“ AIDS IS HERE! ” Prévenir les infections sexuellement transmissibles à Port-Vila, Vanuatu

Alice Servy

▶ **To cite this version:**

Alice Servy. “ AIDS IS HERE! ” Prévenir les infections sexuellement transmissibles à Port-Vila, Vanuatu. Anthropologie sociale et ethnologie. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), 2017. Français. NNT : . tel-01793190

HAL Id: tel-01793190

https://theses.hal.science/tel-01793190

Submitted on 16 May 2018

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

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

École des Hautes Études en Sciences Sociales

École doctorale de l'EHESS (ED 286)

Doctorat en anthropologie sociale et ethnologie

ALICE SERVY

Centre de Recherche et de Documentation sur l'Océanie (CREDO)
Bergen Pacific Studies (BPS) Research Group

« AIDS IS HERE! »

Prévenir les infections sexuellement transmissibles à Port-Vila, Vanuatu

Thèse dirigée par : Pascale BONNEMÈRE, Directrice de recherche, CNRS
et Knut RIO, Professor, University of Bergen

Date de soutenance : le 13 février 2017

Jury
Monsieur Niko BESNIER, Professor, University of Amsterdam (rapporteur)
Monsieur Michel BOZON, Directeur de recherche, Ined
Madame Christine JOURDAN, Professeure, Université Concordia (rapporteure)
Madame Catherine SCORNET, Maître de conférences, Aix-Marseille Université
Madame Holly WARDLOW, Professor, University of Toronto
Monsieur Eric WITTERSHEIM, Maître de conférences, EHESS

À mes grand-mères Suzon, Micheline et Leikav

Remerciements

Ce travail de longue haleine n'aurait pas pu être réalisé sans le soutien de nombreuses personnes que je souhaite ici remercier chaleureusement.

En premier lieu, je tiens à exprimer ma gratitude à Pascale Bonnemère et à Knut Rio pour leurs multiples conseils et pour toutes les heures qu'ils ont consacrées à diriger ma thèse. Je remercie également Madame Holly Wardlow de m'avoir encadrée avec bienveillance lors de mon rattachement à l'Université de Toronto.

Un grand merci aux membres du jury d'avoir accepté de lire et d'évaluer mon travail : mesdames Christine Jourdan, Catherine Scornet et Holly Wardlow et messieurs Niko Besnier, Michel Bozon et Éric Wittersheim.

Toute ma gratitude va bien évidemment aux habitants de Seaside Tongoa qui m'ont accueillie et m'ont permis de participer à leurs activités pendant mes dix-huit mois de terrain. Je remercie infiniment celles et ceux qui ont partagé avec moi leur quotidien, leurs connaissances, leurs souvenirs, leurs points de vue et qui m'ont accordé leur attention et leur affection. Ma reconnaissance envers eux est inexprimable.

Mes remerciements s'adressent également aux acteurs de la santé sexuelle et reproductive du Vanuatu qui m'ont laissé les accompagner sur leur lieu de travail, m'ont donné accès à leurs documents et ont répondu volontiers à mes questions.

Je remercie également le *Vanuatu Kultural Senta* (Centre culturel national), et en particulier son ancien directeur Marcellin Abong, pour m'avoir délivré un permis de recherche. Et j'exprime ma gratitude au ministère de la Santé du Vanuatu d'avoir rédigé une lettre d'approbation pour faciliter mon travail dans les établissements de santé.

Un grand merci aux membres du Centre de Recherche et de Documentation sur l'Océanie (CREDO) pour toutes les discussions et les moments de convivialité que nous avons partagés, ainsi que pour avoir financé ma participation à des conférences et mes trajets entre la France et le Vanuatu. Je remercie l'ensemble des chercheurs de ce laboratoire, et plus particulièrement Laurent Dousset, Pierre Lemonnier, Simonne Pauwels, Monika Stern, Marc

Tabani et Serge Tcherkézoff pour leurs conseils avisés. Merci à notre documentaliste, Judith Hannoun, pour m'avoir aidé à constituer ma bibliographie et avoir cherché, jusqu'aux États-Unis, certains des documents non numérisés utilisés dans cette thèse.

Je suis également très reconnaissante à Mathilde Lefebvre de la Maison Asie-Pacifique et à Anissa Bouayed du Centre d'études en sciences sociales sur les mondes africains, américains et asiatiques d'avoir pris le temps de relire ces pages, ainsi qu'à Deborah Pope pour la traduction du résumé.

Que soient chaleureusement remerciés mes amis et collègues du CREDO, de l'Institut de recherches asiatiques et de la Maison Asie-Pacifique pour m'avoir écoutée, aiguillée et soutenue quotidiennement pendant la période de rédaction de ce manuscrit. Mille mercis à mon grand ami Jocelyn Aznar, ainsi qu'à Jean Baffie, Virginie Bernard, Nathalie Billaud, Maëlle Calandra, Christophe Caudron, Caroline Cavallasca, Émilie Courel, Anaïs Bédard, Isabelle Depeuble, Marie Durand, Alice Fromonteil, Joël Jimmy, David Glory, Judith Hannoun, Arnaud Kaba, Fabienne Labbé, Mathilde Lefebvre, Diego Muñoz, Damien Onillon (et « l'œil du tigre »), Christian Paris, Louise Pichard-Bertaux, Florence Renaud, Justine Romolacci, Fatou Soumare, Monika Stern et Leslie Vandeputte-Tavo.

Merci également aux membres du Centre Norbert Elias pour les échanges que nous avons pu avoir, et particulièrement à Yannick Jaffré qui m'a donné l'opportunité de travailler comme consultante indépendante pour les Nations unies en Océanie et qui m'a orientée tout au long de mon parcours à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

Je remercie aussi les enseignants et les étudiants de l'Université de Toronto qui m'ont réservé le meilleur des accueils et m'ont accompagnée dans ma réflexion, ainsi que les chercheurs rencontrés dans le cadre de séminaires et de conférences, pour leurs commentaires, leurs questions et le partage de leurs travaux. Je pense en particulier, mais j'en oublie sûrement, à Chris Ballard, Lissant Bolton, Tom Bratrud, Stephen Campbell, Françoise Cayrol, Ludovic Coupaye, Maggie Cummings, Bianca Dahl, Girish Daswani, Annelin Eriksen, Richard Eves, Yannick Jaffré, Margaret Jolly, Dan Jorgensen, Christine Jourdan, Aaron Kappeler, Daniela Kraemer, Michael Lambek, Katherine Lepani, Craig Lind, Lamont Lindstrom, Agnès Martial, Jean Mitchell, Seth Palmer, Kate Rice, Knut Rio, Irène Théry, Ashley Vaughan, Holly Wardlow, Éric Wittersheim.

Merci aux amis qui m'ont entourée lorsque j'étais sur le terrain, en particulier Sap, Juliette, Candice, Marielle, Jonas, Ferdinand et Laurent. Je n'oublie pas non plus mes *sista* du foyer Nabanga, particulièrement Yvette pour m'avoir hébergée en 2013 à Suva.

Merci aussi à celles et ceux qui étaient là à mon retour, en tout premier lieu Julien, mais aussi mes amis de Marseille, de Palaiseau et d'ailleurs.

Cette thèse doit beaucoup à ma famille qui m'a permis de me construire et de prendre la route que je souhaitais suivre. Je remercie infiniment mes parents, ma sœur, mes tantes, mes cousins et cousines et leur petite-famille, ainsi que celles et ceux qui sont partis avant que je puisse finir d'écrire ces lignes. Enfin, à Qays qui m'a encouragée et que j'ai la chance d'avoir à mes côtés.

Résumé

Titre : « AIDS IS HERE! »
Sous-titre : Prévenir les infections sexuellement transmissibles à Port-Vila, Vanuatu

Cette thèse propose une analyse des relations entre les forces globales et locales qui agissent dans le cadre de la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) au Vanuatu. Ayant constaté que le nombre d'acteurs et d'actions en santé sexuelle et reproductive était relativement important dans l'archipel au regard du faible nombre de cas de Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) déclarés par le gouvernement et que le Vanuatu connaissait des problèmes de santé impactant la morbidité et la mortalité de ses habitants d'une manière plus sévère que les IST, je me suis intéressée aux effets de la mondialisation contemporaine qui pouvaient éclairer ce décalage.

Mon analyse se fonde sur des données collectées entre 2009 et 2012 au cours de dix-huit mois de terrain de recherches dans l'archipel (essentiellement dans la capitale Port-Vila), ainsi que sur deux missions de consultante réalisées en 2012 et en 2013 pour les Nations unies. Mon travail établit que les organismes œuvrant en matière de santé sexuelle et reproductive à Port-Vila cherchent à transmettre des normes, des catégories et des concepts reconnus et admis au niveau international. Il révèle aussi que ces organismes mettent en avant de nouvelles hiérarchies de valeurs et des représentations de la personne différentes de celles le plus souvent présentées par la population locale et qu'ils participent à la diffusion des discours mettant en association la vie en milieu urbain et les IST. Cependant, les ni-Vanuatu employés par ces organismes pour conduire des actions de prévention en matière de santé sexuelle et reproductive dans la capitale réalisent un important travail de traduction – ou, si l'on peut dire, de vernacularisation – de ces notions et les habitants de Port-Vila, tels ceux de Seaside Tongoa, sont confrontés à une multiplicité de sources de savoirs qui imprègnent de diverses manières leurs façons de penser et d'agir autour de ces questions.

Mots-clés : Vanuatu, urbain, santé, sexualité, mondialisation.

