

L'action publique de prévention du VIH/sida en Communauté Française

Une analyse foucaldienne

Mémoire présenté par Nathan Charlier

En vue de l'obtention du grade de master en sciences politiques, orientation générale, à finalité spécialisée

Promoteur : Pr. Sébastien Brunet

Année académique 2011-2012

Nos remerciements vont aux Professeurs Sébastien Brunet, promoteur, Nicolas Thirion et Pierre Verjans, lecteurs.

À Frédéric Claisse et Julien Pieron, chercheurs, pour leurs nombreux conseils.

À toutes les personnes interviewées, pour leur accueil, leur temps, leur disponibilité.

À l'Observatoire du sida et des sexualités et ses chercheurs pour les même raisons et pour leur documentation.

À Min Reuchamps pour ses encouragements et les opportunités qu'il a pu offrir.

Un grand merci à Suzanne, François, François, Florence, Maxime, Thomas et tous les autres.

Merci à ma famille.

Table des matières

I. Introduction	2
II. Une grille théorique foucaldienne	4
a. Les concepts retenus dans le cadre de ce travail	
i. Conception du pouvoir	7
ii. Notion de dispositif	10
iii. La gouvernementalité et ses techniques	13
1. Le biopouvoir : anatomo-politique et bio-politique	15
2. Dispositif de sécurité	17
III. Le recueil d'informations empiriques – méthodologie	21
a. Les entretiens semi-directifs : avantages et inconvénients	21
b. Comment nous avons procédé	23
IV. La prévention du VIH/sida : présentation et analyse des éléments empiriques	26
a. Le VIH/sida de l'émergence à l'exceptionnalité	27
i. La situation belge	30
b. La lutte contre le VIH/sida en phase de normalisation : quelles évolutions dans le dispositif de prévention	36
i. L'arrivée sur le marché des traitements antirétroviraux : la normalisation et ses effets	37
ii. La coordination des acteurs de la prévention	40
iii. Les discours de la prévention du VIH/sida	41
iv. La diversification des missions et la « promotion de la santé »	42
c. Quelle technique de pouvoir-savoir en vigueur dans le dispositif ?	47
d. La dynamique et les rapports de pouvoir dans le dispositif	52
i. Les rapports entre monde médical et secteur associatif	52
ii. Un travail de résistance et de subjectivation dans les associations	54
V. Conclusions	56
Bibliographie	59

I. Introduction

En 2011, cela fait trente ans que les premiers cas de sida ont été référencés. Depuis, l'épidémie a beaucoup évolué et, « fin 2010, on estimait à 34 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde »¹. La situation diffère très fort entre différents pays dans le monde. S'il n'y a pas de vaccin, les avancées médicales ont été énormes ces quinze dernières années, à tel point que le programme Onusida parle d'un objectif zéro en 2011 : zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au sida².

La lutte contre le sida a été le lieu d'intenses controverses : sur la paternité de la découverte du virus, sur les affaires de sang contaminé, sur les essais médicamenteux. Dans cette mesure, l'épidémie de VIH/sida a été transformatrice pour la pratique de la médecine et de la recherche médicale, pour les pratiques de prévention, et pour certains groupes affectés par le VIH de manière particulière³. Dans le cadre de ce mémoire de fin d'études en sciences politiques, nous souhaitons étudier l'action publique dans ce domaine particulier qu'est la prévention du VIH/sida. L'apparition du VIH a posé une série de problèmes auxquels il a fallu apporter des réponses particulières : nous souhaitons faire quelques recherches sur quelques unes de ces réponses.

Il y a une quantité impressionnante de littérature de sciences humaines et sociales portant sur l'épidémie⁴, mais la plupart des écrits portent sur la période 1981-1996, moment du développement de l'action publique, et ils ne concernent pas la Belgique. C'est pourquoi nous souhaitons étudier la situation de la prévention en Communauté Française depuis l'arrivée des traitements antirétroviraux sur le marché, vers 1996. Il n'a pas fallu beaucoup de recherches pour découvrir que la prévention est le fait d'une pluralité d'acteurs. Nous n'avons pas voulu limiter notre étude aux pouvoirs publics et à leurs discours ; nous avons centré notre intérêt sur les personnes travaillant sur le terrain et, pour ainsi dire, à la base de l'action publique dans le cas qui nous occupe : médecins, travailleurs d'associations. C'est sur les pratiques développées par les acteurs de la prévention que nous nous pencherons, ainsi que sur les

¹ ONUSIDA, *Journée mondiale sida 2011. Rapport ONUSIDA*, 2011, p. 6

² Ibid.

³ Hypothèse développée par Dodier Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2003

⁴ Pour une revue de la littérature, voir Vignes M. et Schmitz O., *La séropositivité, un regard des sciences sociales*, Bruxelles Publications des Facultés Universitaires Saint Louis, 2008

évolutions qui ont touché le secteur depuis 1996. C'est pour cette raison que nous avons rencontré un panel d'individus impliqué depuis lors dans la lutte contre le VIH. Notre principale source de données empirique est constituée d'entretiens enregistrés réalisés selon une méthode semi-directive.

Il faut signaler que le travail de recherche qui a été développé pendant plusieurs mois n'a pas toujours pris la direction de ce qui sera présenté ici. Ainsi, le choix de travailler avec Foucault avait été fait avant même celui de travailler sur le VIH. C'est après un long temps de recherches, de lectures et de remises en question sur les usages du penseur dans un travail de sciences politiques que nous avons choisi de travailler sur la prévention du VIH. Il est donc clair que notre manière de concevoir les choses, de lire les éléments empiriques a été influencée par certaines conceptions foucaldienennes. Mais la recherche de terrain qui a été menée à l'automne 2011 a permis une forme de réflexivité, un retour sur des éléments théoriques déjà réfléchis et sur des éléments empiriques en cours de moisson. Nous espérons que ce travail articule de manière cohérente notre conception de certains outils de Foucault avec des éléments issus de nos observations.

Dans une première section, le choix d'une « boîte à outils » foucaldienne sera expliqué. Nous présenterons les éléments retenus pour notre analyse, tous issus de la période « généalogique » de Foucault, centrée sur l'analyse de certains rapports et de certaines techniques de pouvoir. Ensuite, nous présenterons les choix méthodologiques que nous avons faits pour recueillir des informations. Après quelques développements sur les enjeux liés à l'usage des entretiens semi-directifs, nous expliquerons la manière dont nous avons procédé.

Subséquemment, nous présenterons et analyserons la situation de la prévention du VIH/sida en Communauté Française. La description d'éléments de type historique prendra un nombre conséquent de pages ; nous pensons qu'il est nécessaire de se familiariser avec la situation et ses origines pour bien saisir la complexité des enjeux. Notre analyse portant sur la situation après 1996, nous présenterons ensuite les principales évolutions qui, à nos yeux, ont affecté le *dispositif* de prévention. Nous développerons enfin une analyse des pratiques développées par les acteurs de la prévention à l'égard du public pour finalement étudier brièvement quelques rapports de pouvoir entre certains acteurs.

II. Une grille théorique foucaldienne

Dans le cadre de ce travail, nous avons choisi d'utiliser des éléments théoriques et analytiques issus des productions de Michel Foucault. Cette partie du travail permettra d'expliquer pourquoi nous avons souhaité travailler avec ces œuvres, et quels éléments nous retiendrons pour analyser l'action publique de prévention du VIH/sida. Nous situerons d'abord brièvement les travaux du penseur pour expliquer ensuite plus en détails certains outils théoriques qui nous ont semblé intéressants.

Un nombre impressionnant de publications récentes font référence à certains concepts développés par Michel Foucault : épistémologie, philosophie, sciences psychologiques, anthropologie, sociologie, histoire, sciences politiques ; ces disciplines regorgent d'usages plus ou moins critiques, plus ou moins élaborés. On peut qualifier la pensée de Foucault de plurielle voire complexe, aux objets divers. L'auteur est encore en cours de commentaire par nombre d'académiques contemporains. Il est clair aujourd'hui qu'il existe plusieurs manières d'envisager, de lire et d'utiliser les productions de Foucault.

Une série de concepts dont l'usage est aujourd'hui fréquent ne sont pas toujours clairement définis par l'auteur lui-même : Foucault était un penseur « réflexif » dont la pensée pouvait beaucoup évoluer en peu de temps. Les termes employés dans un ouvrage sont souvent précisés, réinterprétés à l'occasion d'un cours ou d'une interview.

Il existe un nombre d'écrits considérable de Foucault, et encore plus de références sur ses usages, son actualité⁵. Nous avons essayé de constituer une bibliographie originale et la plus pertinente possible au regard des éléments qui semblaient novateurs et intéressants dans l'optique d'un travail de sciences politiques centré sur l'analyse de l'action publique. Il a fallu constituer une « boîte à outils » comme le penseur a pu le dire lui-même⁶, mais il faudra faire un usage clair des concepts retenus.

⁵ En 2004, Jean-François Bert proposait, dans le numéro spécial de la revue Portique, une bibliographie recensant les ouvrages et les articles importants sur les travaux de Michel Foucault, de 1984 à 2004. Ce recensement comptait à lui seul plus de 260 articles, numéros de revues, ouvrages collectifs et individuels. Sans compter les éléments publiés avant 1984 et après 200 : Jean-François Bert, « Bibliographie générale », *Le Portique [En ligne]*, 13-14 | 2004, mis en ligne le 15 juin 2007. D'autre part, le « Portail Michel Foucault » recense également un nombre impressionnant de références de Foucault, ou à propos de ses œuvres : <http://portail-michel-foucault.org/>

⁶ « Mais un livre est fait pour servir à des usages non définis par celui qui l'a écrit. Plus il y aura d'usages nouveaux, possibles, imprévus, plus je serai content. Tous mes livres [...] sont, si vous voulez, de petites boîtes à outils. Si les gens veulent bien les ouvrir, se servir de telle phrase, telle idée, telle analyse comme d'un tournevis ou d'un desserre-boulon pour court-circuiter, disqualifier, casser les systèmes de pouvoir, y compris

Couramment, une partition des œuvres de Foucault est réalisée par ses commentateurs. On distingue généralement trois périodes qui se différencient par leurs champs d'investigation :

- une première période d'« archéologie des savoirs », des années cinquante jusqu'au début des années septante, où les recherches portaient, pour résumer très fort, sur le développement des sciences de l'homme : psychologie, médecine, sociologie ;
- une deuxième période de « généalogie des rapports de pouvoir » développée principalement durant la seconde moitié des années septante ;
- enfin une période de réflexion sur les pratiques individuelles de subjectivation et de « gouvernement de soi », de 1980 à la mort de l'auteur en 1984.

Il nous semble qu'on peut repérer une ligne de fond commune à l'ensemble des œuvres du penseur : finalement, Foucault a travaillé sur une « philosophie de la constitution du sujet ». L'homme est objet de savoir, assujetti par des rapports de pouvoir, catégorisé, déterminé, étudié. Mais comment se fait-il sujet lui-même, au milieu de ce maillage complexe ? Quelle résistance développe-t-il, comment intègre-t-il ce que les activités humaines font de lui ? En 1979, il dit, pour parler de son programme d'étude : « Il s'agit d'interroger le type de pratique qu'est la gouvernementalité, dans la mesure où elle a des effets d'objectivation et de vérification quant aux hommes eux-mêmes en les constituant comme sujets. »⁷

Dans le cadre de ce travail, c'est dans les écrits issus de la période de « généalogie des rapports de pouvoir » que nous avons retenu quelques outils. Les ouvrages et les cours où sont développés divers éléments tels qu'une certaine conception du pouvoir, la « biopolitique » ou encore la « gouvernementalité » sont les plus proches des interrogations propres à la politologie. Ce tournant dans la pensée de Foucault est aussi intéressant car il s'est détourné de pistes de réflexions précédentes, plus sujettes à une lecture structuraliste.

Les travaux de l'auteur et leurs usages sont intéressants parce que, souvent, ils invitent à une certaine déconstruction de conceptions en vigueur ; on peut parler d'une manière d'envisager les choses à contre courant...

éventuellement ceux-là mêmes dont mes livres sont issus... eh bien, c'est tant mieux », Foucault, M., « Des supplices aux cellules » (1975), in *Dits et écrits II*, Paris, Gallimard, 2001, p. 720.

⁷ Foucault, « Manuscrit de l'introduction au séminaire de 1979 », cité dans Senellart, Michel, « Situation des cours », in Foucault Michel, *Sécurité, Territoire, Population. Cours au collège de France. 1977-1978*, Paris, Seuil/Gallimard, collection Hautes Études, 2004, p. 405

Une précision s'impose : la plupart des concepts de Foucault sont « à la fois analytiques et historiquement situés »⁸. Par exemple les notions de biopolitique, de discipline, de gouvernementalité sont des concepts créés en rapport avec les évolutions du monde occidental, ils ne sont peut-être pas valables partout et tout le temps pour l'auteur. Se pose ainsi la question de la pertinence des concepts de Foucault pour penser et analyser « l'ici et maintenant ». C'est aussi un des enjeux de ce mémoire, sur le plan théorique : utiliser la pensée particulière d'un philosophe dans le cadre d'un travail de sciences sociales.

Plus concrètement, il est clair que les travaux de Foucault ont eu une influence sur les sciences politiques, et en particulier pour l'analyse de l'action publique. C'est ce que pointe notamment Pierre Lascoumes⁹ : les travaux du philosophe permettent de saisir l'état sous l'angle de ses pratiques, de ses techniques et de ses instruments. Dégagé d'une conception idéologique ou juridico-discursive, on peut étudier les rapports de pouvoir dans toutes les relations, à tous les niveaux et dans toutes les institutions.

« Michel Foucault refuse [...] d'aborder le pouvoir en termes d'idéologie et déplace la question sur les pratiques étatiques, les actes par lesquels s'opérationnalise ou non le gouvernement des sujets et des populations. Ce faisant, il s'attache aux instruments, aux procédures et aux rationalités politiques qui les sous-tendent. »¹⁰

Didier Fassin et Dominique Memmi résument bien ce qui a retenu notre attention dans les œuvres du philosophe, ce pourquoi nous avons choisi de constituer une grille d'analyse foucaldienne :

« Multiplicité des formes d'exercice du pouvoir et des lieux de son application, diversité des voies de production des sujets à travers les multiples procédures de régulation des populations : tels sont bien les éléments qui nous intéressent dans l'héritage de l'œuvre tardive de Michel Foucault (bien plus que dans celle généralement invoquée dans la littérature sur le bio-pouvoir) »¹¹

⁸ Lebeer, Guy et Moriau, Jacques, « Les usages contemporains de la gouvernementalité, in *(Se) gouverner. Entre souci de soi et action publique*, Lebeer Guy et Moriau Jacques (dir.), Bruxelles, Peter Lang, Collection Action publique, 2010,, p. 12

⁹ Lascombes, Pierre, « La Gouvernementalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir », *Le Portique [En ligne]*, 13-14 | 2004, mis en ligne le 15 juin 2007. URL : <http://leportique.revues.org/index625.html>

¹⁰ Laborier, Pascale & Lascombes, Pierre, « L'action publique comprise comme gouvernementalisation de l'État », in *Travailler avec Foucault. Retours sur le politique*, Sylvain Meyet, Marie-Cécile Naves, Thomas Ribemont (dir.), Paris, L'Harmattan, 2004, p. 38

¹¹ Fassin, Didier et Memmi, Dominique, « Le gouvernement de la vie, mode d'emploi », in *Le gouvernement des corps*, Fassin, Didier et Memmi, Dominique (dir.), Paris, Éditions de l'EHESS, 2004, p. 22

a. Les concepts retenus dans le cadre de ce travail

i. *Conception(s) du pouvoir*

C'est dans « La volonté de savoir » que Foucault explique le plus clairement la manière dont il conçoit « le pouvoir » et comment il faut, selon lui, l'analyser.

A rebours de nombreuses écoles, Foucault s'oppose d'abord à une sorte de conception réifiée voire transcendantale du « Pouvoir ». Il rejette les analyses du pouvoir en termes idéologiques. Il écarte également les conceptions « juridico-discursives » du pouvoir¹² où celui-ci est considéré seulement à travers le souverain et sa bouche qu'est la loi. Pour Foucault, le pouvoir ne fonctionne pas seulement sous la forme de l'interdit et de la répression ; cette représentation du pouvoir est dépassée, les nouveaux procédés de pouvoir fonctionnent « non pas au droit mais à la technique, non pas à la loi mais à la normalisation, non pas au châtiment mais au contrôle, et qui s'exercent à des niveaux et dans des formes qui débordent l'état et ses appareils »¹³.

Les conceptions qu'il repousse passent à côté d'une série de lieux, de pratiques où il est possible de faire la généalogie des rapports de pouvoir. Ainsi, selon le penseur, « Il faut s'affranchir [...] du privilège théorique de la loi et de la souveraineté, si on veut faire une analyse du pouvoir dans le jeu concret et historique de ses procédés. Il faut bâtir une analytique du pouvoir qui ne prendra plus le droit pour modèle et pour code. »¹⁴

D'autre part, Foucault s'inscrit en faux vis-à-vis des théoriciens¹⁵ pour qui le pouvoir correspond à un « système général de domination exercée par un élément ou un groupe sur un autre, et dont les effets [...] traverseraient le corps social tout entier »¹⁶. Au contraire, pour lui, « Il faut sans doute être nominaliste : le pouvoir, ce n'est pas une institution, et ce n'est pas une structure, ce n'est une certaine puissance dont certains seraient dotés : c'est le nom qu'on prête à une situation stratégique complexe dans une société donnée. »¹⁷

¹² Foucault, Michel, *Histoire de la sexualité, tome I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976, pp.109-113

¹³ Foucault, Michel, *Histoire de la sexualité, tome I. La volonté de savoir*, op. cit., p. 118

¹⁴ *Ibid.*, pp. 118-119

¹⁵ Ce rejet nous semble directement adressé aux théories marxistes, en vogue dans les années 70. Voir Laborier, Pascale & Lascoumes, Pierre, *op. cit.*

¹⁶ Foucault, Michel, *Histoire de la sexualité, tome I. La volonté de savoir*, op. cit., p. 121

¹⁷ *Ibid.*, p.123

De là découlent cinq propositions :

- Le pouvoir ne doit pas être pensé en termes de possession comme une sorte de substance ; « le pouvoir s'exerce à partir de points innombrables, et dans le jeu de relations inégalitaires et mobiles »¹⁸
- « Les relations de pouvoir ne sont pas en position d'extériorité à l'égard d'autres types de rapports [...], mais leur sont immanentes »¹⁹
- Le pouvoir vient d'en bas, il n'y a pas d'opposition duale ou quasi manichéenne entre dominants et dominés se répercutant de haut en bas, du niveau macro vers le micro. S'il existe des rapports de domination à un niveau large, ceux-ci sont issus de rapports de force multiples qui ont cours dans divers lieux, à divers niveaux, et qui, parfois, convergent.
- « Les relations de pouvoir sont à la fois intentionnelles et non subjectives »²⁰ : corrélativement à la proposition précédente, les rapports de pouvoirs locaux sont toujours inscrits dans un calcul. Néanmoins, il serait contreproductif de rechercher les individus qui seraient la source des rapports de pouvoir, il n'y a pas une instance qui gèrerait « l'ensemble du réseau de pouvoir qui fonctionne dans une société »²¹. Ainsi, certains dispositifs (cf. infra) sont la résultante de pratiques locales qui s'agencent d'une certaine manière²².
- « Là où il y a pouvoir, il y a résistance »²³, et celle-ci « n'est jamais en position d'extériorité par rapport au pouvoir »²⁴ : le pouvoir ne pouvant s'inscrire que dans le cadre d'une relation, les résistances « s'y inscrivent comme irréductibles vis-à-vis »²⁵. Elles sont, elles aussi, multiples, et elles sont la source de la mobilité, de l'instabilité des rapports de pouvoir. Sans résistance, finalement, il n'y a que de l'obéissance.

