre et encore moins aux plus défavorisés.

Ainsi, si l'on soumet ces énonciations négatives à une transformation syntaxique à la forme positive (tableau n 4), elles révèlent alors directement les catégorisations sociales vernaculaires construites autour de la perception du risque face au sida. Et elles font émerger surtout le risque de stigmatisation et d'exclusion sociales associées au VIH/sida. Ainsi, ces réactions semblent être des énoncés inversés des représentations et des normes sociales, ainsi qu'une anticipation de la menace d'exclusion qu'elles impliquent.

Tableau n°4 : De représentations sociales à l'anticipation de la menace d'exclusion sociale.

Domaines de l'existence	Ce que disent les patients : des énonciations négatives.	Images et représentations sociales sur les «moun a sida ».	Anticipations du changement de l'attitude sociale à leur endroit.
Vie	"Le ciel me tombe sur la tête" "Ca fait peur tous ces gens qui meurent à la télé". "C'est la mort à brève échéance".	<u>La MORT.</u> Images télévisées Morts des Africains et Haïtiens. Sans avenir, sans espoir.	Condamnés à mourir : <u>SUBIR L'ÉVITEMENT.</u>
Sexualité	"Je ne courrais pas". "Je n'ai pas connu beaucoup d'hommes." "Ce n'est pas une maladie que j'ai été chercher. On me l'a apportée chez moi".	<u>Le VICE.</u> Vagabonds. Prostituées. Avec une intention vicieuse ou vénale. L'ont (bien) cherché. Contrairement aux personnes fidèles qui sont victimes.	Condamnés moralement et sexuellement : <u>SUBIR LE MEPRIS.</u>
Moralité	"Je n'avais pas une mauvaise vie." "Je ne fréquentais pas n'importe qui".	<u>L'IMMORALITE.</u> Gens de "mauvaise vie", de "mauvaises fréquentations". "Sans morale, sans limites, sans valeurs". Irrespectables et irrespectés	Condamnés socialement, moralement et religieusement. <u>SUBIR LE JUGEMENT ET L'EXCLUSION.</u>
Apparence physique	"Je n'avais pas de boutons. Je n'avais pas de tâches. ""Je n'étais pas malade." "J'étais bien."	<u>LA VISIBILITE.</u> Des gens malades, avec des boutons, des tâches qui se voient. Maladie identifiable physiquement	Condamnés physiquement : <u>STIGMATISATION PHYSIQUE.</u>
Sociabilité.	"Je ne peux pas le dire à ma mère ça va la tuer." Ca va leur faire de la peine. " "Les gens ne comprennent pas ça."	<u>LA CULPABILITE et la HONTE.</u> Personnes sans cœur, "méchantes" et coupables. Faisant souffrir leur entourage.	Condamnés au silence. <u>SUBIR L'ISOLEMENT ET LA NEGATION DE LEUR EXISTENCE.</u>

Discussion.

1. La construction sociale d'une "catégorie à risque" éémique : les "coureurs".

De l'aliénation de la maladie au sentiment d'invulnérabilité de la population.

Les expressions utilisées face à l'annonce témoignent de la nécessité ressentie par les personnes nouvellement diagnostiquées de se prémunir face au risque d'exclusion sociale, véritable mort sociale dans cet univers où l'identité individuelle s'efface derrière l'identité d'appartenance collective. La négation utilisée renvoie davantage à la peur de l'exclusion sociale, implicitement contenue dans l'annonce de séropositivité, qu'à la peur de la maladie d'un point de vue biologique. Ces anticipations négatives, qui ne sont donc pas du déni, expliquent en partie la part importante (28%) de personnes atteintes n'ayant parlé à personne de leur séropositivité, afin de profiter de la fonction protectrice du secret (Lert et al, 2005).

Par ailleurs, les représentations autour du sida se sont construites sur la présomption de l'altérité de cette maladie et des malades. Ici, comme fréquemment ailleurs (Desclaux, 2003), et surtout face à une épidémie hétérosexuelle qui se cherche encore des modèles explicatifs intrinsèques, le sida c'est d'abord les autres, autres à qui l'on attribue la causalité et la responsabilité de l'épidémie : autre ethnique (l'Haïtien, le métropolitain, l'Africain), autre sexuel (l'homosexuel, la prostituée), autre social (le toxicomane, le délinquant, le négligeant), autre moral (celui qui a commis une "infraction morale" en ayant une "mauvaise vie"). Les deux paradigmes connus dans l'analyse des représentations du sida, celui de "l'extériorité pathogène", et celui de "l'anomie sociale" (Fay, 1999b), sont donc ici aussi présents. Un sentiment d'invulnérabilité se construit alors sur la base d'une présomption de différence et de distance identitaires et sexuelles avec les personnes désignées comme étant potentiellement "à risque" (Pourette, 2002b), quand bien même le recours au multipartenariat ou à la prostitution peut être avéré.

Enfin, ces réactions montrent aussi et surtout que, à côté de ce processus d'aliénation du sida, des catégories locales nouvelles, identifiées comme cristallisant le risque majeur face au sida, ont été construites autour des personnages des "coureurs", et des "personnes de mauvaise vie". Les premiers renvoient aux hommes qui ont de nombreuses partenaires, les seconds à ceux et celles qui ont transgressé les interdits sociaux de l'hétéronormativité (les homosexuels dits "makomè" (Pourette, 2002c), les femmes multipartenaires et a fortiori les prostituées). Dans le même registre, l'expression "personnes qui fréquentent n'importe qui" renvoient aux personnes qui ont des relations avec la catégorie précédente des gens de "mauvaise vie". Or, dans un contexte où le multipartenariat est fréquent et relativement légitimité (Giraud, 1999), l'émergence du "coureur" comme "catégorie à risque" et comme catégorie d'imputation causale mérite d'être précisée, ses connotations élucidées et ses répercussions sur les stratégies de prévention analysées.

