



HAL
open science

Comment les représentations des rapports de sexe influencent-elles la prévention du sida ?

Stéphanie Mulot

► **To cite this version:**

Stéphanie Mulot. Comment les représentations des rapports de sexe influencent-elles la prévention du sida ?. Revue française de sociologie, 2009, 50 (1), pp.63-89. halshs-01991431

HAL Id: halshs-01991431

<https://shs.hal.science/halshs-01991431>

Submitted on 23 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Cet article est disponible en ligne à l'adresse :

http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=&ID_NUMPUBLIE=&ID_ARTICLE=

Comment les représentations des rapports de sexe influencent-elles la prévention du sida ? L'exemple des multipartenariats sexuels antillais

par Stéphanie MULOT

| 978-2-7080-1233-2</numero><editeur id="OPH"> | Revue française de sociologie

2009/01 - Volume 50

ISSN 0035-2969 | ISBN 978-2-7080-1233-2 | pages 63 à 89

Pour citer cet article :

— Mulot S., Comment les représentations des rapports de sexe influencent-elles la prévention du sida ? L'exemple des multipartenariats sexuels antillais, Revue française de sociologie 2009/01, Volume 50, p. 63-89.

Distribution électronique Cairn pour 978-2-7080-1233-2</numero><editeur id="OPH">.

© 978-2-7080-1233-2</numero><editeur id="OPH">. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Stéphanie MULOT

Comment les représentations des rapports de sexe influencent-elles la prévention du sida ?

L'exemple des multipartenariats sexuels antillais*

RÉSUMÉ

Objet de campagnes de prévention multiples depuis le début de l'épidémie de sida, les Antilles françaises se caractérisent toujours par un multipartenariat hétérosexuel qui semble propice à une dynamique soutenue de l'épidémie. Le contexte matrifocal semble favoriser des rapports de sexe particulièrement perméables à cette épidémie. Une catégorie vernaculaire particulière, celle des « coureurs », semble ici cristalliser l'ensemble des craintes, et se révèle dans le même temps très ambivalente et propice à des stratégies d'hétéro-accusation et de construction d'une invulnérabilité individuelle imaginaire. Cet article propose une réflexion sur l'influence des représentations sociales des rapports de sexe et du sida sur les catégorisations des populations et les stratégies de prévention des acteurs.

Les Antilles françaises figurent parmi les départements les plus touchés par l'épidémie de sida, qui est ici majoritairement sexuelle et même hétérosexuelle. La dynamique de cette épidémie a été corrélée à des facteurs sociaux, économiques, géopolitiques, et très souvent à des facteurs culturels liés à la nature des rapports de sexe et du genre aux Antilles. Le contexte machiste et matrifocal des sociétés antillaises, qui favorise, en principe, le multipartenariat hétérosexuel masculin, le recours à la prostitution et la discrétion sexuelle féminine, contribuerait ainsi à augmenter la vulnérabilité des acteurs sexuels face au VIH. Parce que l'épidémie est essentiellement sexuelle, le sida se transmet ici principalement dans des rapports sexuels non

* Ce travail a pu être réalisé grâce à des financements de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales, de Sidaction et de la Fondation de France, que je remercie sincèrement. Il a été mené dans le cadre d'une collaboration entre l'Unité 687 de l'INSERM (France Lert) et le Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie/CRECSS (Jean-Luc Bonniol), à qui vont mes remerciements chaleureux. J'adresse aussi toute ma gratitude à Marcel Calvez pour sa relecture

précise de la première version de ce texte et ses remarques très formatrices. J'ai une profonde reconnaissance envers les responsables et les membres des associations, des Coordinations régionales de lutte contre l'infection à VIH et des services hospitaliers qui m'ont ouvert patiemment leurs portes en Guadeloupe et en Martinique. Enfin, j'ai une pensée toute particulière pour toutes les personnes séropositives rencontrées durant ce travail, et qui m'ont confié leur histoire pour que je puisse en témoigner.

protégés et non dans l'injection intraveineuse de drogues, comme ce fut majoritairement le cas en d'autres lieux. Ainsi, la gestion du risque de contamination par le virus du sida se superpose largement à la gestion de l'ensemble des risques liés à la sexualité et à la négociation des rapports de sexe.

La gestion des risques face à la maladie dépend souvent de facteurs socio-économiques, politiques et culturels. Dans ce dernier registre, l'influence des représentations sociales et culturelles de la maladie sur les pratiques de santé (prévention, gestion de la maladie, gestion du risque de contamination, modifications des rapports sociaux) a été démontrée pour plusieurs pathologies, dont le sida (Sontag, 1993 ; Calvez, Paicheler et Souteyrand, 1994). Aussi, nous souhaiterions analyser l'articulation entre les représentations des rapports de sexe et du genre aux Antilles et la perception du risque face au sida, en montrant comment ces représentations peuvent parfois limiter les efforts déployés par les campagnes publiques de prévention. Nous proposons donc de présenter tout d'abord le contexte matrifocal antillais, pour montrer ensuite comment y sont codifiés et hiérarchisés plusieurs types de multipartenariats sexuels. Cela nous permettra de confronter les caractéristiques de l'épidémie de sida aux représentations qu'elle véhicule, afin d'analyser les sentiments d'invulnérabilité que peut provoquer l'assignation du risque aux multipartenaires particuliers que sont les « coureurs ». Enfin, nous pourrons questionner les difficultés inhérentes aux campagnes de prévention du sida aux Antilles. Comment peuvent-elles tenir compte des représentations des rapports de sexe et du sida ?

La notion de représentation est au centre de nombreux travaux des sciences sociales sur la santé. Notion utilisée par la psychologie (Moscovici, 1976), l'anthropologie (Zempléni, 1985) et la sociologie (Herzlich, 2005) notamment, elle s'impose dans l'analyse des modalités de prévention, d'expérience et de gestion de la maladie. En France, dès la fin des années 1960, Claudine Herzlich a ainsi permis la vulgarisation de cette notion qu'elle définit comme « l'élaboration psychologique complexe où s'intègrent en une image significative, l'expérience de chacun, les valeurs et les informations circulant dans la société » (Herzlich, 2005, p. 23). Les travaux sur les maladies spectrales et sur les maladies chroniques, notamment le cancer, le sida, la lèpre, se sont appuyés sur l'analyse des représentations de ces maladies pour montrer comment elles pouvaient déterminer l'expérience de la maladie, et sa gestion individuelle, collective et sociale (Saillant, 1988). Partout, les sociétés ont tenté de donner un sens à l'intrusion de maladies dans la vie sociale, sens construit en mobilisant l'imaginaire culturel et social.

Ainsi, les recherches montrent que les comportements des individus face à la santé ne reposent pas uniquement sur les connaissances scientifiques qu'ils en ont, mais aussi sur des représentations. Celles-ci se nourrissent de croyances, d'images, de symboles, de discours scientifiques, sociaux, politiques, religieux qu'elles organisent selon une rationalité qui emprunte à la fois aux logiques du « bricoleur » et de « l'ingénieur » (Calvez, Paicheler et Souteyrand, 1994). Elles constituent alors une nouvelle rationalité à l'œuvre dans les stratégies de prévention. Dans le contexte de l'épidémie de sida, par

exemple, le développement des études quantitatives de type *Knowledges, attitudes, beliefs, and practices* (KABP) (1) et l'orientation comportementaliste des enquêtes nationales sur la sexualité et le sida témoignent de l'accent mis sur les connaissances et les croyances en santé. Elles révèlent, bien que ne la traitant pas, la nécessité de tenir compte des écarts éventuels entre savoirs et pratiques de santé et de prévention, écarts au sein desquels les représentations sociales peuvent jouer un rôle majeur (Calvez, Paicheler et Souteyrand, 1994 ; Calvez, 2004). Il s'agit alors de montrer comment « les destinataires de la prévention interprètent les messages qui leur sont transmis à partir du répertoire dont ils disposent. Ce répertoire est constitué par des connaissances et des représentations déjà établies. [...] [II] est également formé de sentiments, de valeurs, de croyances mises en forme au sein d'une culture » (Calvez, Paicheler et Souteyrand, 1994, p. 7). Notre propos n'est pas de nier l'importance des facteurs socio-économiques et politiques qui déterminent la perception et la gestion du risque, ni de sombrer dans un culturalisme réducteur. Cependant, dans une lecture socio-anthropologique des limites du système de prévention, il nous paraît important d'analyser l'articulation entre système culturel, représentations sociales, gestion du risque et logiques de prévention, en tenant compte du contexte culturel antillais et notamment de la nature des relations de genre. Notre posture s'inscrit alors dans un souci d'ethno-épidémiologie fondée sur une prise en compte de la perception culturelle des risques, et parallèlement dans une anthropologie critique refusant les réductionnismes culturalistes (Massé, 1995).