Foucault développe donc une analytique « microphysique » du pouvoir, ce qui élargit considérablement le champ d'investigation couramment limité, jusqu'alors dans les sciences politiques, aux formes terminales de l'état. Chaque relation interindividuelle, chaque

¹⁸ *Ibid.*, p. 123

¹⁹ *Ibid.*, pp. 123-124

²⁰ *Ibid.*, p. 124

²¹ *Ibid.*, p. 125

²² Cette proposition résume l'opposition de Foucault à des toutes sortes de théories du complot.

²³ Foucault, Michel, *Histoire de la sexualité*, tome I. La volonté de savoir, op. cit., p.125

²⁴ *Ibid.* p. 126

²⁵ *Ibid.* p. 127

institution peut faire l'objet d'une analyse poussée permettant de mieux comprendre l'économie générale des pouvoirs, d'en saisir mieux la complexité.

Par ailleurs, la dimension dynamique et productive du pouvoir dans cette conception permet aussi un renouvellement sur le plan théorique. S'il y a un assujettissement de l'individu par les rapports de pouvoir, une objectivation par les savoirs, la résistance et la subjectivation restent irréductibles à ces processus, et il n'y a pas d'assujettissement stable et définitif comme le laissent entendre, par exemple, les théories inspirées du marxisme. Cette mise en valeur de l'instabilité des relations et des pouvoirs-savoirs (cf. infra) engendre aussi un rejet des théories plus structuralistes.

D'autres précisions peuvent être faites sur la conception foucaldienne du pouvoir. Ainsi, par exemple, la place particulière des couples de « coproduction » savoir-pouvoir. On pourrait dire que cette thématique des rapports entre pouvoir et savoir traverse toutes les œuvres du philosophe. Pour l'expliquer, il est intéressant d'exposer des éléments concrets, des situations particulières. Par exemple, c'est une partie de la thèse développée dans « Surveiller et punir », la prison et les autres institutions disciplinaires (école, hôpital, usine) permettent l'éclosion de nouveaux savoirs sur l'homme car ces mécanismes permettent une observation plus fine des comportements et des individus. Cela aboutit à l'éclosion des sciences de gestion, de la criminologie, etc. Plus tard dans l'œuvre du philosophe, l'hypothèse du biopouvoir est développée. Cette technique est basée sur une série de savoirs : pouvoir sur la population et sciences statistiques, démographie, santé publique, etc.

« Si la sexualité s'est constituée comme domaine à connaître, c'est à partir de relations de pouvoir qui l'ont instituée comme objet possible ; et en retour si le pouvoir a pu la prendre pour cible, c'est parce que des techniques de savoir, des procédures de discours ont été capables de l'investir. Entre techniques de savoir et stratégie de pouvoir, nulle extériorité, même si elles ont leur rôle spécifique et qu'elles s'articulent l'une sur l'autre, à partir de leur différence. »²⁶

Les techniques de pouvoir permettent donc de produire des savoirs, et les savoirs peuvent être réinvestis dans d'autres techniques de pouvoir. Savoir et pouvoir sont interdépendants, agissent l'un sur l'autre et évoluent mutuellement. On ne peut pas simplement parler d'une relation causale linéaire unidirectionnelle ; on pourrait dire qu'il s'agit presque de deux faces d'un même objet.

²⁶ *Ibid.*, p. 130

La conception de Foucault du pouvoir, de ce que le pouvoir produit, de comment il est produit, de comment les savoirs sont produits et produisent en retour est originale. Nous pensons que l'analytique des rapports de pouvoir-savoir peut se révéler un outil intéressant pour l'analyse de diverses politiques publiques.

ii. La notion de « dispositif »

Le terme de « dispositif » est aujourd’hui d'utilisation courante dans les sciences sociales en France²⁷. Deleuze disait en 1988 que « la philosophie de Foucault se [présentait] souvent comme une analyse des "dispositifs" concrets »²⁸. La mobilisation de ce concept est particulièrement frappante dans *la volonté de savoir*, avec le « dispositif de la sexualité » et dans le cours *sécurité, territoire, population*, avec le « dispositif de sécurité ». On peut aussi évoquer le dispositif de discipline mis en valeur dans « *Surveiller et punir* ».

On peut en effet expliquer les projets de l'auteur, ses travaux de la période généalogique, en les liant par la notion de dispositif. Il dit, lors de sa leçon du 11 janvier 1978 au Collège de France, vouloir se pencher sur une histoire des dispositifs, des techniques de pouvoir²⁹. Et c'est effectivement le travail auquel il s'est attelé de « *Surveiller et punir* » à son cours « Sécurité, territoire, population » : il a montré comment la société était passée, en quelques siècles, par différents modèles dominants d'économie générale des pouvoirs. Il distingue trois formes³⁰ qu'on pourrait qualifier de paradigmatisques :

- le pouvoir organisé sous la forme de la souveraineté, de la loi, de la répression et de l'interdit,
- le pouvoir organisé sur les disciplines, le dressage, la surveillance, l'individuation,
- le pouvoir organisé sur la « sécurité », la norme, la statistique, sous la forme du biopouvoir notamment.³¹

²⁷ A ce sujet, on pourra se référer au numéro 11 de la revue *Terrains et travaux*. En particulier, Beuscart, Jean-Samuel et Peerbaye, Ashveen, « Histoires de dispositifs (introduction) », ENS Cachan | *Terrains & travaux*, 2006/2 - n° 11, pages 3 à 15

²⁸ Deleuze, Gilles, « Qu'est ce qu'un dispositif ? » in *Michel Foucault philosophe, rencontre internationale, Paris 9-11 janvier 1988*, « Des travaux », Seuil, 1989 p. 185

²⁹ Foucault Michel, *Sécurité, Territoire, Population. Cours au collège de France. 1977-1978*, Paris, Seuil/Gallimard, collection Hautes Études, 2004, p. 10

³⁰ *Ibid.*, p. 7

³¹ Sur la notion de biopouvoir, voir infra.

Ce faisant, Foucault s'empresse de signaler que les différents dispositifs ne sont pas mutuellement exclusifs ; il n'y a pas de rupture nette, de point de passage entre une forme et une autre – les dispositifs sont même liés les uns aux autres dans l'histoire³². Ainsi, il précise : « Donc, vous n'avez pas du tout une série dans laquelle les éléments vont se succéder les uns aux autres, ceux qui apparaissent faisant disparaître les précédents. Il n'y a pas l'âge du légal, l'âge du disciplinaire, l'âge de la sécurité »³³. Les techniques propres à différents dispositifs peuvent exister concomitamment et même se renforcer l'une l'autre, mais à certains moments, un type a tendance à dominer les autres. Histoire des techniques au niveau micro, histoire des dispositifs au niveau macro, c'est une manière de caractériser ce à quoi Foucault s'est attelé pendant la période généalogique.

Quant à l'usage qu'on peut en faire, l'interview donnée par l'auteur à la revue *Ornicar* ? en 1977, publiée dans les « Dits et écrits » sous le titre « Le jeu de Michel Foucault » donne une bonne idée de la portée théorique et méthodologique qu'il accorde à ce concept. A la question « Quel est pour toi le sens et la fonction méthodologique de ce terme : 'dispositif' ? », il répond par la définition et le programme suivants :

« Un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit, aussi bien que du non-dit. Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments. »³⁴

Entre ces différents éléments, il veut trouver les liens, les jeux, les évolutions. Par dispositif, il dit entendre « une sorte de formation, qui, à un moment historique donné, a eu pour fonction majeure de répondre à une urgence. Le dispositif a donc une fonction stratégique dominante »³⁵. Mais après sa mise en place qui répond à des objectifs particuliers, le dispositif se perpétue comme tel, se constitue comme réseau d'éléments qui perdure au-delà de l'intentionnalité qui a mené à sa constitution³⁶. Le dispositif est alors « le lieu d'un double processus » :

- « Processus de surdétermination fonctionnelle, d'une part, puisque chaque effet, positif et négatif, voulu ou non voulu, vient entrer en résonance, ou en contradiction, avec les

³² En cela, la notion de dispositif est plus poussée que la notion d'épistémè telle que développée dans *Les mots et les choses* - où Foucault se refusait d'expliquer les changements d'épistémè dans l'histoire

³³ Foucault Michel, Sécurité, Territoire, Population. Cours au collège de France. 1977-1978, op. cit., p. 10

³⁴ Foucault, Michel, « Le jeu de Michel Foucault » (1977), in *Dits et écrits III*, Paris, Gallimard, 1994, p. 299.

³⁵ Ibid.

³⁶ Beuscart, Jean-Samuel et Peerbaye, Ashveen,, *op. cit.*, p. 5

autres, et appelle à une reprise, à un réajustement, des éléments hétérogènes qui surgissent ça et là. »³⁷

- « Processus de perpétuel remplissage (*sic*) stratégique d'autre part »³⁸, dans la mesure où un dispositif peut produire des effets n'étant absolument pas prévus à l'avance – mais que ces effets involontaires seront réutilisés au sein du dispositif ; le dispositif est le lieu d'un jeu, de rapports de force³⁹.

L'évolution des relations des différents dispositifs entre eux et avec les techniques de pouvoir et les acteurs est assez bien résumée dans un article de S. Raffnsøe sur la portée du concept pour les sciences sociales :

« En montrant comment un dispositif agit, on établit une systématique ouverte qui interagit sur, est influencée par et est détournée par d'autres dispositifs. Il ne s'agit donc pas d'un système fermé qui se reproduit lui-même. Les différents dispositifs n'existent pas l'un sans l'autre, mais ils interagissent suivant un concours réciproque et une influence mutuelle. »⁴⁰

Mais comment s'y prendre, dans une recherche, pour étudier les dispositifs, en faire la cartographie ? Le dispositif apparaît aux yeux du chercheur suite à une reconstruction, une articulation complexe de pratiques et d'actes : « rétrospectivement, les événements sociaux isolés paraissent comme des entités prenant naissance dans le dispositif qu'elles contribuent à former [...] On doit alors analyser les actes sociaux comme des événements qui sont destinés au dispositif et y agissent. »⁴¹. En effet, loin d'être quelque chose comme une structure fondamentalement aliénante, « un dispositif existe aussi à travers son activation, c'est-à-dire à travers l'ensemble des pratiques hétérogènes par lesquelles il vient à exister. »⁴²

Cette conception peut sembler complexe car habituellement on a tendance à comprendre « les choses avec clarté soit en les présentant comme sujet, soit comme objet » : « ou bien le dispositif agit, ou bien on agit avec le dispositif »⁴³. Cette manière de voir ne permet pas de

³⁷ Foucault, Michel, « Le jeu de Michel Foucault », *op. cit.*, p. 299

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid., p. 300

⁴⁰ Raffnsøe, Sverre, « Qu'est-ce qu'un dispositif ? L'analytique sociale de Michel Foucault », *Canadian Journal of Continental Philosophy*, 2008, 12(1), p.57

⁴¹ Raffnsøe, *op. cit.*, p. 59

⁴² Barbier, Marc, « 'Surveiller pour abattre'. La mise en dispositif de la surveillance épidémiologique et de la police sanitaire de l'ESB » (enquête), *Terrains & travaux*, 2006/2 n° 11, p. 103

⁴³ Raffnsøe, *op. cit.*, p. 59

saisir l'interdépendance entre d'une part, les pratiques sociales et les actes individuels intentionnels, et d'autre part le dispositif compris comme un ensemble lieu de ces pratiques.

C'est pourquoi il faut prendre les actes non comme seulement intentionnels mais aussi et d'abord comme événements sociaux au résultat indéfini : « les actes isolés qu'on pratique et les buts qui y sont attachés se croisent avec d'autres actes. Il résulte de cette interaction que les actes accomplis ne correspondront jamais tout à fait à ce qu'on attendait. »⁴⁴

On peut ajouter qu'à la différence d'une « conception réifiée du dispositif » où les acteurs seraient pris ou emportés dans des « logiques fatales » qui orientent une action collective, la perspective de Foucault nous invite « à étudier un dispositif comme un agencement performatif d'acteurs, d'objets et de règles, considérant dès lors le caractère fondamentalement inachevé de tout dispositif »⁴⁵. C'est pourquoi il faut envisager que le dispositif est présent « non pas comme un facteurcausalement déterminant, mais comme un arrangement, qui établit une série de dénouements de différents types de situations. Le dispositif indique une tendance générale. »⁴⁶

Cette perspective pointue nous invite à analyser l'action publique en étudiant le maillage qui peut exister entre des actes, des techniques de pouvoirs, des concepts, des savoirs, sans donner primauté à l'un ou l'autre de ces éléments pour expliquer des changements et des dynamiques.

iii. La gouvernementalité et ses techniques

Le concept de « gouvernementalité » a été développé assez tard par Foucault. Il apparaît lors du cours au Collège de France de 1978, « Sécurité, Territoire, Population », à la suite des notions de biopolitique, de discipline ou de dispositif. Mais on peut considérer l'apparition de l'étude de la gouvernementalité comme une extension du programme des recherches plus spécifiques développées à partir de 1975 dans « Surveiller et punir ». Nous pensons que les recherches préalables de Foucault peuvent être englobées au programme d'étude de la gouvernementalité ex-post ; on peut considérer les concepts de discipline, de biopolitique et de dispositif de sécurité comme relevant de l'étude des dispositifs et des techniques de

⁴⁴ Raffnsøe, *op. cit.*, p. 58

⁴⁵ Barbier, *op. cit.*, p. 103

⁴⁶ Raffnsøe, *op. cit.*, p. 61

gouvernement(alité), soit des recherches sur le développement de l'état moderne pris sous l'angle de ses pratiques.

C'est pourquoi sera d'abord présenté le concept englobant de gouvernementalité. Par la suite seront discutés les éléments plus spécifiques retenus qui permettent de caractériser certaines techniques de l'action publique ; bien que cela ne respecte pas la chronologie des œuvres de l'auteur, cela nous paraît cohérent.

Une première définition de la gouvernementalité est donnée lors de la quatrième leçon du cours Sécurité, Territoire, Population, marquant un tournant dans le programme de recherche initialement consacré à la biopolitique et aux dispositifs de sécurité (cf. infra) :

« Par gouvernementalité, j'entends l'ensemble constitué par les institutions, les procédures, analyses et réflexions, les calculs et les tactiques qui permettent d'exercer cette forme bien spécifique, bien plus complexe, de pouvoir, qui a pour cible principale la population, pour forme majeure de savoir, l'économie politique, pour instrument technique essentiel les dispositifs de sécurité.

Deuxièmement, par 'gouvernementalité', j'entends la tendance, la ligne de force qui, dans tout l'Occident, n'a pas cessé de conduire, et depuis fort longtemps, vers la prééminence de ce type de pouvoir qu'on peut appeler le 'gouvernement' sur tout les autres : souveraineté, discipline ; ce qui a amené, d'une part, le développement de toute une série d'appareils spécifiques de gouvernement et, d'autre part, le développement de tout une série de savoirs.

Enfin par gouvernementalité, je crois qu'il faudrait entendre le processus ou, plutôt, le résultat du processus par lequel l'Etat de justice du Moyen Age, devenu aux XVe et XVIe siècles Etat administratif, s'est retrouvé petit à petit 'gouvernementalisé' »⁴⁷.

Foucault distingue donc trois aspects pour relater le développement d'un appareil d'état moderne et la mise en place graduelle d'un ensemble de politiques publiques destinées à la population.

Mais le terme « glisse progressivement d'un sens précis, historiquement déterminé, à une signification plus générale et abstraite »⁴⁸ : la gouvernementalité a d'abord été utilisée de manière historique pour relater le changement de mode de gouvernement propre à l'état à partir du 18^e siècle, avec le développement d'une « raison d'état » moderne⁴⁹, concomitante à

⁴⁷ Foucault Michel, *Sécurité, Territoire, Population. Cours au collège de France. 1977-1978*, Paris, Seuil/Gallimard, collection Hautes Études, 2004, pp.111-112

⁴⁸ Ibid., pp. 405-406

⁴⁹ Thirion, Nicolas, *Théories du droit. Droit, pouvoir, savoir*, Bruxelles, Larcier, 2011, p. 83

l'essor de l'économie politique, des « sciences de police »⁵⁰ et à l'apparition du concept de « population ». Par la suite, le terme a été utilisé pour relater « toutes les formes d'exercice du pouvoir qui se débattent avec la question du gouvernement, c'est-à-dire qui tentent de gérer une population sans recourir principalement à la contrainte »⁵¹, avec la notion de « conduite des conduites »⁵². Il s'agit alors d'un nouveau cadre pour analyser les rapports de pouvoir au sein de dispositifs généraux. La gouvernementalité peut alors représenter la « rationalité immanente aux micro-pouvoirs »⁵³. C'est la conception large et dégagée de considérations de temporalité que nous retenons dans le cadre présent.

1. Le biopouvoir : anatomo-politique et bio-politique

La notion de biopolitique est probablement ce qui, dans l'œuvre de Foucault, a fait le plus de « remous ». Il y a aujourd'hui des utilisations très nombreuses du terme, couvrant des acceptations diverses. Or, finalement et paradoxalement, la biopolitique fait l'objet de peu de lignes dans l'œuvre de Foucault⁵⁴. En revanche, une grande partie de ses œuvres développent des idées en lien étroit avec la vie et les corps, depuis « *L'histoire de la folie* » jusqu'au « *Souci de soi* ».

Si l'idée d'un biopouvoir a tant de succès, c'est peut-être dû à une certaine tendance « visionnaire » de Foucault. Longtemps, les chercheurs ont fait peu de cas pour le corps dans les sciences humaines et sociales, objet considéré comme présocial⁵⁵. Cette désaffection est probablement due à la longue tradition de la distinction nature / culture, liée à la dichotomie cartésienne esprit / corps⁵⁶. La nature et sa dimension physique ou matérielle sont conçues comme échappant aux phénomènes sociaux ; dans les sciences sociales, seul a longtemps dominé l'intérêt pour l'esprit, la raison, le langage.