Abstract

Title: « AIDS IS HERE! »
Subtitle: Preventing sexually transmitted infections in Port-Vila, Vanuatu

This thesis presents an analysis of the relations between the global and local forces at work in the context of the prevention of Sexually Transmitted Infections (STI) in Vanuatu. I noted that, in the archipelago, the number of actors and actions in the field of sexual and reproductive health was relatively large considering the small number of cases of Human Immunodeficiency Virus (HIV) declared by the government and that Vanuatu had health problems impacting its population's morbidity and mortality more severely that STI's. I therefore became interested in the effects of contemporary globalization which might explain this discrepancy.

My analysis is based on data collected between 2009 and 2012 during eighteen months' fieldwork research in the archipelago (mainly in the capital, Port-Vila), as well as on two consultancy missions for the United Nations in 2012 and 2013. My work establishes that the organizations working in sexual and reproductive health in Port-Vila endeavour to transmit internationally recognized and acknowledged norms, categories and concepts. It also reveals that these bodies propose new hierarchies of values and representations of personhood different from those usually presented by the local population and contribute to the spread of discourses associating life in urban environments with STIs. However, the ni-Vanuatu employed by these organizations to run prevention programmes concerning sexual and reproductive health in the capital do considerable work translating these notions, and the inhabitants of Port-Vila, for instance those of Seaside Tongoa, encounter a profusion of sources of knowledge which affect how they think and act with regard to these questions differently.

Keywords: Vanuatu, urban, health, sexuality, globalization.

Table des matières

Remerciements ..... **iv**

Résumé ..... **vii**

Abstract ..... **viii**

Table des matières ..... **ix**

Liste des figures ..... **xiii**

Liste des abréviations ..... **xvi**

Note préliminaire ..... **xx**
Le cadre de réalisation de la thèse xx
Les traductions linguistiques et monétaires xx
L'anonymisation des interlocuteurs xxi

Introduction **1**
« AIDS IS HERE! » 1
Le VIH et les recherches socio-anthropologiques en Océanie 6
L'étude des représentations et des discours locaux 8
L'analyse des conditions et des contextes d'exposition au virus 9
L'étude des politiques de prévention et de leur réception par les populations 11
Analyser la prévention du VIH et des autres IST au Vanuatu, en milieu urbain 13
Un contexte de faible prévalence, mais de forte vulnérabilité 13
Problématiser mes recherches 14
Dix-huit mois de terrain et une double casquette 17
Un jeu de chapitres et d'échelles 21

Chapitre I. Un système de prévention des IST mondialisé **26**
Introduction 26
1.1 La mise en place d'un système de santé biomédical au Vanuatu 29
1.1.1 Un système initié sous impulsion occidentale 29
1.1.2 Un système principalement financé par l'aide extérieure 31
1.2 Le développement d'une politique de prévention des IST en Mélanésie 35
1.2.1 Des maladies vénériennes sources de préoccupations occidentales 35
1.2.2 Des maladies prises en considération par les organismes transnationaux 37
1.2.3 Une lutte contre l'arrivée du VIH inspirée par le préalable africain 38
1.3 L'organisation du système de prévention des IST au Vanuatu 41
1.3.1 Des politiques et des directives issues de l'expertise technique étrangère 41
1.3.2 Des activités réalisées par le gouvernement et ses partenaires 45
1.3.3 Les principales organisations de prévention des IST au Vanuatu 48
Conclusion 55

Chapitre II. Des actions de prévention principalement urbaines **56**
Introduction 56
2.1 Les services de santé sexuelle et reproductive 57
2.1.1 Les établissements de santé 57
2.1.2 Les services de santé destinés aux jeunes 64

2.1.3 L'éducation par les pairs ... 69
2.2 Les interventions ... 73
2.2.1 Les ateliers d'information ... 73
2.2.2 Les pièces de théâtre ... 80
2.2.3 Les programmes et les activités scolaires ... 82
2.2.4 Les émissions radiophoniques ... 86
2.2.5 Le numéro vert ... 88
2.3 Les supports de prévention ... 91
2.3.1 Les films ... 91
2.3.2 Les brochures ... 94
2.3.3 Les bandes dessinées ... 96
2.3.4 Les affiches ... 98
Conclusion ... 101

Chapitre III. Seaside Tongoa, une communauté urbaine organisée ... 104
Introduction ... 104
3.1 L'installation des insulaires à Port-Vila ... 107
3.1.1 Une brève histoire des mobilités ... 108
3.1.2 L'établissement de différents types de communauté résidentielle ... 114
3.2 L'histoire et la situation actuelle de Seaside Tongoa ... 117
3.2.1 L'imbrication de communautés ... 117
3.2.2 Une forte densité de population sans rotation ... 121
3.2.3 Une communauté en situation de précarité ? ... 126
3.3 Les institutions développées dans la communauté ... 133
3.3.1 Des associations principalement chrétiennes ... 133
3.3.2 Un système de chefferies aux fonctions adaptées ... 138
Conclusion ... 144

Chapitre IV. À travers le mariage et par-delà la mort, entretenir et construire du lien social ... 146
Introduction ... 146
4.1 Les relations au sein de la famille élargie ... 149
4.2 Les rituels de mariage ... 158
4.2.1 Pourquoi et avec qui se marier ? ... 158
4.2.2 Un cas d'échange de sœurs ... 162
4.2.3 La mobilisation et la transmission de réseaux relationnels ... 165
4.2.4 L'« achat » de la fiancée ... 167
4.2.5 Le transfert de la jeune mariée ... 172
4.2.6 La cérémonie religieuse ... 175
4.3 Les funérailles ... 179
4.3.1 L'exposition du corps et les premiers échanges ... 179
4.3.2 La mise en terre du cadavre ... 183
4.3.3 Le Cinquième jour ... 185
4.3.4 Les commémorations et les restrictions ... 188
4.3.5 Les conceptions de l'esprit humain et de l'au-delà ... 189
Conclusion ... 192

Chapitre V. La construction de la personne fertile ... 196
Introduction ... 196
5.1 L'utilisation des méthodes contraceptives ... 198
5.1.1 Des grossesses rapprochées, précoces ou tardives mal considérées ... 198
5.1.2 Un « besoin insatisfait en planification familiale » ? ... 200
5.1.3 Les obstacles à l'accès et à l'utilisation de contraceptifs modernes ... 202
5.2 La conception et la croissance *in utero* ... 211
5.2.1 La formation et le développement de l'embryon ... 211
5.2.2 La vulnérabilité du fœtus et du nouveau-né ... 218
5.3 Les rituels entourant l'enfance ... 221

5.3.1 L'accouchement et la fête de la naissance 221
5.3.2 Les noms personnels et l'interdiction d'entrer en contact physique avec son homonyme 224
5.3.3 Les actions effectuées pour la première fois 228
5.4 L'incision pénienne 231
5.4.1 Les étapes du rituel 231
5.4.2 Les conséquences physiques et sociales 235
5.4.3 La mise en parallèle avec l'accouchement 237
Conclusion 239

Chapitre VI. Des messages de prévention qui s'adressent à l'individu 243
Introduction 243
6.1 Les procédés de communication 244
6.1.1 L'utilisation de la deuxième personne du singulier 244
6.1.2 L'usage du champ lexical du choix et de la responsabilité 245
6.1.3 La responsabilisation de l'individu face à la santé sexuelle 247
6.1.4 La responsabilisation de l'individu dans la diffusion des informations 252
6.2. Les méthodes de prévention recommandées 257
6.2.1 Le slogan ABC 257
6.2.2 L'oubli du préservatif 261
6.2.3 Encourager l'utilisation de préservatifs et les dépistages 264
6.2.4 Les critiques de l'approche ABC et de ses composantes 266
6.3 Le développement de la peur chez l'individu 275
6.3.1 La peur de la mort biologique 275
6.3.2 La peur de la mort sociale 281
Conclusion 284

Chapitre VII. L'identification des *sik* liées à la sexualité 286
Introduction 286
7.1 Les représentations de la morbidité 289
7.1.1 Les *sik* en présence 289
7.1.2 Parler de la santé et des maux 293
7.1.3 Distinguer les *sik* 297
7.2 Les interprétations des *sik* associées à la sexualité 300
7.2.1 Les comportements sexuels présentés comme inappropriés par les organismes de prévention 300
7.2.2 La contamination par les fluides sexuels féminins 303
7.2.3 Les actes de sorcellerie 306
7.2.4 La rencontre avec des démons 313
7.2.5 Le péché et la punition divine 317
Conclusion 322

Chapitre VIII. Traiter les *sik* associées aux pratiques sexuelles 324
Introduction 324
8.1 Soigner le corps 327
8.1.1 L'automédication 327
8.1.2 La consultation de spécialistes de la biomédecine 329
8.1.3 Le recours aux experts en médecine locale 335
8.2 Agir sur le corps et les liens sociaux 346
8.2.1 Les pratiques des spécialistes de la divination 346
8.2.2 Les soins dispensés par les Églises presbytérienne et adventiste 352
Conclusion 358

Chapitre IX. Les groupes à risque des politiques de prévention des IST 360
Introduction 360
9.1 Les jeunes 363
9.1.1 Les définitions de la jeunesse 363
9.1.2 La construction abusive de la jeunesse comme une population à risque 365