Une méthodologie ethnologique

Notre analyse est fondée sur un matériau ethnographique. Les données présentées proviennent de plusieurs études successives, reposant toutes sur des travaux de terrain menés en Guadeloupe, en Martinique et à Saint-Martin depuis 1991. Une recherche doctorale anthropologique portant sur la construction sociale des identités sexuelles et les relations familiales (Mulot, 2000) nous a permis d'analyser les rapports sociaux de sexe, en nous appuyant sur plusieurs terrains de deux années cumulées, de 1992 à 1999. Des travaux sociologiques sur la santé aux Antilles ont suivi, dont une recherche post-doctorale portant sur la construction de la relation de soins autour du VIH/sida dans les hôpitaux de Guadeloupe et de Martinique (étude dite CORES, approche qualitative complétant l'enquête quantitative VESPA-DFA dirigée par France Lert à l'Inserm sur la situation sociale des personnes atteintes). Cette étude de terrain menée de 2003 à 2005 a concerné quatre services hospitaliers dans trois hôpitaux différents et a permis la réalisation

(1) Enquêtes dites KABP : programme mis en place par l'OMS et l'UNAIDS (*Joint united nations program on HIV/Aids*) dans les années 1980 et utilisé internationalement en approche

longitudinale pour rendre compte de l'évolution des connaissances, comportements, attitudes et croyances autour du sida.

d'entretiens semi-directifs auprès de cinquante-six patients et cinquante soignants (médecins, infirmiers, aides-soignants, assistantes sociales, éducateurs, prêtre, psychologue, pharmacienne). Les entretiens pouvaient être répétés avec le même patient au fur et à mesure de sa prise en charge. Des observations de quinze consultations médicales complétèrent ce corpus d'entretiens, observations durant lesquelles nous avons été amenée à nous situer dans une posture médiane entre le médecin et le patient, et parfois médiatrice lorsque le médecin pouvait nous solliciter pour des besoins de traduction. En effet, la majorité des patients suivis dans ces hôpitaux sont créolophones, certains le sont exclusivement, notamment parmi les personnes d'origine haïtienne ou dominicaine, alors que d'autres s'expriment aussi en français, face à des médecins qui à l'époque étaient tous, sauf un (Haïtien), d'origine métropolitaine et francophones.

Outre les dizaines de personnes rencontrées durant ma thèse, l'échantillon de patients séropositifs pour l'étude CORES était composé de 30 hommes et 26 femmes, français pour les trois quarts, d'une moyenne d'âge de 44 ans (écarts de 20 à 79 ans), vivant dans une précarité professionnelle (36 % seulement avaient un emploi) avec un niveau d'études faible et ayant été contaminés essentiellement par voie hétérosexuelle (70 %) ou homo-bisexuelle (21 %) (2). Les patients étaient rencontrés avec l'accord du médecin, au fil de leur prise en charge, pour certains plusieurs fois, soit en hôpital de jour lors de leurs visites trimestrielles (70 %), soit en service d'hospitalisation lors d'altérations de leur état de santé (21 %), pour certains dans les deux situations (9 %), voire, pour deux d'entre eux, en-dehors de l'hôpital. Les patients rencontrés se situaient à des moments différents de leur connaissance de leur séropositivité. Pour une minorité, le diagnostic était inférieur à un an ; pour un bon quart, ce diagnostic datait de moins de cinq ans ; pour la majorité, il était ancien de plus de cinq ans, voire plus de dix ans (3). Ainsi, l'hypothèse a pu être faite que, dans cette population marquée par sa précarité, le rapport aux représentations et connaissances de la maladie pouvait varier et évoluer au fur et à mesure de la prise en charge et de la construction d'une carrière de malade du sida au contact des services de santé. Cependant, une autre hypothèse a pu être aussi avancée, s'interrogeant sur la capacité des représentations du sida, parallèlement aux conditions économiques et sociales, à fragiliser la gestion individuelle de la maladie et l'inscription dans une carrière de malade. Parmi celles-ci, l'idée que le sida touche essentiellement les « coureurs » retient tout notre intérêt. Pour la comprendre, il convient de rappeler tout d'abord le contexte des rapports de sexe et du multipartenariat aux Antilles.

(2) Notre échantillon est assez proche des données de la Guadeloupe et de la Martinique hors Saint-Martin. Le profil général de l'épidémie de sida aux Antilles est en effet caractérisé par un sex-ratio plus féminin qu'en France hexagonale, du fait de contaminations hétérosexuelles et de la surreprésentation des femmes haïtiennes. Le vieillissement de

l'épidémie est lui aussi avéré, en raison de contamination à un âge mûr ou avancé, et de la survie de patients traités (Mulot, 2006).

(3) L'ancienneté du diagnostic se répartissait comme suit : 0-1 an : 16 % (n = 9), 1-4 ans : 27 % (n = 15) ; 5-9 ans : 18 % (n = 10) ; 10-14 ans : 23 % (n = 13) ; 15 ans et + : 16 % (n = 9).

Le contexte matrifocal et machiste des Antilles françaises

Une particularité afro-américaine : la matrifocalité

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 socialement déterminée 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, 2006). 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. Cette norme, héritée de la société coloniale, semble cependant le plus souvent se traduire par une règle plus souple et transgressive, celle de la communauté des pairs qui définit une appartenance groupale sur la base de la capacité à transgresser des normes sociales (Mulot, 2000).

Le système matrifocal, répertorié dans les îles de la Caraïbe (Wilson, 1973), et plus largement dans le bassin afro-américain chez des populations nées de la traite esclavagiste, est l'objet de nombreux débats entre historiens, sociologues, démographes, anthropologues, psychologues, tant son appréhension pose problème. S'agit-il d'une structure de parenté repérable à une forme familiale matricentrée dont les hommes en tant que pères seraient absents pour des raisons essentiellement économiques (Smith, 1975) ? Ou bien d'une organisation des rôles et tâches domestiques et familiaux fondée sur la primauté du lien à la mère, que le père soit physiquement présent ou non (Gracchus, 1980) ? Est-ce une conséquence de la déstructuration sociale engendrée par le système de la traite, des plantations et de l'esclavage, qui dépossédait les hommes de leurs fonctions paternelles (Frazier, 1939) ? Enfin, la place centrale des mères dans l'agencement familial serait-elle non une conséquence mais une fonction princeps qui empêche toute greffe d'une autorité paternelle (André, 1987) ? Comment analyser le fait que les femmes défendent farouchement un pouvoir domestique et éducatif qu'elles ne veulent concéder aux hommes, malgré leur situation de femmes dominées socialement (Mulot, 2000) ? Toutes ces approches tentent de circonscrire un phénomène assez spectaculaire, bien qu'il échappe cependant parfois aux chiffres : la fréquence des familles dont les enfants sont nés avant même que le couple ne se soit construit dans une cohabitation ; la répétition des naissances d'enfants de pères différents au sein de foyers maternels ; la propension reconnue voire encouragée des hommes à avoir plusieurs conquêtes sexuelles, tout en étant sommés de faire preuve de respectabilité sociale en assumant la charge d'un foyer ; l'apparente soumission et fidélité des femmes pourtant elles-mêmes en recherche active d'un compagnon, voire d'un amant,

qui puisse se fixer, leur faire des enfants et les épouser éventuellement, pour effacer la honte d'avoir été abandonnées par le précédent.