⁵⁰ À entendre comme « policy » ou « polizei » qui se distingue de « politics » ou « politik », Laborier, Pascale & Lascoumes, Pierre, *op. cit.*

⁵¹ Moriau et Lebeer, *op. cit.*, p. 20

⁵² Foucault Michel, *Sécurité, Territoire, Population. Cours au collège de France. 1977-1978*, *op.cit.*, p. 407

⁵³ *Ibid.*

⁵⁴ On ne trouve d'explications à ce sujet que dans la fin de la *Volonté de Savoir* et au début de *Sécurité, Territoire, Population*. Le cours *Naissance de la Biopolitique* est en réalité une étude de la gouvernementalité libérale.

⁵⁵ Fassin et Memmi, *op. cit.*, pp. 12-17

⁵⁶ *Ibid.*, p. 16

Foucault a fait exception, plaçant le corps, l'espace physique, l'objet au cœur de l'analytique du pouvoir, pensant « [le] corps comme sujet et objet de gouvernement »⁵⁷ dès l'écriture de « *Surveiller et punir* ». Avec Foucault, la dichotomie esprit - corps perd son sens car, dans les techniques de pouvoir singulières, il s'agit aussi bien de gouverner des âmes que de gouverner des corps⁵⁸.

La notion développée par Foucault dans une sorte d'épilogue à la volonté de savoir⁵⁹ est à nouveau historiquement située (cf. supra). D'un droit de vie et de mort ou *pouvoir de « faire mourir et laisser vivre »* en vigueur à une certaine époque, on serait passé au *pouvoir de « faire vivre et laisser mourir »* développé dans les sociétés occidentales à partir de l'âge classique. Pendant une longue période, on avait ainsi un pouvoir souverain s'exerçant essentiellement comme « instance de prélèvement » culminant avec la possibilité de s'emparer de la vie des sujets⁶⁰. Mais suite à de grandes transformations des mécanismes de pouvoir, « le prélèvement tend à n'en plus être la forme majeure, mais une pièce seulement parmi d'autres qui ont des fonctions d'incitation, de renforcement, de contrôle, de surveillance, de majoration et d'organisation des forces qu'il soumet [...] »⁶¹. Aujourd'hui, on aurait un « pouvoir qui s'exerce positivement sur la vie, qui entreprend de la gérer, de la majorer, de la multiplier, d'exercer sur elle des contrôles précis et des régulations d'ensemble »⁶².

Ce pouvoir sur la vie, ce « bio-pouvoir » s'est développé à partir du 17^e siècle sous deux formes principales : *anatomo-politique du corps humain* d'une part, pouvoir centré sur le corps, via des mécanismes de pouvoirs correspondant principalement aux disciplines, et *bio-politique de la population* d'autre part, où il s'agit d'intervenir sur les éléments influençant la démographie.

Les différentes techniques de savoir-pouvoir qui émergent parallèlement et qui sont centrées sur le vivant constituent donc le cœur de l'hypothèse du biopouvoir : développement des connaissances en statistique démographique, santé publique, essor des disciplines dans différentes institutions, etc. Le bio-pouvoir peut même être vu comme seuil d'une certaine

⁵⁷ Ibid., p.17

⁵⁸ Ibid., p. 17-18

⁵⁹ Foucault, Michel, *Histoire de la sexualité, tome I. La volonté de savoir*, op. cit., p. 177 et s.

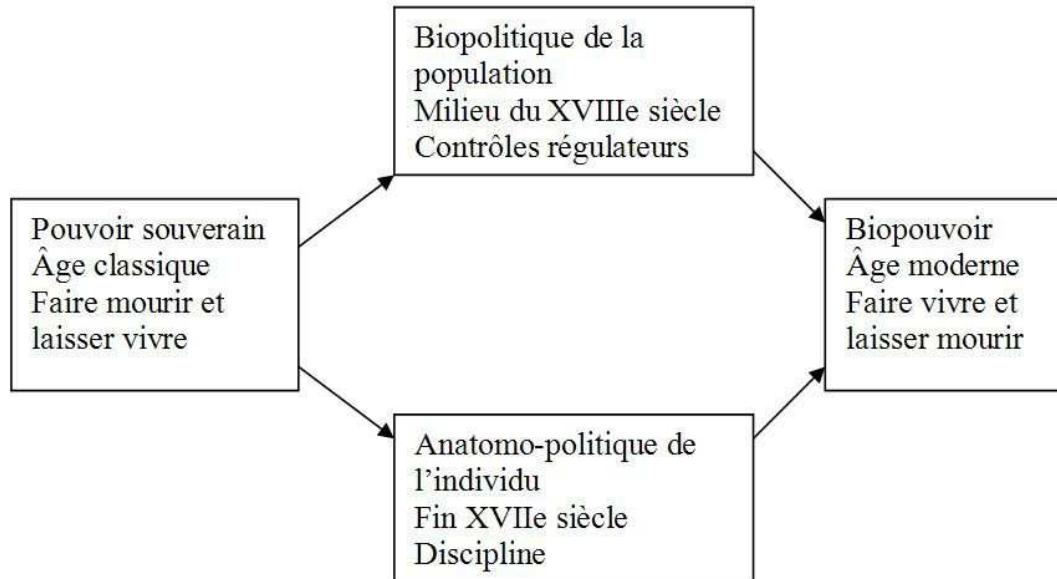
⁶⁰ Ibid., p. 178-179

⁶¹ Ibid., p. 179

⁶² Ibid., p. 180

forme de modernité pour Foucault : « L’homme, pendant des millénaires, est resté ce qu’il était pour Aristote : un animal vivant et de plus capable d’une existence politique ; l’homme moderne est un animal dans la politique duquel sa vie d’être vivant est en question. »⁶³

Le schéma suivant, issu d’un article de Frédéric Keck⁶⁴, résume bien la différence entre anatomo-politique, biopolitique et biopouvoir dans leur dynamique historique :



2. Dispositif de sécurité

Continuant son analyse de différentes techniques de pouvoir et de différents dispositifs lors de son cours au collège de France en 1978, Foucault expose les « dispositifs de sécurité » et leurs caractéristiques lors des trois premières séances.

Ceux-ci sont d’abord définis, via de multiples exemples⁶⁵, par opposition aux mécanismes juridico-légaux et aux outils disciplinaires. Mais l’avènement des mécanismes de sécurité ne disqualifie pas les techniques précédentes : il n’y a pas trois « âges » séparés et trois techniques de pouvoir qui seraient mutuellement exclusives⁶⁶ (cf. supra).

⁶³ Ibid., p. 188

⁶⁴ Keck, Frédéric « Les usages du biopolitique », *L’Homme*, 2008/3-4 (n° 187-188), p. 297

⁶⁵ Les évolutions dans le traitement des épidémies, des disettes, et dans l’urbanisation des villes.

⁶⁶ Foucault Michel, *Sécurité, Territoire, Population. Cours au collège de France. 1977-1978*, op.cit.., pp. 6-12

Les dispositifs de sécurité ont une forte parenté avec la biopolitique des populations telle qu'expliquée précédemment. Pour nous, il s'agit surtout d'une définition plus générale du type de dispositif, car les mesures utilisant de tels mécanismes ne visent plus seulement le souci d'extension de la population mais peuvent être utilisées en matière pénale ou économique. D'autre part, cette définition des dispositifs de sécurité dans « Sécurité, Territoire, Population », outre qu'elle s'applique à plus d'objets, est plus détaillée au niveau des techniques utilisées, comme nous allons le voir.

Par ailleurs, les dispositifs de sécurité sont liés à la notion générale de dispositifs définie plus haut dans le texte. Les dispositifs de sécurité correspondent simplement à un type de dispositif bien particulier et relativement commun puisqu'on peut repérer à partir de l'âge classique une série de réponses à certains problèmes publics utilisant des techniques de pouvoirs-savoirs relativement semblables.

« Foucault distingue quatre traits généraux des dispositifs de sécurité : le *milieu* comme espace de sécurité, le traitement de l'aléatoire par *régulations*, l'inscription de la *norme* à l'intérieur de normalités différentes, la *population* comme sujet et objet des mécanismes sécuritaires. »⁶⁷

Venons-en aux détails sur ces quatre traits :

1. Tout d'abord, « la sécurité [...] va prendre appui sur un certain nombre de données matérielles [...] Elle travaille sur un donné »⁶⁸. Les dispositifs de sécurité agissent sur un « milieu », un ensemble de données naturelles et artificielles où vit la population : « Le milieu, c'est là où précisément interfère une série d'événements que [les] individus, populations et groupes produisent, avec des événements de type quasi naturel qui se produisent autour d'eux »⁶⁹.
2. Ensuite, plutôt que d'empêcher un phénomène non voulu, le dispositif de sécurité se base sur sa réalité afin d'agir dessus : dans le dispositif de sécurité, on tente de saisir

⁶⁷ Ruelle, Charles « Population, milieu et normes », *Labyrinthe*, 22 | 2005 (3), p. 29 et Foucault Michel, *Sécurité, Territoire, Population. Cours au collège de France. 1977-1978*, *op.cit.*, p. 13

⁶⁸ Foucault Michel, *Sécurité, Territoire, Population. Cours au collège de France. 1977-1978*, *op.cit.*, p.21

⁶⁹ *Ibid.*, p. 23

les choses « où elles vont se produire », « au niveau de leur réalité effective »⁷⁰ au-delà des notions de bien ou mal, de souhaitable ou non⁷¹. C'est ensuite que le dispositif va agir sur cette réalité, « en faire jouer les éléments les uns par rapport aux autres »⁷² : dans les mécanismes propres à la sécurité, il faut « prendre appui sur la réalité [des] phénomènes, ne pas essayer de [les] empêcher, mais au contraire de faire jouer par rapport à [eux] d'autres éléments du réel »⁷³.

Cela a un corolaire important en ce que, pour Foucault, le libéralisme est intimement lié aux dispositifs de sécurité⁷⁴. Il considère l'avènement du libéralisme comme la mise en place de nouvelles techniques de gouvernement, comme la mutation d'une technologie de pouvoir étant la conséquence d'une évolution théorique⁷⁵. Le libéralisme est donc à la fois un programme idéologique mais aussi une technique de gouvernementalité. Puisqu'il agit sur la réalité des choses indépendamment de leur désirabilité, le dispositif de sécurité « laisse faire »⁷⁶.

D'autre part, Foucault constate que les technologies de pouvoir relevant de la sécurité intègrent de nombreux paramètres préalablement à leur définition : comportements, milieu, etc. Il y aurait une prise en compte de plus en plus large des éléments influant sur la réalité sur laquelle le dispositif agit⁷⁷.

3. Concernant la définition de la norme et de la normalisation, les dispositifs de sécurité ont encore des caractéristiques particulières. Dans les mécanismes disciplinaires, une norme abstraite est définie comme standard à atteindre. Les techniques de disciplines font ensuite en sorte que chacun s'y conforme : le normal et l'anormal sont déterminés par rapport au respect de la norme⁷⁸. Différemment, dans les dispositifs de sécurité, il y a d'abord un travail statistique d'observation sur un ensemble (la population) pour définir le normal et l'anormal. Un exemple tout trouvé consiste dans le calcul d'une moyenne ou d'un taux : taux de mortalité, taux de prévalence d'une maladie, etc. Le normal devient le taux en vigueur dans la population générale. Quand on a défini le

⁷⁰ Ibid., p. 48

⁷¹ Ibid.

⁷² Ibid.

⁷³ Ibid., p.61

⁷⁴ Foucault Michel, *Sécurité, Territoire, Population. Cours au collège de France. 1977-1978*, op.cit., p. 49

⁷⁵ Ibid., p. 36

⁷⁶ Ibid., p.47

⁷⁷ Ibid., p.46

⁷⁸ Ibid., p.59

normal sur base d'une observation du réel, la norme à poursuivre est en fait le normal. Le travail de normalisation sera donc effectué sur les sous-groupes s'écartant de la norme en vigueur ; il s'agira par exemple d'essayer de rapprocher les taux (de mortalité, de prévalence d'une maladie) des sous-groupes de ceux de la population générale. Cela va changer la moyenne de la population générale elle-même⁷⁹. Les mécanismes de sécurité nécessitent donc l'usage de statistiques ; c'est une bonne illustration d'une technique de pouvoir rendue possible par un savoir (cf. supra).

4. Enfin, les dispositifs de sécurité s'appliquent à un nouveau sujet-objet : ils visent à gérer la population, et ne sont pas destinés à l'individu-sujet du souverain ou encore l'individu-corps des disciplines. L'éclosion de la population comme réalité tangible, presque naturelle est liée à l'économie politique et à la démographie naissante⁸⁰. C'est à ce moment du cours que Foucault en vient à parler du gouvernement et de la gouvernementalité et déplace son analyse (cf. supra).

Nous avons présenté dans cette partie théorique les raisons qui nous ont poussé à utiliser certains travaux de Michel Foucault comme cadre de référence. Une boîte à outils a été constituée grâce à des concepts de la période de « généalogie des pouvoirs », mais cette panoplie, issue de travaux philosophiques, pourrait sembler bien abstraite et peu fertile pour un travail de sciences politiques consacré à l'étude de l'action publique. Nous tenterons d'utiliser les outils choisis de manière pertinente et opérante dans la section d'analyse des données empiriques récoltées sur la prévention du VIH/sida en Communauté Française.

⁷⁹ Ibid., pp. 58-65

⁸⁰ Foucault Michel, *Sécurité, Territoire, Population. Cours au collège de France. 1977-1978*, op.cit., pp.69-81

III. Le recueil d'informations empiriques - méthodologie

Avant d'exposer les informations empiriques récoltées, nous présenterons dans cette section l'explication des choix méthodologiques posés et la mise en place des techniques de recueil d'information.

Cette recherche porte sur une période relativement allongée. Après un travail exploratoire, il a été décidé de procéder à des entretiens semi-directifs comme source principale de données empiriques. Ce choix est critiquable mais il est justifié. Dans un premier temps, la recherche a été concentrée sur des éléments bibliographiques et documentaires. Rapidement, cependant, nous avons pu constater que les ressources documentaires et scientifiques concernant la situation belge et en particulier la prévention du VIH en Communauté Française/Fédération Wallonie-Bruxelles manquaient.

C'est parce que nous avons constaté l'insuffisance de ressources écrites que le choix de réaliser des entretiens s'est imposé assez naturellement⁸¹. Néanmoins, cette méthode apporte d'autres avantages et comporte aussi des points faibles. Ces différents éléments ont été mis en balance avant de faire un choix méthodologique qui n'est pas insignifiant⁸².

a. Les entretiens semi-directifs : avantages et inconvénients

D'abord, les entretiens, aussi peu directifs qu'ils soient, restent des moments artificiels et provoqués ; la relation entre le chercheur et l'interviewé est sui generis⁸³. Cela nécessite de faire attention au contexte, et lors de l'analyse, aux biais induits. Dans le cadre de notre usage des entretiens, visant à récolter des informations factuelles portant notamment sur une période passée, il faut garder à l'esprit qu'« aucun acteur n'est en mesure de donner un récit factuel complet des actions et de leur contexte »⁸⁴. Se reposer sur la mémoire des acteurs peut s'avérer risqué, ce problème augmentant avec l'ancienneté des informations recherchées : on

⁸¹ « Il est clair qu'en l'absence de sources écrites, de revues de presse suffisamment nourries, face à des processus d'action en cours, se tramant autour d'interactions informelles, les récits des acteurs qui sont parties prenantes de ces processus sont les seuls moyens de reconstituer les processus historiques de constitution de l'action publique. » Pinson, Gilles et Sala Pala, Valérie, « Peut-on vraiment se passer de l'entretien en sociologie de l'action publique ? », *Revue française de science politique*, 2007/5 Vol. 57, p. 579

⁸² A ce sujet, voir Bongrand, Philippe et Laborier, Pascale, « L'entretien dans l'analyse des politiques publiques : un impensé méthodologique ? », *Revue française de science politique*, 2005/1 Vol. 55, p. 73-111

⁸³ Quivy, Raymond et Van Campenhoudt, Luc, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 3^e édition, 2006, p. 176

⁸⁴ Bongrand & Laborier, *op. cit.*, p.97

peut être face à des oubli et à des reconstructions⁸⁵. D'autre part, on peut parfois douter de la totale honnêteté ou sincérité des acteurs. Certains peuvent chercher à occulter des éléments historiques gênants. Enfin, les acteurs impliqués dans un processus peuvent en avoir une vision particulière⁸⁶.

Ces limites nous invitent à utiliser la méthodologie avec prudence. Il faut garder à l'esprit que lors d'une interview, on n'obtient jamais qu'un matériau brut qui reste à critiquer et analyser ; il n'est pas question d'avoir la prétention d'obtenir des « faits », des « réalités ». Cela nécessite de recouper l'information recueillie en faisant un nombre suffisant d'entretiens et en diversifiant les sources. D'autre part, nous pensons que l'implication des individus dans les processus à propos desquels ils sont amenés à parler peut aussi être vue comme un avantage : cette implication les rend tout simplement capables de parler de ce qu'ils font, d'effectuer un retour réflexif. Il semble que les interviewés peuvent collaborer activement au développement de la recherche en pointant des éléments intéressants pour le chercheur, contrairement aux procédés plus directifs ou bien au travail sur de la documentation où tout repose sur le chercheur qui risque de passer à côté d'éléments importants⁸⁷. Il est aussi possible, pendant l'entretien, de stimuler les interviewés : la méthodologie offre cette souplesse. Le matériau récolté est bien plus riche qu'un discours enregistré dans le cadre d'un processus artificiel : le fait de se rendre dans un environnement non neutre comme le bureau, le lieu de travail donne un rôle à l'observation⁸⁸.

Il nous semble donc que la méthodologie choisie permet à la fois une certaine profondeur (il est possible d'exploiter beaucoup d'éléments et, lors de l'entretien, d'orienter, de demander des clarifications, des détails, etc.) et une certaine souplesse (peu de questions, respect du vocabulaire des interviewés, de leur cadre)⁸⁹. Enfin, très pragmatiquement, les rencontres donnent accès à d'autres matériaux de recherche. *In situ*, en fin de rencontre, nous avons souvent pu récolter des publications diverses liées aux interviewés et à leur organisation.