9.1.3 Les jeunes et les comportements sexuels à risque à Port-Vila 366
9.2 Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes 370
9.2.1 Un groupe ciblé sans preuve épidémiologique 370
9.2.2 Une catégorie créée aux États-Unis pour faire référence à des pratiques sexuelles 372
9.2.3 L'appropriation des catégories MSM et TG par les intervenants 375
9.2.4 Les termes employés à Seaside Tongoa pour désigner des hommes efféminés et des femmes masculines 377
9.2.5 Des pratiques sexuelles cachées ou autrefois ritualisées 378
9.2.6 Le développement des revendications identitaires *same sex* 381
9.2.7 Un climat homophobe exacerbé par les Églises 385
9.2.8 L'augmentation de la visibilité et des violences liées aux revendications identitaires 389
9.3 Les femmes travailleuses du sexe 392
9.3.1 Un manque de preuves épidémiologiques 392
9.3.2 L'origine du terme « travailleur du sexe » et son utilisation par les intervenants de Port-Vila 394
9.3.3 Les appellations employées à Seaside Tongoa 397
9.3.4 L'absence d'identité individuelle de « travailleur du sexe » 398
9.3.5 Des activités qui ne constituaient pas une source principale de revenus 401
9.3.6 Des personnes qui ne se présentaient pas nécessairement comme des victimes 404
9.3.7 Des personnes qui n'étaient pas forcément stigmatisées 406
9.3.8 L'existence d'un continuum économico-sexuel 409
Conclusion 416

Chapitre X. Prévenir et réprimer les violences faites aux femmes 418
Introduction 418
10.1 Les concepts transnationaux et locaux 421
10.1.1 Une forme de violence qui préoccupe les acteurs internationaux et nationaux 421
10.1.2 Le concept de « violence de genre » 423
10.1.3 Les termes employés par les organisations locales 424
10.1.4 Imposer le concept de *vaelens* dans les communautés 428
10.2 Une description de la situation locale des violences à l'encontre des femmes 431
10.2.1 Une forte prévalence des violences physiques et sexuelles 431
10.2.2 La légitimité de l'utilisation de la force physique à l'encontre des conjointes 432
10.2.3 La non-reconnaissance du viol entre époux 434
10.2.4 La pression de l'entourage dans l'usage de la force physique 435
10.2.5 La mise en avant de la dynamique de groupe dans les discours sur les viols 437
10.2.6 La normalité des agresseurs sexuels 440
10.2.7 La responsabilisation des victimes d'agression sexuelle 441
10.3 Les différentes définitions du viol 444
10.3.1 *Fosem versus repem* 444
10.3.2 Sensibiliser la population face aux viols 448
10.4 Les différentes manières de traiter les cas de viol 453
10.4.1 Les cérémonies de réconciliation et les procès judiciaires 453
10.4.2 Les finalités de ces deux systèmes 457
10.4.3 Mettre l'accent sur la victime ou sur son entourage 459
10.4.4 L'absence de traumatisme et de violence ? 460
10.5 Les différentes conceptions du droit 462
10.5.1 *Raet versus right* 462
10.5.2 Opposition à la revendication de droits par les femmes 464
10.5.3 Des droits qui augmentent les violences faites aux femmes ? 466
Conclusion 470

Conclusion 472

Références bibliographiques 484
Ouvrages, thèses, périodiques et rapports 484
Sites Internet 513

Liste des figures

Figure 1. La une du journal Vanuatu Trading Post du 26 septembre 2002 2
Figure 2. Carte de l'Océanie et des pays limitrophes 7
Figure 3. Carte de l'archipel du Vanuatu, en Mélanésie 15
Figure 4. Carte de Port-Vila et des villages périurbains, 2009 20
Figure 5. Une séance de sensibilisation sur le VIH menée à Seaside Tongoa, Port-Vila, 2011 27
Figure 6. Un pionnier adventiste réalisant l'amputation d'une main sur l'île de Mallicolo au début du XX^{e} siècle, affiche pour l'exposition des 100 ans de l'installation de l'église adventiste au Vanuatu, Port-Vila, 2012 30
Figure 7. Le service de médecine de l'hôpital central de Port-Vila, 2011 32
Figure 8. Une pharmacie privée et le Port-Vila Medical Centre de la capitale, 2013 33
Figure 9. Les tests de dépistage rapide (Determine) pour le VIH, l'Hépatite B. et la Syphilis, hôpital central de Port-Vila, 2011 39
Figure 10. L'atelier Pacific Adolescent Health and Developement Capacity Building training, Port-Vila, 2011 44
Figure 11. L'atelier pour l'élaboration du Cadre d'Accélération de l'OMD 5b, Port-Vila, 2012 45
Figure 12. Une liste non-exhaustive des acteurs en santé sexuelle et reproductive du Vanuatu 47
Figure 13. La clinique de Wan Smolbag, Kam Pussum Hed, à Port-Vila, 2011 49
Figure 14. La clinique de Vanuatu Family Health Association à Port-Vila, 2011 52
Figure 15. Les locaux de Save the Children Australia à Port-Vila, 2015 53
Figure 16. Des cartons de préservatifs entreposés au Central Medical Supplies de Port-Vila, 2013 58
Figure 17. Le Saupia Health Center au nord de l'île d'Efate, 2013 59
Figure 18. L'hôpital référent du village de Lenakel sur l'île de Tanna, 2012 61
Figure 19. Le service de santé féminine de l'hôpital central de Port-Vila, 2011 63
Figure 20. La salle d'attente de la clinique Kam Pusum Hed à Port-Vila, 2011 66
Figure 21. La salle d'attente de la clinique de Vanuatu Family Health Association à Port-Vila, 2011 67
Figure 22. L'inauguration du service de santé destiné aux jeunes du centre médical de Nduidui sur l'île d'Ambae, 2011 68
Figure 23. Un distributeur de préservatifs en forme de tube jaune, situé à la droite d'un bar à kava, Port-Vila, 2013 72
Figure 24. Un atelier d'information mené dans la communauté de Seaside Tongoa à Port-Vila, 2011 74
Figure 25. Un atelier Men and boys mené par la Vanuatu Family Health Association à Port-Vila, 2012 76
Figure 26. Un atelier destiné aux leaders religieux, organisé dans le village de Mele, 2011 77
Figure 27. La prison à « haut risque » pour hommes de Port-Vila, 2011 79
Figure 28. Des acteurs de la pièce de théâtre Use me! 81
Figure 29. Une séance d'information à la Seaside Community School de Port-Vila, 2012 85
Figure 30. Le studio de diffusion radiophonique de Capitol FM 107, 2011 87
Figure 31. Des acteurs de Love Patrol 91
Figure 32. Une famille de la communauté de Seaside Tongoa devant un poste de télévision, 2009 93
Figure 33. Une brochure de la marque de préservatifs Score 94
Figure 34. La brochure Aids o sida créée par la Vanuatu Family Health Association 95
Figure 35. La bande dessinée HIV i Stap Long Blad Blong Yu ?, Wan Smolbag 96
Figure 36 Le poster Protector condoms trouvé à la Vanuatu Family Health Association 98
Figure 37 Le poster HIV/AIDS istap long pacific tede, créé par Wan Smolbag 99
Figure 38. Le poster HIV/AIDS i save pas tru long blad, créé par Wan Smolbag 100
Figure 39. Une ruelle du terrain communautaire de Seaside Tongoa, 2009 106
Figure 40. Une rue commerçante du centre-ville de Port-Vila, 2009 111
Figure 41. Les toits des maisons du terrain communautaire de Seaside Tongoa, 2011 114
Figure 42. Carte du quartier de Seaside, 2009 118
Figure 43. Carte des parcelles de Seaside Tongoa, 2011 120
Figure 44. Carte des villages de l'île de Tongoa, 2012 122