L'ambivalence de la notion de "coureur".

La notion de multipartenariat est donc communément utilisée par les sciences sociales pour décrire les rapports de sexes aux Antilles et plus largement dans la Caraïbe. Cette catégorie épidémiologique, si elle a des limites conceptuelles du fait même de l'histoire de sa création et de son utilisation par des auteurs de sociétés européennes emprunts d'une vision coloniale de la sexualité des Antillais (Giraud, 1999), a en outre des limites empiriques du fait de son absence dans le vocabulaire vernaculaire et de la grande variabilité des formes et des statuts des pratiques multipartenariales en question. En effet, le terme "multipartenaire"

n'apparaît pas dans le discours local, qui utilise des termes tels que "coureurs", "homme à femmes", "homme qui aime les femmes", "homme fort", et "femme de mauvaise vie", "malpropre", "femme ochan", pour désigner les différents types de multipartenaires, termes particulièrement connotés socialement⁵. En matière de prévention, il importe donc de s'interroger sur les modalités de traduction de la notion de multipartenariat dans le vocabulaire local, et des incidences que cette traduction peut avoir sur les stratégies de protection. Pour cela, il semble essentiel de s'interroger sur les significations sociales des termes vernaculaires.

Comme le mot l'indique, le "coureur" masculin ne se réduit pas à la catégorie "homme à femmes" qui lui aussi fréquente plusieurs partenaires, mais de façon plus discrète. Le "coureur" est celui qui se met en mouvement, rapidement, régulièrement et intentionnellement pour aller chercher des relations sexuelles, dont il n'est pas censé assumer les conséquences. La finalité de son action n'est pas l'installation dans une relation durable mais bel et bien la conquête et sa multiplication, même si la promesse d'une relation stable et officielle peut faire partie des stratégies de séduction.

Dans cette représentation sociale et dans le discours commun, le "coureur" revêt un rôle sexuel moralement condamnable car il est considéré comme agissant avec une intention "vicieuse" et pernicieuse. Ici, l'influence du discours religieux est très forte et les notions de vice et de péché demeurent fréquemment associées au sexe, et *a fortiori* à ses formes transgressives : l'infidélité, l'homosexualité, le multipartenariat, désignés comme responsables des maux sociaux. L'Eglise catholique n'est pas seule à maintenir de telles dénonciations. Les sectes protestantes telles que les Evangélistes, les Adventistes, les Pentecôtistes, les Témoins de Jéhovah, très présentes dans la région (Massé, 2001), contribuent à renforcer ces jugements de valeurs et ces condamnations morales de la sexualité en dehors de la fidélité du mariage. Le discours commun est ainsi envahi de propos moralistes où l'influence conservatrice religieuse est très sensible. Ce sont ainsi près de 88% des patients antillais qui reconnaissent que la religion est importante ou très importante (Lert, 2005). Ce qui ne signifie pas pour autant que, aussi pesants et déterminants soient-ils, les interdits religieux ne soient pas transgressés régulièrement, dans ce qui constitue un schisme entre discours public et comportement privé.

Ainsi, même s'il est communément admis que les hommes auraient une propension particulière dite "*naturelle*" à "*courir les femmes*", ce qui est censé d'ailleurs faire d'eux de "*vrais hommes*", et qui prouve publiquement leur virilité (Pourette, 2004), cette construction communautaire du genre masculin est battue en brèche par un discours moraliste et religieux qui condamne l'infidélité et le libertinage des hommes comme des femmes, au nom des critères sociaux de responsabilité et de respectabilité. Ainsi, il apparaît que le personnage du coureur émane d'un registre local vernaculaire, celui de la communauté des pairs dans laquelle on se reconnaît implicitement entre hommes de même milieu, à travers des règles communes, mais qu'il est en même temps condamné par un jugement de valeur qui émane de la société créole coloniale où s'énoncent les normes et interdits sociaux et religieux (Wilson, 1976, Mulot, 2000). Ainsi, la construction du genre s'inscrit dans l'interface de ces deux registres et dans l'ambivalence créole qui consiste à jouer en permanence sur ces deux tableaux.

⁵ Les termes créoles pour désigner les femmes multipartenaires sont très virulents : "*malpropres*", "*bobo*", "*cochoni*" (cochonnerie), "*vicieuse*", "*salop*", "*rate*" désignent les femmes qui ont plusieurs partenaires simultanés ou qui sont dans un multipartenariat sériel fréquent, et exhibent une sexualité active.

La fonction repoussoir du "coureur".