⁸⁵ Pinson & Sala Pala, *op. cit.*, p. 558-559

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Ibid., p. 576-577

⁸⁸ Bongrand & Laborier, *op. cit.*, p. 106-107

⁸⁹ Quivy & Van Campenhoudt, *op. cit.*, p.175

b. Comment nous avons procédé

Concrètement, il s'est agi de bénéficier des connaissances et du regard d'acteurs impliqués dans le secteur de la prévention et de la lutte contre le VIH/sida depuis un certain temps. Nous avons choisi de réaliser des entretiens avec des personnes travaillant dans le domaine depuis 1996 environ, afin de pouvoir effectuer un retour sur cette période où sont arrivées les trithérapies d'antirétroviraux (ARV). Le secteur de la prévention du VIH/sida en Communauté Française est assez limité en termes d'effectifs et d'associations et se regroupe au sein des « Stratégies concertées IST-sida »⁹⁰.

Ainsi, nous avons rencontré dix personnes :

- Une personne pour l'Observatoire du sida et des sexualités (centre de recherche et coordonnant les activités des stratégies concertées).
- Une personne qui avait travaillé d'abord pour l'agence de prévention du sida (APS) puis à la communauté française, toujours sur la prévention du VIH/sida
- Une personne pour l'association liégeoise Sidasol
- Une personne pour la Plateforme Prévention Sida
- Une personne pour l'association Ex Aequo travaillant principalement sur la prévention auprès du public des homo- et bisexuels masculins
- Une personne pour l'association Espace P travaillant auprès des personnes prostituées
- Une personne pour l'association SidAids migrants travaillant auprès des personnes migrantes
- Une personne pour l'association Modus Vivendi active auprès des usagers de drogues et en milieu festif
- Un médecin actif au centre de référence du CHU de Charleroi
- Un médecin actif au centre de référence du CHU de Liège

Parmi ces dix personnes, toutes sont actives dans le secteur de la prévention depuis plus de dix ans et huit sont particulièrement impliquées dans les stratégies concertées puisque membres du Comité de pilotage et d'appui méthodologique des Stratégies. On constate une surreprésentation des associations dans ce panel. C'est dû à deux éléments. D'une part, nous le verrons plus en détail, ce sont les associations et leurs travailleurs qui sont les principaux

⁹⁰ Nous développerons plus en détails la composition du paysage de la prévention dans les parties suivantes du travail.

acteurs de la prévention. D'autre part, bien que nous ayons essayé d'organiser des entretiens avec plus d'individus issus du monde politique ou des pouvoirs publics et du secteur médical, les premiers étaient relativement récalcitrants à l'idée d'une rencontre physique, justifiant cette tiédeur par une implication de faible durée (ils ne se sentaient pas capables de parler de la période de l'arrivée des ARV – pour la simple raison qu'une bonne partie ne travaillait pas encore sur ces matières à l'époque). Les seconds, acteurs médicaux, justifiaient leur refus par un agenda particulièrement chargé. Les conditions de réalisation d'un entretien étant importantes (temps disponible, pas de climat de stress, etc.), nous n'avons pas cherché les rencontres « à tout prix ».

Néanmoins, il nous semble que le panel constitué est intéressant : il est à la fois diversifié au niveau des rôles et spécifique de par la longue activité de chacun des acteurs et via leur travail commun de prévention et de lutte.

Ces dix entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone (memory-stick USB très peu encombrant). Cela représente huit heures d'échanges ; les interviews ont duré entre quarante minutes et une heure⁹¹.

Chaque fois, nous avons rencontré les acteurs dans leur milieu de travail (bureaux, locaux d'associations, cabinets).

Les entretiens se déroulaient de la manière suivante : après une brève prise de contact où étaient expliqués le but de la recherche, le processus de la rencontre et la dynamique semi-directive, nous demandions l'accord d'un enregistrement. Deux questions de base étaient posées :

- « Pouvez-vous expliquer le rôle de votre organisation dans la prévention du VIH/sida et développer un bref historique ? » (question à laquelle étaient consacrées plus ou moins dix minutes)
- « En termes de pratiques de prévention, avez-vous constaté des changements depuis l'arrivée, vers 1996, des antirétroviraux sur le marché? Vous pouvez par exemple répondre sous la forme d'un récit jusqu'à l'époque actuelle, en pointant les éléments que vous souhaitez. »

Ensuite, selon que la personne parlait longtemps ou pas, nous posions quelques questions portant sur des détails ou demandant des clarifications. Par exemple, si les « nouveaux

⁹¹ Le matériel (sous la forme de fichiers mp3) est disponible pour écoute sur demande.

paradigmes de la prévention » (cf. infra.) n'étaient pas abordés directement, une question était posée à ce propos. Bien entendu, nous faisions usage de techniques simples de facilitation pour engager la personne à parler et à développer ses propos. Nous n'avons pas ressenti de malaise au cours des rencontres, bien au contraire : les interviewés étaient prolixes et semblaient contents de pouvoir exposer leur travail et leur vision.

Ces entretiens nous ont permis de restructurer les idées conçues lors de la phase exploratoire. Au cours de la récolte d'informations, des hypothèses de plus en plus élaborées ont été construites, permettant un retour sur le terrain. Dans une certaine mesure, cette phase d'aller-retour entre le terrain et les éléments théoriques et analytiques avait des caractéristiques quasi inductivistes, à la manière de la Grounded Theory d'Anselm Strauss⁹².

Cette phase de recueil de données visait plus des données factuelles, historiques telles que les processus d'action, les pratiques des acteurs, etc. Néanmoins, le matériau fournit aussi nombre de données sur les représentations, les interprétations des interviewés, et la manière dont ils donnent du sens à leurs actions. Ces éléments pourraient faire l'objet d'une recherche ultérieure réutilisant les enregistrements.

Enfin, bien entendu, nous avons diversifié les sources d'informations empiriques. Outre les dix entretiens, il a été possible, lors des rencontres, d'observer le cadre de travail des acteurs⁹³. Nous avons également récolté divers « flyers », autocollants, brochures, cartes, kits contenant des préservatifs ou du matériel d'injection, etc. La littérature sociologique a été une source importante lors de la phase exploratoire mais également par la suite ; elle livre des informations intéressantes pour l'analyse. De la même manière, nous avons travaillé sur les textes juridiques encadrant le secteur de la promotion de la santé, ainsi que sur des « plans communautaires opérationnels », des rapports statistiques officiels et toute une « littérature grise ». La multiplicité des sources récoltées a permis de recouper les informations pour s'assurer de leur véracité. Cela permet de dépasser, dans une certaine mesure, les problèmes liés à la mémoire des acteurs. C'est pourquoi nous ferons usage des données factuelles récoltées avec précaution. Il nous semble aussi que la diversité des informations permet de réaliser une analyse plus complète et plus complexe, ce qui n'est pas sans lien avec le modèle théorique foucaldien choisi.

⁹² Quivy & Van Campenhoudt, *op. cit.*, p. 175, et Bongrand & Laborier, *op. cit.*, p. 105

⁹³ Bongrand & Laborier, *op. cit.*, p. 106-107

IV. La prévention du VIH/sida : présentation et analyse des éléments empiriques

Dans cette partie du travail seront présentées et analysées une série de données empiriques récoltées. D'abord, nous développerons divers éléments historiques permettant de décrire le contexte et les origines de la lutte contre le VIH/sida en Belgique et dans le monde occidental. Ensuite, nous présenterons les évolutions du *dispositif de prévention* à partir de 1996 environ, centrées autour des notions de « normalisation » et de « promotion de la santé » notamment. Il s'agira principalement de mettre en valeur certaines caractéristiques d'un « dispositif » particulier. Finalement, en faisant usage de la « boîte à outils » constituée, nous analyserons d'abord les techniques, les pratiques développées par les acteurs associatifs au sein du dispositif de la prévention, et ensuite quelques relations impliquant des rapports de pouvoir-savoir particuliers, quelques négociations susceptibles de changer la dynamique propre au dispositif décrit.

Plusieurs auteurs distinguent quatre phases communes à plusieurs pays dans le développement de l'action publique de lutte contre le VIH⁹⁴. Une première phase va de l'émergence du virus à 1985, où les auteurs relatent une certaine indifférence des pouvoirs publics vis-à-vis du sida, ne touchant que quelques sous-populations limitées. La deuxième phase prend place à partir de 1985, avec l'apparition de tests de dépistage, moment de transformation où le problème qui semblait circonscrit devient un enjeu public. Cette période s'étend jusque 1989 environ, et voit le développement d'une intense mobilisation. La troisième phase, pendant la première moitié des années 90, correspond à la mise en œuvre de réponses et d'actions exceptionnelles. Enfin, la quatrième phase commence vers 1996, avec l'arrivée sur le marché médical de traitements efficaces. Elle est souvent qualifiée de phase de « normalisation » et sera l'objet de notre analyse.

Nous avons choisi le moment de la normalisation comme début de la période sur laquelle porte ce travail car c'est un moment considéré comme charnière par de nombreux auteurs, où une action publique instituée au cours des années 80 et 90 est remise en question suite à

⁹⁴ Les sources concordantes que nous avons utilisé à ce propos sont les suivantes : Cantelli, Fabrizio, *L'Etat à tâtons. Pragmatique de l'action publique face au sida*, Berne/Bruxelles, P.I.E. Peter Lang, collection Action Publique, 2007, p. 25, voir aussi Setbon, Michel, « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*. 2000, 41-1. pp. 61-78

l'arrivée de nouvelles techniques médicales. Nous avons aussi choisi de travailler sur une période de quinze ans pour les raisons suivantes : en travaillant sur une durée plus importante, il y aurait eu trop de matière à analyser et il aurait fallu faire trop de raccourcis et de simplifications. En travaillant sur une période plus courte, il semblait compliqué de prendre assez de recul historique. Le choix de la période est lié au recueil d'informations via des interviews : plus on remonte loin dans le temps, plus il risque d'y avoir des éléments reconstruits par la mémoire, des défaillances sur des éléments précis (cf. supra).

Il faut bien considérer que la présentation des données empiriques ne donnera pas une vision exhaustive de la réalité, quelles que soient les limites spatiales et temporelles données à l'objet d'étude. Ici, vu la méthode d'entretiens, il faudra par exemple éviter de se focaliser sur des processus chronologiques lors de l'analyse vu l'évident risque d'ériger en vérités certaines éléments approximatifs en termes de dates, etc. Les données récoltées doivent être utilisées avec précaution et critique ; ce conseil s'applique aussi au lecteur.

a. Le VIH/sida de l'émergence à l'exceptionnalité⁹⁵

Pour la lisibilité et la cohérence de la recherche, il est nécessaire de faire un résumé relativement détaillé de l'histoire de la lutte contre le VIH/sida de son émergence à l'arrivée des traitements antirétroviraux, avant la période sur laquelle est centrée notre analyse. Cela permettra de mettre en avant la diversité des enjeux et la complexité de la situation. Il est aussi utile de montrer les origines historiques de la structuration de la lutte et de la prévention contre le VIH. Ce résumé est bien entendu partiel ; très nombreux sont les ouvrages de sciences sociales portant sur la période 1981-1996 environ⁹⁶, mais presque aucune référence ne concerne la Belgique à l'exception d'un chapitre de Michel Hubert⁹⁷ et d'un ouvrage de Fabrizio Cantelli⁹⁸. En outre, les entretiens ont aussi été la source d'informations précieuse sur cette période. Nous allons essayer de présenter au mieux ce « paysage ».

⁹⁵ Setbon, Michel, « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*. 2000, 41-1, pp. 64-68

⁹⁶ Les thèmes abordés sont aussi nombreux : rôle et action des mouvements associatifs, développements des politiques publiques, études de santé publique et sur la santé publique, études sur les pratiques sexuelles, etc.

⁹⁷ Hubert Michel, 1990, « AIDS in Belgium: Africa in Microcosm », in *Action on Aids. National Policies in Comparative Perspective*, Misztal Barbara, Moss David, New York, Greenwood Press, pp. 107-120

⁹⁸ Cantelli, Fabrizio, *L'Etat à tâtons. Pragmatique de l'action publique face au sida*, Berne/Bruxelles, P.I.E. Peter Lang, collection Action Publique, 2007

Les premiers cas qui ont introduit la problématique ont été référencés aux États-Unis en 1981. Des médecins constatent alors que des patients issus de la communauté homosexuelle souffrent d'une série d'infections opportunistes rares et de cancers atypiques (sarcome de Kaposi). L'alerte est lancée par le *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) et, rapidement, d'autres cas sont découverts dans d'autres hôpitaux⁹⁹. Très vite, on découvre que c'est une atteinte du système immunitaire qui cause les symptômes. Le taux de lymphocytes T CD4 est très bas chez les individus affectés. Les médecins s'accordent d'abord sur une maladie concernant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), sans pouvoir en découvrir la cause. Ainsi, ils ont d'abord parlé de « Gay-related immune deficiency » (GRID), quand la presse a utilisé les mots de « cancer gay »¹⁰⁰.

Mais la découverte de symptômes identiques dans d'autres parties de la population va modifier cette perception. Une prévalence importante est découverte au sein de différents sous groupes : haïtiens, hémophiles, héroïnomanes et, comme nous venons de le signaler, homosexuels. Cela conduira à identifier des groupes à risque, les « 4H ». Plutôt que de se référer aux préférences sexuelles dans la dénomination de la maladie, on parle ainsi dès 1982 de SIDA¹⁰¹ (acronyme de syndrome de l'immunodéficience acquise) qui deviendra plus tard un nom commun.

Le monde scientifique et médical recherche alors les causes de la maladie. Dès 1983, des équipes françaises, autour du professeur Montagnier à l'Institut Pasteur, et américaines, autour du professeur Gallo, ciblent leurs recherches sur une catégorie particulière de virus, les rétrovirus, plutôt rares et mal connus. Il y a eu une controverse longue et importante sur la paternité de la découverte du virus de l'immunodéficience humaine (VIH – dénommé ainsi à partir de 1986) entre les équipes américaine et française¹⁰². Cette découverte débouche dès 1985 sur la création d'un test de détection des anticorps anti-VIH dans le sérum sanguin. Dès lors, on parlera de séropositifs pour désigner les porteurs du virus qu'ils soient ou non en phase sida.

⁹⁹ Seytre, Bernard, *Histoire de la recherche sur le sida*, Paris, PUF, collection Que sais-je ?, 1995, pp. 13-18

¹⁰⁰ Pezeril Charlotte, Gaissad Laurent, « La séropositivité entre santé sexuelle et pénalisation », in *Présence d'enjeux non-médicaux dans les questions de santé*, Le Bodic C. et Hardy F., Procrire-prescrire., Presses universitaires de Rennes, à paraître, pp.105-106

¹⁰¹ Seytre, *op. cit.*, p. 17

¹⁰² Seytre, *op.cit.*, pp. 30-83

La découverte des modes de transmission du virus (horizontalement par voie sexuelle, par voie sanguine et de manière verticale de la mère à l'enfant) et l'utilisation de tests de dépistage fait craindre une épidémie d'une ampleur inouïe, dont la gravité est liée à l'absence de traitement efficace et de vaccin. Cette crainte et l'augmentation des connaissances et des techniques scientifiques sur le virus permettent la mise en place d'actions autres que la prise en charge médicale peu fructueuse des individus malades du sida et débouchent sur des premières actions de prévention¹⁰³.

Parallèlement à ces recherches et ces découvertes, la maladie se forge une place de première importance en termes médiatiques et sociaux. La mort de personnalités alimente des rumeurs dans les médias ; la maladie a longtemps eu un caractère « honteux » poussant les malades ou leur entourage à ne pas la révéler ; c'est d'ailleurs régulièrement toujours le cas en 2011. De 1985, au moment de la découverte du virus et de la diffusion de tests de dépistages à 1996 avec l'arrivée des traitements antirétroviraux efficaces, certains parlent des « années sida ». Il y avait une grande crainte d'une épidémie majeure touchant une grande partie de la population et la maladie avait un caractère spectaculaire car le décès des séropositifs était inéluctable à moyen terme.

Cela a amené une forte mobilisation sociale. Ainsi, la communauté gay particulièrement touchée a souvent été à l'origine des premières associations¹⁰⁴. Les actions de ces associations visaient d'abord l'accompagnement et la prise en charge des personnes touchées par le virus et de leurs proches (à la manière d'AIDES créé par Daniel Defert à la mort de son compagnon Michel Foucault en 1984). Rapidement, le répertoire d'actions s'est élargi, intégrant des messages de préventions, puis une vraie dimension militante et revendicatrice critiquant l'action de certains acteurs médicaux, de sociétés pharmaceutiques et des pouvoirs publics : contre la stigmatisation des séropositifs, pour l'accès aux traitements, etc. (à l'exemple d'Act Up créé à la fin des années 80 aux États-Unis)¹⁰⁵.

Ainsi, une série de militants associatifs ont développé leurs connaissances épidémiologiques et médicales pour pouvoir faire face au secteur médical et porter des revendications crédibles. A ces savoirs s'ajoutaient des savoirs « de terrain » auxquels les médecins n'avaient pas facilement accès : meilleure connaissance des publics touchés, de leurs pratiques et de leurs

¹⁰³ Setbon, *op. cit.*, p.65

¹⁰⁴ Cantelli, *op. cit.*, p. 109

¹⁰⁵ Dodier Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Editions de l'EHESS, 2003, pp. 74 et s.

prises de risque. Cette forte mobilisation a donné une place de premier plan aux associations dans la lutte contre le VIH¹⁰⁶ : des auteurs insistent sur l'exceptionnalité des « pouvoirs conquis par certains acteurs profanes dans la définition et la mise en œuvre de programmes publics »¹⁰⁷. Ainsi, des acteurs rencontrés en entretien sont revenus sur cette période de mobilisation.

« Il y a quinze ans, le sida avait ce phénomène d'urgence, ce phénomène d'actualité... Annoncer à quelqu'un qu'il est séropositif en 90, c'est annoncer quoi : c'est un diagnostic de mort relativement à court ou moyen terme. Maintenant on n'est plus là dedans. Je me souviens, au début des années 90, les gens venaient beaucoup plus pro activement vers nous pour faire des actions de sensibilisation, aborder le sida et autre. Maintenant ce n'est plus le cas... »¹⁰⁸

« Ex Aequo a été créé avant l'arrivée des antirétroviraux, et donc c'était encore dans un contexte où les décès étaient majeurs, où c'était la période noire quoi. Avec une structure qui était portée par pas mal de bénévoles dont certains étaient touchés de près par le VIH parce qu'ils étaient eux-mêmes séropos, ou parce que leur partenaire l'était, ou parce que leur meilleur ami était mort du VIH, il y avait un truc comme ça fort qui n'existe plus maintenant... »¹⁰⁹

L'action publique est donc basée sur deux éléments pendant la phase d'exceptionnalité du VIH/sida dans la plupart des démocraties occidentales : d'une part le refus de la stigmatisation et du dépistage obligatoire¹¹⁰ débouchant sur une responsabilisation générale incitant chacun à se protéger, quel que soit son statut sérologique et ses pratiques sexuelles, et d'autre part l'identification de groupes à risque auprès desquels agir prioritairement.

i. La situation belge

En Belgique, « l'action publique contre le sida s'est d'abord appuyée sur des structures médicales universitaires à vocation essentiellement curative »¹¹¹. Le développement des premières actions était basé essentiellement au début sur les informations importées des USA¹¹² – notamment sur les différents groupes à risque – catégorie très utilisée pour agir

¹⁰⁶ A ce propos, de nombreuses références existent sur la situation française. Par exemple, voir Patrice Pinell et al. (dir.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France 1981-1996*, Paris, PUF, coll. "Science, histoire et société", 2002 et Philippe Mangeot, sida : angles d'attaque, Vacarme 29 / Usages, <http://www.vacarme.org/article456.html>

¹⁰⁷ Setbon, *op. cit.*, p. 67

¹⁰⁸ Entretien à la Plateforme prévention sida, 26/10/2011, 15'20'' à 16'00''

¹⁰⁹ Entretien à Ex Aequo, 19/10/2011, 5'40'' à 6'20''

¹¹⁰ Dodier, *op. cit.*, pp. 65 et s.