Figure 45 Carte de Seaside Tongoa, par origine villageoise des « propriétaires » de chambres, 2012 ..... *124*
Figure 46. Une maison en dur sur la parcelle privée 11/OC33/026 à Seaside Tongoa, 2011 ..... *125*
Figure 47. Des enfants jouant sur la parcelle 11/OC33/025 à Seaside Tongoa, 2011 ..... *126*
Figure 48. Les douches et les latrines collectives du terrain communautaire de Seaside Selembanga, 2009 ..... *127*
Figure 49. Des femmes de Seaside Tongoa lavant leur linge, 2011 ..... *128*
Figure 50. Un homme dans un jardin près du village périurbain de Teuma, 2009 ..... *131*
Figure 51. Un déjeuner dans une maison de Seaside Tongoa, 2009 ..... *132*
Figure 52. L'église presbytérienne de Seaside Selembanga, 2012 ..... *133*
Figure 53. La chapelle de l'hôpital central de Port-Vila, 2012 ..... *134*
Figure 54. Un string band à l'aéroport international de Port-Vila, 2011 ..... *137*
Figure 55. Une cérémonie d'ordination masculine dans le quartier de Namburu, Port-Vila, 2012 ..... *140*
Figure 56. Une cérémonie d'ordination féminine à Seaside Tongoa, 2009 ..... *143*
Figure 57. Les termes d'adresse utilisés en namakura par un Ego de sexe masculin *150*
Figure 58. Schéma des personnes nommées dans le chapitre *162*
Figure 59. L'enregistrement d'un don à l'intérieur du carnet d'organisation de Dora, septembre 2009 ..... *166*
Figure 60. La compensation matrimoniale destinée à la famille de Dora, 24 septembre 2009 ..... *168*
Figure 61. La compensation matrimoniale versée pour Flora, 24 septembre 2009 ..... *171*
Figure 62. L'inventaire du coffre destiné à la jeune mariée, 25 septembre 2009 ..... *172*
Figure 63. La distribution de nattes, de robes et de pièces de tissu par la jeune mariée, 25 septembre 2009 ..... *173*
Figure 64. Les futurs mariés et leurs enfants d'honneur avant la cérémonie chrétienne, 25 septembre 2009 ..... *175*
Figure 65. La récitation des vœux pendant la cérémonie religieuse, 25 septembre 2009 ..... *176*
Figure 66. La découpe des gâteaux à la crème après l'office, 25 septembre 2009 ..... *177*
Figure 67. L'exposition et le recouvrement du corps de Bubu Tobby, 11 août 2012 ..... *180*
Figure 68. L'enregistrement des dons faits par les visiteurs sur le cahier d'organisation, 2012 ..... *181*
Figure 69. L'enterrement de Bubu Tobby au cimetière municipal, 12 août 2012 ..... *184*
Figure 70. La distribution de morceaux de viande pour les funérailles de Leipakoa, 8 septembre 2009 ..... *186*
Figure 71. La consommation de whisky sur la tombe de Bubu Tobby, 18 août 2012 ..... *187*
Figure 72. La brochure Olsem wanem blong specem ol pikinini distribuée par la Vanuatu Family Health Association *204*
Figure 73. Un dessin d'une spécialiste de la divination représentant le « panier » et le « chemin de l'enfant » en coupe frontale, 2011 ..... *213*
Figure 74. Un dessin d'un spécialiste de la médecine locale représentant une vulve, 2011 ..... *214*
Figure 75. Les « trois jets » de sperme représentés, selon un spécialiste de la médecine locale, sur la couverture du Safe Sex Kit féminin, 2011 ..... *215*
Figure 76. L'une des salles de consultation du service de santé féminine de l'hôpital central, 2011 ..... *219*
Figure 77. La salle d'accouchement de la maternité de l'hôpital central, 2011 ..... *222*
Figure 78. La visite de proches dans la salle de repos de la maternité de l'hôpital central, 2011 ..... *226*
Figure 79. Deux dessins de verges incisées, Seaside Tongoa, 2012 ..... *233*
Figure 80. Le poster Be Responsible, Plan Your Family ! a été créé par la Communauté du Pacifique et l'agence UNFPA et trouvé au Saupia Health Center au nord de l'île d'Efate *246*
Figure 81. Le poster Prévention du VIH SIDA aux écoles de Vanuatu a été trouvé dans les locaux de la Vanuatu Family Health Association *249*
Figure 82. Le poster Brata yumi nidim gud helt, créé par la Vanuatu Family Health Association *250*
Figure 83. Le poster I no kondom we i mekem se mi wantem sex, créé par Wan Smolbag *255*
Figure 84. Le poster Is she out tonight ?, créé par Wan Smolbag *256*
Figure 85. Le poster No kik… wet fes taem o usum KONDOM, créé par la Communauté du Pacifique *258*
Figure 86. Une diapositive Powerpoint conçue par la mission adventiste du Vanuatu *262*
Figure 87. Le poster Good things come to those who wait conçu par la Mission adventiste du Vanuatu *263*
Figure 88. Le poster Stop AIDS and V.D. originaire des îles Salomon trouvé dans les locaux de la Vanuatu Family Health Association *265*
Figure 89. L'annonce de la sentence lors d'un tribunal coutumier organisé pour statuer sur un adultère, Seaside Tongoa, 2012 ..... *271*
Figure 90. Le poster Sik ia AIDS i kilim man, créé par la Vanuatu Family Health Association *275*
Figure 91. Le poster Attention j'existe !, conçu par la Communauté du Pacifique et trouvé dans les locaux de Vanuatu Family Health Association *276*
Figure 92. Dessin d'un diabétique amputé, Seaside Community School, Vanuatu, 2012 ..... *290*

Figure 93. Nombre d'élèves de Grade 5 de la Seaside Community School ayant cité une sik, 2012 ..... *291*
Figure 94. Dessin d'un patient souffrant d'hypertension artérielle, Seaside Community School, 2012 ..... *292*
Figure 95. Dessin d'une femme transmettant le VIH à un homme au cours d'un rapport sexuel, Seaside Community School, 2012..... *293*
Figure 96. Un dessin de consommateurs de marijuana et de bière « perdant la tête », Seaside Community School, 2012 ..... *296*
Figure 97. Le poster Kleva i no save winim sik ia AIDS conçu par Wan Smolbag *330*
Figure 98. Une application de plantes réalisée par un kleva de Seaside Tongoa, 2012 ..... *336*
Figure 99. Une munua de Seaside Tongoa massant et baignant un bébé avec des plantes, 2009 ..... *347*
Figure 100. Un groupe de prière de la branche adventiste de Seaside à l'hôpital central de Port-Vila, 2012 .... *353*
Figure 101. Des jeunes gens de Seaside Tongoa jouant au baby-foot, 2011 ..... *364*
Figure 102. La photographie du profil de Gillio Baxter sur le site Pacific Sexual Diversity Network *375*
Figure 103. Une illustration issue d'une brochure chrétienne retrouvée sur l'île de Nguna, 2011..... *387*
Figure 104. L'entrée d'une boîte de nuit de Port-Vila, 2013..... *396*
Figure 105. L'une des rues principales du quartier de Seaside, 2012 ..... *398*
Figure 106. Un bar à kava de Port-Vila, 2013 ..... *399*
Figure 107. Deux vignettes de la bande dessinée Storian blong Susan wetem Mika, collectée à Wan Smolbag, 2011 ..... *425*
Figure 108. L'affiche Seksuel Vaelens du VWC, collectée à Port-Vila, 2011 ..... *427*
Figure 109. Une brochure de l'Université du Pacifique Sud sur l'OPVD, collectée à Port-Vila, 2009..... *430*
Figure 110. La bande dessinée Gel Ambae wetem Boe Tanna, collectée à Wan Smolbag, 2011 ..... *436*
Figure 111. Le bord du lagon dans le quartier de Seaside, 2012..... *446*
Figure 112. La brousse dans le quartier de Seaside, 2012 ..... *447*
Figure 113. La brochure Wanem ya rep ? du VWC, collectée à Port-Vila, 2009..... *449*
Figure 114. La pièce de Wan Smolbag Sonia blo mi jouée sur l'île de Nguna, 2011 ..... *450*
Figure 115. Une séance de prévention organisée à la prison pour femmes de Port-Vila, 2011..... *451*
Figure 116. Une cérémonie de réconciliation organisée à Seaside Paama, 2011 ..... *454*
Figure 117. La réunion au sein du nakamal de Pakoa organisée à Seaside, 2011 ..... *455*
Figure 118. Deux avocats devant la Cour suprême de Port-Vila, 2012 ..... *456*
Figure 119. La pièce de Wan Smolbag Bae hem i gohed blong kilim woman blong hem o no ? jouée sur l'île de Nguna, 2009..... *465*
Figure 120. Une jeune fille de Seaside Tongoa portant un short baggy et un T-shirt large, 2012 ..... *468*

Liste des abréviations

ABC	*Abstinence, Be faithful, use a Condom*
ADB	*Asian Development Bank*
AIDS	*Acquired Immune Deficiency Syndrome*
AIDSCAP	*AIDS Control and Prevention*
ARV	Antirétroviraux
AUsaid	*Australian Agency for International Development*
BCC	*Behavior Change Communication*
CCC	Communication axée sur les Changements de Comportements
CCNH	Compagnie Calédonienne des Nouvelles-Hébrides
CEDAW	*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*
CEDEF	Convention pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes
CIM	Classification Internationale des Maladies
CLC	*Confessional Lutheran Church*
CMS	*Central Medical Supplies*
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
CPS	Commission du Pacifique Sud
CREDO	Centre de Recherche et de Documentation sur l'Océanie
EHESS	École des Hautes Études en Sciences Sociales
EVA	*Especially Vulnerable Adolescent*
EVYP	*Especially Vulnerable Young People*
FFBS	*Father's father's brother's son*
FFZD	*Father's father's sister's daughter*
FHI 360	*Family Health International Institute for HIV/AIDS*
FLE	*Family Life Education*
FMBD	*Father's mother's brother's daughter*
FMZS	*Father's mother's sister's son*
FPA	*Family Planning Association*

FSW	*Female Sex Worker*
HPV	*Human papillomavirus*
HSH	Homme ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes
IFEV	Institut de Formation des Enseignants du Vanuatu
Ined	Institut national d'études démographiques
IPPF	*International Planned Parenthood Federation*
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale
KPH	*Kam Pussum Hed*
MARA	*Most-At-Risk Adolescent*
MARYP	*Most-At-Risk Young People*
MCHN	*Mother and Child Health and Nutrition*
MFBD	*Mother's father's brother's daugther*
MFZS	*Mother's father's sister's son*
MMBS	*Mother's mother's brother's son*
MMZD	*Mother's mother's sister's daugther*
MoE	*Ministry of Education*
MoH	*Ministry of Health*
MSM	*Men who have Sex with Men*
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
NEWSTART	*Nutrition, Exercise, Water, Sunshine, Temperance, Fresh Air, Rest and Trust in Divine Power*
NZaid	*New Zealand Agency for International Development*
NZPPD	*New Zealand Parliamentarians' Group on Population and Development*
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida
OPVD	Ordonnances de Protection contre la Violence Domestique
ORSTOM	Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer
PAA	*Priorities and Actions Agenda*
PCV	*Presbyterian Church of Vanuatu*

