

Article

« What's in a name ? La construction sociale du risque du sida chez les consommateurs de drogue à Harlem »

Michael C. Clatts, Sherry Deren et Stephanie Tortu

Anthropologie et Sociétés, vol. 15, n°2-3, 1991, p. 37-52.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/015173ar>

DOI: 10.7202/015173ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

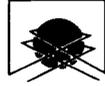
Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

WHAT'S IN A NAME ?

La construction sociale du risque du sida chez les consommateurs de drogue à Harlem*

Michael C. Clatts, Sherry Deren et Stephanie Tortu



*What's in a name ? that which we call a rose
By any other name, would smell as sweet*

Shakespeare, *Romeo and Juliet*, acte II,
scène II, v. 43-44

Et cependant, les noms que nous donnons aux personnes et aux choses qui nous entourent ne sont pas toujours aussi équivoques. Au contraire, ils sont souvent intimement liés à la fragilité du jugement humain, aux peurs que nous entretenons à propos de nos relations avec les autres, et à la jalousie avec laquelle nous protégeons parfois notre territoire moral et physique. Prenons par exemple la désignation « syndrome de l'immunodéficience acquise » (sida). À strictement parler, c'est le nom donné à une constellation d'infections opportunistes qui résultent, croit-on, d'une infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et de la détérioration de la réponse immunitaire qui s'ensuit. Cependant, dès le jour où un médecin rapporta pour la première fois qu'un certain nombre d'hommes homosexuels étaient en train de mourir de diverses infections exotiques, le sida s'est retrouvé enchâssé dans le moule des peurs, des fantasmes, des croyances et des idéologies morales qui dominent dans la société et qui considèrent la maladie non pas comme un simple phénomène organique, mais comme relevant également du vice et de la vertu.

Une grande partie du discours sur les « groupes à haut risque » a bien souvent reflété implicitement une construction *sociale* particulière du risque. Ainsi, par exemple, on a rapidement reconnu que la majorité des hommes chez lesquels on avait constaté pour la première fois des infections opportunistes inhabituelles étaient des homosexuels ; ce constat a conduit les épidémiologistes à faire l'hypothèse que la morbidité et la mortalité subséquentes de ces personnes étaient dues à

* La recherche présentée dans cet essai a été menée sous l'égide du Harlem AIDS Project, avec Sherry Deren comme chercheur principal, et de la Narcotic and Drug Research, Inc. ; elle a été financée par le National Institute on Drug Abuse (subvention DA05746). Tous les individus dont le portrait est présenté ici ont consenti à l'utilisation de leur histoire de vie, mais leurs noms ont été changés afin de protéger leur identité. Les positions exprimées dans cet article ne représentent pas nécessairement celles du NIDA ou de la NDRI.

un aspect particulier du comportement homosexuel¹. Cependant, quelle qu'ait été l'utilité potentielle de rechercher les traits communs à l'occurrence de la maladie, il est devenu évident que les outils conceptuels et analytiques qui servent à organiser et à expliquer ces phénomènes n'ont pas été forgés dans un vide social et politique (Douglas 1978 ; Hertzfeld 1986 ; Foucault 1976 ; Sontag 1978 ; Zola 1978). En effet, même s'ils peuvent servir à mettre en lumière la ou les causes de la maladie, ils possèdent également une dimension plus trouble et virtuellement dangereuse, à savoir le pouvoir de stigmatiser, de mettre à distance, de constituer un « eux » par rapport à un « nous ». Une bonne partie du discours qui a émergé à propos de membres des « groupes à haut risque » associés au sida et, plus précisément, la construction même de telles entités en tant que processus social et politique, se trouvent, du moins tacitement, impliquées dans l'élaboration de métaphores de l'altérité (Clatts et Mutchler 1989). Ces dernières sont souvent formulées dans des expressions idiomatiques qui renvoient non seulement à l'échec individuel, au mal et à l'inadaptation, mais aussi à l'irrationalité collective, dont les comportements sexuels illicites et l'usage de drogue sont souvent donnés pour preuve. Ainsi, le fait d'être associé au sida en est venu à signifier beaucoup plus que d'être simplement affecté par le VIH ; cela signifie aussi ne pas être propre, ne pas être désiré, ne pas être bienvenu parmi les autres, être coupable et susciter le scandale et la peur. Et peut-être par-dessus tout, avoir le sida signifie mériter sa maladie (voir Lessor et Jurich 1986 ; Patton 1985). Cet aspect réflexif et métaphorique des conceptions propres aux maladies comme le sida peut miner notre capacité à les analyser indépendamment des catégories socialement construites qui servent à définir les personnes qui en souffrent (Clatts et Mutchler 1989 : 112). Cependant, au-delà du danger que de telles métaphores soient mises au service d'une structure particulière de pouvoir, se trouve l'éventualité encore plus problématique qu'elles puissent participer d'interprétations erronées du risque lui-même.

Cet essai ne porte pas sur la façon dont le sida atteint le corps. Il cherche à comprendre comment l'attribution sociale des étiquettes, exercice auquel nous sommes tous rompus pour de multiples raisons, transforme la maladie en quelque chose de plus qu'un problème médical et fait de ceux qui en sont affligés autre chose que simplement des malades. Les histoires de vie de cinq personnes habitant Harlem (New York) sont esquissées ici ; il s'agit d'hommes et de femmes qui vivent dans une communauté appauvrie, caractérisée par de hauts niveaux de consommation de drogue, ainsi que par des taux élevés de séropositivité et de mortalité (voir McCord et Freeman 1990). Chaque portrait décrit une personne qui use de drogue par voie intraveineuse, et qui est donc exceptionnellement vulnérable à la maladie et à la mortalité associées au sida. Chacune d'elles, cependant, a beaucoup à nous enseigner sur les liens qui existent entre la représentation d'une maladie — dans ce cas, une maladie qu'on associe à un certain type de personne —, la représentation

1. Par exemple, le grand nombre de partenaires sexuels et l'utilisation d'inhalateurs de nitrate, considérés comme deux traits communs des clients des saunas pour homosexuels, ont été dès le début proposés comme co-facteurs, en dépit du fait que ni l'un ni l'autre n'a de lien logique avec la transmission du VIH.

du risque relatif à cette maladie, et peut-être même l'expérience de la maladie². Le but de cet article est d'explorer la signification de la construction de la maladie et de la mort telle qu'elle apparaît dans le discours de consommateurs de drogue par voie intraveineuse dans la communauté de Harlem. Nous tenterons également de situer ces idées dans le tissu social de la communauté en général, et d'en présenter les implications potentielles quant à l'intervention.