Par ailleurs, la notion de "coureur" est aussi fortement décriée et dénoncée par les femmes. Même si elles sont prêtes à reconnaître comme inévitable le multipartenariat des hommes (Giraud, 1999) au nom de principes dits "naturels", elles n'en demeurent pas moins sévères envers les hommes qui n'auraient de cesse de multiplier les partenaires, sans les "respecter" et sans se soucier des conséquences de leurs actes, dans ce qui est alors qualifié de "vagabondage". Le "vagabond" ("vakabon" en créole, "vagrant" en anglais) est la figure négative du coureur et de l'homme à femmes. Il représente la transgression non seulement des règles morales en matière de sexualité et de comportements sociaux, mais aussi des règles communautaires de respectabilité, et particulièrement de "respect de soi" et "respect de l'autre". En effet, le vagabond est considéré comme multipliant les conquêtes, sans forcément s'inquiéter de la qualité des relations ainsi établies, et comme errant de l'une à l'autre au gré des rencontres, "sans foi ni loi", "comme s'il n'avait ni maman ni papa".

Ainsi, les femmes (et les hommes) peuvent volontiers reconnaître que le multipartenariat masculin est une donnée incontournable aux Antilles, tel qu'elles l'ont constatée chez leur propre père, leur frère, leurs voisins :

"C'est normal qu'un homme ait plusieurs femmes, c'est un homme, il a des besoins. C'est pas comme les femmes. C'est un homme, c'est normal qu'il aille voir dehors! De toutes façons ici, il y a au moins 3 femmes pour un homme. "

Par contre, elles ont beaucoup plus de mal à tolérer l'existence d'une maîtresse quand il s'agit de leur propre compagnon, tant l'union est fondée sur l'espoir d'être justement celles qui réussiront, là où tant d'autres ont échoué, à conserver la fidélité de leur compagnon, à montrer le respect qu'il leur accorde et à profiter d'une respectabilité sociale grandie. Et si elles se résignent à fermer les yeux sur l'infidélité de leur mari, pour sauver leur mariage, il reste très délicat pour elles de considérer et d'avouer que leur mari puisse être un "coureur", ce qui signifierait leur propre échec social, et leur appartenance à la communauté nombreuse des femmes trompées. Dans une logique à la fois narcissique et de conservation d'un statut social précieux, elles préfèrent donc parler du fait que leur mari "est un homme". Au mieux, elles citent le proverbe bien connu : "ti ni couri, ti ni las", qui signifie qu'il y a un temps pour courir, et un temps pour être fatigué. Ce proverbe permet aux femmes mariées de nourrir l'espoir que leur mari finira tôt ou tard par se lasser des jupons des autres femmes et finira, avec l'âge, par se satisfaire de son seul foyer conjugal, par lequel elles défendent leur statut de femme attirée ou mariée. Il apparaît donc que la construction et l'utilisation de telles catégories de désignation répondent à des stratégies de positionnement social dans un ensemble plus vaste de rapports sociaux.

Cette connotation négative du "coureur", plus souvent perçu comme un "vagabond", explique la fonction repoussoir qu'il joue dans la société antillaise. En effet, si c'est un terme que chacun peut utiliser pour déprécier ou rire d'un tiers, ce terme est donc beaucoup plus difficilement utilisé pour se qualifier soi-même et s'auto-définir. Nous avons eu l'occasion de nous entretenir avec des hommes qui entretenaient des relations sexuelles avec plusieurs partenaires simultanément et qui pour autant ne se considéraient pas du tout comme étant des "coureurs". Ils reconnaissaient "aimer les femmes", "ne pas dire non à une proposition bien faite", "avoir de la répartie face aux belles femmes", ou tout simplement "être un homme", mais rarement envisagent de se reconnaître dans cette image dévalorisante du coureur. Ceux-ci préfèrent mettre en avant qu'ils "gèrent bien leurs affaires" plutôt que de prendre le risque d'être déconsidérés socialement. La dévalorisation sociale du terme empêche en effet toute identification positive à cette catégorie publiquement décriée. Certains d'ailleurs préféraient

considérer qu'ils étaient "*courus, plus que coureurs*". Si cette subtilité de langage leur permet de passer d'un statut de sujet actif et responsable à celui de sujet passif et victime, et si elle révèle que les femmes ne sont pas sans apprécier la renommée que confère à un homme le fait d'avoir du succès auprès des autres femmes, et le prestige encore plus grand que chacune espère gagner en étant celle capable d'évincer toutes les autres, elle montre aussi combien le terme de "coureur" n'est pas aussi identifiant pour soi qu'il l'est pour autrui.

La fonction refuge du multipartenariat respectable.

Le "coureur" s'oppose en fait dans l'imaginaire antillais à ce que nous pouvons appeler le "multipartenaire respectable", que les antillais désignent par le terme générique "*homme respectable*", ou "*homme qui assume ses responsabilités*" qui lui a plusieurs relations simultanées ou successives, mais qui sait garder sa "*respectabilité*" en faisant preuve de "*responsabilité*", en assumant les conséquences de ses actes d'un point de vue matrimonial, relationnel et/ou matériel : il s'occupe de ses maîtresses, sait être présent régulièrement pour chacune, les entretient matériellement, et contribue aux charges familiales en cas de naissance d'un ou plusieurs enfants (Pourette, 2002). Lorsqu'il en a les moyens, il parvient à les "*mettre en case*", c'est-à-dire à construire ou payer le logement dans laquelle il pourra leur rendre visite. Eventuellement, il est l'époux de l'une de ces femmes tout en tentant de la préserver de la douleur de se savoir trompée. Ainsi, "*l'homme respectable*" tient à se distinguer nettement, dans cette construction sociale des rôles sexuels, du multipartenaire "*irresponsable*", plus connu sous le terme "*vagabond*". Il fait en sorte de ne jamais être l'objet des critiques individuelles ou collectives, et si la rumeur publique parle de lui, il tient à ce que ce soit pour un discours élogieux.