PEPFAR	*United States President's Emergency Plan for AIDS Relief*
PIAF	*Pacific Islands AIDS Foundation*
PIB	Produit Intérieur Brut
PIPP	*Pacific Institute of Public Policy*
PMO	*Prime Minister's Office*
PMTCT	*Prevention of Mother-to-Child HIV transmission*
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PrEP	Prophylaxie Pré-Exposition
PWMU	*Presbyterian Women's Missionary Union*
SCA	*Save the Children Australia*
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SPC	*Secretariat of the Pacific Community*
STI	*Sexually Transmitted Infection*
TasP	Traitement comme Prévention
TG	Transgenre
TPE	Traitement Post-Exposition
TVL	Telecom Vanuatu Ltd
UE	Union Européenne
UN	*United Nations*
UNAIDS	*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*
UNDP	*United Nations Development Programme*
UNESCAP	*United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific*
UNESCO	*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*
UNFPA	*United Nations Population Fund*
UNHCR	*United Nations High Commissioner for Refugees*
UNICEF	*United Nations Children's Fund*
VAM	*Violence Against Men and Family Protection Centre*
VANGO	*Vanuatu Association of NGO*
VASANOC	*Vanuatu Association of Sports And National Olympic Committee*
VCCC	*Vanuatu Christian Council of Churches*
VCCT	*Voluntary Confidental Counseling and Testing Center*
VCNE	*Vanuatu College of Nursing Education*

VFHA	*Vanuatu Family Health Association*
VHTI	*Vanuatu Health Training Institute*
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VNPF	*Vanuatu National Provident Fund*
VNSO	*Vanuatu National Statistics Office*
VSO	*Volunteer Services Overseas*
VWC	*Vanuatu Women's Centre*
VYPP	*Vanuatu Young People's Project*
WASH	*Water Sanitation and Hygiene promotion*
WHO	*World Health Organization*
WSB	*Wan Smolbag*
WVV	*World Vision Vanuatu*
YCV	*Youth Challenge Vanuatu*

Note préliminaire

Le cadre de réalisation de la thèse

Cette thèse a été réalisée à l'école doctorale 286 de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS), dans le cadre de la formation doctorale de Sciences sociales (Marseille), avec une affiliation au Centre de Recherche et de Documentation sur l'Océanie (CREDO), et sous la direction de Pascale Bonnemère (CNRS, CREDO, France) et Knut Rio (University of Bergen, Bergen Pacific Studies Group, Norvège). En 2014, j'ai en outre été rattachée pendant cinq mois au Département d'Anthropologie de l'University of Toronto (Canada), en tant que *International Visiting Graduate Student*, sous la supervision de Holly Wardlow.

Entre 2009 et 2012, quatre bourses m'ont été octroyées pour la réalisation de mes terrains de recherche de master et de doctorat au Vanuatu : une Aide à la Mobilité Internationale des Étudiants du Conseil Régional d'Ile-de-France, une Aide au terrain à titre exceptionnel de l'EHESS-Marseille, une bourse « Aires culturelles » attribuée par l'École doctorale de l'EHESS et une Aide au terrain de la commission de la scolarité de l'EHESS. Le CREDO a de plus financé à deux reprises mes trajets entre la France et le Vanuatu.

Les traductions linguistiques et monétaires

Cette thèse comporte des citations en langues française, anglaise, bislama et namakura, autrement dit quatre des cent-trente-huit langues parlées dans l'archipel du Vanuatu (François *et al.*, 2015). Par souci d'uniformité, toutes les citations ont été traduites en français. La graphie du bislama, langue véhiculaire à base lexicale anglaise (Vandeputte-Tavo, 2014), est celle employée par Terry Crowley dans l'ouvrage *A new Bislama dictionary* (2003 [1995]). Une thèse de linguistique sur le namakura – langue austronésienne du centre du Vanuatu – a été réalisée par Wolfgang Sperlich (1991). Cependant, le dialecte parlé par mes interlocuteurs de la communauté urbaine de Seaside Tongoa à Port-Vila différait de celui décrit dans cette thèse de linguistique. De ce fait, j'ai adapté la graphie utilisée par Sperlich aux usages de mes interlocuteurs. La plupart des termes notés en italique sont en bislama ou en anglais. Lorsqu'il s'agit de mots namakura, leur origine est précisée dans le texte.

La monnaie officielle de la République du Vanuatu est le vatu. Entre 2009 et 2012, le cours de cette devise par rapport à l'euro a été fluctuant mais, afin de permettre les comparaisons, j'utilise dans cette thèse un taux de change unique, celui d'avril 2011 : 1 euro équivalait alors à 131 vatus.

L'anonymisation des interlocuteurs

Concernant l'anonymat, j'ai supprimé les références permettant d'identifier mes interlocuteurs. Les noms dont je fais usage dans cette thèse ont été modifiés, à l'exception de ceux de certains acteurs de la vie publique, comme Irène Malachi, la première personne du Vanuatu à avoir publiquement déclaré sa séropositivité.

Introduction

« AIDS IS HERE! »

> « LE SIDA EST LÀ ! » : « Aujourd'hui est un triste jour pour le Vanuatu, nous devons unir nos efforts pour empêcher cette épidémie d'atteindre la Nation. […] Aujourd'hui, le ministère de la Santé a officiellement annoncé le premier cas d'infection par le VIH d'un citoyen du Vanuatu. J'appelle la population à être compréhensive. Il n'est pas nécessaire de commencer une chasse à l'homme pour identifier la personne. Laissez-la vivre dans la paix et la quiétude. […] Tout autour de nous, les pays voisins des îles du Pacifique signalent la présence de cas depuis plusieurs années. Le Vanuatu, avec cinq autres petits États insulaires, n'avait jusqu'ici pas officiellement annoncé de cas. Une enquête sur la prévalence des infections sexuellement transmissibles chez les femmes conduite à Port-Vila en 1999 par l'Organisation mondiale de la santé, OMS, et le ministère de la Santé a fourni aux professionnels de santé du Vanuatu un tableau alarmant : 20 % des femmes testées étaient infectées par au moins une Infection Sexuellement Transmissible (IST). À partir de ce moment-là, nous savions que le jour où le Vanuatu allait identifier son premier cas de VIH était proche. […] Nous pouvons confirmer que la personne infectée est considérée comme ayant été contaminée à l'étranger. Nous avons placé la personne sous un traitement antirétroviral, mais elle a besoin de temps pour assimiler le diagnostic. […] Le gouvernement ne peut pas garantir [la sécurité sanitaire], tout repose vraiment sur vous et moi. Nous avons besoin de travailler ensemble, de croire en Dieu et de n'avoir qu'un seul partenaire sexuel[1] » (Kalvau, 2002 a ; ma traduction).

Le 26 septembre 2002, le journal *Vanuatu Trading Post* mit à la une un article intitulé « *AIDS IS HERE!* » (Figure 1). La veille, au cours d'une conférence de presse organisée dans la capitale Port-Vila, les autorités médicales du Vanuatu avaient annoncé la découverte du premier cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida) dans l'archipel. Le Premier

[1] « *Today is a sad day for Vanuatu, we have to join hands to prevent this nation from this spreading infection.* […] *Today, the Ministry of Health is officially reporting the first case of HIV infection by a ni-Vanuatu citizen. I am calling for an understanding from the population. There is no need to start a man-hunt to identify the person. Let the person live in peace and quietness.* […] *All around us, our neighbouring pacific island countries had been reporting cases for some years. Since than Vanuatu remain with 5 other small island states not to have an official listed case. A prevalence survey of Sexually Transmitted Infection among women carried out in Port-Vila in 1999 by the World Health Organisation, WHO, and the Ministry of Health, provided the health professionals of Vanuatu with an alarming picture : 20 % of the women tested were found to have at least one sexually transmitted infection (STI). From the time we knew that the day for Vanuatu to identify its first case of HIV was close.* […] *We can confirm, the infected person is understood to have been infected overseas. We have placed the person on Anti-Retro viral treatment but the patient will need time to realise the diagnosis.* […] *Government has no guarantee* [*concerning health safety*]*, it really boils down to you and me. We need to work together and believe in God and have only one sexual partner* » (Kalvau, 2002 a).

ministre de cette république parlementaire de Mélanésie (Figure 2) demanda à la population de ne pas mener de chasse à l'homme et de ne pas tenter de découvrir l'identité de cette personne, soulignant ainsi l'importance du secret médical (Kalvau, 2002 a). Irène Malachi fut néanmoins rapidement identifiée comme vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Elle affirma que le personnel de l'hôpital central de Port-Vila – où elle avait travaillé comme infirmière anesthésiste et était à présent traitée – l'avait décrite physiquement et avait diffusé son nom à la presse et aux chauffeurs de transports publics de la capitale[2]. Le 28 septembre, un article du *Vanuatu Trading Post* avait en outre révélé que la personne infectée était de sexe féminin – indice que le Premier ministre avait malencontreusement laissé filtrer pendant la conférence de presse du 25 septembre (Kalvau, 2002 b).

Figure 1. La une du journal *Vanuatu Trading Post* du 26 septembre 2002

Au moment de la découverte de sa séropositivité, Irène habitait avec son époux et leurs quatre enfants dans une maison proche de l'hôpital central. Après avoir donné naissance à leur dernière fille, Zara, Irène et son nourrisson commencèrent à être malades. Elles eurent de la fièvre, développèrent des plaies, perdirent leurs cheveux, maigrirent sans que les divers spécialistes du soin de Port-Vila puissent les guérir ou déterminer les causes de leurs symptômes. Bien que les organismes de la santé sexuelle et reproductive du Vanuatu[3], tels

[2] *PACIFIC ISLANDS* AIDS FOUNDATION (PIAF), 2007. Irène, Film documentaire, Port-Vila, Vanuatu, PIAF.
[3] La notion de « santé sexuelle » a été employée et définie pour la première fois, lors d'une conférence de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), tenue en 1975. Mais Alain Giami indique que malgré les tentatives d'uniformisation internationale, il n'existe pas de consensus général autour de la signification de ce concept,

que les organisations non gouvernementales (ONG) *Wan Smolbag* et *Vanuatu Family Health Association*, eussent déjà amorcé en 2002 des actions de prévention du VIH et des autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST), la plupart des habitants du Vanuatu possédaient encore très peu de connaissances sur le virus, ses modes de transmission ou de prévention. Mais en tant qu'infirmière anesthésiste, Irène était informée des manifestations cliniques liées à l'évolution de l'infection à VIH. Elle prit la décision de faire un test de dépistage à l'hôpital central, qui se révéla positif. À un an, Zara fut également diagnostiquée séropositive. Quant au mari d'Irène, dont le test était négatif, il ne tarda pas à quitter le foyer conjugal de peur d'être lui aussi contaminé et stigmatisé (Malachi *et al*., 2009).