Les études de cas

Sally

Sally est une femme âgée de trente-neuf ans qui est venue vivre à Harlem alors qu'elle était au début de la vingtaine. Elle raconte son enfance turbulente, la mort de sa mère quand elle avait dix ans, le remariage de son père et son décès subséquent, ses passages incessants d'une famille d'accueil à l'autre, notamment lorsque son père était incapable de trouver du travail et de payer le loyer. Un de ses premiers souvenirs d'enfance, et aussi l'un des plus vifs, est celui des agressions sexuelles répétées qu'elle a subies de la part d'un de ses cousins. Elle dit s'inquiéter aujourd'hui de ce qu'il fait à sa propre fille. La vie adulte de Sally n'a pas été moins traumatisante. Elle a connu plusieurs échecs dans sa vie de couple, elle a été battue, abandonnée et a eu parfois recours à la prostitution et au commerce de la drogue pour s'en sortir.

Sa première expérience de drogue par voie sous-cutanée (*skin-popping*) date de vingt ans, lorsqu'elle avait dix-neuf ans³. Son ami d'alors était un trafiquant et elle voulait « se sentir admise dans tout ce que faisaient les autres ». Au cours des années, elle a essayé presque toutes les drogues disponibles dans la rue, celles qui rendent euphoriques (*uppers*) et celles qui calment (*downers*), la marijuana, l'alcool, le LSD, la cocaïne, le crack, mais elle dit que « l'héroïne est toujours reine ». Toutefois, interrogée sur ses expériences avec cette dernière, elle dit que « psychologiquement, elle t'amène à te sentir inférieure, comme un chien ». Elle relève sa manche et son pantalon, dévoilant les cicatrices laissées par de nombreux abcès. Elle parle de ses veines informes et des fois où elle s'est injectée de la dope coupée

2. Une démarche qui cherche à caractériser des expériences profondément personnelles comme la maladie et la mort rencontre nécessairement des problèmes épistémologiques importants. Les morts ne nous parlent pas. De plus, et souvent en « vertu » de leur maladie, les expériences de ceux qui sont encore vivants nous sont cachées de diverses façons, ce qui accroît les problèmes d'interprétation. Cependant, nous tous qui luttons toujours pour rester parmi les vivants avons une conception, quelle qu'elle soit, de ce qu'il y a de l'autre côté, des circonstances qui peuvent nous y mener et de la façon dont notre manière de mourir influencera les jugements portés sur nos vies. Par conséquent, il est possible de beaucoup apprendre en étudiant la façon dont une maladie est imaginée, comment son apparition est expliquée et quelles attentes suivent cette apparition. Plusieurs chercheurs ont proposé une argumentation semblable en relation avec le rôle de la culture dans l'expérimentation des drogues hallucinogènes (Agar 1981 : 333-335 ; Dobkin de Rios 1974 ; Feldman *et al.* 1980 ; Harner 1973).
3. Le *skin popping* consiste à s'injecter des substances narcotiques, telles que l'héroïne ou l'héroïne mélangée à de la cocaïne, sous la surface de la peau plutôt que dans les veines, cette dernière pratique étant appelée *mainlining* ; le *skin popping* est souvent décrit comme la manière dont commence l'expérimentation des drogues par voie intraveineuse.

avec un attendrisseur à viande, ou de la cocaïne arrosée de ce qu'elle pensait être du mercure. Elle décrit son accoutumance en des termes qui reflètent sa peur d'être en manque, ainsi que les effets de cette dépendance sur sa perception d'elle-même. Elle dit qu'elle ne se sent plus capable « de fonctionner socialement dans le monde des personnes qui ne se droguent pas, qui ont des habits propres... ça change ton moi en profondeur, ton corps pue et est corrodé ».

Sally a été catholique, méthodiste, protestante et elle est maintenant bouddhiste. Elle attribue son fort sentiment de spiritualité à son père, en particulier à l'héritage amérindien qu'il lui a transmis. Cette facette d'elle-même l'amène à noter que ses parents sont morts le même jour à dix ans d'intervalle, un fait qui, selon elle, a une signification cosmique. Elle se rappelle également le jour où deux pigeons sont apparus à sa fenêtre ; elle sut alors qu'un de ses proches était mort et appris plus tard qu'un cousin venait de mourir du sida ce matin-là.

Sally parla plus de trois heures. Elle a du mal à croire que quelqu'un s'intéresse vraiment à son histoire. Elle décrit ses nuits passées à « faire le trottoir », à « mélanger et vendre de la drogue », les heures qu'elle a passées à traîner dans les piqueries et les maisons de crack (*crackhouses*), vendant du sexe pour « cinquante cents » ou « juste une bouffée de crack ». Elle explique que « maintenant, je me pique seulement chez moi ». Par conséquent, elle croit qu'elle ne court plus de risques d'attraper le sida, faisant aussi remarquer qu'elle a « un endroit où rester et des habits ; et je me garde propre ». Cependant, elle s'inquiète pour les filles plus jeunes qui ont pris sa place sur le trottoir. Elle sait qu'elles seront battues et exploitées, qu'elles sont fatiguées, affamées et malades. Elle a peur que plusieurs d'entre elles « disparaissent sans que personne ne le sache ».

Ce pronostic renvoie aux dangers en général de la prostitution de rue, mais il semble aussi s'étendre à l'anxiété qu'elle entretient à son propre sujet. L'entrevue semble avoir été une rare occasion pour elle de jeter un regard sur son travail dans la rue, de réévaluer son sens et son but. Au début de la rencontre, elle avait adopté une pose nostalgique, ressemblant beaucoup à celle d'une retraitée qui passerait en revue les meilleurs moments d'une illustre carrière. Mais au cours de toutes ces années de violence et de mort qui font rage dans les rues de cette communauté, elle a perdu le contact avec la plupart des membres de sa famille, ses parents, ses frères et sœurs, ses enfants ; la majorité de ses amis sont « venus et repartis ». Soudain, elle semble voir un reflet d'elle-même dans les yeux vitreux des filles qui ont pris sa place sur le trottoir ; et on peut lire un éclair subit de panique dans son regard, comme si elle avait été surprise par son propre anonymat.