Ainsi, plusieurs hommes de notoriété publique se sont fait respecter par le fait de pouvoir avoir plusieurs relations avec des maîtresses, sans jamais leur manquer de "*respect*", me rapportait l'un d'eux. Les hommes des catégories sociales les plus favorisées, qui sont considérés a priori comme des hommes socialement respectables, risquent de voir leur prestige social terni par le fait de ne pas assumer les conséquences de leurs actes sexuels. Au contraire, leur capacité à entretenir chacune de leurs maîtresses est même la cause de l'admiration dont ils font l'objet et dont ils peuvent s'enorgueillir, en tant que "*grand homme*" ou "*homme fort*". La valorisation sociale d'un multipartenariat respectable et stable s'oppose donc fermement à la condamnation d'un vagabondage répréhensible.

De multiples gradations organisent donc l'ensemble des rapports sociaux de sexes. Chez les hommes, diverses catégories forment une hiérarchie sociale et morale des comportements sexuels, au sommet de laquelle voudrait trôner l'homme fidèle :

++ Homme fidèle / + homme respectable / coureur / - vagabond / -- homosexuel .
--

Cette hiérarchisation des comportements reflète donc la diversité des situations de multipartenariat hétérosexuel, et montre que la position du coureur est tout aussi ambivalente que centrale. Il apparaît donc que la construction de cette "catégorie à risque" émerge nouvelle, le "coureur", s'inscrit au point de rencontre de deux catégories antérieures, l'une épidémiologique : le multipartenaire, l'autre culturelle et sociale : le "vagabond". Par opposition, la catégorie de multipartenaire responsable hérite de façon trompeuse, dans le contexte du sida, d'une respectabilité protectrice. C'est dans cette interface entre le risque objectif/épidémique et le risque subjectif/social que se mettent en place un sentiment d'invulnérabilité et des comportements sexuels non protégés.

2. Les usages sociaux de la protection.

La respectabilité protectrice.

De telles représentations peuvent en effet être très préjudiciables en terme de pratiques de prévention, puisque le coureur peut cristalliser toutes les craintes en matière de risque. Il apparaît alors que l'on peut être plus méfiant et plus prudent en face de personnes considérées comme des "coureurs", alors que d'autres considérées comme respectables et socialement responsables n'inspireront pas de crainte. Ainsi, il n'est pas rare d'entendre les femmes antillaises exprimer leur sentiment d'invulnérabilité et attribuer une immunité aux hommes mariés ou en couple stable qui ont des relations extra-conjugales, du fait même de la respectabilité implicite que leur procure leur statut d'homme marié ou en couple stable. *"Avec lui, je ne craignais rien, il est marié. Et sa femme a même eu un enfant"* estiment des maîtresses d'hommes mariés qui découvrent leur séropositivité, incrédules dans leur recherche du partenaire contaminant. L'enquête ACSAG avait ainsi montré que 37,3% des hommes multipartenaires mariés n'avaient pas utilisé de préservatif dans les douze derniers mois, versus 38,9% des hommes multipartenaires vivant en couple, et versus 18,5% des multipartenaires hors couple (tableau 2).

Dans sa version féminine, le coureur devient une "femme de mauvaise vie". De même, l'association du risque aux personnes considérées comme étant "de mauvaise vie" (a priori prostitués, toxicomanes, homosexuels...), contribue à immuniser les personnes qui affichent une respectabilité morale et physique : le fait d'appartenir à un groupe religieux, à un milieu social favorisé, d'être "propre sur soi" c'est-à-dire de faire preuve d'élégance et de coquetterie, de ne pas être connue pour le nombre de ses partenaires, ou de ne pas avoir transgressé les normes sexuelles hétéronormées, semble fonctionner comme autant de barrières imaginaires face au risque (Mendès-Leite, 1997).

Ainsi, certains hommes pensent se prémunir du risque en "choisissant" leur partenaire en fonction de critères estimés visibles de leur propreté morale, sociale et sexuelle : *"je ne fais pas ça avec n'importe qui", "je sais choisir mes partenaires, moi", "elle est propre sur elle, ce n'est pas n'importe qui", "je la connais"*. Autant d'expressions utilisées comme facteurs d'invulnérabilité, où le partenaire est appréhendé en fonction de critères de reconnaissance pourtant trompeurs, face à un risque considéré comme étranger. Ici, la responsabilité n'est pas liée au fait de mettre un préservatif dans une attitude préventive, mais à celle que la société accorde en fonction non de critères exclusivement épidémiologiques, mais de normes sociales et culturelles.

Les usages différenciés du multipartenariat et du préservatif.

Par extension, le préservatif peut être perçu comme un objet irrespectueux voire insultant au cœur des rapports de sexes, puisqu'il est associé aux personnes dont il faut se prémunir du fait du soupçon d'irrespectabilité et de "malpropreté" qui pèse sur elles. Connu par ailleurs pour être *"un instrument de protection ... un signe de maladie ... un comportement sexuel révélateur (et) un indicateur de statut social"*, du fait que *"sa nature est relationnelle et son usage sélectif"* (Vuarin, 1994 : 22, cité par Fay, 1999b : 291). L'usage du préservatif est donc difficilement pensé comme un recours neutre. Au contraire, il fait porter l'ombre d'un sérieux soupçon sur celui ou celle qui en demande l'utilisation ou qui en dispose sur lui. Et ceci est d'autant plus vrai chez les générations les plus âgées. Pierre, retraité diagnostiqué à 69 ans et encore très actif d'un point de vue sexuel, expliquait qu'il n'avait jamais pu proposer à

une femme d'utiliser un préservatif, car il considérait que c'était insultant. Il ajoutait qu'il aurait pu accepter uniquement si la demande était venue des femmes. Ce qui semblait complètement impossible pour des femmes qui auraient quant à elles pris le risque d'être soupçonnées d'avoir une vie et une moralité reprochables...