Le secret maintenu autour de l'identité d'Irène et la condamnation morale de la population vis-à-vis de ses comportements sexuels supposés inappropriés transparaissent dans les articles de journaux de l'époque. Le 1er octobre 2002, le *Vanuatu Trading Post* publia la lettre d'une lectrice réclamant de la personne séropositive qu'elle demande « pardon » aux habitants du Vanuatu pour les avoir « trahis » en ne voulant pas révéler son identité ni la manière dont elle avait contracté le VIH et en permettant ainsi à l'épidémie de se répandre (Anonyme, 2002 a). Dans un courrier publié le 15 octobre, un lecteur du même journal se plaignit des peurs provoquées par le manque d'information sur les partenaires sexuels de la personne contaminée, et en particulier sur leur statut conjugal (Anonyme, 2002 b). Le 24 octobre, une lectrice écrivit qu'elle était « très surprise d'apprendre que la personne infectée par le VIH/SIDA[4] était mariée » et déclara que « le mariage et la vie familiale dans leur belle nation étaient en danger » (Anonyme, 2002 d). Dans le numéro du 22 octobre, un courrier de lecteur mit clairement en relation le péché charnel, les femmes et l'arrivée du virus dans l'archipel à partir de l'étranger. L'auteur du courrier anonyme écrit :

> « Je ne souhaite pas blâmer les mères […], mais la réalité est que c'est la femme qui a apporté le SIDA au Vanuatu. Je n'aurais pas à blâmer les mères si ce n'était pas la mère Ève qui avait fait naître les péchés dans ce monde[5] » (Anonyme, 2002 c).

Notons que lors de la conférence de presse du 25 septembre, les autorités médicales du Vanuatu avaient elles aussi associé le VIH à l'étranger, aux femmes, aux infidélités sexuelles

---

parce que la santé sexuelle est imbriquée dans des politiques et des systèmes de santé variant selon les pays (2002).

[4] Lorsque les traitements antirétroviraux n'étaient pas accessibles, les termes VIH et SIDA étaient utilisés ensemble parce que la contraction du virus engendrait systématiquement l'apparition du syndrome d'immunodéficience acquise (Thomas, 2014 : 6). Mais les Nations unies découragent à présent l'emploi des expressions « VIH/SIDA » ou « VIH et SIDA », qui sous-entendent qu'il s'agit de deux épidémies différentes et recommandent d'écrire sida (ou *aids*) en minuscules (Lepani, 2012 : xiii).

[5] *I am not blaming mamas, […] but the reality is that the woman brought AIDS to Vanuatu. I wouldn't have blamed the mamas if it wasn't mother Eve who brought sin into this world* (Anonyme, 2002 c).

et au non-respect des principes chrétiens. La directrice du département de la Santé avait en effet annoncé que la personne vivant avec le VIH avait été infectée à l'étranger. Et le Premier ministre avait révélé le nombre de cas de VIH dans les pays insulaires voisins et la forte prévalence des IST chez les femmes de Port-Vila comme les signes d'une menace imminente. Afin de garantir la sécurité sanitaire de la population, il mit l'accent sur la responsabilité individuelle et appela chaque habitant du Vanuatu (ou ni-Vanuatu) à croire en Dieu et à n'avoir qu'un seul partenaire sexuel (Kalvau, 2002 a). De même, de nombreux articles et courriers de lecteurs diffusés dans le *Vanuatu Trading Post* recommandèrent par la suite de « respecter les dix commandements », de « rester fidèle à son époux » ou d'utiliser un préservatif si l'on est un « type de personne infidèle ». Un lecteur écrivit par exemple dans une lettre publiée le 5 décembre que la « cure du sida » est « l'honnêteté » (Anonyme, 2002 e).

Soutenue par Maire Bopp Dupont, une journaliste tahitienne ayant fondé l'ONG régionale *Pacific Islands Aids Foundation* (PIAF), Irène annonça publiquement sa séropositivité en novembre 2002. Mais la stigmatisation et la discrimination dont elle et ses enfants étaient victimes ne firent que s'accentuer. Leurs amis, les membres de leur communauté et de leur famille s'éloignèrent. Leur participation aux cérémonies coutumières essentielles à la création et à l'entretien des liens sociaux s'amenuisa. Des chauffeurs de transports publics ne souhaitaient plus les conduire à bord de leur bus ou de leur taxi. Les mères empêchaient leurs enfants de jouer avec ceux d'Irène ou de s'approcher d'eux. Certains passants les insultaient ou leur crachaient au visage. Le personnel des magasins redoutait de les servir ou de toucher leur monnaie. Ayant peur des violences physiques qu'Irène aurait pu subir de la part de ses concitoyens, des membres du gouvernement lui proposèrent de s'expatrier en Australie. Mais en voyant écrit *HIV* sur le visa de son passeport, elle refusa de quitter le pays (Malachi *et al*., 2009)[6].

On peut dire que l'annonce du premier cas d'infection par le VIH au Vanuatu constitua un événement majeur en ce qu'il marqua un tournant dans la lutte contre le virus et les autres IST dans l'archipel. Les financements et les interventions d'experts extérieurs augmentèrent ainsi considérablement après que le Premier ministre du Vanuatu eut appelé, lors de son intervention du 25 septembre, à « unir les efforts » (Kalvau, 2002 a). Et les actions de prévention des IST, entreprises dès les années 1990 dans le pays, furent légitimées par l'arrivée du virus dans l'archipel. La plupart des responsables religieux et coutumiers, qui se

[6] *PACIFIC ISLANDS* AIDS FOUNDATION (PIAF), 2007. Irène, Film documentaire, Port-Vila, Vanuatu, PIAF.

montraient jusqu'alors réticents, commencèrent à accepter la diffusion des messages de prévention sur la santé et la sexualité, y compris en milieu rural. Si quelques affiches furent exposées et des pièces de théâtre jouées avant l'annonce gouvernementale de 2002, les actions en vue de prévenir les IST se multiplièrent et se diversifièrent après cette date. Par exemple, l'ONG *Wan Smolbag* mit en scène de nouvelles pièces, produisit de nouveaux posters, organisa des ateliers (*workshops*), conçut des brochures, des films, des bandes dessinées, des émissions radiophoniques, développa des activités scolaires et mit en place des services de santé destinés aux jeunes (*Youth Friendly Services*) et un système d'éducation par les pairs (*peer educators*) (Soler, 2011 : 146).

Dans le but de diminuer la stigmatisation associée au VIH et d'empêcher que d'autres ni-Vanuatu connaissent la discrimination dont elle et sa famille avaient été victimes, Irène créa en 2004 la Fondation IZA (SCA, 2011). Dans une brochure intitulée *Living with HIV*, elle raconte son parcours de vie et met en avant son attachement aux principes chrétiens – répondant ainsi aux critiques qui lui avaient été faites en 2002 dans les courriers de lecteurs (Malachi *et al*., 2009 : 6). En mai 2011, lors d'une formation du personnel du centre de santé du village de Nduidui sur l'île d'Ambae, Irène et le coordinateur de santé de la *Vanuatu Family Health Association* présentèrent l'approche de prévention internationalement prônée ABC (*Abstinence, Be faithful, use a Condom*)[7]. Mais ils expliquèrent également que les médecins et les infirmiers s'exposent au risque de contracter le VIH parce qu'ils « baignent » dans le sang des patients. Irène étant auparavant infirmière anesthésiste à l'hôpital central, ils suggéraient en disant cela qu'elle avait été contaminée par le virus dans l'exercice de ses fonctions et non du fait d'infidélités sexuelles[8].

Les annonces de nouveaux cas de VIH au Vanuatu (en 2005, 2007 et 2012) ne provoquèrent pas dans la population de réactions comparables à celles engendrées par la conférence de presse du 25 septembre 2002. Peu de lettres de lecteurs concernant le virus furent en effet publiées par le *Vanuatu Daily Post* (anc. *Vanuatu Trading Post*). Le 24 novembre 2012, le quotidien annonça quatre nouveaux cas de VIH alors que j'effectuais le dernier de mes 18 mois de recherches à Port-Vila. Les ventes de ce numéro furent particulièrement rapides. Les habitants de la communauté urbaine de Seaside Tongoa – où je menais mes enquêtes (voir chapitre 3) – ne parurent cependant pas surpris par cette nouvelle annonce, à l'instar des membres du gouvernement et du département de la Santé interrogés

[7] Cette approche sera discutée au chapitre 6.
[8] Intervention d'Irène Malachi et du coordinateur de santé de *Vanuatu Family Health Association* lors d'une formation du personnel du centre de santé de Nduidui sur l'île d'Ambae, le 18 mai 2011.

par la journaliste (Joshua, 2012). Afin de marquer les esprits de la population de Port-Vila, les organismes de la santé sexuelle et reproductive tendaient en effet à gonfler les chiffres du VIH ou à rester évasifs sur le nombre de personnes séropositives recensées dans l'archipel[9]. Pourtant seuls neuf cas d'infection par le VIH avaient été répertoriés par le gouvernement entre 2002 et 2012 et sept de ces personnes étaient toujours en vie en 2012. Ainsi, malgré la très faible prévalence du virus dans le pays, la quasi-totalité des femmes (91 %) et des hommes (92 %) âgés de 15 à 49 ans interrogés au Vanuatu, lors de la *Demographic and Health Survey 2013* déclarèrent avoir déjà entendu parler du sida – en particulier celles (96 %) et ceux (96 %) résidant en ville (MoH *et al*., 2014 : 180).