La matrifocalité, qui induit une construction de l'identité sociale et familiale fondée sur le lien de filiation maternelle et où la construction de l'alliance semble être secondaire, bien que très prisée, crée des mères socialement valorisées dans leur capacité d'abnégation et de sacrifice, et des pères condamnés collectivement pour leur culpabilité annoncée et leur irresponsabilité intrinsèque face aux malheurs proclamés des femmes. « La nullité du père béatifie la mère » avait déjà remarqué Jacques André (1987, p. 131). Par ailleurs, ce système construit des identités sexuelles où le rôle de la femme est soumis à un principe de discrétion et de retenue, quand celui de l'homme est fondé sur celui de l'apparat et de l'affirmation d'une puissance sexuelle (Mulot, 2000, 2009).

Construction du genre et multipartenariat

Dans ce contexte, le multipartenariat féminin, tout comme l'homosexualité masculine, est moralement et socialement fortement condamné, ce qui ne l'empêche pas d'exister dans l'ombre et à l'abri des regards accusateurs et des injonctions moralisatrices. La force du lien communautaire contribue à la reproduction de ces rôles de genre, dans la mesure où chacun est dépendant du regard probatoire d'autrui et de sa validation en tant que membre d'une communauté étroite et serrée, dont il ne faut se distinguer sous peine de menace de mort sociale. Le multipartenariat ainsi pratiqué, légitimement du côté des hommes hétérosexuels, et illégitimement du côté des hommes homosexuels et des femmes hétérosexuelles, se développe parfois dans une impossibilité à être questionné collectivement pour les premiers, et dans une clandestinité pour les seconds. Il offre ainsi un terrain propice au développement d'une épidémie de sida qui ne trouve là que peu d'attitudes préventives collectives pour la contrecarrer. Bien que reconnu par les hommes et les femmes comme incontournable, nécessaire et comme garant de l'identité masculine antillaise, le multipartenariat masculin fait aussi l'objet de critiques sociales et morales, au nom de principes de respectabilité, qui viennent en nuancer l'approbation apparemment consensuelle.

La notion de multipartenariat est donc communément utilisée par les sciences sociales pour décrire les rapports de sexe aux Antilles et plus largement dans la Caraïbe. Cette catégorie utilisée en épidémiologie, 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 empreints 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 qu'elle désigne. En effet, le terme « multipartenaire » n'apparaît pas dans le discours local, qui utilise des expressions distinctes telles que « coureur », « homme à femmes », « homme qui aime les femmes », « homme fort », « vagabond », « malélivé »

(mal élevé) et, pour les femmes, « femme de mauvaise vie », « femme ochan » (femme pressée), etc. Les termes créoles pour désigner les femmes multipartenaires sont très virulents : « malprop » (malpropres), « bobo » (traînée), « cochoni » (cochonnerie), « visièz » (vicieuse), « salop » (salope), « rat » (ratte). Chez les hommes, l'insulte la plus vexante est celle qui dénonce l'homosexualité éventuelle : le « makòmè » (ma commère) (4). En matière de prévention, il importe donc de s'interroger sur les modalités de traduction de la notion épidémiologique 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.

La hiérarchisation des différents multipartenariats masculins

Les « coureurs » : des multipartenaires à part ?

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, en courant (5), 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. La dimension autonarrative de cette identité de « coureur » est essentielle. Le « coureur » n'existe que par le discours qu'il tient sur lui-même, ou qui est tenu sur lui, discours à la fois flatteur et réprobateur. La narration des exploits sexuels des hommes fait partie de la reconnaissance nécessaire de leur puissance sexuelle. Rien ne sert d'avoir de multiples partenaires si cela doit être tenu secret. Au contraire, c'est la connaissance que les autres hommes auront de ce comportement et la compétition que cette connaissance induit entre eux qui rendent le statut de « coureur » valorisant. La course se fait dans une arène, celle de la compétition entre les hommes. Comme l'expliquait Paul (20 ans, célibataire, sans emploi) :

« C'est important que les autres voient que tu es présent sur la place, que tu assures. Les hommes voient qu'ils ne sont pas les seuls. Et ma mère aime bien savoir que son fils est puissant sur la place. »

Si les hommes sont pris à témoin de ces prouesses, les femmes doivent elles aussi valider les compétences des hommes, en flattant leur hétérosexualité

(4) Pour plus de précisions sur le traitement des « makòmè », voir Pourette (2002).

(5) Le terme utilisé dans la Caraïbe anglo-

phone est « rider », qui montre bien aussi l'idée de course.

affichée, qui exclut le spectre de l'homosexualité. Une certaine tolérance peut se manifester, fondée le plus souvent sur une naturalisation des comportements sexuels :

« 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 toute façon, ici il y a au moins trois femmes pour un homme. » (Mariette, 25 ans, sans emploi, parlant de son frère).

En outre, les femmes sont les premières à tester cette hétérosexualité et ce multipartenariat chez les hommes. Jacques (agent de sécurité, 33 ans, en couple, deux enfants) m'expliquait comment, alors que sa femme était partie en métropole, il reçut la visite d'une voisine qui venait ouvertement lui faire des avances. Les refusant, il fut sommé de prouver sa virilité : « Comment ? Tu n'aimes pas les femmes alors ? », lui lança l'entrepreneuse, faisant ainsi porter sur lui un grave soupçon d'homosexualité, que seule la relation sexuelle avérée pouvait démentir, selon lui. Il avait préféré lui prouver qu'elle avait tort, plutôt que de risquer l'affront d'une telle mise en doute de sa sexualité. Les hommes expliquent ainsi la difficulté à rester fidèles dans un contexte de provocation féminine permanente.

Cependant, dans cette représentation sociale et dans le discours commun, le « coureur » revêt aussi un rôle sexuel moralement condamnable, car il est considéré comme agissant avec une intention potentiellement « vicieuse » et pernicieuse. C'est la conjonction d'un comportement sexuel et d'une condamnation morale qui le caractérise. Cette appréciation morale varie fondamentalement selon les sexes et les classes sociales. L'infidélité masculine est sensiblement plus tolérée que l'infidélité féminine par les deux sexes. En effet, 20 % des hommes tolèrent la première, alors qu'ils ne sont plus que 14,5 % à accepter la seconde. Quant aux femmes, elles sont globalement plus accusatrices envers l'infidélité des deux sexes, puisque 6,5 % d'entre elles l'acceptent chez les hommes et 6 % chez les femmes (Halfen, 2006, p. 148). Cependant, si la condamnation morale est de rigueur, dans les faits, l'acceptation, voire la résignation forment un accommodement du quotidien. 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'Église catholique n'est pas seule à maintenir de telles dénonciations. Les Églises protestantes telles que les Évangélistes, 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. Le discours commun est ainsi marqué 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 (Bouillon *et al.*, 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 une scission entre discours public et comportement privé.

Ainsi, deux postures s'articulent face au « coureur » : la tolérance et la condamnation. Le personnage du « coureur » émane d'un registre local vernaculaire, celui de la communauté des pairs dans laquelle les hommes se reconnaissent implicitement entre hommes de même milieu, à travers des règles communes. 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, 1973 ; 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.

La fonction repoussoir du « coureur »

Par ailleurs, la notion de « coureur » est aussi fortement décriée et dénoncée par les femmes, quand elle transgresse certaines limites. Elles sont très 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 caribéen) 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 ». Ici, c'est ainsi la conjonction d'un comportement sexuel, d'une absence de responsabilité morale et d'une transgression des normes sociales qui définit le vagabond.

Ainsi, les femmes (et les hommes) peuvent volontiers reconnaître que le multipartenariat masculin est une donnée incontournable aux Antilles, voire une caractéristique de l'identité antillaise, telle qu'elles l'ont constatée chez leur propre père, leurs frères, leurs voisins. En revanche, 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 », encore moins un « vagabond », ce qui signerait leur propre échec social, leur dévalorisation morale 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 kouri, 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, 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.