Par ailleurs, dans un contexte de multipartenariat, la concurrence sexuelle et matrimoniale existant entre les femmes qui cherchent et veulent "garder" un homme, intervient aussi dans les stratégies de prévention. La connotation morale négative du préservatif semble le cantonner aux relations illégitimes, passagères, auxquelles on n'accorde que peu d'importance, celles dans lesquelles les hommes peuvent se comporter avec légèreté comme des coureurs. Dans cette hiérarchisation sociale et affective des relations sexuelles, le préservatif est donc censé être utilisé avec les "*fanm dewo*", les femmes du dehors, les relations occasionnelles et illégitimes, et non avec sa partenaire officielle, légitime ou attirée. Les hommes distinguent les deux catégories de partenaires entre "*madanm an mwen*" (leur femme, leur attirée) et "*fanm an mwen*" (leurs copines). Le statut légitime de la première implique de ne pas lui faire offense par l'usage d'un préservatif, qui serait un manque de respect.

Ainsi, dans des relations multipartenariales, le recours au préservatif avec une femme avec laquelle il n'avait pas ou plus été utilisé depuis longtemps, signe le changement de statut de celle-ci et montre qu'elle a perdu sa place de partenaire officielle et première au profit d'une nouvelle qui elle prend à son tour le rôle de première femme. Dans ce cadre, l'usage du préservatif avec son épouse reste plus que délicat pour un homme qui aurait eu des relations extra-conjugales, puisque non seulement cela prouverait son infidélité, mais montrerait surtout l'affront et la dévalorisation sociale qu'il ferait subir à sa propre femme.

Parallèlement, lors de la rencontre avec un homme qui a plusieurs partenaires, le choix des femmes de ne pas utiliser de préservatif peut alors être considéré comme une stratégie de valorisation et de reconnaissance de leur position officielle en tant que partenaire attirée. En outre, le fait de ne pas demander de préservatif contribue aussi pour les femmes à faire montre de leur investissement et de leur capacité à se donner entièrement à un homme en lui prouvant leur amour, leur moralité et leur volonté d'une relation sérieuse. Ceci est d'autant plus vrai que les femmes peuvent avoir l'espoir de se stabiliser dans une relation durable avec un projet d'enfant, qui reste aujourd'hui encore pour beaucoup le seul moyen d'espérer obtenir l'engagement d'un homme. D'après les infirmières scolaires rencontrées lors de nos différents terrains, le souci des jeunes femmes de ne pas utiliser de préservatif est une réponse qu'elles apportent à la crainte d'être remplacée par une autre qui accepterait ce qu'elles auraient refusé. La concurrence féminine en terme de statut et d'image sociale contribue alors à la prise de risque, pour éviter aux femmes de porter une étiquette imaginaire de femme légère, de second plan, d'amusement, dans l'univers des coureurs.

En outre, l'association permanente entre sida et "coureur" ou "femmes de mauvaise vie" laisse en suspens la question du "multipartenariat sériel", notamment des femmes, mais aussi des hommes, et donc de la succession de relations monopartenariales dans lesquelles chacun estime avoir été fidèle. Ne se considérant pas là non plus comme coureur, mais au contraire comme fidèle et sérieux, le risque n'est pas mesuré comme effectif. Ici aussi, le fait de ne pas avoir eu un comportement répréhensible agit comme facteur d'invulnérabilité. Rosy, 47 ans, était effondrée en apprenant sa séropositivité et ne cessait de répéter qu'elle "*ne pouvait pas*". Au fur et à mesure de l'entretien, il est apparu qu'elle avait eu plusieurs partenaires successifs, mais qu'elle n'utilisait pas de préservatifs parce qu'elle-même se considérait comme sérieuse,

puisque fidèle, et qu'elle ne voulait pas que ses compagnons successifs pensent qu'elle n'était pas une femme bien, ni qu'elle voyait d'autres hommes qu'eux durant chaque relation singulière. Par ailleurs, elle ne s'était pas interrogée sur le risque que pouvait prendre son dernier compagnon en ayant d'autres relations qu'elle, puisqu'elle pensait que "*c'est des femmes qu'il voit comme ça, c'est avec elles qu'il doit mettre un protège...*". La confiance des femmes envers les compagnons, est ainsi faite non en leur fidélité mais en leur capacité à utiliser des préservatifs avec les "autres femmes", dans un souci permanent de positionnement dans une hiérarchie sociale du multipartenariat.

Ainsi, il apparaît que les significations culturelles des stratégies de protection sont prises dans des logiques sociales : les rapports sociaux et la construction sociale des rapports de genre contribuent à déterminer la nature et le statut des relations sexuelles et des formes de multipartenariat, en fonction desquels peut être ou non décidé le choix du recours au préservatif.

3. De la prévention des risques aux risques dans la prévention.

D'une catégorie en trompe-l'œil à une prévention officielle aveuglée.