Grâce aux actions du gouvernement et de ses partenaires, la discrimination des personnes vivant avec le VIH au Vanuatu était nettement moins marquée en 2011-2012 que dix ans auparavant. Néanmoins, Irène et sa fille – les deux seules ni-Vanuatu séropositives dont l'identité avait été publiquement révélée – continuaient lors de mes recherches à faire face à des attitudes négatives de la part de la population. En 2012, à l'âge de 10 ans, Zara n'était toujours pas scolarisée faute de trouver une école qui accepte de l'inscrire. Seule une employée de la *Vanuatu Family Health Association* lui donnait bénévolement une heure de cours trois fois par semaine. L'histoire d'Irène et de Zara était alors fréquemment utilisée par le personnel des organismes de prévention pour susciter la peur d'une mort sociale chez leurs interlocuteurs.

Le VIH et les recherches socio-anthropologiques en Océanie

D'après les estimations du Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (UNAIDS/ONUSIDA) pour l'année 2012, 35,3 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde, dont 51 000 en Océanie (Figure 2). Si la prévalence de l'infection était relativement faible dans cette région, le nombre de personnes séropositives y a néanmoins été multiplié par 1,4 entre 2001 et 2012 (UNAIDS, 2013 : 4, A12). La Papouasie-Nouvelle-Guinée répertoriait en 2012 le plus grand nombre de cas de VIH de l'aire océanienne : entre 20 000 et 31 000, soit un taux d'infection chez les 15-49 ans de 0,5 % (UNAIDS, 2013 : A6). L'Australie comptait, elle, entre 18 000 et 27 000 personnes vivant avec le VIH cette même année, pendant que la Nouvelle-Zélande en dénombrait entre 2 200 et 3 600 – ce qui correspondait pour chacun de ces deux pays à un taux de prévalence de 0,1 % chez les 15-49

[9] Par exemple, lors de la séance du 3 novembre 2011 de l'atelier de prévention mené à Seaside Tongoa pendant trois jours.

ans (UNAIDS, 2013 : A12). Selon un rapport publié par l'organisation internationale de développement « Communauté du Pacifique » – appelée auparavant « Commission du Pacifique Sud » (CPS/SPC) –, cinq pays océaniens n'avaient encore jamais recensé de cas de VIH en 2012 (Îles Cook, Nauru, Niue, Pitcairn et Tokelau). Et dans les 16 États et Territoires insulaires océaniens ayant répertorié des cas (à l'exclusion de la Papouasie-Nouvelle-Guinée), le taux d'infection chez les 15-49 ans était inférieur à 0,1 %. En 2012, 668 personnes vivaient avec le VIH dans les États et Territoires insulaires d'Océanie : la plupart résidaient à Fidji (230), en Nouvelle-Calédonie (188), en Polynésie française (123) et sur l'île de Guam (64) (Wanyeki, 2013 : 17).

Figure 2. Carte de l'Océanie et des pays limitrophes (source : World Sites Atlas)

En raison de la faible prévalence du VIH dans les États et Territoires insulaires océaniens, mais aussi parce que l'Océanie est fréquemment considérée comme un « espace vaste, vide et inhabité », cette région du monde a souvent été délaissée par les sociologues et

les anthropologues de la santé (Eves et Butt, 2008 : 1-2). Comparé au foisonnement des recherches en sociologie ou en anthropologie menées sur le VIH en Afrique, en Asie, en Amérique ou en Europe, très peu d'études ont en effet été entreprises en Océanie. Depuis les années 2000, quelques travaux ont néanmoins été réalisés, en particulier en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Ces études traitent principalement des interprétations et des compréhensions locales du VIH, c'est-à-dire des manières dont il prend sens pour les populations. Mais elles s'intéressent aussi, dans une moindre mesure, aux contextes d'exposition et aux activités des organismes de prévention.

L'étude des représentations et des discours locaux

À travers le monde, les épidémies de VIH ont donné lieu à une production massive de métaphores, d'interprétations, de définitions, de descriptions, de concepts, d'appellations, afin de donner sens à ce virus et à ses manifestations : Paula Treichler parle d'une « épidémie de significations » (1987 ; 1999 : 1-4). Partout ou presque, les réponses au VIH ont été, dans un premier temps du moins, moralisantes et stigmatisantes (Sontag, 2001 [1978] : 6), mais les chercheurs ont observé des variations dans les significations. En effet, il n'existe pas une seule façon de donner sens au VIH en Océanie – ni même en Mélanésie – car les épidémies se développent à des degrés divers et dans des conditions très différentes (Eves et Butt, 2008 : 3). L'Océanie est généralement divisée en quatre aires régionales – l'Australie, la Mélanésie, la Polynésie et la Micronésie – qui connaissent elles-mêmes une grande variété en termes culturels, linguistiques, géographiques, historiques, politiques et économiques (Hammar, 2010 a : 12)[10]. L'africaniste Maryinez Lyons suggère ainsi de ne pas concevoir le VIH comme une pandémie, mais plutôt comme une série de « micro-épidémies » (2004 : 176).

En Océanie, l'influence de la religion chrétienne ou des relations politiques dans les représentations du virus a plusieurs fois été soulignée. Les épidémies de VIH sont par exemple considérées chez les Duna, les Huli et les Lelet de Papouasie-Nouvelle-Guinée comme symptomatiques de la fin du monde et comme le signe d'une punition divine liée au non-respect des principes chrétiens (respectivement Haley, 2008 : 40 ; Wardlow, 2008 et Eves, 2003 ; 2008). Par contre, à Wamena, dans la province indonésienne de Papouasie occidentale (anc. Irian Jaya), l'interprétation du VIH est fondée sur une théorie de la conspiration : selon les Papous interrogés par Leslie Butt, l'État indonésien aurait introduit le

[10] Voir l'ouvrage de Serge Tcherkézoff (2008), *Polynésie/Mélanésie : L'Invention française des « races » et des régions de l'Océanie (XVI^e^-XX^e^ siècles)*, pour une critique de la division de l'Océanie en zones ne reflétant pas une unité linguistique ni culturelle. Les termes Mélanésie, Polynésie et Micronésie sont néanmoins de nos jours largement utilisés par les populations concernées.

virus en Papouasie, afin d'en éliminer les natifs, s'approprier leurs terres et exploiter les nombreuses ressources dont regorge la province (2005 : 413 ; 2008 : 117).

Les chercheurs ayant travaillé en Papouasie-Nouvelle-Guinée, en Papouasie occidentale ou aux îles Salomon, ces dix dernières années, ont montré que le VIH y est fréquemment considéré comme une affection touchant exclusivement « l'Autre ». La plupart des groupes ou sociétés étudiés dans la région stigmatisent en effet certains de leurs voisins ou sous-communautés et ceux qui les fréquentent : les « étrangers » (les Blancs ou les personnes provenant d'autres régions), les « homosexuels », les « travestis » ou les personnes ayant de multiples partenaires, telles que les « travailleuses du sexe » (Buchanan-Aruwafu et Maebiru, 2008 : 171-173 ; Butt, 2005 : 413 ; 2008 : 117 ; Beer, 2008 : 103). Au Vanuatu, Maggie Cummings a par exemple établi qu'avant la découverte du premier cas de VIH dans l'archipel, les habitants de Port-Vila pensaient le virus comme une menace liée à l'entretien de rapports sexuels avec des Occidentaux (2008 : 135-143). Les femmes portant des pantalons et se rendant dans les bars et boîtes de nuit touristiques de la capitale étaient ainsi souvent accusées d'y vendre du sexe et d'être particulièrement exposées au risque de contraction du virus. Dans la première partie de ses travaux sur les représentations du VIH en Nouvelle-Calédonie, Christine Salomon souligne également que les Kanaks affilient non seulement la maladie aux Occidentaux, mais aussi aux femmes kanakes qui rompent avec la « tradition » (Salomon-Nékiriaï, 1997 ; Bourgerol et Salomon-Nékiriaï, 1998 ; Salomon et Hamelin, 2008 : 84-88). Les chercheurs ayant analysé les manières dont le VIH prend sens pour les populations océaniennes ont ainsi remarqué que le virus est souvent associé à des groupes (« homosexuels », « travailleuses du sexe », « étrangers ») et à des endroits particuliers (boîtes de nuit, bars) (Hammar, 2010 a : 6 ; Eves et Butt, 2008 : 9) – des catégories et des lieux parfois mis en avant, également, par les organismes de prévention des IST de la région.

L'analyse des conditions et des contextes d'exposition au virus

D'après le rapport publié par la Communauté du Pacifique en 2012, les 668 personnes vivant avec le VIH dans les États et Territoires insulaires d'Océanie avaient principalement été contaminées lors de relations sexuelles non protégées (Wanyeki, 2013 : 21). Mais pour comprendre les conduites sexuelles menant à la contraction du VIH, il est nécessaire d'analyser les contextes et les rapports sociaux dans lesquels s'inscrivent ces comportements. Comme l'indique le sociologue Michel Bozon :

> « La sexualité est une sphère spécifique, mais non autonome du comportement humain, qui comprend des actes, des relations et des

> significations ». « Les rapports institués entre les femmes et les hommes, les rapports de génération, les rapports entre classes sociales comme entre groupes culturels et ethniques structurent les relations entre les personnes, établissent des hiérarchies et des rapports de pouvoir, façonnant ainsi les perceptions du possible, du rêvé, du désirable et de l'illicite en matière de sexualité[11] » (2013 : 5, 44).