¹¹¹ Cantelli, *op. cit.*, p. 107

¹¹² Hubert, *op. cit.*, p. 102

face à l'épidémie les premières années. Plus tard, seront préférés les termes de « pratiques à risque » ou de « public cible », moins stigmatisants. Par ailleurs, les premiers patients identifiés comme sidéens en Belgique étaient généralement originaires d'Afrique subsaharienne et semblaient avoir contracté le virus par des contacts hétérosexuels.

C'est en 1985 qu'est mise en place la première mesure issue des pouvoirs publics, avec un test de dépistage VIH obligatoire pour tout don de sang. Les dépistages se faisaient donc dans les centres de transfusion¹¹³, ce qui a amené petit à petit à la création de centres de références attachés à des hôpitaux universitaires, pour la prise en charge des séropositifs.

En 1986, le médecin Nathan Clumeck met en valeur l'importance de la transmission du virus par voie hétérosexuelle. Cela a pu faire prendre conscience, avec d'autres informations scientifiques et statistiques de chercheurs étrangers, qu'il y avait un risque d'épidémie majeure¹¹⁴ (où tout le monde était susceptible d'être touché, et plus seulement les quelques groupes « à la marge » que sont les usagers de drogues, les immigrés et les homosexuels).

C'est ainsi qu'ont été développées des campagnes de prévention autour du groupe des « jeunes » via de l'information dans les écoles, etc., ce qui n'est pas la même logique que pour la définition des autres groupes à risques : la mesure n'est pas basée sur des statistiques épidémiologiques ou des études sur les comportements à risque¹¹⁵. C'est en 1987 que les premières campagnes diffusées dans les médias à destination du grand public sont développées, et qu'est légalisée la publicité pour les préservatifs¹¹⁶.

Dès qu'est développé le travail de prévention, de nombreuses associations commencent un travail de terrain sur la thématique du VIH/sida auprès d'un public particulier : en 1987, 63 associations sont « accréditées » pour faire de la prévention sida auprès de 5 groupes cibles : les jeunes, les homosexuels, les usagers de drogues par voie intraveineuse, les prostituées et les étrangers. Une très large majorité d'entre-elles ciblait le groupe des jeunes¹¹⁷. Cette manière d'agir des pouvoirs publics est habituelle, d'après un acteur issu des services administratifs de la Communauté Française :

« De façon générale, la tendance dans le domaine de la prévention, c'est que les pouvoirs publics en communauté française ont quelques secteurs institutionnels où ils agissent

¹¹³ Hubert, *op. cit.*, p. 102

¹¹⁴ Setbon, *op. cit.*, pp. 64-65

¹¹⁵ Hubert *op. cit.*, p. 106-107

¹¹⁶ Ibid., p. 103, table chronologique

¹¹⁷ Ibid., p. 113

directement, par exemple la médecine scolaire, la petite enfance, euh, les vaccinations. Mais de façon générale, la tendance est plutôt de laisser agir le secteur associatif, de le soutenir selon que l'on estime que leur action est plus ou moins utile et plus ou moins pertinente »¹¹⁸

C'est donc à partir du moment où les acteurs publics, associatifs et médicaux se rendent compte de la possible étendue du problème et connaissent les modes de transmission qu'un travail de prévention est développé et que des mesures sont prises. Mais les acteurs de la prévention ne connaissaient pas bien les comportements des individus, leurs pratiques en rapport avec les modes de contamination. Pour agir et définir les actions à développer, il a été nécessaire d'utiliser des procédés de sciences sociales pour récolter de l'information auprès des publics cibles, comme nous le raconte une responsable d'association généraliste locale :

« Au départ, la prévention du sida n'était pas vraiment organisée [...] on avait un petit questionnaire pour récolter des données sur quels risques prenaient les gens pour avoir un petit peu plus d'informations, et grâce à ça, alors on a orienté déjà des programmes de prévention [...] pour créer une unité de documentation entre les universités pour finalement avoir des documents sur lesquels s'appuyer et sur lesquels pouvaient s'appuyer les acteurs. »¹¹⁹

En 1991, la Communauté Française décide de la création de l'*Agence de prévention du sida* – ci après APS - peu après la création d'une agence équivalente en France. C'est un engagement des pouvoirs publics marquant une volonté politique forte de se saisir du problème, qui n'est pas dans l'habitude des institutions en charge de prévention (cf. supra).

Les missions de l'agence sont les suivantes : coordonner le travail des organismes de prévention du sida et financer leurs projets, planifier la politique de prévention, mener des programmes en direction de publics spécifiques, organiser des campagnes d'information et de sensibilisation destinées au grand public¹²⁰. L'agence bénéficiait d'un statut parapublic permettant une autonomie et une rapidité d'intervention car soumis à moins de contraintes légales et administratives. Le budget alloué à l'APS était assez important en comparaison avec d'autres organisations de santé publique¹²¹.

¹¹⁸ Interview d'un responsable des matières de prévention du VIH/sida pour la Communauté Française, 09/11/2011, 2'00'' à 2'50''

¹¹⁹ Entretien à Sidasol, 24/10/2011, 2'50'' à 3'30''

¹²⁰ Cantelli, *op. cit.*, p. 115

¹²¹ Ces informations sont tirées de l'ouvrage de Fabrizio Cantelli et d'un entretien avec un ancien travailleur de l'APS qui a ensuite officié à la Communauté Française pour la D.G. santé.

La première association créée en Belgique est « appel homo sida », fondée en 1985 par des militants homosexuels. L'organisation sera renommée « aide info sida » en 1987¹²², élargissant sa cible. En 1994 : Ex Aequo a été créé comme « dissidence » d'« aide info sida », pour travailler de manière officielle auprès du public gay. Il y avait une dimension militante ; il s'agissait de faire reconnaître publiquement les besoins spécifiques des homosexuels masculins, en s'opposant parfois aux actions de l'agence, par exemple¹²³.

Une autre association thématique aux racines anciennes et s'occupant de la prévention du VIH auprès d'un public particulier est le Siréas (ex-service social des étrangers, aujourd'hui les activités liées au VIH sont réunies dans la « division » SidAids migrants). Cette organisation existait depuis un certain temps et était active auprès des migrants. L'action précoce (vers 1985, 1986) sur le problème du VIH était liée aux nombreux patients séropositifs originaires d'Afrique subsaharienne traités en Belgique. Il s'agissait de défendre les droits des migrants, de leur donner accès à une information adaptée concernant les traitements et les risques¹²⁴.

Espace P, travaillant avec des personnes prostituées, a été créé en 1988 par des médecins traitants, des virologues spécialistes du sida et d'autres personnes issues du monde associatif. L'idée était d'abord de savoir si les prostituées étaient au courant de l'épidémie et se protégeaient : le premier travail fut un travail d'enquête, où il a été découvert que 80% des prostituées ne prenaient pas vraiment de risques. Plus tard, dès 1995, l'association développera des actions de prises en charge médicale et de dépistage (cf. infra)¹²⁵.

Concernant le public des usagers de drogue, après une période d'action spécifique dans une « division HIV » du comité de concertation alcool drogue (CCAD) de la Communauté Française, l'association Modus Vivendi a été créée en 1994. Les premières actions développées étaient les opérations « boule de neige », via lesquelles des usagers de drogue sont formés pour devenir eux-mêmes les messagers de la prévention VIH auprès de leurs pairs¹²⁶.

¹²² Cantelli, *op. cit.*, p. 110

¹²³ Entretien à Ex Aequo, 19/10/2011 et Cantelli, *op. cit.*, pp. 113-114

¹²⁴ Entretien à SidAids migrants, 26/10/2011, et site internet du Siréas, « notre institution », consulté le 30/11/2011 : http://www.sireas.be/pages/spip.php?page=nos_structures&id_article=542

¹²⁵ Entretien à Espace P, 21/10/2011

¹²⁶ Entretien à Modus Vivendi, 10/11/2011

Le travail de prévention et ses pratiques se base, nous l'avons vu, sur des études portant sur les pratiques de certains publics. Au-delà de ces savoirs, certains concepts recouvrent une grande importance dans la définition des actions. Par exemple, le développement du concept de « vulnérabilité »¹²⁷ issu des sciences sociales a eu une certaine importance pour spécifier les actions de prévention. La notion est souvent employée par les acteurs de la prévention depuis le milieu des années 90 (dans des publications, dans les entretiens). Elle permet de redéfinir les « groupes à risques » sur base de critères stigmatisant moins, mais les publics visés ne changent pas ; ce sont plutôt la manière d'en parler et la manière de justifier l'action ciblée qui changent.

La définition de publics cibles était donc ancrée dans les années 90. Cette définition se faisait sur base de critères épidémiologiques et statistiques (la prévalence du virus dans une frange de la population), sur base de comportements particuliers (les pratiques sexuelles et l'usage de produits stupéfiants) et sur base de l'environnement psychosocial (avec les vulnérabilités). Voici, par exemple, comment l'agence justifiait son action auprès des jeunes adultes. Les éléments comportementaux et psychosociaux sont mis en valeur :

« De manière générale les jeunes adultes demandent une attention particulière dans la mesure où dans cette tranche d'âge on observe : un multipartenariat fréquent, une recherche affective intense, des changements de statut, de repères, de modes de vie qui induisent une plus grande vulnérabilité, mais [...] les comportements ne sont pas encore définitivement ancrés »¹²⁸

Une autre notion importante et assez usitée dans la prévention est celle de « réduction des risques ». Cette idée a été développée suite à l'arrivée du VIH d'abord en matière d'usage de drogues, mais elle concerne aussi la sexualité.

¹²⁷ « Le concept de vulnérabilité doit être compris en prenant trois temps en considération : en amont de l'événement, les facteurs qui influencent l'exposition des personnes et des groupes au virus ; au moment de l'événement, les capacités dont ces personnes et ces groupes disposent pour faire face à la situation ; en aval, les conséquences d'une infection au VIH pour les groupes ou les individus. Les facteurs qui influencent l'exposition, la capacité et les conséquences doivent être analysés aux niveaux de la trajectoire (facteurs individuels), de l'interaction entre partenaires (facteurs relationnels) et du contexte social. » Dans : Martens V, Parent F et al. *Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/SIDA en Communauté française 2007-2008*. Bruxelles, Observatoire du Sida et des sexualités (FUSL), décembre 2006, p. 43

¹²⁸ Programme 1996-1997 Agence de prévention du sida et Infor Sida, p. 28

On peut l'expliquer de la manière suivante¹²⁹ : en termes de transmission du VIH, les pratiques impliquant des prises de risque existent. Partant du point de vue qu'on ne pourra pas supprimer ces pratiques (avec des stratégies de « risque zéro » : abstinence ou pratiques n'impliquant pas les modes de transmission), il faut faire en sorte que lors d'un comportement impliquant un risque de transmission, les individus puissent réduire ce risque au maximum. Cela se fait via l'usage du préservatif pour les pratiques de pénétration (« safer sex »), et via l'usage de seringues neuves pour l'injection de drogue. Ces deux techniques ont longtemps été considérées comme les seules permettant de réduire au maximum le risque de transmission (cf. infra). La réduction des risques passe aussi par l'information sur les modes de transmission du virus et les autres risques liés aux autres pratiques sexuelles et aux autres usages de drogues.

Pour résumer très brièvement, l'action publique de prévention en Communauté Française vers 1995-96 se base sur la définition de publics cibles¹³⁰, dont certains cumulent les « vulnérabilités » qui augmentent le risque d'exposition au virus. Dans ce cadre, il s'agit de faire un travail de « réduction des risques » en prenant en compte les pratiques et les comportements existants. D'autre part, les mesures choisies ne sont pas répressives ; il s'agit d'insister sur la responsabilité¹³¹ de tout un chacun via des actions visant le grand public et pas seulement les séropositifs, en informant sur le mode transmission et en facilitant l'accès aux moyens de protection. Ce travail est le fait de l'Agence de prévention du sida pour les campagnes grand public et la coordination du secteur. L'APS, organisme parapublic, finance aussi des associations de terrain s'occupant de publics spécifiques pour des actions de prévention et de prise en charge psychosociale. D'autre part, le travail de prise en charge médicale est principalement le fait des centres de références qui tentent d'accompagner les séropositifs et surtout les malades en phase sida, pour lesquels aucun traitement efficace n'est disponible. A l'époque, « on peut déjà déceler une tension entre un référentiel médical curatif

¹²⁹ Modus Vivendi, [Charte de Réduction des Risques](http://www.modusvivendi-be.org/IMG/pdf/ChartePFrdrja_vier08.pdf), http://www.modusvivendi-be.org/IMG/pdf/ChartePFrdrja_vier08.pdf et *La prévention du sida en communauté française. Plan guide triennal 1996-1998*, agence de prévention du sida, p. 45

¹³⁰ Nous l'avons vu, il s'agit des homosexuels (principalement masculins), des migrants, des usagers de drogues, des personnes prostituées, des jeunes et des séropositifs.

¹³¹ Cantelli, *op. cit.*, p. 12

[...] et un référentiel préventif »¹³². Cette tension a pu être exacerbée par la répartition des compétences entre les différents niveaux de pouvoir en Belgique¹³³, en vigueur depuis 1980.

Nous pensons que ces éléments caractéristiques de l'action publique face au VIH/sida sont constitutifs d'un *dispositif* au sens entendu dans la partie théorique, « comme un agencement performatif d'acteurs, d'objets et de règles »¹³⁴, dont la constitution a été intentionnelle : sa fonction était de répondre à une urgence à un moment donné.

La période de développement de l'action publique, pendant laquelle se sont définies les relations entre les acteurs associatifs, médicaux, politiques et où ont été créées leurs pratiques, pourrait faire l'objet d'une analyse foucaldienne passionnante, notamment au niveau du rôle des savoirs sociaux, médicaux et profanes dans la définition de pratiques de pouvoir et de résistances, et dans les relations nouées entre médecins et malades soutenus par des associations. Cela dépasserait cependant l'ampleur de ce travail, la difficulté pour accéder à des ressources empiriques nombreuses et fiables sur la situation belge rendant une telle analyse d'autant plus complexe. C'est pourquoi nous partons de la situation à l'arrivée des traitements antirétroviraux pour notre analyse.

b. La lutte contre le VIH/sida en phase de normalisation : quelles évolutions dans le dispositif de prévention

Les origines historiques et la situation de la prévention et de la lutte contre le VIH/sida avant l'arrivée des traitements antirétroviraux ont été présentées dans la partie précédente. Il s'agit maintenant d'étudier plus en détails le dispositif, de mettre en avant certaines de ses caractéristiques remarquables ainsi que les transformations qui s'y sont produites.

Dans cette partie seront donc présentées certaines évolutions du milieu et des pratiques de la prévention du VIH/sida en Communauté Française à partir de l'arrivée des traitements d'antirétroviraux en trithérapie (ci-après, indistinctement trithérapies, antirétroviraux, ARV), aux alentours de 1996.

¹³² Ibid., p. 112-113

¹³³ Entretien à la Plateforme prévention sida le 26/10/2011 et entretien à Sidasol le 24/10/2011

¹³⁴ Barbier, Marc, « 'Surveiller pour abattre'. La mise en dispositif de la surveillance épidémiologique et de la police sanitaire de l'ESB », *op. cit.*, p. 103

i. L'arrivée sur le marché des traitements antirétroviraux : la normalisation et ses effets

Ce moment est couramment interprété comme étant le début d'une phase de « normalisation » en opposition avec une phase d'exceptionnalité dans la lutte (cf. supra) : affaiblissement de la mobilisation, intégration des dispositifs spécialisés aux institutions classiques de la santé publique, etc.¹³⁵

Le concept de normalisation est issu des sciences sociales. Pour ses utilisations concernant la lutte contre le VIH/sida, il vise à caractériser l'évolution de la situation à partir de l'arrivée des ARV, en opposition à la phase d'exceptionnalité propre à la fin des années 80 et au début des années 90¹³⁶.

Cette normalisation est la conséquence de plusieurs facteurs, au premier chef desquels se trouve l'arrivée de traitements ARV hautement actifs. Cela a révolutionné la prise en charge médicale des séropositifs en diminuant considérablement le nombre de cas de sida et en conséquence le nombre de décès¹³⁷. Il ne faut néanmoins pas oublier que si le taux de mortalité diminue et l'espérance de vie augmente, le nombre de séropositifs à prendre en charge augmente dans la même mesure.

D'autre part, les données statistiques épidémiologiques se sont révélées moins grave que ce qui avait été imaginé à la fin des années 80¹³⁸ : « le risque d'explosion ne semblait plus évident »¹³⁹. Cette considération était basée sur le nombre de séropositifs déclarés et sur l'estimation à la baisse du « chiffre noir » : le nombre de porteurs du virus qui l'ignorent.

Enfin, on l'a vu, une gamme de réponses a été mise en place entre 1985 et 1996. Il existe donc divers outils dans une action publique instituée pour répondre au problème du VIH : des dépistages, des actions de prévention et finalement un traitement permettant aux malades qu'une phase symptomatique de sida ne mène à la mort. Les acteurs du monde médical ont d'ailleurs commencé à parler d'une « pathologie chronique »¹⁴⁰.

¹³⁵ Cantelli, op. cit., pp. 31-36

¹³⁶ Vignes M. et Schmitz O., *La séropositivité, un regard des sciences sociales*, Bruxelles Publications des Facultés Universitaires Saint Louis, 2008, p. 78-79

¹³⁷ Setbon, *op. cit.*, p.69 & entretiens aux Centres de références des CHU de Liège et Charleroi

¹³⁸ Setbon, *op. cit.*, p. 68

¹³⁹ Interview d'un responsable des matières de prévention du VIH/sida pour la Communauté Française, 09/11/2011, 8'45''

¹⁴⁰ Entretien au Centre de référence du CHU de Liège,

Pour certains auteurs dont Michel Setbon, la normalisation résulte d'un changement dans la perception et dans l'acceptabilité du problème ou du risque, et en aucun cas d'un changement du problème représenté par le sida¹⁴¹. Cela s'est traduit, chez les acteurs associatifs, par la crainte d'une réduction de la place de la prévention au profit de la médicalisation dans la lutte contre le VIH¹⁴².