L'influence de ces représentations du risque si elle agit sur les comportements des individus, agit aussi sur celui des médecins. En effet, aussi populaires soient-elles, ces représentations que l'on pourrait penser profanes côtoient et parfois supplantent les représentations savantes de certains médecins généralistes. Ainsi, l'absence de vigilance des médecins par rapport au dépistage du VIH/sida chez leurs patients révèle aussi des focalisations du risque chez certains types de personnes, au détriment d'autres qui peuvent être considérées par les professionnels comme n'appartenant pas au champ des personnes vulnérables. Ainsi, malgré un contexte épidémique où plus du quart des patients suivis est âgé de 50 ans ou plus, les personnes de cette tranche d'âge sont rarement considérées comme étant potentiellement en prise de risque et ce d'autant plus que ce sont des femmes. A priori en effet, le coureur n'est ni une femme, ni une personne âgée.

Les médecins hospitaliers spécialistes du sida rapportent ainsi les cas fréquents de femmes ayant 60 ans ou plus qui arrivent à l'hôpital suite à des problèmes cliniques majeurs, suivies par leur médecin traitant depuis plusieurs années, sans que le dépistage du VIH ait été envisagé, malgré un état symptomatique tel que des insuffisances respiratoires ou rénales. Fabienne, 68 ans est ainsi morte une semaine seulement après son hospitalisation, alors qu'elle était traitée depuis 6 ans pour des problèmes respiratoires par son médecin traitant guadeloupéen. Son sexe, son âge, son appartenance à un milieu social moyen, la familiarité qui l'unissait à son médecin de famille, la bonne image que celui-ci avait d'elle, le tabou qui entoure la sexualité des personnes âgées, et la difficulté à aborder ce sujet avec une femme dont l'âge et le statut imposent le respect et la discrétion, contrairement à toute forme de d'inquisition concernant sa sexualité, ont probablement inhibé toute association entre ses symptômes et le risque VIH, lui-même associée aux "femmes de mauvaise vie". Le manque de connaissance de la réalité épidémique et le manque de formation, l'absence de visibilité sociale de la maladie et l'influence de représentations sociales populaires contribuent ainsi au mauvais dépistage par les médecins traitants de personnes pourtant vulnérables. Ceci est d'autant plus vrai que les praticiens de santé ne s'interrogent pas sur l'interface identitaire dans laquelle ils se trouvent eux-mêmes : leur identité culturelle, leur identité sociale et leur identité professionnelle, et les rapports qu'elles nourrissent.

Si cela se constate au niveau des médecins de ville, cela devient plus problématique lorsque de telles représentations se retrouvent au niveau politique, dans les structures d'Etat ayant en charge la lutte contre le VIH/sida. Ainsi, le médecin inspecteur de santé publique de Martinique assénait à un parterre de spécialistes réunis pour la mise en place du plan régional de lutte contre le VIH/sida en 2004, que les groupes vulnérables restaient les toxicomanes et les prostitués, et que les personnes de plus de cinquante ans n'avaient jamais constitué une population concernée par le sida. Malgré les chiffres épidémiologiques et l'expérience des médecins hospitaliers présents, sa résistance à intégrer des données qui ne soient pas seulement issues de représentations anciennes et métropolitaines de l'épidémie fut tenace⁶.

Comment la prévention peut-elle alors être envisagée dans un tel contexte ? Quelles représentations peuvent être abordées dans les campagnes de prévention afin de les rendre pertinentes ?

Le recours aux catégories culturelles est-il pertinent dans la prévention ?

Aux Antilles, quatre des cinq derniers courts-métrages de la série "Témoignages" produite par l'INPES⁷ qui avaient pour but de parler du risque de contamination par le virus du sida et de la nécessité d'utiliser les préservatifs, étaient focalisés sur la question des "coureurs", comme si le fait de se protéger n'était que du seul fait de cette catégorie, et des personnes qui les fréquentent. Il y a ici un danger à utiliser des catégories locales, probablement dans un souci "d'identification culturelle", puisque le risque principal est d'en renforcer la légitimité plus que de les questionner. Par ailleurs, si utiliser un terme vernaculaire permet de bénéficier d'un effet potentiel de reconnaissance, qui faisait défaut à plusieurs campagnes précédentes (Médiamétrie, 2002), nous espérons avoir montré que celui du "coureur" est par essence un terme non identifiant pour soi. Le public peut-il alors se sentir concerné ? Oui si l'on considère que la campagne atteint son objectif en montrant combien cette catégorie est trompeuse. Non si l'on considère l'effet reproducteur d'une telle campagne qui semble jouer essentiellement sur la capacité des individus à remettre en question des représentations rendues visibles par leur seule mise en scène, dans un présupposé que les acteurs sociaux sont seuls responsables de leur vulnérabilité.

L'humour peut-il permettre de dépasser de telles ambivalences ? La campagne 2004 de l'INPES, fondée sur le thème supposé humoristique "*les femmes préfèrent les hommes qui en ont*" (Voir photo) semble avoir manqué sa cible en ayant recours aux schémas sexuels traditionnels, dans lesquels la femme est sensible à la virilité de son partenaire (corps musclé et slip de bain rempli). Le message semble vouloir souligner que la virilité n'est pas incompatible avec la protection. Cependant, ce message contribue à valider la dépossession des femmes du droit d'avoir sur elles les préservatifs qu'elles voudraient utiliser, puisque dans ce message, c'est aux hommes que revient la possession et l'usage des préservatifs, et non aux femmes. Cela ne corrobore-t-il pas insidieusement l'association entre femmes, préservatifs et mauvaise réputation ?