Blacksheep

Blacksheep est né dans le Bronx en 1944. Il n'a jamais connu son père, qui était noir, et quand il a eu deux ans, sa mère, qui était blanche, l'a placé dans un orphelinat car sa famille avait honte de la couleur de l'enfant. C'est pour cette raison qu'il s'est lui-même surnommé Blacksheep. Il remarque que les sœurs à l'orphelinat l'ont forcé à avoir la foi, mais que leurs coups la lui ont fait perdre. Il croit néanmoins qu'il est encore religieux à sa façon et qu'il est doué de seconde vue. Philosophe à propos du monde où il vit, il note que « tout ce qu'on voit porte un

masque », « rien n'est ce qu'il est », « la vie est un tourbillon » et « rien n'est permanent ». Il donne de la chair à cette sagesse populaire en racontant des histoires de décrochage à l'école, de fugue de sa famille d'accueil à l'âge de sept ans, d'évasions répétées de prisons pour jeunes, de fabrication de gin dans la baignoire, et finalement de boulots de casseur pour le crime organisé à Harlem. Toute sa vie a consisté à se battre dans l'économie de la rue dominée par la drogue, la prostitution et la violence, à tenter de fuir les gangsters et la police, et à apprendre à survivre à chaque instant.

Il s'exprime clairement au cours de l'entrevue mais reste sur ses gardes, grave et sérieux. Son corps est tendu, ses yeux noirs sont sceptiques et presque maussades, et il démontre peu de confiance dans le fait qu'un homme blanc puisse comprendre sa vie. Il remarque que « ça prend neuf mois pour naître, mais moins d'une seconde pour qu'on te tue », notant qu'il « faut rester froid ». Il raconte son implication dans la violence organisée de la rue, notamment la fois où on lui a tiré dessus, sa vengeance contre l'homme qui avait jeté son enfant par la fenêtre d'un appartement, les coups de feu et les cris de terreur qu'il entend de son appartement tous les jours, dans la rue, dans son boulot, dans son quartier. Il parle longuement de ces terreurs et tragédies et, avec un éclair de bravade, banalise leur portée par le commentaire suivant : « Les seuls qui peuvent vraiment te faire du mal, c'est ta famille. »

Blacksheep a suivi de nombreux traitements de sa toxicomanie au fil des ans et débite mécaniquement tout ce qu'il sait sur le sida. En dépit de sa connaissance considérable, il nie que le VIH se répande par le partage des seringues et les rapports sexuels, affirmant que la maladie est causée « par le fait de vivre dans la crasse... de ne pas te garder propre ». Il remarque que les gens de son entourage dorment dans des maisons de crack et des piqueries et passent la majeure partie de leur temps à faire des coups, s'approvisionner en drogue et se défoncer, ce qu'il appelle « un cercle vicieux ». Il pense que cette situation les empêche de se nettoyer et que c'est pour ça qu'ils attrapent le sida.

Blacksheep considère que sa santé est mauvaise, me confiant en particulier qu'il souffre d'un trouble cardiaque chronique qui lui vient d'une blessure par coup de feu, et qu'il a été récemment sujet à des accès de pneumonie et de tuberculose. Il était incapable de nommer un ami quelconque ou même une simple connaissance. Il pense que la plupart des drogués qu'il a connus sont morts du sida ou en mourront. Hormis les quelques fois où il retouche à l'héroïne ou au crack, il me dit qu'il a renoncé à la drogue afin de trouver la « paix de l'esprit », un état qu'il décrit comme ressemblant au silence qui vient avec la mort, « the ultimate high ».

Béatrice

Au début de l'entrevue, Béatrice montra une certaine réserve, mais elle tenta de briser la glace par une blague impliquant une description exagérée de ses seins. Elle observa soigneusement ma réaction pour voir si je comprenais, et quand je me suis mis à rire, elle a semblé se détendre un peu. Nous avons commencé à parler de mes expériences dans la communauté et de ce que je souhaitais apprendre d'elle à travers son récit de vie. Elle affirma avoir déjà eu une expérience personnelle de

l'histoire orale et, de façon assez perspicace, associa mes objectifs à cette occasion. Elle nota que chaque famille est comme une « chanson populaire » (*folk song*), qu'elle « nous rappelle qui nous sommes [...] Certains d'entre nous sont des *Elks*, d'autres des évangélistes, des francs-maçons ou des voyants et des interprètes de rêves » et « chacun porte en soi un don ».

Béatrice est une femme noire née en Caroline du Sud en 1953. Elle commence son récit en me disant qu'elle provient d'une « belle famille », « avec de grands espaces ouverts », et « des manifestations ouvertes d'affection ». Elle devient nostalgique en me racontant des anecdotes pour appuyer ce souvenir : elle revoit sa grand-mère apportant à son grand-père ses biscuits favoris alors qu'ils étaient tous deux assis dans une chaise berçante sur la galerie, et elle se revoit elle-même en train de se demander combien de fois ils avaient dû faire l'amour pour se retrouver avec onze enfants. Elle note aussi que sa famille a toujours été impliquée dans ce qu'elle appelle « une dépendance chimique ». Les nombreux magasins dont son grand-père était propriétaire dans leur ville du Sud servaient de couverture pour la contrebande du bourbon. De la même façon, son père et ses oncles organisaient des jeux d'argent illégaux (*wrote numbers*) et bâtirent un réseau de cocaïne entre New York et le Sud.