En Communauté Française, la première mesure caractéristique de la normalisation fut la suppression de l'Agence de prévention du sida et l'intégration de ses services à l'administration de la Communauté Française par le décret du 22 décembre 1997¹⁴³. Cette suppression n'est pas seulement liée aux éléments définis ci-dessus ; des problèmes de gestion interne et des tensions avec les associations ont également été rapportés¹⁴⁴.

« L'Agence agissait sans tenir compte des autres associations qui étaient sur le terrain, qui avaient une certaine expertise, qui travaillaient avec des publics spécifiques, qui travaillaient avec des personnes séropositives. Et l'agence était quelque part un organisme parastatal qui travaillait dans ses bureaux et réfléchissait en interne avec des agences de com' à des campagnes »¹⁴⁵

La suppression de l'agence reste emblématique de la normalisation : c'est typiquement le processus d'intégration d'organismes particuliers dédiés au sida à des structures plus générales de santé publique que les chercheurs ont intégré sous ce vocable.

Parallèlement, et progressivement, les budgets alloués à la prévention du VIH/sida ont baissé ; plusieurs acteurs associatifs se sont plaints du manque de moyens auquel ils font face. La plupart des associations ont en effet un nombre limité de travailleurs. Nous avons pu observer que les plus grosses organisations comptaient cinq à dix personnes au travail lors des rendez-vous. Leurs tâches sont diverses : accueil téléphonique, conception de nouvelles campagnes et de nouveau matériel de prévention, travail administratif et de gestion, concertation avec le public cible, etc.

Dans le même temps, les acteurs ont constaté une chute de la mobilisation sociale liée à la réduction du caractère spectaculaire de la maladie dans les années 80 et 90¹⁴⁶. Parlant des

¹⁴¹ Setbon, *op. cit.*, p. 75

¹⁴² *Ibid.*, p. 71

¹⁴³ Décret portant restructuration de la prévention du Sida en Communauté française, M.B. 31-12-1997

¹⁴⁴ Cantelli, *op. cit.*, pp. 116-117 & entretien avec un responsable des matières de prévention du VIH/sida pour la Communauté Française, 09/11/2011, 6'40''

¹⁴⁵ Entretien à la Plateforme prévention sida, 3'10'' à 3'45''

¹⁴⁶ Vignes et Schmitz, *op. cit.*, p. 116 & entretien à la Plateforme prévention sida, vers 15'00''

bénévoles actifs dans une association avant l'arrivée des ARV, une personne de l'association précise : « Il y avait un truc, comme ça, fort, qui n'existe plus maintenant. Alors tant mieux, mais en même temps ça veut dire aussi qu'il y a beaucoup moins de forces vives qu'avant »¹⁴⁷.

En outre, le changement de perception de la maladie avec l'arrivée des trithérapies a alimenté la crainte d'un relâchement des comportements préventifs et de réduction des risques. « L'angoisse était que l'arrivée de ces ARV ne déforce le message de prévention »¹⁴⁸. Les associations de prévention ont choisi d'insister sur la gravité de la maladie, incurable et impliquant un traitement tout au long de la vie¹⁴⁹.

Ainsi, un chercheur de l'Observatoire du sida et des sexualités en charge des « stratégies concertées IST-sida » (cf. infra) résume les inquiétudes du secteur de la prévention à l'arrivée des ARV :

« Il y avait énormément de questions par rapport à la prévention et par rapport à la fois à l'impact de ces traitements sur la manière dont les différents publics cibles envisageaient le rapport au risque. Il y avait aussi des inquiétudes par rapport à l'impact de l'arrivée de ces nouveaux traitements sur la gestion publique : est-ce que ça ne va pas être une occasion pour l'état de retirer ses billes et de dire que [...] dorénavant le centre de gravité était plutôt du côté du curatif et qu'on pouvait du coup un peu moins investir au niveau de la prévention. Et alors il y avait une crainte, de la part des intervenants de la prévention, d'une reprise en main [...] des choses par le monde médical. »¹⁵⁰

Les craintes de relâchement des comportements ont été confirmées par les données épidémiologiques. Ainsi, on a pu constater une augmentation continue du nombre de contaminations annuelles jusque 2010, avec la plus forte augmentation du nombre de contamination par an entre 1997 et 2000. Depuis lors, on dépiste en moyenne un peu plus de trois cas par jour¹⁵¹.

La disparition de l'Agence de prévention du sida a laissé place à un vide concernant certaines missions. Il n'y a pas ou presque pas eu de campagne de prévention destinée au grand public pendant plusieurs années, au moment critique où l'afflux de nouvelles informations sur le

¹⁴⁷ Entretien à Ex Aequo, 6'00”

¹⁴⁸ Entretien à Ex Aequo, 10'00”

¹⁴⁹ Entretien à Ex aequo

¹⁵⁰ Entretien à l'Observatoire du sida et des sexualités, 13'30” à 14'30”

¹⁵¹ Sasse A. et al., *Epidémiologie du sida et de l'infection à vih en Belgique, Situation au 31 décembre 2010*, Santé publique & Surveillance, ISSP | Novembre 2011 | Bruxelles, Belgique

VIH et son traitement pouvait mener à modifier les attitudes face aux risques et les comportements :

« Le politique, supprimant l’agence, a jeté le bébé avec l’eau du bain, je dirais, puisque le fait d’avoir des campagnes d’information et de sensibilisation restait quand même important puisque le sida reste une maladie grave, une maladie dont on ne guérit pas [...] d’autant plus que c’était l’arrivée des trithérapies donc pour le commun des mortels, ça pouvait être perçu comme étant moins grave [...] donc avec des prises de risques plus importantes »¹⁵²

Divers acteurs ont relaté cette période. Les associations thématiques ciblant des publics spécifiques ont continué à travailler sur des actions de prévention. Suite à un sentiment de demande d’action pour le grand public et les jeunes, les acteurs associatifs spécifiques ont décidé de se coordonner pour développer de tels outils. Sont donc apparus vers 2000, pour combler le vide laissé par la suppression de l’APS sans retomber dans ses « travers institutionnels », la *Plateforme de prévention du sida* pour les campagnes de prévention jeune et grand public d’une part et l’*Observatoire du sida et des sexualités* centré sur des recherches et un appui scientifique et méthodologique d’autre part¹⁵³. Ces institutions sont donc pour ainsi dire des « produits de la normalisation »¹⁵⁴, et sont dues à l’initiative des acteurs de terrain.

Nous avons présenté les principales évolutions directement liées à l’arrivée des traitements antirétroviraux et généralement regroupées via le concept de « normalisation ». Dès lors, nous présenterons ci-après d’autres évolutions qui ont touché le dispositif de la prévention en communauté française après 1996.

ii. La coordination des acteurs de la prévention

Sur le plan institutionnel, d’autres évolutions importantes ont touché le secteur. Ainsi, un processus participatif a été mis en place. « C’est en 2003-2004 que la ministre de l’époque [Nicole Maréchal, écolo] a voulu construire un plan communautaire opérationnel [de promotion de la santé] »¹⁵⁵. Pour la thématique de la lutte contre le sida, il a été proposé de faire un travail participatif réunissant l’ensemble des acteurs du secteur de la lutte contre le

¹⁵² Entretien à la Plateforme, 4'55 à 5'45''

¹⁵³ Entretien à la Plateforme 8'00' à 10'30''

¹⁵⁴ Entretien à l’Observatoire, 1'30''

¹⁵⁵ Entretien à l’Observatoire, 5'30''

VIH/sida, sous l’égide méthodologique de l’Observatoire du sida et des sexualités. Cette coordination a pris place sous le nom d’Ateliers de lutte contre le sida¹⁵⁶. Quand les pouvoirs publics ont eu assez d’informations pour rédiger le plan communautaire opérationnel (PCO), les réunions à l’initiative de l’administration et du politique ont cessé. C’est alors que les acteurs associatifs et médicaux engagés dans cette dynamique ont décidé de perpétuer le système et ont créé, en 2004, les « Stratégies concertées IST-sida »¹⁵⁷, réunissant une grande partie des organismes actifs dans la lutte contre le VIH en Communauté Française. Les Stratégies ont des objectifs de planification, de coordination du secteur, de réflexion sur les méthodes développées dans le travail de prévention ainsi que d’évaluation des actions¹⁵⁸.

iii. Les discours de la prévention du VIH/sida

Au-delà de ces changements organisationnels, selon le point de vue des acteurs rencontrés, il n’y a eu que peu de changements au niveau des actions de prévention du VIH/sida sensu stricto. Les outils et les supports n’ont pas beaucoup changé. Les évolutions les plus marquantes concernent le contenu des messages, qui s’est complexifié, et a pris en compte l’arrivée de nouveaux éléments médicaux :

« Le message s’est peut-être un peu complexifié, par contre, je n’ai pas le sentiment qu’à ce stade, les stratégies aient vraiment bougé. [...] Parfois, [...] quand on revoit des campagnes qui sont sorties au début ou au milieu des années 90, parfois il y a des points communs frappants »¹⁵⁹

« J’ai l’impression que les choses n’ont pas trop changé en termes de processus. C’est le contenu qui change, parce qu’il y a des nouveautés qui arrivent. En 1997 il n’y avait pas encore de traitement post exposition¹⁶⁰, par exemple »¹⁶¹

Il y a donc eu des changements dans le contenu des communications pour s’adapter aux nouvelles évolutions, informations et techniques issues du monde médical. Cela a induit une complexification du discours, une augmentation du nombre d’informations à diffuser. Cela a

¹⁵⁶ Cantelli, *op. cit.*, pp. 122-130

¹⁵⁷ Entretien à l’Observatoire, 5'00" à 8'00"

¹⁵⁸ Martens V., Parent F., et les acteurs de la prévention des IST/Sida en Communauté française. *Stratégies concertées de la prévention des IST/Sida en Communauté française. Une analyse commune pour l’action.* Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), Décembre 2009

¹⁵⁹ Entretien à l’Observatoire, 22'35" à 23'45"

¹⁶⁰ Il s’agit d’un traitement prophylactique constitué d’antirétroviraux administré en cas d’exposition avérée au virus ou en cas de prise de risque importante. L’opportunité d’administrer un tel traitement est laissé aux médecins.

¹⁶¹ Entretien à Ex Aequo, 20'05"

nécessité, de la part des acteurs non médicaux, de maîtriser une série d'éléments scientifiques pour pouvoir communiquer à ce sujet auprès de leur public cible :

« On s'est retrouvé [...] à devoir avoir une bonne maîtrise de tout ce qui va avec les trithérapies, ce n'est pas juste les médicaments, c'est les examens labo', [...] expliquer : c'est quoi une charge virale ? Parce que c'est ça qu'on demandait »¹⁶².

« Notre discours doit être de plus en plus adapté, précis : qu'est-ce qu'on fait du TPE [...] ? L'information est de plus en plus importante, précise, adéquate »¹⁶³

A la manière de l'arrivée des ARV, d'autres évolutions médicales ont souvent occasionné des craintes chez les acteurs de la prévention, craintes d'un risque de banalisation de la maladie, d'une minimisation des risques et des problèmes, d'un relâchement : « Ces éléments-là [les nouvelles techniques médicales] étant toujours interprétées par les associations de terrain [...] comme un risque potentiel plus grands »¹⁶⁴.

Mais ces évolutions contextuelles et ces craintes n'ont pas été suivies de grands changements en termes de stratégies de communication, comme le résumait un chercheur lors d'un entretien :

« [...] la communication, elle ne change pas énormément jusque à présent. [...] On m'avait demandé de présenter un peu la situation contrastée entre la période pré-ARV et la période post-ARV. Et je disais, mais en fait, tout le contexte a changé : le contexte épidémiologique, le contexte des représentations des individus par rapport à la prévention, le contexte thérapeutique a changé, mais les messages de prévention n'ont quasiment pas changé »¹⁶⁵.

iv. La diversification des missions et la « promotion de la santé »

Les acteurs rencontrés ont souvent mis en avant, comme principal changement depuis l'arrivée des trithérapies, la très forte diversification de leurs missions. Souvent, ils ont lié cette expansion de leurs activités avec la notion de « promotion de la santé ». Ce concept a été développé par des chercheurs puis a été utilisé pour la première fois dans un contexte officiel

¹⁶² Entretien à SidAids migrants, 9'15''

¹⁶³ Entretien à la Plateforme prévention, 18'00''

¹⁶⁴ Entretien avec un ex-responsable des matières prévention du VIH/sida à la C.Fr., 31'30'' à 32'30''

¹⁶⁵ Entretien à l'Observatoire, 37'00'' > 38'00''

dans la Charte d’Ottawa de 1986, réunissant des états actifs au sein de l’Organisation Mondiale de la Santé. Voici la définition qui en est donnée dans la charte :

« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l’améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l’individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s’y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l’accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l’adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l’individu. »¹⁶⁶

En outre, en Belgique, un décret de 1997 organise la promotion de la santé en Communauté Française. Son adoption visait à réformer profondément le substrat légal des missions de prévention. Les divers plans et rapports (plan communautaire opérationnel, plans quinquennaux de planification, etc.) se réfèrent toujours à un objectif global de promotion de la santé¹⁶⁷. Ainsi, cela a permis aux associations actives dans la prévention d’élargir leur champ d’action :

« Il y a aussi une évolution générale dans le secteur de la santé, de la prévention, qui se résume par les changements de concepts ; on est passé de ce qu’on appelait l’éducation à la santé et la prévention à la promotion de la santé... [Avec] une vision très élargie et qui sort vraiment, alors tout à fait du secteur santé traditionnel, parce qu’en terme de promotion de la santé, la prévention, c'est donner aux gens l'accès à une vie équilibrée, la dimension sociale a une importance. On essaye de faire un tout avec la vie sociale, la santé mentale, la santé physique, l'alimentation, la vie de famille, la vie au travail »¹⁶⁸.

Une des premières mesures dans ce sens a été l’intégration des autres infections sexuellement transmissibles (IST) au dispositif de prévention, vers le début des années deux mille¹⁶⁹, car ces infections ont le même mode de transmission et sont liées aux mêmes comportements à risque que le VIH. D’autre part, les associations ont développé des compétences dans l’éducation à la vie affective et sexuelle ainsi que dans la lutte contre les discriminations vis-à-vis des séropositifs :

¹⁶⁶ Charte d’Ottawa 1986

¹⁶⁷ Centre de documentation administrative, Ministère de la Communauté Française, *Plan Communautaire Opérationnel de Promotion de la Santé pour les années 2008 jusqu’au 30 juin 2012*

¹⁶⁸ Entretien avec un ancien responsable de la prévention VIH à la C.Fr., 26'00" à 28'00"

¹⁶⁹ Entretien à l’Observatoire, 27'00"

« C'est vrai qu'avant on était beaucoup plus dans ‘utilisons le préservatif’, je vais faire court [...] On a élargi le champ, progressivement : sida, IST, vie affective et sexuelle, et lutte contre les discriminations »¹⁷⁰

La diversification des activités a été le fait, principalement, des associations focalisées sur des publics cibles, qui, avec le nouveau décret, ont pu trouver des financements pour des activités sortant du cadre strict de la prévention du VIH, comme nous l'ont relaté des travailleurs :

« On a fait, il y a quelques années, deux brochures en parallèle : une qui s'adressait aux jeunes gays et une qui s'adressait aux jeunes lesbiennes, partant du principe que plus tu te sens bien dans tes baskets, plus tu es à même de mobiliser des ressources pour pouvoir prendre en charge ta santé, négocier. Et donc c'est une brochure qui est vraiment de promotion de la santé ; on n'est pas axés sur le VIH, les IST, c'est vraiment plus accepter son homosexualité, et cætera »¹⁷¹

« A espace P, il y a le travail de promotion de la santé. Donc on a mis en valeur la question des IST [...], il y a la question des violences, aussi [...] Tout est lié dans notre projet ; l'action sociale et la promotion de la santé sont intimement liées. Il y a aussi la contraception, avec l'accompagnement, parfois, de demandes d'IVG, l'accès aux soins, et c'est de l'information, des mises en ordre de mutuelle, et puis pour tout ce qui est toxicomanie [...] Voilà, ça c'est les grandes priorités de promotion de la santé, et donc il n'y a pas que le sida, ça c'est clair. »¹⁷²

« Ca n'est plus que sanitaire, c'est socio-sanitaire. Les publics se sont élargis : ce n'est plus que les injecteurs mais l'ensemble des consommateurs. Les thématiques se sont élargies aussi : on est passé du sida à l'ensemble des risques infectieux, mais aussi la conduite automobile sous l'influence de substances, donc à l'ensemble des risques liés à la consommation de produits qui modifient l'état de conscience »¹⁷³

Il y a donc eu un fort développement des actions et des missions, dépassant largement la communication sur le sida. Les associations thématiques font aujourd'hui un travail de réduction des vulnérabilités (cf. supra) qui sont considérées comme autant de freins à la prise en compte des questions de santé voire de bien être par les individus.

Ce travail demande de bien connaître le public auquel on s'adresse et de s'y adapter. C'est ce que nous a expliqué, notamment, un travailleur d'Espace P : l'association a dû s'adapter à l'arrivée de personnes prostituées migrantes, en ayant recours à des relais culturels, en

¹⁷⁰ Entretien Sidasol, 40'30'' à 42'00''

¹⁷¹ Entretien à Ex Aequo, 31'25 à 32'05''

¹⁷² Entretien à Espace P, 33'45'' à 35'30''

¹⁷³ Entretien à Modus Vivendi, 22'30 à 23'30''

traduisant le matériel de prévention, etc.¹⁷⁴ Les travailleurs de la prévention ont dû s'adapter à l'arrivée d'internet, donnant une foule d'informations parfois erronées à propos du virus.

Les associations de terrain ont donc entamé un travail de définition de leurs actions avec le public cible lui-même, pour obtenir son adhésion, pour qu'il s'approprie les outils de prévention et pour qu'il amène des informations sur ses pratiques et ses représentations :

« La philosophie de la promotion de la santé c'est de s'allier le public auquel tu t'adresses pour que lui soit co-créateur des initiatives qui lui incombent »¹⁷⁵. Les associations ont donc mis en place des processus participatifs et informatifs du type focus groupes.

Un exemple remarquable de travail avec le public cible a été développé assez tôt par l'association Modus Vivendi : il s'agit des « opérations boule de neige », via lesquelles des usagers de drogues sont formés sur le VIH et ses modes de transmissions pour aller eux-mêmes dans la rue auprès de leur pairs répercuter les messages de prévention¹⁷⁶.