Ainsi, la condamnation ou l'acceptation du multipartenariat varient en fait beaucoup en fonction du statut de la femme et de l'homme dont il est question. Comprendre un frère volage (rôle de sœur) ou un père absent (rôle de fille) n'empêche pas de dénoncer les hommes vagabonds qui font souffrir les femmes et les mères (rôle de solidarité féminine et de dette à la mère). Elles peuvent être fières de trouver chez ces « coureurs » une caractéristique de l'identité antillaise (rôle de femme antillaise) (6), que leurs fils doivent pouvoir prouver (rôle de mère). Ainsi, elles peuvent refuser de dénoncer un mari trompeur (rôle d'épouse), pour ne pas céder face à une maîtresse (rôle de rivale), ou au contraire compter sur ce multipartenariat pour séduire un homme marié (rôle de maîtresse).

Du côté des hommes, 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 beaucoup plus difficilement utilisé pour se qualifier soi-même et s'autodéfinir. Nous avons eu l'occasion de nous entretenir avec des hommes qui avaient des relations sexuelles avec plusieurs partenaires simultanément, et qui pour autant ne se considéraient pas du tout comme étant des « coureurs ».

« J'aime les femmes c'est sûr, mais c'est normal je suis un homme non ? Si je vois une femme qui me plaît, c'est normal que je lui fasse savoir et c'est à elle de voir ! L'homme propose, la femme dispose ! Mais les mâles et les femelles peuvent toujours trouver un moyen de s'entendre. » (Luc, employé, 45 ans, en couple, 3 enfants).

Ainsi, la nécessité et l'obligation de participer aux règles des rapports de sexe semblent déterminer leur mise en acte. Le fait d'être un homme implique d'aimer les femmes et de le montrer, en ayant « de la répartie face aux belles femmes ». Le fait d'être capable d'entretenir des relations avec plusieurs partenaires en même temps doit se montrer en évitant toute forme de dérive irrespectueuse. D'ailleurs, les hommes ont tendance à se placer aussi dans le rôle de la proie, voire de la victime, plus que dans celui du « coureur » prédateur.

« Je ne dis pas non à une proposition bien faite ! De toute façon, les femmes ne te laissent pas le choix, si elles viennent te chercher, tu peux rien faire ! Tu es un homme avant tout ! » (Marc, employé, 28 ans, célibataire, sans enfant).

(6) La défense de cette caractéristique de l'identité antillaise est telle que des psychologues nous confiaient recevoir depuis quelques années des couples dont les femmes se plaignaient de la fidélité de leurs maris et, par conséquent, de leur présence au domicile

conjugal, qui ne leur permettraient plus de vivre en tant que femmes antillaises autonomes, seules et trompées, socle d'une identité sociale construite, reconnue et paradoxalement valorisante dans ce courage quotidien.

Bien qu'optant pour une valorisation du multipartenariat, ces hommes envisagent rarement 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 préféreraient 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 « coureur » n'est pas aussi identifiant pour soi qu'il l'est pour autrui, puisqu'il procède d'une hétéro-désignation.

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 », que l'expression vernaculaire « braguette d'or » (7) traduit encore mieux. Celui-ci a plusieurs relations simultanées ou successives, mais 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, s'arrange pour être présent régulièrement pour chacune, les entretient matériellement, et contribue aux charges familiales en cas de naissance d'un ou plusieurs enfants (Pourette, 2006). Lorsqu'il en a les moyens, il parvient à les « mettre en case », c'est-à-dire à construire ou payer le logement dans lequel il pourra leur rendre visite. Éventuellement, il est l'époux de l'une de ces femmes tout en tentant de la préserver moralement et publiquement de ses infidélités : en faisant en sorte qu'elle ne vienne pas à les apprendre ni à les constater, afin de lui éviter la dépréciation qui est culturellement censée accompagner ce genre de révélation. Ainsi, « l'homme respectable » tient à se distinguer nettement, dans cette construction sociale des rôles sexuels, du multipartenaire « irresponsable ». 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 dans un discours élogieux. Patrick, commerçant, décida à 25 ans, après avoir eu une fille avec l'une des femmes qu'il fréquentait, qu'il devait se marier avec la maman. Non pas que ce fut celle qu'il aimait ou désirait le plus. Mais parce que, disait-il :

« Je ne peux pas me permettre de commencer dans la vie avec un enfant-dehors. Je me lance dans le commerce, il faut que je me marie, et je ne peux pas ne pas épouser la mère de mon enfant, si je veux assurer dans mon business. Il ne faut pas que je laisse des enfants-dehors comme ça, c'est pas bon pour moi. »

(7) Merci à Marie-Lise Salin, psychologue au centre hospitalier de Basse-Terre (Guadeloupe), pour cette précision.

Son image et sa respectabilité en dépendaient, même si cela ne l'empêcha pas de continuer à voir son autre copine. C'est d'ailleurs aussi sur cette respectabilité attendue que comptent les maîtresses qui rivalisent par grossesses interposées.

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 sexe. Chez les hommes, diverses catégories forment une hiérarchie sociale et morale des comportements sexuels, au sommet de laquelle voudrait trôner l'homme fidèle.

Cette hiérarchisation des comportements sexuels masculins reflète donc la diversité possible des situations de multipartenariat, et montre que la position du « coureur » est tout aussi ambivalente que centrale. Le fait qu'il focalise le risque du sida n'est pas anodin. Il apparaît donc que la construction de cette catégorie vernaculaire 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 césure sémantique et sociologique entre différentes catégories de multipartenaires, dans cette interface entre le risque épidémique et la norme sociale, que se mettent en place une perception du risque culturellement et socialement influencée et un sentiment d'invulnérabilité face au sida.

L'épidémie de sida antillaise : la nécessité d'un questionnement qualitatif

Le multipartenariat peut-il être incriminé ?

En Guadeloupe et en Martinique, la prévalence et l'incidence de l'infection par le VIH/sida restent inquiétantes depuis le début de l'épidémie. En 2006, ces îles se classaient respectivement en première et sixième positions des départements français où l'épidémie de VIH est la plus soutenue (8). Les facteurs alimentant l'épidémie sont la précarité, le multipartenariat sexuel,

(8) La prévalence désigne le nombre de personnes infectées par le VIH dans l'ensemble de la population. L'incidence désigne le nombre de nouveaux cas notifiés annuellement (d'infections par le VIH, ou de cas de sida). Au moment de l'enquête, la Guadeloupe et la Martinique étaient en troisième et cinquième positions pour l'incidence du VIH, derrière la Guyane et Paris, mais devant la plupart des départements franci-

liens. Depuis l'enquête, la dynamique épidémique a changé, plaçant la Guadeloupe, y compris Saint-Martin, en tête de tous les départements, et faisant reculer la place de la Martinique, où l'épidémie se maintient. Les départements franciliens (75, 93, 94) rejoignent la tête du classement. L'importance de la part des migrants dans l'épidémie est avérée pour tous les départements de tête (Institut national de veille sanitaire, 2007).

des rapports de genre inégalitaires mettant les femmes en situation de difficile négociation du préservatif, un usage non systématique de celui-ci, dans un contexte de recours masculin à la prostitution plus marqué que dans l'Hexagone. La part importante de patients étrangers précaires en provenance d'Haïti doit être signalée, car les difficultés de régularisation qu'ils connaissent ne permettent pas un suivi régulier pourtant nécessaire à la mise sous traitement qui s'impose, et qui reste la première condition de maîtrise de l'épidémie (Bardinet, 2004). Par ailleurs, outre les problèmes de prévention et d'usage du préservatif, le recours au dépistage précoce est peu diffusé. En 2003, au début de notre enquête, la moitié des nouveaux cas de sida antillais étaient diagnostiqués chez des personnes ignorant leur séropositivité et la découvrant donc en stade avancé de l'infection, laissant émerger le constat d'un écart entre des prises de risque réelles, mais pas forcément interprétées comme telles, et le recours au système de prévention et de soins.