Béatrice a commencé à prendre des drogues alors qu'elle avait à peu près quatorze ans. Sa sœur était morte en bas âge l'année précédente et sa mère s'était mise à prendre du valium à la suite d'une dépression nerveuse. Elle se rappelle : « Mes amies et moi, on a essayé les comprimés ; puis on a avancé jusqu'à la marijuana, l'acide, et enfin la méthadone liquide [...] l'acide était souvent enveloppé dans des petits bouts de papier avec une bande dessinée dans laquelle un personnage indiquait à quel point cet acide permettait de se défoncer : "You get goofy off of Goofy" ». Elle me dit avoir passé une année au collège ; elle y a étudié la psychologie parce qu'elle a toujours été intéressée par ce que les gens pensent. Selon elle, cette brève période au collège a été le seul moment de sa vie où elle n'a pas pris de drogue, « parce que j'avais quelque chose pour m'occuper l'esprit ». Son père mourut peu après le déménagement de toute la famille, qui avait quitté la Caroline du Sud pour s'installer à New York ; ce décès, elle s'en vanta, nécessita deux funérailles tellement il y avait eu de monde aux deux endroits. Après la mort de son père, elle commença à s'occuper de sa mère qui n'avait toujours pas récupéré de sa dépression nerveuse. Puis elle évoque rapidement une période de cinq années au cours de laquelle elle semble s'être de plus en plus engagée dans la prostitution de rue. Il n'est pas clair si la rapidité de cette évocation est le fait d'un choix conscient ou si Béatrice est simplement incapable de se rappeler quoi que ce soit de cette période dont elle aurait voulu me faire part plus en détail. Je n'ai pas poussé dans cette direction.

Elle dit qu'elle a maintenant quitté le trottoir, « par le pouvoir de Dieu et la parole de Dieu ». Elle n'élabore pas directement le thème de l'importance de ses croyances religieuses, bien que sa description subséquente de son expérience des drogues fasse de nouveau allusion à une transformation spirituelle. Selon ce qu'elle dit, elle fixe maintenant des rendez-vous précis à ses clients réguliers : « Ils viennent et me disent : "Hé, ma belle, j'ai quatre flacons [de crack], tu veux te mettre au boulot ?" » Plusieurs de ses clients lui passent de l'argent pour qu'elle

leur achète de la drogue, sachant qu'elle connaît les endroits où on peut faire « la meilleure affaire ». « On part avec la drogue qu'ils ont payée », me raconte-t-elle de façon très terre-à-terre, « et ils paient séparément pour le reste [le sexe] ». Elle précise qu'elle n'échange jamais de sexe directement pour de la drogue, qu'elle insiste toujours pour être payée en argent. Elle explique qu'avec ce système, elle se sent « plus désirée » et que le fait de fixer un horaire l'aide à avoir un peu d'argent tous les jours et à ajuster ses propres dépenses pour la drogue ainsi que sa consommation de crack. La majorité de ses hommes, dit-elle, sont plus vieux qu'elle : « Ils sont allés à l'école et ont rendu leur maman fière d'eux ; ils ont élevé des enfants, eu des emplois, acheté et vendu leurs maisons et maintenant ils sont tout seuls [...] Ils vivent dans une chambre avec leurs réchauds et leurs souvenirs, et maintenant ils veulent y ajouter des albums de photos de nous, les filles du crack. La plupart viennent à la maison pour passer un moment avec moi. Ils parlent à ma maman et lui apportent un petit quelque chose qu'ils ont piqué comme pour la remercier de son hospitalité ; puis on va dans ma chambre et tout le monde sait qu'il ne faut pas nous déranger. Parfois je vais chez eux et ils ont préparé mon argent dans une jolie petite boîte à bonbons. » Elle croit que son travail est thérapeutique pour ses clients et me parle d'un photographe connu qui a commencé à venir la voir après avoir été paralysé par une attaque. Elle me sourit avec une ironie désabusée : « Il n'est plus paralysé maintenant ».

Béatrice dit savoir qu'elle court un grand risque et affirme qu'elle n'a plus de rapports sexuels avec pénétration parce qu'elle ne saurait pas comment le dire à ses partenaires si elle attrapait le sida : « Tu sais, je peux retarder le moment où le VIH se transforme en sida si je diminue mes rapports sexuels jusqu'à un certain point [...] tu sais, je jure devant Dieu que je l'ai à l'intérieur de moi en ce moment [...] et ça me terrorise, mais je peux le ralentir, le freiner [...] je ne veux pas le savoir encore. » Les thèmes du pouvoir et du contrôle sont fréquemment évoqués au cours de l'entrevue. Elle dit qu'elle sait « comment me rendre très sensuelle, au point où la couleur de ma peau ou la longueur de mes cheveux n'ont plus d'importance... au moment de ton orgasme, je te connais et je te contrôle ». Elle explique : « Ils ont un certain regard quand ils jouissent [...] et je sais que je peux les décevoir, mais qu'ils viennent ou non n'a aucune importance pour moi. » Un de ses clients, un jour, « a eu le culot de me demander après coup si j'avais eu un orgasme » ; elle lui a répondu froidement : « Moi, mes orgasmes, je les ai en comptant ces billets verts. »

Tout au long de la discussion, elle associe le sexe à l'usage de la drogue, particulièrement du crack, et je l'ai interrogée sur cette expérience. En guise de réponse, elle me raconte une anecdote concernant une annonce télévisée qui met en garde contre l'usage de la cocaïne : « Ils nous montrent ce joli petit nez, puis un système de son qui passe devant lui ; mais le nez sniffeur se tourne vers la cocaïne ; puis une voiture passe et le nez fait de même, puis un yacht, puis un voyage à Paris et le nez sniffeur se tourne toujours vers la cocaïne. Tu sais, quand j'ai vu ça, je me suis dit, ils puent la merde. Je ne peux pas aller chez Crazy Eddy's toutes les dix minutes avec trois dollars et m'acheter une radio, je ne peux pas aller chez Chrysler et avoir une voiture si je ne fais pas un premier dépôt, et si je vais dans une agence de voyage pour réserver un voyage à Paris, j'ai besoin d'une carte de crédit et d'un bon emploi. Mais je peux aller voir ce vendeur de crack toutes les dix minutes et à la fin

de la journée, il m'en lancera même une bouteille gratuitement. À quel autre endroit est-ce que je peux avoir quelque chose comme ça ? [...] La plupart des choses que je veux sont impossibles à obtenir si je ne suis pas dans un état autre », note-t-elle, affirmant que c'est ce que le crack lui permet de réaliser.