¹⁷⁴ Entretien à Espace P, 16'40''

¹⁷⁵ Entretien à Ex aequo, 19'10 à 19'30''

¹⁷⁶ Entretien à Modus Vivendi et Cantelli, *op. cit.*, p. 175

Nous avons présenté les principales évolutions qui ont touché le secteur de la prévention du VIH/sida. Dès lors, on peut en revenir à l'analyse du dispositif et des pratiques qui y sont développées.

On a donc un dispositif de la prévention constitué de divers éléments : *des objets* (des préservatifs, des seringues, des tests de dépistages, des médicaments, des traitements post-exposition...), *des acteurs* (des travailleurs associatifs, des médecins, des personnes des pouvoirs publics, des scientifiques), *des organisations* (des associations, des administrations, des centres de référence, etc.), *des concepts* (réduction des risques, promotion de la santé, charge virale, vulnérabilité, groupe à risque), *des savoirs* (statistiques de santé publique, études sur les comportements à risque, etc.), *des textes légaux et des rapports officiels* (décret de promotion de la santé, plan communautaire opérationnel, etc.)

Étudions maintenant plus en détail les techniques développées au sein du dispositif, ce qu'elles visent, comment elles fonctionnent : *les pratiques/les actes* qui sont aussi des éléments constitutifs du dispositif et qui révèlent, peut-être plus que les autres éléments, une forme de rationalité, d'un type de *gouvernementalité*¹⁷⁷.

¹⁷⁷ Les concepts utilisés ayant été définis dans la partie théorique, nous y renvoyons le lecteur afin d'éviter les redondances.

c. Quelle technique de pouvoir-savoir en vigueur dans le dispositif ?

D'abord, il est important de préciser ce que les pratiques que nous allons étudier visent, quels sont leurs objectifs :

« La *prévention primaire* vise à réduire l'incidence de nouveaux problèmes de santé, c'est-à-dire empêcher des problèmes de santé d'apparaître. Dans le domaine de la prévention du VIH/SIDA et des autres IST, elle désigne les interventions visant à prévenir les nouvelles infections, en promouvant l'utilisation du préservatif par exemple. »¹⁷⁸

On peut déjà qualifier cet objectif de lutte contre l'apparition d'une maladie de « biopolitique » ou comme relevant du « biopouvoir » puisqu'il agit sur le vivant et vise à protéger la population. Mais cette qualification des objectifs ne nous semble pas vraiment analytique, voire carrément tautologique : l'apparition des politiques de santé publique est intimement liée à la définition du concept de biopolitique chez Foucault. C'est pourquoi il nous semble plus intéressant de se pencher sur les mécanismes tels qu'ils fonctionnent pour atteindre cet objectif de santé publique.

In situ, comment l'action publique développée tente-t-elle d'atteindre l'objectif assigné ? Vu les modes de transmission connus du VIH qui sont liés à des pratiques, il s'agit de changer les comportements, de faire en sorte de limiter au maximum les comportements impliquant un haut risque de transmission. Pour le moment, cela se traduit par l'usage du préservatif dans la sexualité et par l'usage de seringues stériles dans le cadre de l'usage de drogues.

Dans le dispositif, les individus et les groupes qu'ils forment sont *objets de savoirs et sujets de pouvoir*. Objets de savoirs dans la mesure où la volonté d'agir contre l'épidémie a eu pour conséquence le développement d'objets de recherche particuliers : essor de nouveaux savoirs biologiques, médicaux, épidémiologiques, mais aussi savoirs issus des sciences humaines et sociales : il y a eu de nombreuses études pour mieux connaître les attitudes face au risque, les pratiques particulières en matière sexuelle ou d'usage de drogues, pour en savoir plus sur les réactions des individus face aux campagnes de prévention, pour évaluer leur connaissance du virus et de ses caractéristiques, etc. Ces savoirs ont été à la source de différents concepts

¹⁷⁸ Martens V., Parent F., et les acteurs de la prévention des IST/Sida en Communauté française. *Stratégies concertées de la prévention des IST/Sida en Communauté française. Une analyse commune pour l'action.* Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), Décembre 2009, lexique

importants pour la prévention, nous l'avons vu : groupes à risque, vulnérabilités, etc. En outre, les individus sont sujets de pouvoir dans la simple mesure où les outils de prévention s'adressent à eux et visent à modifier leurs actions. Ces outils ont été construits sur base des savoirs cités.

Concernant les techniques employées, les outils de la prévention ne font pas, et n'ont jamais fait usage de *mécanismes juridiques et légaux* ; il n'y a pas eu d'interdiction énoncée vis-à-vis de certaines pratiques, et il n'y a pas eu, pour le moment, de pénalisation de la transmission du VIH en Belgique¹⁷⁹.

A nos yeux, les mécanismes utilisés dans le dispositif de prévention ne relèvent pas non plus de la *discipline*, de l'*anatomo-politique*. Par contre, et c'est la proposition que nous allons développer, les pratiques des acteurs de la prévention au sein du dispositif ont une forte parenté, de nombreux points communs avec les *dispositifs de sécurité*¹⁸⁰ pris comme un arrangement particulier des modalités de l'action publique.

L'usage du préservatif ou d'une seringue propre lors d'une pratique comportant des risques de transmission du VIH correspond finalement à la promotion d'une *norme* particulière. Pour rappel, la différence entre dispositifs de sécurité et discipline pour la définition de la norme se situe au niveau de son ancrage dans la réalité observée. Les disciplines énoncent une norme abstraite et générale à atteindre, tandis que dans les mécanismes de sécurité, la norme est définie sur base de l'observation du réel et la définition, par exemple, d'une moyenne : la norme c'est le « normal ». Ici, l'usage du préservatif¹⁸¹ est érigé en norme car cela a longtemps été considéré comme le seul moyen efficace de se protéger (cf. infra). On pourrait facilement lier l'intégration individuelle de cette norme au concept de discipline. Cependant, cela ne peut en aucun cas permettre de conclure qu'on a affaire à ce type d'outil. En effet, la sexualité et l'usage de drogues se prêtent assez mal aux autres éléments propres à l'anatomo-politique : ce ne sont pas des comportements qu'il est possible, ou à tout le moins opportun,

¹⁷⁹ Ce qui n'est pas forcément le cas dans d'autres pays. A ce sujet, voir : Pezeril Charlotte, Gaissad Laurent, *op. cit.*

¹⁸⁰ Cette hypothèse a aussi été développée par Delphine Moreau : Moreau Delphine, « 'Dispositifs de sécurité' et épidémie de sida », *Labyrinthe*, 22 | 2005 (3), pp. 101-110

¹⁸¹ Nous parlons indistinctement de l'usage du préservatif et de l'usage de seringues stériles, les regroupant pour ne pas répéter inutilement la précision à chaque occurrence...

de surveiller. Il serait excessivement complexe de quadriller ces comportements pour mieux les contrôler. On rate donc un élément essentiel propre aux mécanismes disciplinaires.

D'ailleurs, pour en revenir à la question de la norme, on l'a vu, le but premier de la prévention est de réduire le nombre de contaminations. A l'aide de données épidémiologiques, ont été établis des groupes à risque. Ces groupes ont été d'abord et avant tout définis sur base d'un taux de prévalence de la maladie particulièrement important et nécessitant d'agir prioritairement. Si plus tard les critères de définition des groupes ont évolué, leur contenu pas, et les objectifs sont demeurés identiques en ce qui concerne le VIH. Le but premier de la prévention correspond donc à la norme telle que définie par Foucault pour les dispositifs de sécurité.

L'action sur des groupes particuliers pris comme segments de la population pour réduire un taux plutôt que directement sur des individus correspond d'ailleurs à un autre élément mis en avant dans les mécanismes de sécurité : la *population* comme objet-sujet de savoir-pouvoir. C'est la caractéristique biopolitique du dispositif.

D'autre part, on l'a vu, les actions du dispositif de la prévention ont toujours écarté une solution répressive visant à empêcher, à supprimer toute prise de risque. Ce n'est jamais le choix de l'abstinence, ni pour l'usage de drogues, ni pour la sexualité, qui a été prôné en Belgique. Au contraire, les principales stratégies développées depuis le milieu des années 80 sont basées sur l'usage des drogues ou sur la sexualité : c'est au sein de ces pratiques que va s'insérer un nouvel objet pour éviter toute infection et juguler l'épidémie. C'est pour cette raison qu'ont été développés des savoirs très concrets sur les pratiques sexuelles et sur les modes de consommation de drogues. C'est le choix de la réduction des risques (cf. supra) qui a été fait, et pas celui de la suppression pure et simple des risques.

Le dispositif de prévention est donc libéral, à la manière des dispositifs de sécurité. On peut même caractériser deux aspects différents de libéralisme : d'abord, parce que l'état n'a été un acteur de premier plan dans la prévention que pendant la phase d'exceptionnalité. Avant, à l'émergence du problème, ce sont d'abord des citoyens qui se sont saisis du problème en créant des associations. Ensuite, au moment de la normalisation, l'initiative a été laissée aux acteurs associatifs de terrain, qui nous semblent être les principaux acteurs de l'action publique de prévention.

Le dispositif est aussi libéral dans la mesure où il laisse faire ; ne cherchant pas à changer les comportements sous la contrainte ou la menace, les acteurs de la prévention essaient de responsabiliser les individus. Il s'agit de faire en sorte que les individus aient la meilleure connaissance possible des moyens de transmission de la maladie et des moyens de protection, pour qu'au moment d'un acte sexuel ou d'une injection, ils fassent un choix rationnel, en connaissance de cause. Dans la promotion de la santé, le fait de travailler avec les groupes auxquels se destinent les programmes pour les définir est une autre manière d'obtenir de l'adhésion à un programme sans passer par la contrainte.

Enfin, avec les notions de promotion de la santé et de réduction des vulnérabilités, nous constatons que le dispositif de prévention agit sur le milieu des individus et des groupes. Par exemple, nombreuses ont été les actions favorisant l'usage du préservatif ou de seringues stériles en rendant ces objets facilement et largement accessibles : dans les lieux de sorties, etc.

Avec l'élargissement des missions des associations thématiques, les associations ont commencé à agir sur l'environnement psychosocial des individus. Elles ont aussi cherché à agir sur les déterminants économiques influençant le choix d'une prise de risque. Aux yeux des acteurs de la prévention, la réduction des vulnérabilités permet aux individus de prendre en compte leur santé et de mesurer les risques qu'ils prennent, favorisant à nouveau les comportements responsables.

Les pratiques mises en place au sein du dispositif de prévention correspondent donc assez bien aux caractéristiques des dispositifs de sécurité : travail sur le milieu, appui sur les éléments plutôt qu'interdiction, forme de libéralisme, notion de population. Seule reste discutable, pour la concordance de ce modèle d'action publique avec la prévention développée en Communauté Française, la question de la définition de la norme autour de l'usage du préservatif.

Nos pré-hypothèses, à l'issue de la phase exploratoire, mettaient en valeur la possibilité d'une re-médicalisation de la prévention. Des avancées scientifiques récentes pourraient changer profondément les pratiques de prévention actuelles ; certains acteurs ont évoqué ces « nouveaux paradigmes », dont on ne trouve en fait pas encore d'effets tangibles en Communauté Française au niveau des pratiques de prévention. Ces avancées portent sur les

effets des traitements antirétroviraux. Une étude clinique suisse de 2008¹⁸², suivie d'autres études, a pointé les conséquences liées au fait que les ARV permettent aujourd'hui de réduire la charge virale au point que le VIH devient indétectable lors de tests chez des séropositifs. Cette étude affirme que :

« Une personne séropositive ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral avec une virémie entièrement supprimée ne transmet pas le VIH par voie sexuelle, c'est-à-dire qu'elle ne transmet pas le virus par le biais de contacts sexuels.

Cette affirmation reste valable à condition que:

- la personne séropositive applique le traitement antirétroviral à la lettre et soit suivie par un médecin traitant;
- la charge virale se situe en dessous du seuil de détection depuis au moins six mois;
- la personne séropositive ne soit atteinte d'aucune autre infection sexuellement transmissible. »¹⁸³

D'autres études citent 96% de réduction des risques de transmission par voie sexuelle, avec les mêmes conditions. Cela signifie qu'en termes de statistiques de santé publique, cette méthode est considérée comme plus efficace que le port du préservatif, dont l'efficacité protectrice est généralement chiffrée à au moins 85%¹⁸⁴. Dès lors qu'un traitement est considéré comme un outil de prévention, un certain nombre d'acquis peuvent évoluer.

Cela implique en premier lieu que les séropositifs qui s'ignorent sont les principaux « vecteurs » de la transmission du VIH. La conséquence directe de ce constat pourrait être de promouvoir un usage renouvelé du dépistage. Si nous n'avons pas parlé du dépistage dans les pratiques de prévention, c'est parce que cet objet a un statut ambivalent. La promotion et la pratique des dépistages anonymes et gratuit est l'objet d'une négociation entre secteur médical, dont les pratiques curatives sont du ressort fédéral, et secteur préventif :

« Dans la pratique, on a l'impression [...] qu'il y a un no man's land entre le préventif et le curatif qui n'est pas bien occupé, et ce no man's land c'est le dépistage. Donc on a l'impression que les politiques et les niveaux de pouvoir se renvoient la balle... »¹⁸⁵

¹⁸² Vernazza, Pietro, Hirschel, Bernard, Bernasconi, Enos, Flepp, Markus, « 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* | 2008;89: 5, pp. 165-169

¹⁸³ Ibid. p. 165

¹⁸⁴ Organisation Mondiale de la santé, VIH/sida, *Aide-mémoire N°360*, Novembre 2011,

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/index.html>

¹⁸⁵ Entretien au Centre de référence de Charleroi, 5'40”

Quelles conséquences ces découvertes vont-elles avoir sur le dispositif et ses pratiques ? Les mécanismes utilisés seront-ils toujours apparentés aux dispositifs de sécurité ? Qu'adviendra-t-il des techniques actuelles, centrées sur la promotion de l'usage du préservatif et sur la liberté et la responsabilité individuelle ?

On pourrait avoir affaire à une « re-médicalisation de la prévention », où les acteurs issus du curatif auraient un plus grand rôle dans la limitation du nombre de contaminations et de l'incidence de l'épidémie. La négociation entre acteurs de la prévention et acteurs du monde médical révèle des rapports de pouvoir particuliers au sein du dispositif, ils seront l'objet d'une courte analyse dans la section suivante.

d. La dynamique et les rapports de pouvoir dans le dispositif

Au sein du dispositif de prévention dont nous avons fait la présentation, les acteurs ont des marges de manœuvre ; toutes les actions ne vont pas dans le même sens. Le dispositif est le lieu de diverses négociations, de rapports de pouvoir et de résistances entre les acteurs pour mettre en valeur certaines pratiques ou certains concepts. Il en résulte que le dispositif est dynamique et pas figé. Comme on a pu le voir, par exemple, l'arrivée de nouveaux savoirs a durablement modifié le dispositif.

Nous proposons, en terminant notre analyse de l'action publique de prévention, d'étudier brièvement deux types de rapports de pouvoir-savoir et de résistances : les rapports entre monde médical et monde associatif de la prévention d'une part, et le travail de résistance des acteurs de prévention vis-à-vis de catégories scientifiques et de publics spécifiques d'autre part.

i. Les rapports entre monde médical et secteur associatif

Les rapports qui se nouent entre monde médical et monde associatif sont complexes depuis longtemps. Les premières associations, dans les années 80 en France, étaient en fait des mouvements de malades qui ont très vite pris une orientation militante dans leurs actions¹⁸⁶,

¹⁸⁶ Button François, « Sida et politique : saisir les formes de la lutte », *Revue française de science politique*, vol. 55, n°5-6, 2005, p. 790 et s.

certaines revendiquant même des liens avec les travaux de Michel Foucault¹⁸⁷. Ainsi, les mouvements de malades ont compilé une série de savoirs médicaux et de santé publique en même temps que des savoirs de terrain ou d'usage sur les pratiques spécifiques d'une communauté. Les acteurs ont investi ces savoirs dans des négociations avec les médecins à propos des essais et des traitements, par exemple.

En Communauté Française, les actions et les dynamiques associatives semblent moins militantes ou revendicatrices qu'Outre-Quiévrain. Néanmoins, les relations entre certaines associations et certains acteurs médicaux ne sont pas simples. Ces rapports sont notamment déterminés par les origines historiques des associations. Espace P a été créé par des médecins et a assez vite développé des pratiques médicales en plus de ses actions de prévention. Ce n'est pas le cas d'autres associations plus centrées sur la prévention et l'accompagnement social. Plusieurs acteurs ont donc évoqué, en entretien, les relations parfois tendues entre ces deux mondes :

« [Certains acteurs médicaux] pensent que la prévention est du domaine aussi des centres de référence et devrait être dirigée par les centres de référence tout autant que par tous ces comiques des ASBL périphériques et cætera. Donc là il y a de gros conflits qui ont eu lieu. »¹⁸⁸

« La concertation, parfois, il y a toujours des gens qui ne sont pas d'accord, et donc on essaye plutôt d'arriver à un consensus sur une stratégie [...] La première année, c'était assez difficile, notamment pour le secteur médical et le secteur de promotion de la santé : médical, il faut parler du dépistage, dépistage, dépistage... Mais bon voilà, on s'en est sorti. »¹⁸⁹

« On n'a pas accès aux médecins. Les médecins sont dans leur petite bulle de la formation à la pratique et voilà. De manière générale, les médecins sont quand même toujours des gens qui sont à un niveau de pouvoir qui fait qu'en général, ils s'abaissent rarement à écouter ce que des non médecins ont à leur dire, surtout si ça touche à leur pratique professionnelle. »¹⁹⁰

Il y a donc des rapports de pouvoir et de résistance entre médecins et acteurs associatifs, où sont investis différents types de savoirs pour défendre certaines conceptions de la prévention liées à certains intérêts : la reconnaissance du travail fourni, la perpétuation de certaines pratiques, etc. Dans la même mesure, on l'a vu précédemment, les pouvoirs publics se situent

¹⁸⁷ Mangeot, Philippe, « sida : angles d'attaque », Vacarme n°29, URL : <http://www.vacarme.org/article456.html>

¹⁸⁸ Interview au Centre de référence de Charleroi, 49'00''

¹⁸⁹ Entretien à la Plateforme prévention sida, 10'40''

¹⁹⁰ Entretien à Ex Aequo, 29'20''

depuis la normalisation plutôt en retrait dans le dispositif. Il ne faut pas en conclure pour autant une forme d'inaction ou d'incapacité. Ainsi, les acteurs ont fait état de récents projets ministériels de réforme structurelle de la promotion de la santé en Communauté Française. Cela occasionne des craintes dans les associations de terrain et une certaine résistance de leur part¹⁹¹. Les pouvoirs publics pourraient donc, à l'avenir, « reprendre la main » et limiter le pouvoir des acteurs actuellement prépondérant dans le dispositif. Ce travail politique des associations est aussi visible dans certaines actions liées aux publics cibles.

ii. Un travail de résistance et de subjectivation dans les associations ?