Selon les données de l'enquête ACSAG (Giraud *et al.*, 1994) et de l'enquête *KABP-DFA* (Halfen, 2006), la dynamique épidémique peut être reliée à une pratique soutenue du multipartenariat (plus simultané chez les hommes, plus sériel chez les femmes et prolongé au fil de la vie) protégé de façon aléatoire, malgré une bonne connaissance des modes de transmission du VIH. Les auteurs de l'enquête ont mis en évidence la prégnance d'un multipartenariat masculin stable tout au long de la vie, défini par le fait de connaître ses partenaires de l'année en cours depuis plus d'un an, 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 » (Giraud *et al.*, 1994, p. 46).

Une telle affirmation peut être contestée tant elle oublie de tenir compte de la nature différenciée des relations multipartenariales (les unes stables, les autres non ; occasionnelles ou régulières ; protégées ou non...), 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. Un débat virulent oppose ainsi les chercheurs quant à l'origine du risque. Est-ce la quantité de partenaires qui doit être corrélée à la prise de risque et à la prévalence du VIH, comme le soutient Marie-Ange Schiltz, qui montre que l'exposition au risque augmente avec le nombre de partenaires (Schiltz, 1993) ? Ou bien est-ce le niveau de protection dans les relations sexuelles qui détermine la prise de risque, quels que soient leur nature (hétéro, homo-bisexuelle), leurs lieux d'existence et leur fréquence (Mendes-Leité, 1995b) ? La baisse de l'épidémie chez les travailleuses du sexe en France, qui utilisent maintenant systématiquement des préservatifs mis à leur disposition par les programmes de santé communautaires, montre par exemple que le nombre de partenaires n'est pas le critère premier d'exposition au risque (Guillemaut, 2005). Par ailleurs, dans l'enquête ACSAG, la durée d'un an utilisée pour définir le multipartenariat stable peut être remise en question : changer de partenaire tous les deux ans, sans utiliser de préservatif, n'est pas protecteur face au

risque. Les études actuelles sur la situation métropolitaine montrent par exemple comment la rupture conjugale est une période exposant au risque de contamination (Bajos et Bozon, 2008).

Un usage du préservatif problématique

En outre, les déclarations d'usage du préservatif dans les enquêtes aux Antilles, comme souvent ailleurs, ne nous renseignent pas sur la régularité ou la systémativité de cet usage, ni sur le type de relations dans lesquelles il est ou non utilisé (avec le/la partenaire légitime et/ou occasionnel/le, avec les partenaires stables ou non, etc.). Pourtant, dans l'épidémie de sida, et d'un point de vue de santé publique, le facteur de protection principal, et essentiel, est longtemps resté l'usage systématique du préservatif dans les rapports sexuels, et non le monoparténariat en lui-même (9). Un multiparténariat protégé peut être moins exposant qu'un monoparténariat non protégé, si le partenaire auquel on est fidèle ne l'est pas de son côté et qu'il ne se protège pas. Cela questionne en fait les modalités de définition des indicateurs du risque en santé publique. Ainsi, une perception individuelle et collective de gestion des situations sexuelles, autre que celle de la santé publique, doit être analysée pour comprendre les comportements face aux risques.

À ce propos, les taux particulièrement élevés d'utilisation du préservatif chez les multipartenaires (près de 75 %, selon Halfen, 2006) dans une épidémie pourtant dynamique ne peuvent que nous interpeller. Cet usage est-il aussi systématique qu'il est déclaré ? L'épidémie ne concernerait-elle que les 25 % de multipartenaires non utilisateurs de préservatifs ? Par ailleurs, pourquoi le fait d'être marié diminue-t-il l'usage du préservatif chez les hommes multipartenaires (chutant par exemple de 69 % à 43 % en Guadeloupe) ? Ces chiffres pourraient laisser penser que la vie maritale et respectable serait perçue comme protectrice face au risque. Pourquoi, de leur côté, les femmes déclarent-elles moins que les hommes utiliser les préservatifs lorsqu'elles sont monopartenaires, mais plus qu'eux quand elles sont multipartenaires et mariées (10) ? L'enquête *KABP* fournit des explications sociologiques importantes : l'avancée en âge, le faible niveau d'études, la monoparentalité augmentent l'absence d'utilisation des préservatifs (Halfen, 2008). Mais l'auteur souligne aussi que « la proportion de femmes ayant indiqué avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel n'est pas supérieure chez celles qui pensent que leur partenaire est multipartenaire, comparée à celles

(9) Les enquêtes épidémiologiques récentes montrent que la prévention majeure doit aujourd'hui venir de la mise sous traitement anti-rétroviral hautement actif de toutes les personnes infectées, qui voient ainsi la transmissibilité de leur infection annihilée (Vernazza *et al.*, 2008).

(10) Évidemment, l'usage contraceptif du préservatif peut expliquer en partie ce plus grand usage chez les femmes multipartenaires mariées. De même, le fait que la décision soit le plus souvent celle des hommes modifie la donne.

qui sont sûres que leur partenaire n'a pas d'autres partenaires » (*op. cit.*, p. 78). Ainsi, la connaissance du multipartenariat ne suffirait pas à modifier les comportements face au risque. Des explications qualitatives sont nécessaires pour compléter ces données épidémiologiques essentielles et tenter de déceler comment les stratégies éventuelles de protection (ou d'absence de protection) sont incluses dans un ensemble plus vaste de rapports sociaux et de codifications sociales qui les modèlent et les déterminent. De ce fait, la hiérarchie des rapports sociaux de sexe et la représentation des rôles de l'homme et de la femme dans la sexualité et la conjugalité, dans une société matrifocale et machiste, contribuent selon nous à une utilisation différenciée du préservatif selon les sexes et selon la nature des situations sexuelles.

Les représentations du sida au fondement des logiques d'accusation/immunisation

L'annonce comme moment révélateur

Les représentations autour du sida se sont construites sur la présomption de l'altérité de cette maladie et des malades. Ici, comme fréquemment ailleurs (Fay, 1999a), 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, 1999a), 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 » et sur le constat de leur « désaffiliation communautaire » (Calvez, 2001).

Un moment particulier de la prise en charge des personnes séropositives permet de faire apparaître différents types de représentations 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, comme pour de nombreuses maladies chroniques (Baszanger, 1986), semblent fréquentes, et ce d'autant plus que le diagnostic n'est pas le fruit d'un dépistage 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 ».

Michèle, Martiniquaise, 35 ans, diagnostiquée depuis cinq ans, commerçante, nous explique :

« Quand le médecin m'a dit que j'avais le sida, j'ai cru que le ciel me tombait sur la tête. Je ne comprenais pas ce qu'il me disait. Il me parlait de sida à moi ! Mais jamais je n'avais pensé que ça pouvait m'arriver ! Je n'étais pas une personne comme ça ! Je ne traînais pas, je ne faisais pas la pute... je ne fréquentais pas n'importe qui, puisque j'avais un homme et un seul, et que j'étais là pour lui... Ça n'allait pas avec moi, même même même ! Non vraiment, cette maladie-là n'allait pas avec moi ! Je n'étais pas ce type de femme ! [...] Mais depuis, le docteur m'a expliqué que ça arrive à tout le monde. C'est pas moi seulement. Ça peut arriver à n'importe qui. »

Patrick, Martiniquais, 47 ans, diagnostiqué depuis un an, artisan jobeur :

« Je n'ai pas pu le croire ! Quand le docteur a dit que j'avais cette maladie-là... j'ai cru qu'il s'était trompé de dossier. Je lui ai demandé "Vous êtes sûr ?" Parce que moi, je suis pas un *makòmè*, je ne cours pas, je ne fréquente pas d'Haïtiennes, je ne suis pas un drogué, donc c'était pas possible que j'aie cette maladie-là ! » Alors que je lui demande un peu plus tard dans l'entretien s'il avait plusieurs copines, il ajoute : « Je connaissais des femmes, comme tout le monde. J'avais des femmes, mais bon je suis un homme ! Ni plus ni moins que les autres hommes. Je n'étais pas un coureur comme tous ces mal-élevés que l'on voit aujourd'hui... Et puis je ne fréquentais pas n'importe qui... J'ai toujours eu des femmes que je connaissais et qui étaient propres sur elles. Je n'ai pas compris comment ça a pu m'arriver une chose pareille. »

Danièle, Haïtienne, 38 ans, effondrée quelques mois après l'annonce du diagnostic m'explique :

« Sa pa posib, man pa té ka fè pit kon sé zot fanm an la ri a. An pa té ka kouri. An pa té ka kouri menm ! » (Ce n'est pas possible. Je ne faisais pas la pute comme ces autres femmes dans la rue. Je ne courais pas. Je ne courais pas même !)