Elle est toutefois consciente du côté sombre du crack et, d'une voix animée, décrit la série de « mensonges » qu'une « petite voix dans la tête te murmure, t'incitant, en te cajolant, à en prendre encore une bouffée : elle me dit "tu n'es pas fatiguée, tu peux encore faire ces vingt pâtés de maison [prostitution] pour avoir un autre cinquante cents qui te paiera une autre bouffée, tu n'as pas faim, tu n'as pas besoin de dépenser ces trois dollars en nourriture ; ce que tu fais pour avoir cet argent, ça n'a pas d'importance, passe par-dessus cette merde, cette pisse, fais-en une rapide à ce type — ça n'a pas d'importance". Les gens autour de vous, ils s'en fichent si ce bébé pleure ou a faim ; cette montre qu'il t'a donnée à Noël, elle peut te faire avoir une bouteille jumbo de crack et alors tu pourras joliment fumer. Tous ces mensonges transforment ton regard, conclut-elle, et la cocaïne te fait voir tout et tout le monde en fonction de la *quantité* de pépites [de crack] que tu peux avoir avec. »

James

James est un homme de trente-huit ans. En dehors d'une brève période de sa vie qu'il a passée à Seattle avec sa famille et, au début de son adolescence, une année au Viet-Nâm, il a toujours vécu à Harlem. James se rappelle qu'il a aimé l'école et qu'il s'intéressait à l'architecture ; mais, à Seattle, il a eu de la difficulté à comprendre l'accent des professeurs et à s'ajuster à un programme scolaire différent, si bien qu'il s'est graduellement désintéressé de l'école. Sa famille est retournée à Harlem au moment où il aurait pu commencer sa première année de collège, mais à ce moment-là, il avait pris du retard sur ses camarades et n'a pas été admis dans la classe supérieure ; il a alors rapidement cessé d'aller à l'école.

C'est au cours de ces six mois turbulents passés à Seattle qu'il a commencé à boire de l'alcool et à « fumer un petit joint », notant qu'il était malheureux et que c'était pour lui une façon de s'adapter à ses nouveaux camarades de classe. Quand il retourna à Harlem, pressé de retrouver ses vieux copains, il s'aperçut qu'ils étaient « en avance » sur lui, et que sniffer et s'injecter de l'héroïne sous la peau était « le trip du moment ». Il se rappelle un de ses copains « qui amena ce sachet de poudre blanche, de la dope. Alors tous ces gars, ils sont là à sniffer et me disent : "Tu sais, c'est de la drogue dure, pas pour toi." Je leur ai dit : "Tous les autres le font, laissez-moi essayer." J'en ai pris une, puis une autre [...] ; j'ai sniffé seulement deux, trois fois et j'ai senti que je perdais le contrôle de mon corps [...] mais c'était agréable. » Il se rappelle ensuite qu'« ils m'ont attrapé par le col et m'ont dit : "Maintenant, tu vas te tenir avec nous." J'ai sniffé [de l'héroïne] pendant environ un an et quand j'ai redoublé ma neuvième année, j'en étais déjà à l'injection sous la peau (*skin popping*). Ça a duré deux mois. Puis j'ai commencé l'injection dans les veines (*mainlining*). Et, ouf, une fois que j'ai commencé, je me suis retrouvé dans un truc auquel je ne connaissais rien du tout. Et avant de le savoir, mon vieux, j'étais complètement dépendant de la dope à l'âge de dix-sept ans. » James appelle cette période ses « années d'apprentissage », pendant lesquelles il a pris quelques

« coups durs » en s'engageant de plus en plus dans l'économie de la rue : « Tu entres dans le jeu, tu commences à faire le trafic de la drogue. Puis tu essaies d'utiliser ton profit et l'argent de l'autre et à la fin tu te fais casser la gueule. »

À l'âge de seize ans, James entra dans l'armée et fut envoyé au Viet-Nâm. Il se souvient : « J'étais presque tout le temps en manque là-bas. Tu emmenais ce que tu pouvais au combat et quand il n'y en avait plus, tu étais là, malade. Je passais deux, trois semaines malade comme un chien, et la troisième semaine, quelqu'un arrivait là-bas avec de la drogue et il y en avait juste assez pour la journée et ensuite, tu étais malade de nouveau [...]; c'était très déprimant. Un frère a voulu que je lui brise le bras ou que je lui tire dans le pied ou n'importe quoi d'autre pour le sortir de là. » Après son retour du Viêt-Nam, James suivit plusieurs programmes de désintoxication et travailla quelque temps comme imprimeur. Lorsque sa blessure au pied sera guérie, dit-il, il retournera à cet emploi. James affirme que maintenant, il ne se pique que de temps en temps et qu'il veut faire quelque chose de sa vie. Au début de l'entrevue, il est plutôt timide et me teste avec des blagues avant de décider que « c'est pour vrai » et de se laisser aller avec sa litanie d'anecdotes. Il les raconte avec humour et est capable de rire de lui-même, mais on décèle aussi chez lui le sentiment d'avoir déjà beaucoup perdu. Il est à noter qu'en racontant son histoire, James marque toutes les étapes de sa vie par des événements à propos desquels il sent qu'il a échoué d'une façon ou d'une autre. On peut se demander à quel point cette sorte de perception de soi se révèle prophétique pour les hommes et les femmes de cette communauté.

Lois

Lois est une femme noire de trente-deux ans. Ses yeux sont vivants et aux aguets, son sourire assuré et engageant, mais son corps est frêle et émacié. Elle marche lentement avec une canne et doit souvent s'arrêter, même au cours de la conversation, pour reprendre son souffle. Lois est née dans le sud du New Jersey. Sa mère n'était pas mariée et était incapable de s'occuper d'elle, si bien qu'elle a été élevée par sa grand-mère maternelle, une femme aux fortes convictions religieuses et, selon la description de Lois, généreuse et juste. Lois a bien réussi à l'école primaire et secondaire et ce n'est qu'au début de sa vie d'adulte, lorsqu'elle se préparait à faire une carrière dans les affaires, qu'elle se mit à prendre de la drogue.

Cela débuta par des « fêtes », quand elle commença à fréquenter les clubs d'Atlantic City et de Philadelphie et, plus tard, de New York : « Ça se passait pendant les fins de semaine ; on sniffait de la cocaïne, on se piquait à l'héroïne, on prenait des pilules et on se "brûlait". » Elle me dit que « c'était O.K. », que les drogues l'aidaient à soulager la pression qu'elle ressentait à devoir réussir en tant que femme noire dans un monde dominé par l'homme blanc. Quand son compagnon mourut dans un accident de voiture, Lois commença à s'injecter quotidiennement de la cocaïne et de l'héroïne par voie intraveineuse, et eut finalement ce qu'elle appelle un « breakdown ». Elle se fit interner dans un centre de soins, mais, peu après qu'elle en soit sortie et qu'elle ait été de retour au travail, elle eut une pneumonie.