Par ailleurs, l'évaluation de cette campagne faite par Louis Harris (Harris, 2004) a révélé que l'idée d'une appréciation par les femmes de l'usage du préservatif chez les hommes a été

⁶ En Guadeloupe, en 2003, le président du Conseil d'administration d'un centre gérontologique répondit à la présentation des chiffres concernant le sida chez les personnes âgées qu'ils pourraient peut-être "*confirmer que ça se transmet bien par la salive*"...

⁷ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

supplantée par l'idée d'une appréciation de la virilité, des capacités sexuelles et du courage des hommes et par conséquent du prestige social qu'ils donnent aux femmes qui y sont sensibles. Tableau qui, ne figurant aucun risque, semblait opposé à l'usage du préservatif. La valorisation de la virilité a remplacé la valorisation du comportement préventif, au point que le courage des "hommes qui en ont" puisse impliquer qu'ils soient capables de ne pas utiliser de préservatifs, dans une conduite que l'on pourrait qualifier d'ordalique, propice à la prise de risque. Ce dérapage est d'autant plus facile que les affiches de la campagne ont pu être juxtaposées à côté de symboles phalliques forts et évidents (voir photo).



crédit photo : S. Mulot©

Conclusion .

Ainsi, il semble que les politiques de prévention ont à gérer un paradoxe culturaliste central : utiliser des représentations locales dans une intention "identitaire" de reconnaissance "culturelle" qui peut sembler nécessaire pour toucher les acteurs dans leur réalité, implique en même temps de les penser comme étant insurmontables et immuables (Vidal, 1999), et de prendre le risque de reproduire et cautionner ces catégorisations stigmatisantes et aveuglantes, sans en analyser la complexité et la variabilité sociale. Par ailleurs, l'alibi culturaliste évite de s'interroger sur des causalités autres et de prendre en compte les facteurs sociaux au sein desquels l'accès à l'information, les inégalités sociales de santé, les inégalités de genre, et les rapports de domination géopolitique prédominent.

Or les logiques de protection face au risque lié au VIH/sida sont globalement à resituer dans un ensemble de rapports sociaux et de rapports de genre où chacun tente de se positionner en fonction de l'échelle sociale et de la place qu'il espère occuper et préserver. Les significations culturelles de ces logiques sociales ne peuvent cependant résumer à elles seules

les déterminismes comportementaux, qui ne relèvent pas que de l'échelon individuel, mais qui sont aussi le fruit des facteurs socio-économiques qui influencent le destin de chacun, et les politiques publiques de santé.

La focalisation exclusive des messages de prévention sur la catégorie des coureurs risque ainsi d'empêcher de penser la vulnérabilité de tout un chacun, mais aussi les capacités de mobilisation et d'émancipation de chacun, et de la société dans son ensemble. Comme le montrent les conclusions de l'évaluation faite par Louis Harris, il revient par exemple aux politiques publiques de refaire des campagnes d'information basiques sur ce qu'est le sida, les dangers encourus dans la sexualité, et la nécessité de la prévention pour tout un chacun, avant de se focaliser sur l'une ou l'autre catégorie "culturelle" illusoire. L'issue en terme de prévention aux Antilles est peut-être alors, non pas d'utiliser la notion de coureur, mais de montrer des situations communes, identifiables et identifiantes qui permettent aux individus de se projeter dans une image positive d'eux-mêmes et des personnes infectées. Et de montrer ainsi que le tout-venant est concerné par la prévention.

Références utilisées.

ABELHAUSER Alain & LEVY Agnès, LASKA Francine, WEIL-PHILIPPE Samantha, 2001, "Le temps de l'adhésion", in *L'observance aux traitements contre le VIH-Sida. Mesures, déterminants, évolutions*, Collection Sciences sociales et Sida, ANRS : 79-86.

BOMBEREAU Gaëlle, 2003, "La prévention du VIH/Sida en Guadeloupe, une gestion des peurs liminales", *Ethique publique, revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*. Montréal, INRS, vol. 4, n°2, pp. 165-177.

CISIH de Guadeloupe, 2004, *Rapport d'activité de l'année 2003 du CISIH de Guadeloupe*. Hôpital de Pointe-à-Pitre.

CISIH de Martinique, 2004, *Rapport d'activité de l'année 2003 du CISIH de Martinique*. Hôpital de Fort-de-France.

DELAUNAY Karine, 1999, Des groupes à risques à la vulnérabilité des populations africaines : discours sur une pandémie, *Autrepart* (12), pp 37-51.

DESCLAUX Alice, 2003, Stigmatisation, discrimination : que peut-on attendre d'une approche culturelle ? in *VIH/SIDA, stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique. L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/Sida*. UNESCO, Etude et rapports, série spéciale, n°20. Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel, pp 1-9.

DUCLOS Denis, 1996, "Puissance et faiblesse du concept de risque", *L'année sociologique, Etudes sur le risque et la rationalité*, vol. 46, n° 2, Paris, PUF, p. 309-337.

FAY Claude, ed.

- 1999a, *Le sida des autres. Constructions locales et internationales de la maladie*. Autrepart, les cahiers des sciences humaines n°12. La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube/IRD, 183 p.
- 1999b, "Du "culturel", de l'"universel" ou du "social" ? Penser le sida et la prévention au Mali" , in C. Becker, J.-P. Dozon *et alii* (éd.) : *Vivre et Penser le sida en Afrique (Experiencing and Understanding Aids in Africa)*, Paris, Codesria-Karthala-IRD, pp 277-298.