Deux remarques s'imposent. La première doit préciser que ces réactions se retrouvent particulièrement chez les personnes diagnostiquées depuis peu (moins de cinq ans), s'affichant comme hétérosexuelles, chez les femmes et moins souvent chez les hommes se présentant comme homo-bisexuels, chez les personnes vivant en situation d'exclusion, ou chez les usagers de drogue. Ainsi, l'identification à un groupe sensibilisé et parfois même construit autour de l'expérience du sida semble préparer davantage à l'irruption de la maladie dans le quotidien et l'identité individuelle. Au contraire, l'identification à un groupe non repéré par la prévention comme vulnérable, bien que fortement touché, les hétérosexuels, où l'invisibilité du risque par rapport au sida est présente, rend paradoxalement vulnérable à la contamination et au choc du diagnostic. La seconde souligne le fait que ces réactions renvoient presque toutes à une étiologie populaire d'une « maladie sida » (« cette maladie-là »), qui existe moins biologiquement que culturellement pour ces personnes nouvellement diagnostiquées qui expriment ce que le discours populaire véhicule majoritairement. En effet, l'ensemble de ces expressions témoigne de plusieurs dimensions d'expérience.

La difficulté face à l'annonce est celle exprimée par toute personne apprenant qu'elle est atteinte d'une maladie marquée par le sceau de la mort. Face à

un tel effondrement, le diagnostic peut apparaître comme une « perturbation biographique » (Bury, 1982). La réaction du malade ainsi étiqueté dépend du temps subjectif d'appropriation du diagnostic (Abelhauser *et al.*, 2001) et de projection dans une identité de personne atteinte. Le temps nécessaire à l'acceptation peut alors être considéré comme un moment de recomposition identitaire (Pierret, 1997, 2006) où le patient est amené à revisiter ses représentations sur la sexualité, sur le sida et sur lui-même. Difficulté qui peut parfois hâtivement être perçue par les soignants comme une forme de « déni » d'un patient, considéré en mécanisme de défense inconscient, voire en « surdité psychique » face à l'annonce. Au-delà de cette catégorisation, voire de cette psychiatrisation des personnes par l'institution hospitalière (Zimmermann, 2004), qui mérite d'être critiquée, il nous semble 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 ; représentations qui peuvent jouer un rôle dans le travail d'inscription dans la carrière de malade et dans le suivi médical. Ces représentations sont d'autant plus importantes que les rapports sociaux antillais reposent sur la confirmation de l'appartenance de chaque individu au groupe communautaire, validée par un contrôle social très fort, exercé via une surveillance visuelle et des commérages très efficaces.

La menace d'altération de l'identité sociale

Les propos émergeant au moment de l'annonce nous semblent révéler les représentations sociales sur le sida, d'une part, et l'impossibilité pour les patients de s'identifier à ces représentations, d'autre part. En transposant à la forme affirmative les énonciations négatives répertoriées dans le discours des nouveaux diagnostiqués, il est possible de reconstruire une typologie de la perception du risque lié au VIH/sida, construite parallèlement sur une typologie du multipartenariat (Tableau I). La surprise exprimée par les patients révèle aussi le sentiment d'invulnérabilité dans lequel ils s'étaient construits. Moins que du déni en effet, ces propos montrent qu'une protection imaginaire semblait immuniser les patients contre le risque d'être contaminé par le VIH. Rommel Mendes-Leité (1995a) a bien montré qu'effectivement chacun peut s'être construit des systèmes de protection imaginaires, reposant sur une perception du risque toujours attribué à l'Autre ou à d'autres pratiques de vie. Dans le cas présent, le fait de se différencier des personnes éventuellement concernées par le VIH, en ne se retrouvant jamais dans les catégories érigées comme étant celles du risque, s'inscrit dans une logique de véritable distinction sociale, ancrée dans le répertoire culturel antillais des rapports de sexe.

TABLEAU I. – *Les représentations du sida et de la sexualité*

Discours	Représentation du risque lié au sida	Type de pratiques impliquées	Image de soi et protections imaginaires associées	Conséquence sur la vie sociale et personnelle
Je ne courais pas	« Coureurs », « vagabonds »	Multipartenariat repréhensible	Multipartenariat respectable. Fidélité	Condamnation sexuelle, abstinence
Je n'avais pas une mauvaise vie	Mauvaise vie	Homosexualité, prostitution	Multipartenariat respectable. Fidélité	Condamnation morale, culpabilité
Je ne fréquentais pas n'importe qui	Mauvaises fréquentations	Malpropreté. Relations avec des étrangers, des Haïtiens	Choix du partenaire	Condamnation sociale, évitement

Ces protections imaginaires et cette distinction sociale agissent alors comme agents de différenciation avec les personnes séropositives. Cela explique donc non seulement la difficulté à construire une solidarité envers ces personnes avant d'être soi-même diagnostiqué, mais aussi la difficulté à se reconnaître comme tel, une fois diagnostiqué. En outre, les discours des patients témoignent de leur conscience aiguë du risque que fait peser sur leur vie sociale l'annonce de ce diagnostic. La menace de destruction des liens sociaux (dans le couple, la famille, le voisinage, le travail, etc.) apparaît comme un obstacle majeur à l'identification au statut de personnes séropositives. Cette annonce pourrait alors préfigurer la chronique d'une mort sociale annoncée. La perception vive d'un ensemble de condamnations morales, sociales, sexuelles dont sont l'objet les personnes séropositives opère comme un obstacle supplémentaire à l'acceptation du diagnostic. Cet obstacle est d'autant plus fort que les personnes ont partagé et prononcé ces propos culpabilisants sur les « moun a sida » (gens au sida) avant la découverte de leur séropositivité, dans le cadre familial, professionnel et religieux, et que cette séropositivité inverse les positions usuelles dans ces discours collectifs.

La difficulté à dévoiler sa séropositivité à son entourage est par conséquent l'une des caractéristiques de l'expérience du sida aux Antilles, où 28 % des patients interrogés dans l'enquête VESPA n'avaient parlé à personne de leur séropositivité (vs 5 % dans l'enquête nationale, Bouillon *et al.*, 2005). Le secret semble maintenu soit parce que les personnes vivent seules et n'ont personne à qui parler, soit parce qu'elles craignent les retombées délétères d'une telle annonce (Rochais, 2004). Dans les faits, les personnes qui se sont dévoilées n'ont pas forcément reçu de réactions de stigmatisation en retour. Cela peut témoigner d'une césure importante entre les registres public, intime et privé. Chacun peut partager un type de discours et de représentations en public, tout en ayant des pratiques intimes qui peuvent être en inadéquation, et des attitudes réservées à l'entourage privé encore différentes. Ainsi, quelqu'un peut condamner l'homosexualité avec ses collègues et copains,

avoir des relations homosexuelles clandestines, et soutenir un proche homosexuel séropositif. Ceci nous incite à penser que les réponses données dans le cadre d'enquêtes quantitatives correspondent au registre officiel public, celui de la norme, et qu'elles ne reflètent pas toujours la réalité des comportements effectifs.