Ces deux dernières années, elle a été incapable de travailler et a été hospitalisée de nombreuses fois pour diverses infections opportunistes associées à l'infection par le VIH et à une détérioration progressive de son système immunitaire. Elle me dit qu'elle est fréquemment incontinente et doit porter une couche, et qu'elle a du mal à manger à cause de l'enflure de sa bouche et de sa gorge. Comme c'est le cas pour de nombreuses personnes de sa communauté, sa peur s'exprime surtout à travers l'évocation des conséquences sociales immédiates du fait que « les gens l'apprennent », plutôt que par l'ultime menace de la maladie et de la mort. Ainsi, après plusieurs années de maladie, Lois maintient que son principal souci est que les autres découvrent sa maladie, qu'elle soit déshéritée par sa famille, dédaignée par ses voisins et pénalisée par son propriétaire.

Bien qu'elle pense être « en rémission », ses bras, ses jambes et son visage sont marqués de taches rouges, caractéristiques du sarcome de Kaposi ; la voix pleine de larmes silencieuses, elle murmure qu'elle se sent « près de la fin de son arc-en-ciel ». L'entrevue est émaillée de rires sonores à propos de l'ironie de la vie humaine, mais aussi tramée d'angoisse face à l'horizon qu'elle entrevoit désormais. Elle est parfois envahie de tristesse, mais semble soulagée d'avoir l'occasion de raconter son histoire. Elle parle de sa colère à l'endroit de Dieu qui était supposé veiller sur elle, fait allusion au fait qu'elle sautera peut-être du toit de son immeuble ; à son espoir qu'ils trouvent un traitement, elle oppose sa conviction qu'elle ne pourra jamais se le payer, étant donné qu'elle est déjà submergée par le coût de la nourriture et du loyer. Elle me remercie plusieurs fois de *ne pas* lui avoir demandé ce que tout le monde lui demande toujours : « Comment te sens-tu ? » Quelques semaines plus tard, elle mourut de complications associées au sida.

Discussion

Le but de cet article était en premier lieu de comprendre comment les consommateurs de drogues de Harlem perçoivent le risque du sida et le situent dans leur expérience globale. Nous voulions ensuite explorer la portée de ces représentations de la maladie et de la mort pour les comportements à risque, et tenter de mettre en lumière ce que ces liens impliquent pour les efforts d'intervention en matière de sida. Les récits de vie esquissés ici suggèrent que la perception du risque d'infection par le VIH et, par conséquent, la conscience de la nécessité de changer des comportements afin de le contrôler, sont étroitement liées à un certain nombre d'idiomes par lesquels le sida a été initialement caractérisé, en particulier celui d'être une « maladie d'homosexuel ». De plus, ces histoires de vie suggèrent que la perception du risque de la maladie et, donc, les processus de prise de décision quant à la gestion de ce risque, sont en étroite relation non seulement avec l'expérience antérieure des usagers de drogue face à la maladie, mais aussi avec un certain nombre de facteurs sociaux et économiques généraux associés à l'expérience de la pauvreté.

Rappelons l'histoire de Sally. Après avoir minutieusement décrit le fil de son existence, au cours de laquelle elle dut affronter les dangers de la survie dans et par la prostitution de rue, elle croyait qu'elle était « à l'abri » du sida parce qu'elle avait maintenant « des habits propres et un endroit pour dormir ». Il est significatif que,

tout au long de son récit, elle ait donné de nombreux détails à propos d'une foule d'expériences impliquant des traumatismes physiques et émotionnels qu'elle associait chaque fois aux circonstances dans lesquelles elle se trouvait, particulièrement lorsqu'elle vivait et travaillait dans les rues. Il ne fait aucun doute que son raisonnement est renforcé par son expérience quotidienne dans cette communauté, où on estime à plus de cinquante pour cent le taux d'infection par le VIH des utilisateurs de drogue par voie intraveineuse (Des Jarlais *et al.* 1989), et où le fait d'être sans abri est également un phénomène très répandu (Rossi *et al.* 1987). De la même façon, et en dépit de son exposition détaillée des faits « scientifiques » concernant le sida, Blacksheep continuait à soutenir que si la maladie se répandait, ce n'était pas à cause du partage des seringues et des rapports sexuels sans protection, mais plutôt à cause de circonstances reliées à la pauvreté, lesquelles sont, selon sa propre expérience, connues pour causer des maladies, en particulier le fait de « ne pas se garder propre ».

Béatrice reconnut être extrêmement anxieuse face aux risques qu'elle courait, mais maintenait en même temps qu'elle contrôlait les hommes avec qui elle échangeait du sexe pour de l'argent et, par extension, estimait qu'elle contrôlait aussi le risque potentiel du sida. Il est à remarquer qu'une partie considérable de son sentiment de pouvoir provient en fait de son utilisation du crack, qu'elle décrit comme étant ce qui lui permet de jauger la situation et de la maîtriser. Tristement, elle disposait de peu d'autres sources de réconfort et de maîtrise dans sa vie, sinon la flambée fugace de pouvoir que procure le crack. De plus, sa dépendance émotionnelle des drogues stimulantes exacerbe les risques d'une transmission sexuelle du virus et mine sa capacité de décision (voir Clatts 1991).

La première fois que j'ai rencontré James, il m'a rapporté correctement la connaissance qu'il avait du sida grâce aux médias et à plusieurs organismes communautaires de santé ; il exprima alors la ferme résolution de modifier son comportement afin de réduire le risque. Toutefois, quand je l'ai revu quelques mois plus tard, il m'a fait le récit détaillé de nombre de problèmes plus immédiats qui avaient absorbé toute son énergie et l'avaient rapidement débordé, notamment la perte de son logement et une profonde dépression. Or, depuis qu'il vivait dans un refuge public, il ne pouvait plus assurer la propreté de son matériel d'injection et il ne pouvait s'injecter sa dose que dans une piquerie. Pour ne pas attraper le sida, il avait expérimenté le crack ; mais il devenait très déprimé après chaque moment d'euphorie, à quoi il tentait de « remédier » en augmentant sa consommation d'héroïne.