On l'a vu, les premières actions ont été formulées à l'égard de « groupes à risque », catégories définies principalement sur base de données épidémiologiques : le taux de prévalence. Cela a mené à la création des premières associations de lutte contre le VIH, dont l'action était ciblée sur ces groupes. Les acteurs associatifs de terrain se sont appropriés, à leur manière, des catégories issues des sciences biomédicales pour les transformer : plutôt que de parler de « groupes à risque », les acteurs ont préféré faire évoluer cette notion, parlant d'abord de comportement à risque, de public cible puis de public cumulant les vulnérabilités. La définition des catégories a été changée par le travail des acteurs de terrain, d'une définition biologique à une définition sociale.

Cette réappropriation représente déjà l'évolution d'une catégorie de pouvoir-savoir. L'avènement de la promotion de la santé et de la notion sociale de « vulnérabilité » ont été l'occasion, pour les associations thématiques, de développer un travail politique de résistance et d'affirmation des groupes qu'elles avaient en charge : « Les A.S.B.L. se sont aussi élargies dans des domaines qui sont plus la défense globale de leur public cible, que ce soit les homosexuels ou la prostitution »¹⁹². C'est ce que nous expliquait aussi une travailleuse de l'association Espace P : « Maintenant on peut dire ouvertement que quand on fait un travail avec les politiques, pour éviter qu'il y ait la répression de la prostitution et qu'on chasse les filles, c'est aussi dans le plan de promotion de la santé et la prévention du sida »¹⁹³.

¹⁹¹ Observatoire du sida et des sexualités, *10 ans d'Observatoire... pour rien ?*, communiqué à l'occasion de la journée mondiale contre le sida, Facultés universitaires Saint-Louis, décembre 2011, URL : http://centres.fusl.ac.be/OBSERVATOIRE/document/Nouveau_site/argumentaire_obs.html

¹⁹² Interview au Centre de référence Charleroi, 41'10''

¹⁹³ Interview à Espace P, 26'20''

Il a donc eu le développement d'un travail d'affirmation de l'existence sociale et politique des publics cibles que sont les usagers de drogues, les homosexuels et les prostituées. Des revendications diverses ont été portées par les associations pour réduire les vulnérabilités de ces groupes « marginaux ». Ces actions ont certainement participé au changement des mentalités vis-à-vis de ces publics.

À nos yeux, le travail de résistance mené par les acteurs peut être considéré comme l'affirmation d'une certaine subjectivation pour les publics cibles. Ce travail d'affirmation d'une subjectivité particulière, d'une identité, a d'abord été déterminé par les catégories définies par des rapports de pouvoir-savoir. D'objets de savoirs, sujets de pouvoir, les individus des publics cibles deviennent ainsi des personnes qui se définissent d'une manière particulière. C'est, pensons-nous, une illustration très concrète du fait que l'analytique foucaldienne du pouvoir peut aussi être lue comme une philosophie de la constitution du sujet.

Dans le cadre de cette recherche, nous n'avons pas étudié le rapport qui se noue entre les individus visés par la prévention, les acteurs de la prévention et les actions, ou les relations entre acteur médicaux et malades, mais ces rapports de pouvoirs et ces résistances sont intéressantes aussi, à n'en pas douter. Par exemple, il serait intéressant d'étudier les rejets des pratiques de prévention prônant l'usage du préservatif, et le choix fait par certaines personnes de vivre une sexualité avec de nombreux risques. Ces analyses auraient correspondu à une véritable optique microphysique du pouvoir.

Nos propos analytiques se concluent sur ce fait : le dispositif de prévention est évolutif, les rapports multiples et changeants où se mêlent pouvoirs, savoirs et résistances peuvent en expliquer la dynamique.

V. Conclusions

La vocation de cette courte recherche était d'étudier l'action publique de prévention du VIH/sida depuis 1996 en Communauté Française. En choisissant de travailler avec des outils issus des travaux de Michel Foucault, nous avons voulu mettre l'accent sur certains éléments particuliers.

Ainsi, dans ce travail, l'action publique de prévention a été réfléchie comme un dispositif particulier. Ce dispositif, constitué d'une multitude d'objets, d'acteurs, de concepts, de discours, etc., a été d'abord étudié sous l'angle de son historicité et de ses évolutions : comme un agencement défini à un moment particulier dans le but de lutter contre la problématique posée par l'épidémie de VIH. Les évolutions les plus marquantes après l'arrivée des traitements antirétroviraux ont eu trait à la notion de promotion de la santé. Les autres éléments importants constitutifs du dispositif¹⁹⁴ étaient déjà présents, dans une certaine mesure, avant la normalisation. Si des changements ont eu lieu, c'est notamment dû à l'arrivée et à l'investissement de nouvelles techniques, de nouveaux savoirs médicaux d'une part, et sociaux d'autre part. On l'a vu, ces savoirs et ces techniques sont intimement liés à des rapports de pouvoir et de résistance qui se nouent entre différents acteurs.

Par ailleurs, nous avons étudié les pratiques, les techniques de pouvoir en vigueur au sein du dispositif, comme une gouvernementalité particulière. Notre hypothèse est que les outils développés pour l'action publique de prévention s'apparentent au modèle des « dispositifs de sécurité » tels que définis par Foucault dans son cours « Sécurité, Territoire, Population ».

Nous pensons qu'un des intérêts de constituer une « boîte à outils » foucaldienne réside dans le fait que ces concepts invitent à prendre en compte des éléments originaux parfois laissés de côté, à structurer la réflexion d'une manière particulière et à mettre en valeur certains éléments empiriques plutôt que d'autres sans pour autant limiter les hypothèses et les modèles d'explication.

Peut-être peut-on aussi déceler chez Foucault, ou dans l'usage de ses travaux qui a été fait dans ce travail, des modèles typiques d'action publique étudiés sous l'angle des pratiques. Les dispositifs de sécurité ou les mécanismes disciplinaires correspondent à des agencements

¹⁹⁴ Notions de réduction des risques, vulnérabilité, objets tels que le préservatif, action de terrain des acteurs associatifs, etc.

particuliers de techniques et de savoirs. Dès lors, ces outils peuvent avoir un intérêt pour le travail comparatif entre différentes périodes, différents lieux ou différents champs d'action.

Par ailleurs, nous sommes persuadés qu'il y a un intérêt à étudier le VIH et ses effets en soi, tant en termes historique que sociologique, anthropologique ou politique. L'épidémie de sida représente, pour ainsi dire, une occasion inédite d'étudier les liens, les rapports qui se créent entre l'arrivée d'un problème particulier, le développement de connaissances et la définition d'actions publiques. L'intérêt est d'autant plus grand qu'il n'y a presque aucune étude qui porte sur la situation en Communauté Française.

Il est sain, pour conclure, de se livrer au difficile exercice de l'autocritique. Il nous semble que cette étude fait peut-être état de trop d'ambition au niveau du projet affiché, si on le compare avec les résultats présentés ici. Par exemple, la notion de dispositif telle que présentée dans la partie théorique n'a certainement pas été exploitée dans toute sa profondeur. Ce concept, on l'a vu, présente des aspects épistémologiques intéressants, par exemple dans la manière d'interpréter des suites d'événements et d'actes. Il semble que nous n'avons pas pleinement fait état de cette portée dans l'analyse du dispositif de prévention. Nous espérons néanmoins ne pas avoir fait usage de cet outil théorique comme un « fourre-tout ». La même critique peut éventuellement être émise vis à vis de l'usage des autres concepts ; l'utilisation de la « boîte à outils » dans une optique analytique est probablement limitée par rapport aux possibilités offertes par la pensée de Foucault.

Par ailleurs, il nous semble que ce travail ne fait pas bien état de la diversité des sources empiriques utilisées pour réfléchir. Par exemple, le matériel de prévention a contribué à la réflexion, il aurait fallu mieux l'intégrer pour montrer la diversité d'objets qui ont pu fournir des informations sur le dispositif. Nous ne nous sommes pas limités aux entretiens pour alimenter la réflexion, mais cela n'est pas forcément visible dans cet écrit. Si nous avons fait usage de beaucoup de pistes pour nous informer, nous avons peut-être choisi la voie la plus simple, la plus accessible lors de la rédaction. Ce problème est lié au fait que les éléments empiriques qui ont été l'objet d'analyses étaient probablement trop nombreux dans notre projet par rapport aux limites temporelles et quantitatives inhérentes à un mémoire. La prétention de travailler sur une période de quinze ans et sur l'ensemble des aspects de la prévention du VIH était peut-être exagérée, et a mené à faire des résumés, des raccourcis et à

manquer de précision. Il faudrait réfléchir d'avantage à ces critiques pour réussir à les dépasser à l'avenir.

Finalement, cette recherche ouvre des perspectives. D'abord, on l'a vu, il serait intéressant de se pencher sur les relations entre les individus visés par le dispositif et les techniques du dispositif. Cela correspondrait à un élargissement du spectre des acteurs étudiés. Ensuite, comme cela a été précisé, un des avantages des outils foucaldiens réside peut-être dans leur utilité pour comparer différentes situations. L'étude de l'action publique de prévention du VIH pourrait être élargie à d'autres lieux ou d'autres moments. On pourrait aussi utiliser ces concepts pour analyser d'autres champs de l'action publique : hors de la prévention, à quel genre de mécanisme, de dispositif, de techniques de gouvernementalité s'apparentent les pratiques ? Enfin, sur le plan théorique, il serait intéressant de comparer les outils et les concepts foucaldiens à d'autres grilles théoriques, pour évaluer leur portée, leur pertinence, leur intérêt.

Bibliographie

Monographies et ouvrages collectifs

Bert, Jean-François, *Introduction à Michel Foucault*, Paris, La Découverte, collection Repères, 2011

Cantelli, Fabrizio, *L'Etat à tâtons. Pragmatique de l'action publique face au sida*, Berne/Bruxelles, P.I.E. Peter Lang, collection Action Publique, 2007

Dodier Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Editions de l'EHESS, 2003

Foucault, Michel, *Histoire de la sexualité, tome I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976

Foucault Michel, *Sécurité, Territoire, Population. Cours au collège de France. 1977-1978*, Paris, Seuil/Gallimard, collection Hautes Études, 2004

Gros, Frédéric, *Michel Foucault*, Paris, PUF, collection Que sais-je ?, 4e ed., 2010

Patrice Pinell et al. (dir.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France 1981-1996*, Paris, PUF, coll. "Science, histoire et société", 2002

Quivy, Raymond et Van Campenhoudt, Luc, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 3^e édition, 2006

Revel, Judith, *Le vocabulaire de Foucault*, Paris, Ellipses, Collection Vocabulaire de..., 2002

Seytre, Bernard, *Histoire de la recherche sur le sida*, Paris, PUF, collection Que sais-je ?, 1995

Thirion, Nicolas, *Théories du droit. Droit, pouvoir, savoir*, Bruxelles, Larcier, 2011

Vignes M. et Schmitz O., *La séropositivité, un regard des sciences sociales*, Bruxelles Publications des Facultés Universitaires Saint Louis, 2008

Chapitres d'ouvrages collectifs

Deleuze, Gilles, « Qu'est ce qu'un dispositif ? » in *Michel Foucault philosophe, rencontre internationale, Paris 9-11 janvier 1988*, Paris, Seuil, collection « Des travaux », 1989, pp. 185-195

Fassin, Didier et Memmi, Dominique, « Le gouvernement de la vie, mode d'emploi », in *Le gouvernement des corps*, Fassin, Didier et Memmi, Dominique (dir.), Paris, Éditions de l'EHESS, 2004, pp. 9-32

Foucault, M., « Des supplices aux cellules » (1975), in *Dits et écrits II*, Paris, Gallimard, 2001

Foucault, Michel, « Le jeu de Michel Foucault » (1977), in *Dits et écrits III*, Paris, Gallimard, 1994, pp. 298-329

Foucault, Michel, « Les mailles du pouvoir » (1981), in *Dits et écrits IV*, Paris, Gallimard, 1994, pp. 182-194

Foucault Michel, « Précisions sur le pouvoir. Réponses à certaines critiques » (1978), in *Dits et écrits III*, Paris, Gallimard, 1994, pp. 625-635

Foucault, Michel, « La ‘gouvernementalité’ » (1978), in *Dits et Ecrits III*, Paris, Gallimard, 1994, pp. 635-657

Hubert Michel, 1990, « AIDS in Belgium: Africa in Microcosm », in *Action on Aids. National Policies in Comparative Perspective*, Misztal Barbara, Moss David, New York, Greenwood Press, pp. 107-120

Laborier, Pascale et Lascoumes, Pierre, « L’action publique comprise comme gouvernementalisation de l’État », in *Travailler avec Foucault. Retours sur le politique*, Sylvain Meyet, Marie-Cécile Naves, Thomas Ribemont (dir.), Paris, L’Harmattan, 2004, pp. 37-62

Lebeer, Guy et Moriau, Jacques, « Les usages contemporains de la gouvernementalité, in *(Se) gouverner. Entre souci de soi et action publique*, Lebeer Guy et Moriau Jacques (dir.), Bruxelles, Peter Lang, Collection Action publique, 2010, pp. 11-31

Pezeril Charlotte, Gaissad Laurent, « La séropositivité entre santé sexuelle et pénalisation », in *Présence d’enjeux non-médicaux dans les questions de santé*, Le Bodic C. et Hardy F., Procrire-prescrire., Presses universitaires de Rennes, à paraître

Articles de revues & communications

Barbier, Marc, « ‘Surveiller pour abattre’. La mise en dispositif de la surveillance épidémiologique et de la police sanitaire de l’ESB », *Terrains & travaux*, 2006/2 n° 11, pp. 101-121

Bert, Jean-François, « Bibliographie générale », *Le Portique [En ligne]*, 13-14 | 2004, mis en ligne le 15 juin 2007. URL : <http://leportique.revues.org/index643.html>

Beuscart, Jean-Samuel et Peerbaye, Ashveen, « Histoires de dispositifs (introduction) », ENS Cachan | *Terrains & travaux*, 2006/2 - n° 11, pp 3-15

Bongrand, Philippe et Laborier, Pascale, « L’entretien dans l’analyse des politiques publiques : un impensé méthodologique ? », *Revue française de science politique*, 2005/1 Vol. 55, pp. 73-111

Button François, « Sida et politique : saisir les formes de la lutte », *Revue française de science politique*, vol. 55, n°5-6, 2005, pp. 787-810

Fassin, Didier, « La biopolitique n'est pas une politique de la vie », *Sociologies et sociétés*, vol. 38, n°2, 2006, pp. 35-48

Keck, Frédéric « Les usages du biopolitique », *L'Homme*, 2008/3-4 (n° 187-188), pp. 295-314

Lascoumes, Pierre, « La Gouvernementalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir », *Le Portique [En ligne]*, 13-14 | 2004, mis en ligne le 15 juin 2007. URL : <http://leportique.revues.org/index625.html>

Mangeot, Philippe, « sida : angles d'attaque », *Vacarme* n°29, URL : <http://www.vacarme.org/article456.html>

Moreau Delphine, « 'Dispositifs de sécurité' et épidémie de sida », *Labyrinthe*, n°22 | 2005 (3), pp. 101-110

Peeters, Hugues et Charlier, Philippe, « Contributions à une théorie du dispositif », *Hermès*, 25, 1999, pp. 15-23

Pezeril, Charlotte, « Le dégoût dans les campagnes de lutte contre le sida », *Ethnologie Française*, 41, n°1, 2011, pp. 79-88

Pieron, Julien, « Le concept de *biopolitique* est-il pertinent pour penser les nouvelles stratégies de prévention du VIH/sida ? », communication au Colloque *Médicalisation, surveillance et biopolitique chez Michel Foucault*, Macerata, 28 avril 2011

Pinson, Gilles et Sala Pala, Valérie, « Peut-on vraiment se passer de l'entretien en sociologie de l'action publique ? », *Revue française de science politique*, 2007/5 Vol. 57, p. 555-597

Raffnsøe, Sverre, « Qu'est-ce qu'un dispositif ? L'analytique sociale de Michel Foucault », *Canadian Journal of Continental Philosophy*, 2008, 12(1), pp. 44-66

Rivard, Pierre, « Corps, sexe et pouvoir : pour une problématique foucaldienne de l'épidémie de sida », *Sociologies et sociétés*, vol. 24, n°1, 1992, pp. 123-140

Ruelle, Charles « Population, milieu et normes », *Labyrinthe*, 22 | 2005 (3), pp. 27-34

Setbon, Michel, « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*. 2000, 41-1. pp. 61-78.

Vernazza, Pietro, Hirschel, Bernard, Bernasconi, Enos, Flepp, Markus, « 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* | 2008;89: 5, pp. 165-169

Rapports, textes officiels, sources juridiques

Agence de Prévention du Sida, Ministère de la communauté Française, *Programme 1996-1997, Agence de Prévention du Sida et Infor Sida*

Agence de Prévention du Sida, Ministère de la communauté Française, *La prévention du sida en Communauté Française. Plan guide triennal 1996-1998*

Agence de Prévention du Sida, Ministère de la communauté Française, *Rapport d'activités 1996*

Centre de documentation administrative, Ministère de la Communauté Française, *Plan Communautaire Opérationnel de Promotion de la Santé pour les années 2008 jusqu'au 30 juin 2012*, fixé par l'arrêté publié au M.B. le 24-09-2008

Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, M.B. 29-08-1997

Décret portant restructuration de la prévention du Sida en Communauté française, M.B. 31-12-1997

Martens V, Parent F et al., *Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/SIDA en Communauté française 2007-2008*. Bruxelles, Observatoire du Sida et des sexualités (FUSL), décembre 2006

Martens V., Parent F., et les acteurs de la prévention des IST/Sida en Communauté française. *Stratégies concertées de la prévention des IST/Sida en Communauté française. Une analyse commune pour l'action*. Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), Décembre 2009

Modus Vivendi, *Charte de Réduction des Risques*, http://www.modusvivendi-be.org/IMG/pdf/ChartePFrdra_vier08.pdf

Organisation Mondiale de la santé, VIH/sida, *Aide-mémoire N°360*, Novembre 2011, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/index.html>

ONUSIDA, *Journée mondiale sida 2011. Rapport ONUSIDA*, 2011

Sasse A. et al., *Epidémiologie du sida et de l'infection à vih en Belgique, Situation au 31 décembre 2010*, Santé publique & Surveillance, ISSP | Novembre 2011 | Bruxelles, Belgique