GIRAUD Michel, Augustin GILLOIRE, Patrick de COLOMBY & Sandrine HALFEN
1994, *Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane (ACSAG)*. Rapport intermédiaire, Paris, ANRS. 103p.

HALFEN, Sandrine

- 2000, *Le dépistage du VIH en Martinique : des pratiques médicales aux comportements des populations*, Thèse pour le doctorat de démographie, Paris, Université Paris X - Nanterre, Département de sociologie, Centre de Recherches Populations et Sociétés, 361 p.
- 2004, *Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane françaises*. XIèmes Journées INTERCISIH, Martinique, Trois-Ilets, Octobre.

Institut Louis Harris.

2004, *Comportements des DFA face au VIH/Sida et aux actions de communication de l'INPES à ce sujet*. Résultats d'étude qualitative. Louis Harris.

INVS,

- 2003, *Données épidémiologiques concernant les cas de Sida dans les départements français d'Amérique au 31 juin 2003*, Document multicopié, Paris, INVS.
- 2004, *Données épidémiologiques concernant la notification obligatoire de séropositivité en Guadeloupe, en Martinique et en Guyane du 1^{er} janvier au 30 septembre 2003*. Document de travail. Paris.

LANOIX Emilie *et al*,

2003, *Predictors of losses to follow-up in the French hospital data bases on HIV*. Seventh international workshop on HIV observational data bases.

LERT FRANCE ET L'EQUIPE VESPA-DFA,

- 2004, *Premiers résultats de l'enquête VESPA aux Antilles et en Guyane*. XIèmes Journées INTERCISIH, Trois Ilets.
- 2005, Factors correlated to disclosure of HIV infection in French West Indies and French Guiana, *American Journal of Public Health*, en cours de soumission.

MASSE Raymond,

2001, Les Eglises fondamentalistes protestantes aux Antilles : les défis pour une anthropologie critique. In *Convocations thérapeutiques du sacré*. Massé R. & Benoist J (dir.). Paris, Karthala, pp 307- 26.

Médiamétrie Institut,

2002, *Post Test films Sida : Martinique, Guadeloupe et Guyane*, Rapport d'évaluation des campagnes Sida du CFES pour les DFA, Levallois-Perret, Médiamétrie. 48 p.

MENDÈS-LEITE, Rommel

1995, "Identité et altérité : protections imaginaires et symboliques face au sida." *Gradhiva* 18:

93-103.

MULOT, Stéphanie

- 2000, "*Je suis la mère, je suis le père !*" : l'énigme matrifocale. *Relations familiales et rapports de sexes en Guadeloupe*, thèse de doctorat en anthropologie sociale et ethnologie, sous la direction de Maurice Godelier, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales,
- 2004a, Une Caraïbe multiculturelle unie contre le VIH/sida, *Transcriptases*, n°116, Juin-Juillet 2004 : 2-6.
- 2004b, *La construction de la relation de soins dans les hôpitaux des Antilles françaises*, XIèmes Journées INTERCISIH, Trois Îlets, Martinique.
- 2005, *Du risque d'errance identitaire au risque d'errance thérapeutique chez les patients suivis pour une infection à VIH/sida dans les hôpitaux des Antilles françaises*. Texte dactylographié, à paraître.

PAPE William J.

2004, *Impact de la Recherche sur la Santé dans la Caraïbe*, Une Caraïbe Multiculturelle Unie contre le VIH/Sida, Conférence Santo Domingo, Dominican Republic, March 4-7, 2004

PIERRET Jeanine,

1997, "Un objet pour la sociologie de la maladie chronique : la situation de séropositivité au VIH ? ", *Sciences sociales et santé*, vol 15 (4) : 87-119.

POURETTE Dolorès,

- 2002a, *Hommes et femmes de la Guadeloupe en Ile-de-France. Pratiques liées au corps, relations entre les sexes et attitudes face au risque de contamination par le VIH*, Thèse en ethnologie et anthropologie sociale, sous la direction de Marie-Élisabeth Handman, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 524 p.
- 2002b, "Les migrants guadeloupéens en Ile-de-France. Gestion du risque et vécu de la séropositivité : un retour nécessaire aux sources de la formation sociale guadeloupéenne", in *Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, Sciences sociales et Sida, Paris, ANRS: 99-111.
- 2002c, "Le makòmè, masque de l'homosexualité masculine dans les mondes guadeloupéens", in *Dissemblances. Jeux et enjeux du genre*, R.-M. Lagrave, Paris, L'Harmattan.
- 2004, "Les notions de nature et de contre-nature dans la pensée guadeloupéenne. Rôles de genre, sexualité et sida", *Les Cahiers des Anneaux de la Mémoire*, 2004, 7 : 143-171.

VIDAL, Laurent,

2003, Traverses culturalistes et pertinences du social dans l'approche du sida en Afrique. In *VIH/SIDA, stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique. L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/Sida*. UNESCO, Etude et rapports, série spéciale, n°20. Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel, pp15-19.

WILSON, Peter,

1973, *Crab Antics. The Social anthropology of English-speaking Negro Societies of the Caribbean*, Yale University Press.

ZIMMERMANN Camilla,

2004, "Denial of impending death: a discourse analysis of the palliative care literature." *Social Sciences & Medicine*, 59 : 1769-1780.