Finalement, rappelons la façon dont Lois expliqua comment et pourquoi elle s'était engagée dans la drogue, comportement qui résulta ultimement en une infection par le VIH. Elle situa les causes de sa dépendance des drogues dans un contexte de contradictions qu'elle percevait entre ce qu'elle était capable d'accomplir et son statut inférieur de femme noire, notant que c'était la pression de réussir dans « le monde de l'homme blanc » qui l'avait déstabilisée.

Toutes les personnes présentées ici m'ont dévoilé une vie tramée de crainte, de doute de soi et de pertes. Toutes décrivirent une tempête intérieure mugissante et imaginaient la mort, bien qu'effrayante, comme un soulagement bienvenu. Quel que soit le degré de connaissance d'une personne, c'est dans le labyrinthe de ce genre d'émotions, dans ce qui semble être un conflit entre les besoins et la peur, que

le risque d'attraper la maladie est perçu et géré. Il est alors peu étonnant qu'en dépit de leur grande connaissance du sida, les consommateurs de drogue à New York reproduisent les comportements à haut risque avec une fréquence alarmante (voir Clatts 1991 ; Kleinman *et al.* 1990 ; Morgan *et al.* 1989 ; Selwyn *et al.* 1989).

Conclusion

Le sida a une présence quotidienne dans cette communauté, aussi envahissante que les rafales de vent en hiver, lorsqu'elles créent des tornades de poussière tourbillonnante et entraînent avec elles les journaux et les emballages de cellophane jetés dans des rues qui ressemblent à une zone de guerre. Il enveloppe la silhouette d'un sans-abri qui se blottit sous un porche, puis continue son chemin. Peut-être vers cette femme qui fait le trottoir au coin de la rue jusqu'aux petites heures du matin, quand la nuit cède devant le jour. Elle se tient debout, juchée sur ses talons hauts, vêtue d'une robe rouge moulante, sollicitant un hochement de tête affirmatif de l'occupant de la voiture qui fait le tour du pâté de maisons. Au passage suivant, la voiture ralentit le long du trottoir et la femme se penche vers l'intérieur : « Hé, beau brun, tu veux t'occuper ? » Ils parlent peut-être du prix, se jaugeant mutuellement à leur propre façon. Souvent, l'occupant de la voiture est un « régulier » et aucune discussion n'est nécessaire ; l'apparition de la voiture maintenant familière est aussi fidèle que celle de la nouvelle lune, et l'échange est un contrat tout aussi bien établi. Ils s'en vont ensemble dans une allée sombre ou dans une maison de crack pour quelques moments de sexe furtif.

Cette femme et cet homme forment « un tout » uniquement dans la mesure où ils incarnent leurs propres rôles dans la même danse silencieuse d'auto-destruction que le spectacle du sida n'a servi qu'à hâter dans cette communauté. Leurs mouvements sont chorégraphiés dans le drame de la misère des corps et des esprits, drame dans lequel chacun vend une partie de soi : son corps, sa jeunesse, sa dignité déjà fragile. L'infra-texte est évidemment économique, puisqu'il consiste en l'échange d'une valeur pour une autre, du sexe pour de la drogue, du sexe pour de l'argent qui servira à acheter de la drogue, du sexe pour un abri, du sexe pour de la protection, du sexe pour du pouvoir, etc. De la même façon, les drogues ont un infra-texte important : la possibilité de faire l'expérience, même de façon fugitive, du réconfort, de la sécurité et du soulagement. Mais le sexe et les drogues ne constituent que le paysage sinistré dans lequel tout le drame se déploie. Au-delà de ce paysage, dans un horizon intérieur où le cœur bat vite et où les fantasmes charnels sont caressés, font rage une foule d'émotions associées à la pauvreté et à l'exploitation, à des sentiments d'abandon, de dégradation et de perte.

La majeure partie de la pratique médicale occidentale, y compris les institutions de service social qui opèrent en parallèle, s'appuie sur le postulat que l'apparition d'une maladie peut être adéquatement expliquée par son étiologie biologique et que, par conséquent, la prévention et la guérison ne sont qu'une affaire de maîtrise appropriée des éléments particuliers de la nature qui, d'une façon ou d'une autre, se sont mis à aller de travers. Une telle conceptualisation de la maladie écarte le fait que le cours d'une maladie est toujours médiatisé par les conditions socio-éco-

nomiques et que ce sont précisément ces dernières qui déterminent dans une large mesure *qui* devient « malade ».

La pratique médicale occidentale impute également en général un haut degré de responsabilité individuelle pour les comportements reliés à la santé, dans lesquels priment la capacité de trouver en soi les ressources nécessaires pour guérir, l'autodiscipline et la sobriété. Ces attentes supposent toutefois que les individus aient un accès adéquat aux moyens de pouvoir sociaux et économiques qui non seulement leur permettent d'acquérir de l'information, mais aussi d'adopter les comportements appropriés. De plus, tout changement de comportement ne peut être réussi que s'il s'insère harmonieusement dans l'ensemble des choix que l'individu a déjà définis comme étant possibles et souhaitables pour lui. Les histoires de vie présentées ici révèlent l'existence d'effets réciproques et combinés entre différents types de comportement à risque et le tissu socio-économique global dans lequel ils s'inscrivent.

Plusieurs conséquences pour les politiques d'intervention peuvent être tirées de ce matériel ethnographique ; nous n'en mentionnerons que deux, qui concernent les efforts immédiats d'intervention en matière de sida. La première conséquence nous amène à réfléchir sur la capacité qu'ont les individus vivant dans des communautés socialement et économiquement disloquées comme Harlem de faire face aux attentes que les praticiens de la santé en particulier, et le public en général, entretiennent à leur égard, notamment en ce qui concerne les changements de comportement. La convergence des expériences d'immobilité économique et, plus particulièrement, d'exploitation associée à l'économie de la rue met en lumière l'inadéquation conceptuelle des modèles mécanistes de l'incidence de la maladie, ainsi que celle de semblables approches atomistes de prévention de la maladie. Les programmes d'intervention dans des communautés comme Harlem ont peu de chances de réussir si les individus visés continuent à manquer de ressources en matière de logement, d'éducation et d'emploi.