Les usages sociaux de la prévention

Comment les codes sociaux des rapports de genre, la hiérarchisation des multipartenariats et les représentations stigmatisantes du sida déterminent-ils la perception du risque et les conduites de prévention face au sida ?

La respectabilité protectrice

L'ensemble de ces facteurs semble aboutir à une focalisation d'un danger sur certaines catégories de personnes, définies non pas tant par les critères épidémiologiques que par les perceptions sociales. La respectabilité semble agir comme bouclier de protection, alors que le « coureur » peut cristalliser toutes les craintes. 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 extraconjugales, du fait même de la respectabilité implicite que leur procure cette stabilité statutaire. « 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, persuadées que la naissance d'un enfant est le gage d'une séronégativité. L'enquête ACSAG avait ainsi montré que 57,3 % 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 (Giraud *et al.*, 1994, p. 58). La vie de couple et, *a fortiori*, la vie maritale et familiale sont perçues comme une protection face au risque.

De même, l'association du risque aux personnes considérées comme étant « de mauvaise vie » 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 connu pour le nombre de ses partenaires, ou de ne pas avoir transgressé les normes sexuelles hétéro-normées semblent fonctionner comme autant de protections imaginaires face au risque (Mendès-Leité, 1995a).

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, et perçus comme facteurs d'invulnérabilité. Ici, la

responsabilité n'est pas liée au fait de mettre un préservatif dans une attitude préventive, mais construite en fonction de normes sociales et culturelles qui réinterprètent des données épidémiologiques ambivalentes. Cela révèle l'un des risques inhérents aux catégorisations épidémiologiques : la focalisation du danger sur certains groupes de population ou certaines pratiques et l'immunité accordée par opposition à d'autres...

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 sexe, puisqu'il est associé aux personnes dont il faut se prémunir du fait du soupçon de non-respectabilité et de « malpropreté » qui pèse sur elles. Connue 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, p. 22, cité par Fay, 1999b, p. 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, celui/celle avec qui il peut être utilisé et/ou celui/celle qui en dispose sur lui. Et ceci est d'autant plus vrai chez les générations les plus âgées, qui n'ont pas bénéficié de sa banalisation médiatique. Pierre, retraité diagnostiqué à 69 ans et 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 douteuses...

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), dans les relations occasionnelles et illégitimes, et non avec la partenaire officielle, légitime ou attitrée. Les hommes distinguent les deux catégories de partenaires entre « madanm an mwen » (leur épouse, leur femme, leur partenaire attitrée) et « fanm an mwen » (leurs copines, leurs amantes). 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, quand bien même des relations extraconjugales auraient été consommées sans être protégées.

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 prend à son tour le rôle de première femme. Dans ce cadre, l'usage du préservatif avec son épouse ou femme légitime reste plus que délicat pour un homme qui aurait eu des relations extraconjugales, puisque non seulement cela prouverait son infidélité, mais montrerait surtout l'affront et la dévalorisation sociale qu'il ferait subir à sa propre épouse. *A contrario*, arrêter le préservatif avec une femme signifie l'investissement, voire la promotion au rang de femme légitime.

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. En outre, pour les femmes séropositives, avoir un enfant permet non seulement de s'inscrire dans un projet de vie constructif, mais surtout d'annihiler toute suspicion quant à leur séropositivité. Par ailleurs, 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 remplacées par une rivale qui accepterait ce qu'elles auraient refusé. La concurrence féminine en termes de statut et d'image sociale contribue alors à la prise de risque, pour éviter aux femmes de porter une étiquette de femme légère, de second plan, d'amusement, dans l'univers des « coureurs ». L'association entre multipartenariat, mauvaise vie et sida ne joue pas en faveur des femmes, au contraire ; elle peut aussi empêcher la pleine possession par les femmes des moyens de protection considérés comme signes de leur moralité douteuse, ou de leur trop grande connaissance d'une sexualité qui doit rester la prérogative des hommes.

En outre, cette même 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 « coureurs », mais au contraire comme fidèles et sérieux, ces multipartenaires ne perçoivent pas le risque comme effectif. Ici aussi, le fait de ne pas avoir eu un comportement moralement répréhensible agit comme facteur d'invulnérabilité. Rosy, 47 ans, était effondrée en apprenant sa séropositivité et ne cessait de répéter qu'elle « ne courait 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 « fanm déwô », dans un souci permanent de positionnement individuel 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.

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 sur 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 tiers des patients séropositifs suivis est âgé de plus de 50 ans, les personnes de cette tranche d'âge ne sont pas encore suffisamment considérées comme susceptibles d'être séropositives 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 selon eux, 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 six 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 d'inquisition concernant sa sexualité, ont probablement inhibé toute association entre ses symptômes et le risque VIH, lui-même associé 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 peuvent ainsi contribuer 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 entretiennent. Pourtant, cette interface et les conflits qu'elle peut provoquer entre une identité culturelle marquée par ces représentations sociales et une identité professionnelle qui se voudrait exempte de tout jugement contribuent à des évitements préjudiciables à la prise en charge des personnes.

Si cela se constate au niveau des médecins de ville, et parfois des médecins hospitaliers dans des services non spécialisés sur le sida, cela prend une dimension supplémentaire lorsque de telles représentations se retrouvent au niveau politique, dans les structures d'État 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 tenace (11). Elle a contribué à la faible implication des services déconcentrés de l'État dans les campagnes de prévention, ce qui semble se traduire par une moins bonne connaissance sur le sida dans la population martiniquaise qu'en Guadeloupe (Halfen, 2006). Les catégorisations nées des données épidémiologiques semblent ainsi focaliser la perception du risque sur des appartenances collectives, et empêcher de penser la protection dans des pratiques sexuelles individuelles. 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 représentations culturelles est-il pertinent dans la prévention ?

Aux Antilles, quatre des cinq courts-métrages de la série *Témoignages* produite par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), en 2004, 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 ne

(11) 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 »...

dépendait que 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. Or, « si la perception du risque n'implique pas forcément la perception d'un risque pour soi, la gestion du risque dépend bien des modalités de perception du risque pour soi » (ANRS, 1999, p. 96). 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 image, dans un présupposé tenace que les acteurs sociaux sont seuls responsables de leur vulnérabilité. Or, il apparaît que la vulnérabilité des individus et leur exposition au risque sont le produit d'un ensemble de facteurs et représentations multiples.

*
* *

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 (« Cette adaptation est nécessaire si l'on veut engendrer des processus d'identification efficaces. », ANRS, 1999, p. 92) implique en même temps de les penser comme étant insurmontables et immuables, et de prendre le risque de reproduire et cautionner ces catégorisations stigmatisantes et aveuglantes, sans en analyser la complexité ni 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 sont aussi le fruit des facteurs socio-économiques qui influencent le destin de chacun et les politiques publiques de santé.

La focalisation des messages de prévention sur la catégorie des « coureurs » risque ainsi d'empêcher de penser la vulnérabilité individuelle, 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 des campagnes de l'INPES faite par l'Institut Louis Harris (2004), 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 tous, avant de se focaliser sur l'une ou l'autre catégorie « culturelle » illusoire. L'issue en termes 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. Il semble que ce soit justement le point de vue adopté dans les dernières campagnes de l'INPES, créées notamment à partir de témoignages du grand public, recueillis en situation réelle.