La deuxième conséquence consiste à mettre en lumière la nécessité, pour les responsables de ces interventions, d'admettre que les comportements à risque sont toujours inscrits dans un contexte social plus large et souvent plus déterminant. Encourager les changements de comportement afin de réduire le risque ne dépend pas simplement de la diffusion de l'information sur les comportements spécifiques à risque, ni même de la distribution des moyens matériels pour réduire le risque, comme, par exemple, les condoms, le désinfectant et les seringues propres. Ces derniers sont, certes, des éléments stratégiques indispensables, mais il n'est pas moins important de prendre en compte le fait que les comportements à risque s'inscrivent toujours dans des rapports sociaux et économiques complexes. Alors que ces rapports ont d'importantes dimensions institutionnelles, les histoires de vie présentées ici suggèrent qu'ils tiennent également une place considérable dans la façon dont l'expérience de soi se fait. Les expressions idiomatiques dominantes d'échec, de mal et de culpabilité pèsent lourdement sur l'imaginaire des hommes et des femmes de cette communauté et sont des déterminants critiques non seulement de la manière dont le risque est perçu, mais aussi de celle dont il est géré. Imaginez

que, dans les derniers jours de sa vie, la plus grande peur de Lois restait que les gens découvrent qu'elle avait le sida.

(Texte inédit en anglais traduit par Florence Piron)

Références

- AGAR M.
1981 « The commonalities quest : Toward a theory of "problem behavior" », *Journal of Psychoactive Drugs*, 13, 4 : 333-343.
- CLATTS M.
1991 « Poverty, drug use and AIDS : Converging lines in the life stories of women in Harlem », in B. Blair et S. Cayleff (dir.), *Minority Women and Health : Gender and the Experience of Illness*. Detroit : Wayne State University Press (sous presse).
- CLATTS M. et K. Mutchler
1989 « AIDS and the dangerous other : Metaphors of sex and deviance in the representation of a disease », *Medical Anthropology*, 10 : 105-114.
- DES JARLAIS D., S. Friedman, D. Novick et J. Sotheran
1989 « HIV-1 Infection Among Intravenous Drug Users in Manhattan, New York City, From 1977 Through 1987 », *The Journal of the American Medical Association*, 261, 1 : 1008-1012.
- DOBKIN DE RIOS M.
1974 « Cultural persona in drug-induced altered states of consciousness » : 109-132, in T. Fitzgerald (dir.), *Social and Cultural Identity : Problems of Persistence and Change*. Proceedings of the Southeastern Anthropological Society. Athens : University of Georgia Press.
- DOUGLAS M.
1978 *Purity and Danger*. Londres : Routledge and Kegan Paul.
- FELDMAN H., M. Agar et G. Beschner (dir.)
1980 *Angel Dust*. Lexington, Mass. : Lexington Books.
- FOUCAULT M.
1976 *Histoire de la sexualité*. Vol. 3, *Le souci de soi*. Paris : Gallimard.
- HARNER M. (dir.)
1973 *Hallucinogens and Shamanism*. New York : Oxford University Press.
- HERTZFELD M.
1986 « Closure as cure : Tropes in the exploration of bodily and social disorder », *Current Anthropology*, 27, 2 : 107-120.
- KLEINMAN P., D. Goldsmith, S. Friedman, W. Hopkins et D. Des Jarlais
1990 « Knowledge About and Behaviors Affecting the Spread of AIDS : A Street Survey of Intravenous Drug Users and Their Associates in New York City », *The International Journal of the Addictions*, 25, 4 : 345-361.

LESSOR R. et K. Jurich

- 1986 « Ideology and politics in the control of contagion : The social organization of AIDS care » : 245-259, in D. Feldman et T.M. Johnson (dir.), *The Social Dimension of AIDS*. New York : Praeger.

McCORD C. et H. Freeman

- 1990 « Excess Mortality in Harlem », *New England Journal of Medicine*, 322, 3 : 173-177.

MORGAN T.R., M. Plant et D. Sales

- 1989 « Risk of AIDS among workers in the "sex industry" : Some initial results from a Scottish study », *British Medical Journal*, 299 : 148-149.

PATTON C.

- 1985 *Sex and Germs*. Boston : South End Press.

ROSSI P.H., J.D. Wright, G.A. Fisher et G. Willis

- 1987 « The urban homeless : Estimating composition and size », *Science*, 235 : 1336-1341.

SELWYN P., D. Hartel, W. Wasserman et E. Drucker

- 1989 « Impact of AIDS epidemic on morbidity and mortality among intravenous drug users in a New York City methadone maintenance program », *American Journal of Public Health*, 79, 10 : 1358-1362.

SONTAG S.

- 1978 *Illness as a Metaphor*. New York : Farrar, Straus and Giroux (paru en français sous le titre *La maladie comme métaphore : essai*, Paris, Éditions du Seuil, 1979).

ZOLA I.

- 1978 « Medicine as an institution of social control » : 84-109, in J. Ehrenreich (dir.), *The Cultural Crisis in Modern Medicine*. New York : Monthly Review Press.

RÉSUMÉ/ABSTRACT

What's in a Name ?

*La construction sociale du risque du sida
chez les consommateurs de drogue à Harlem*

Cet essai trace l'histoire de vie de cinq personnes vivant à Harlem, une communauté appauvrie caractérisée par des taux élevés d'usage de drogue et de prévalence du VIH/sida ; ces personnes s'injectent toutes de la drogue par voie intraveineuse. Chaque portrait tente de documenter la façon dont est perçu le risque de l'infection par le VIH relativement à d'autres sortes de danger, ainsi que la manière dont ce risque est géré face à d'autres types de besoin. L'article explore la signification de ces correspondances, les situe dans le tissu social global de la communauté, notamment par rapport à la pauvreté, et en étudie les conséquences pour l'intervention en matière de sida.

What's in a Name ?

*The Social Construction of Risk for AIDS in the Moral Imagination
of IV Drug Users in Harlem*

This essay profiles the life stories of five individuals from Harlem in New York City, an impoverished community with high levels of drug use and HIV seroprevalence. All are intravenous drug users, and each profile is concerned with documenting the way in which risk for HIV infection is perceived relative to other kinds of dangers, as well as the way it is managed relative to other kinds of needs. The paper explores the significance of these correspondences, locates these ideas within the larger social fabric of the community, particularly as they relate to poverty, and explores the implications of these correspondences for AIDS intervention.

*Michael C. Clatts, Sherry Deren
et Stephanie Tortu
Narcotic and Drug Research, Inc.
11 Beach Street
New York, NY 10013
USA*