Stéphanie MULOT

*Laboratoire interdisciplinaire solidarités sociétés territoires
Centre d'étude des rationalités et des savoirs
Cnrs-Ehess – Université Toulouse-le-Mirail
Maison de la Recherche
5, allées Antonio Machado
31058 Toulouse cedex 9*

stephanie.mulot@univ-tlse2.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abelhauser A., Lévy A., Laska F., Weil-Philippe S., 2001. – « Le temps de l'adhésion » dans *L'observance aux traitements contre le VIH-sida. Mesures, déterminants, évolutions*, Paris, ANRS (Collection sciences sociales et sida), pp. 79-86.
- André J., 1987. – *L'inceste focal dans les familles noires antillaises*, Paris, Presses Universitaires de France.
- ANRS, 1999. – *Évaluer la prévention de l'infection par le VIH en France. Synthèse des données quantitatives (1994-1999)*, Paris, ANRS (Collection sciences sociales et sida).
- Bajos N., Bozon M. (dirs.), 2008. – *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte.
- Bardinet F., 2004. – « Le sida sans métaphores en Guadeloupe à Saint-Martin et ailleurs dans la Caraïbe », *Dérades, Revue caribéenne de recherches et d'échanges*, 11, pp. 35-49.
- Baszanger I., 1986. – « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 27, 1, pp. 3-27.
- Bouillon K., Lert F., Michelot F., Schmaus A., Spire B., Dray-Spira R., 2005. – « Les patients vivant avec le VIH/sida dans les départements français d'Amérique : résultats de l'enquête ANRS-VESPA, 2003 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 46-47, pp. 240-242.
- Bury M., 1982. – « Chronic illness as a biographical disruption », *Sociology of health and illness*, 35, 4, pp. 167-182.

- Calvez M.**, 1996. – « La rationalité des conduites de prévention et l'expérience sociale » dans *Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestion des risques*, Paris, ANRS, pp. 55-63.
- 2001. – « Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du sida » dans **J.-P. Dozon, D. Fassin** (éds.), *Critique de la santé publique*, Paris, Balland, pp. 127-144.
- 2004. – *La prévention du sida : les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- Calvez M., Paicheler G., Souteyrand Y.** (éds.), 1994. – *Connaissances, représentations, comportements : les sciences sociales et la prévention du sida*, Paris, ANRS (Collection sciences sociales et sida).
- Delaunay K.**, 1999. – « Des groupes à risques à la vulnérabilité des populations africaines : discours sur une pandémie », *Autrepart*, 12, pp. 37-51.
- Fay C.**, 1999a. – « Le sida des autres », *Autrepart*, 12.
- 1999b. – « Du "culturel", de l'"universel" ou du "social" ? Penser le sida et la prévention au Mali » dans **C. Becker, J.-P. Dozon, C. Obbo, M. Touré** (éds.), *Vivre et penser le sida en Afrique. Experiencing and understanding aids in Africa*, Paris, Codesria, Karthala, IRD, pp. 277-298.
- Frazier F.**, 1939. – *The negro family in the United States*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Giraud M.**, 1999. – « Une construction coloniale de la sexualité. À propos du multipartenariat hétérosexuel caribéen », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 128, pp. 46-55.
- Giraud M., Gilloire A., Colomby P. (de), Halfen S.**, 1994. – *Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane (ACSAG)*, Paris, ANRS, Rapport intermédiaire.
- Gracchus F.**, 1980. – *Les lieux de la mère dans les sociétés afro-américaines*, Paris, Éditions Caribéennes, CARE.
- Guillemaut F.**, 2005. – *Femmes migrantes, enjeux de l'épidémie à VIH et travail du sexe. Stratégies et empowerment*, Lyon, Cabiria, Dragon Lune.
- Halfen S.**, 2006. – *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004. Étude ANRS-EN16-KABP-DFA*, Paris, ANRS-ORSIF.
- 2008. – « Comportements sexuels et préventifs aux Antilles et en Guyane : un contexte peu favorable pour les femmes face au VIH/sida » dans « Les femmes et le sida en France. Enjeux sociaux et de santé publique », *Médecine sciences*, 24, hors-série 2, pp. 72-80.
- Herzlich C.**, 2005. – *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales [1^{re} éd. 1969].
- Institut Louis Harris**, 2004. – *Comportements des DFA face au VIH/sida et aux actions de communication de l'INPES à ce sujet*, Paris, Louis Harris, Résultats d'étude qualitative.
- Institut national de veille sanitaire**, 2007. – *Nombre de découvertes de séropositivité VIH et de cas de sida notifiés en 2006, par département et région de domicile, et taux par million d'habitants (France, données au 31/12/2006)*, Saint Maurice, Institut national de veille sanitaire.
- Massé R.**, 1995. – *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et la promotion de la santé*, Montréal, Gaëtan Morin.
- 2001. – « Les Églises fondamentalistes protestantes aux Antilles : les défis pour une anthropologie critique » dans **R. Masé, J. Benoist** (dirs.), *Convocations thérapeutiques du sacré*, Paris, Karthala, pp. 307-326.
- Médiamétrie**, 2002. – *Post test films sida : Martinique, Guadeloupe et Guyane*, Levallois-Perret, Médiamétrie, Rapport d'évaluation des campagnes sida du CFES pour les DFA.
- Mendes-Leité R.**, 1995a. – « Identité et altérité : protections imaginaires et symboliques face au sida », *Gradhiva*, 18, pp. 93-103.
- 1995b. – « "Combien" ou "comment" ? : le multipartenariat sexuel et la gestion des risques de transmission du sida », *Quel corps ? « Constructions sexuelles »*, 47-48-49, pp. 70-91.
- Moscovici S.**, 1976. – *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, Presses Universitaires de France [2^e éd.].

- Mulot S.**, 2000. – « *Je suis la mère, je suis le père !* » : l'énigme matrifocale. *Relations familiales et rapports de sexe en Guadeloupe*, thèse de doctorat en anthropologie sociale et ethnologie, sous la direction de Maurice Godelier, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- 2006. – « Aux Antilles et en Guyane françaises : une épidémie à part », *Transcriptases*, 125, pp. 11-14.
- 2009. – « Redevenir un homme en contexte post-esclavagiste et matrifocal antillais », *Autrepart*, 49.
- Pierret J.**, 1997. – « Un objet pour la sociologie de la maladie chronique : la situation de séropositivité au VIH ? », *Sciences sociales et santé*, 15, 4, pp. 87-119.
- 2006. – *Vivre avec le VIH*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Pourette D.**, 2002. – « Le makòmè, masque de l'homosexualité masculine dans les mondes guadeloupéens » dans **R.-M. Lagrave et al.** (dir.), *Dissemblances. Jeux et enjeux du genre*, 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*, 7, pp. 143-171.
- 2006. – *Des Guadeloupéens en Île-de-France. Identité, sexualité, santé*, Paris, Karthala.
- Rochais V.**, 2004. – *Des stigmates aux confidences. Secrets gardés, secrets partagés ou comment dire le sida en Martinique*, mémoire de DEA d'anthropologie sociale et ethnologie, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Saillant F.**, 1988. – *Culture et cancer. Produire le sens de la maladie*, Montréal, Saint-Martin.
- Schiltz M.-A.**, 1993. – *Les homosexuels masculins face au sida : Enquêtes 1991-1992*, Paris, ANRS.
- Smith R. T.**, 1975. – « La famille dans la région caraïbe » dans **J. Benoist** (éd.), *Les sociétés antillaises*, Montréal, Éditions du Centre de recherches caraïbes, pp. 89-103.
- Sontag S.**, 1993. – *La maladie comme métaphore. Le sida et ses métaphores*, Paris, Christian Bourgois.
- Vernazza P., Hirschel B., Bernasconi E., Fle M.**, 2008. – « Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle », *Bulletin des médecins suisses*, 89, 5, pp. 165-169.
- Vuarin R.**, 1994. – « Le chapeau utile n'est pas dans le vestibule » dans **T. Diarra, C. Fay et al.**, *Révélation du sida et pratiques du changement social au Mali*, Rapport final, Bamako, ORSTOM-IRD, pp. 1-27.
- Wilson P. J.**, 1973. – *Crab antics. The social anthropology of English-speaking negro societies of the Caribbean*, New Haven, Yale University Press.
- Zempléni A.**, 1985. – « La "maladie" et ses "causes" », *L'ethnographie*, 2, pp. 13-44.
- Zimmermann C.**, 2004. – « Denial of impending death : a discourse analysis of the palliative care literature », *Social sciences & medicine*, 59, 8, pp. 1769-1780.