Les travaux sociologiques et anthropologiques s'intéressant aux conditions de transmission du VIH dans les îles du Pacifique se sont ainsi penchés sur les contextes sociaux, historiques, économiques, législatifs, politiques, géographiques, culturels et structurels particuliers.

En Papouasie occidentale et aux îles Salomon, des chercheurs ont par exemple analysé l'influence de la mondialisation sur les connaissances de la sexualité, sur la construction des fantasmes et des désirs, ainsi que sur les conduites sexuelles dites « à risque » face à la contraction du VIH (Morin, 2008 ; Hewat, 2008 ; Buchanan-Aruwafu et Maebiru, 2008 : 168). Par le développement de la téléphonie mobile et la diffusion de films pornographiques, de feuilletons et de chansons d'amour, la mondialisation a engendré, chez les jeunes de Manokwari (Papouasie occidentale), de nouvelles formes de sociabilité et d'interaction sexuelle qui entrent en conflit avec l'idéologie locale dominante. Le manque de discussions ouvertes sur la sexualité provoque des relations amoureuses entretenues dans une atmosphère de honte et un contexte de désinformation favorisant le déroulement de rapports sexuels non protégés et la contraction d'IST (Hewat, 2008). Morin montre, quant à lui, que les conduites sexuelles à risque des personnes travesties d'Abepura et de Sorong – deux villes situées dans la province indonésienne de Papouasie occidentale – sont non seulement favorisées par les nouvelles conceptions de la sexualité (fondée sur l'attraction mutuelle et la non-utilisation de préservatif), mais aussi par des facteurs politiques et économiques (la légalisation du travail du sexe, les disparités économiques entre les personnes prostituées et leurs partenaires, l'attrait pécuniaire, les programmes de migration) (2008).

De nombreux travaux sur le VIH conduits en Papouasie-Nouvelle-Guinée, en Papouasie et en Nouvelle-Calédonie traitent des rapports de genre et de leurs conséquences. En effet, les violences physiques et sexuelles à l'encontre des femmes ou les relations extra-conjugales peuvent constituer des facteurs d'exposition au virus[12]. En Nouvelle-Calédonie, Christine Salomon et Christine Hamelin (2008) ont établi des connexions entre les normes de genre, la vie sexuelle et la prise de risque, ainsi qu'entre les abus sexuels subis pendant l'enfance et la

[11] Voir Bronislaw Malinowski (1970 [1929]) et Margaret Mead (2007 [1928 et 1935]) pour les premières recherches anthropologiques montrant l'influence du milieu culturel et social sur les comportements sexuels en Océanie.

[12] Voir entre autres Lepani, 2008 b ; Hewat, 2008 ; Salomon et Hamelin, 2008 ; Eves, 2010 ; Wardlow, 2007 ; 2008 ; Hammar, 1998 ; 2008 ; 2010 a ; Hirsch *et al*., 2009.

vulnérabilité des femmes kanakes face au VIH. Elles montrent que les petites filles violées sont plus souvent violentées et abusées sexuellement à l'âge adulte et davantage susceptibles de développer une IST que les femmes n'ayant pas subi de violences sexuelles lorsqu'elles étaient enfants. En Papouasie occidentale, Hewat souligne également le peu de pouvoir de négociation dont les femmes manokwari disposent dans l'utilisation du préservatif : si elles demandent à leur partenaire d'en faire usage, elles s'exposent à être accusées de promiscuité sexuelle (2008 : 153).

Plusieurs recherches menées dans les îles du Pacifique analysent par ailleurs comment les organisations religieuses influencent les conduites des personnes face aux épidémies de VIH. Richard Eves (2008) et Naomi McPherson (2008) montrent par exemple que certains groupes chrétiens fondamentalistes, respectivement en Nouvelle-Bretagne et en Nouvelle-Irlande (Papouasie-Nouvelle-Guinée), pensent que la voie pour guérir le sida est de faire appel à Dieu. Lawrence Hammar considère pour sa part que les Églises chrétiennes en Océanie – plus que toute autre institution – encouragent les pratiques sexuelles dangereuses et mettent en péril l'évaluation des risques nécessaire à l'adoption de comportements incluant la menace d'infection la plus faible : non seulement parce qu'elles interdisent les conduites sexuelles « moins risquées » (comme la masturbation et la fellation), mais aussi parce qu'elles associent l'utilisation du préservatif à la promiscuité sexuelle et au péché (2010 a : 8).

À ma connaissance, seule Fabienne Labbé (2011) a mené des recherches sur l'expérience directe du VIH dans un archipel d'Océanie, en l'occurrence à Fidji. Du fait des taux de prévalence et de dépistage relativement faibles dans la plupart des îles du Pacifique, la grande majorité des travaux dont nous disposons dans la région traitent en effet des significations locales des épidémies de VIH et des contextes d'exposition au virus, mais aucun ou presque ne porte sur le Vanuatu.

L'étude des politiques de prévention et de leur réception par les populations

Quelques enquêtes anthropologiques sur les actions de prévention du VIH ont été réalisées dans les États et Territoires insulaires d'Océanie, mais plutôt qu'à l'observation de ces actions elles-mêmes, ces travaux s'intéressent aux contextes de transmission ou aux significations du virus et mentionnent uniquement l'apport de leur analyse pour les campagnes de prévention menées dans le pays. Bettina Beer suggère par exemple de prendre en compte les stéréotypes ethniques et les conflits interethniques existant en Papouasie-Nouvelle-Guinée (2008 : 114), tandis que Holly Buchanan-Aruwafu, Rose Maebiru et Francis Aruwafu étudient les désirs des jeunes Auki des îles Salomon et le vocabulaire qu'ils

emploient pour parler des affaires de sexe dans le but de les reprendre dans les messages de prévention (2003 : 220). Naomi McPherson analyse les rares posters ou pièces de théâtre sur le VIH qu'elle a pu voir en Nouvelle-Irlande et étudie l'approche de prévention ABC que j'ai mentionnée plus haut (2008).

Dans une note de bas de page du livre collectif *Making sense of Aids*, Eves et Butt annoncent en 2008 qu'« aucun volume [traitant du Pacifique] ne détaille les échecs et les insuffisances des campagnes de prévention du VIH » (2008 : 269). En 2010, Hammar répond en quelque sorte à cet « appel » en publiant *Sin, sex and stigma*, un ouvrage traitant des politiques culturelles et religieuses mises en place en Papouasie-Nouvelle-Guinée à propos de la sexualité, du VIH, des préservatifs, du sida, de la mobilité, du mariage et des autres types de relations entre les hommes et les femmes (2010 a). Dans deux articles parus quelques années plus tôt, Katherine Lepani (2005 ; 2008 a) analyse également certains aspects des programmes de prévention du VIH menés aux îles Trobriand, en Papouasie-Nouvelle-Guinée : elle s'intéresse au vocabulaire et aux expressions rencontrés dans les messages préventifs en les reliant aux significations locales du genre, de la sexualité et de la reproduction et montre ailleurs comment le concept de culture est utilisé dans les campagnes de communication. Dans son livre *Islands of Love, Islands of Risk* (2012), cette même auteure étudie les articulations entre le langage mondial de la prévention du VIH – qui parle d'abstinence, de fidélité et de préservatif –, les significations culturelles et les pratiques locales de la sexualité.

Les chercheurs en sciences sociales comme les acteurs locaux et internationaux du développement ont désormais conscience que les programmes de prévention du VIH sont plus fructueux lorsque les contextes spécifiques de leur mise en place sont pris en considération (Lepani, 2008 a : 247). Pour que les programmes de santé sexuelle et reproductive soient efficaces, il est nécessaire d'analyser les « interfaces entre les programmes techniques et les logiques et comportements sociaux des professionnels de la santé et des populations concernées » (Jaffré et Suh, 2016 : 175). Les établissements de santé, mais aussi les ateliers d'information, les émissions radiophoniques, les activités scolaires, les pièces de théâtre, etc. constituent des « lieux d'interface » permettant d'étudier les écarts entre les objectifs globaux et nationaux et les normes et pratiques locales. Les organismes de la santé sexuelle et reproductive intervenant dans les îles du Pacifique – telles les agences des Nations unies, les organisations gouvernementales ou non gouvernementales ou celles de la société civile – produisent des rapports d'activité et des comptes rendus de travaux sur les pratiques et les risques liés à la sexualité. Cependant, ces documents tendent à utiliser des catégories

internationalement plébiscitées – telles qu'« IST », « jeunes », « travailleuses du sexe », « hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes », « viol » – qui, comme on le verra, masquent la complexité des représentations, des identités et des pratiques. Leurs rapports ne sont en outre pas toujours très précis et peuvent parfois être partiels ou orientés parce que principalement destinés aux bailleurs de fonds.

Très rares sont les recherches sociologiques ou anthropologiques détaillées sur les programmes de prévention du VIH et des autres IST ou sur leur réception par les populations des États et Territoires insulaires océaniens, et seul un mémoire de master 2 a été consacré au « théâtre pour le développement » en lien avec la prévention du sida au Vanuatu (Soler, 2011). Mes recherches de doctorat ont de ce fait visé à combler ces lacunes, en produisant des connaissances détaillées sur les savoirs et les pratiques en matière de santé et de sexualité au Vanuatu ainsi que sur le système de prévention des IST mis en place dans le pays.

Analyser la prévention du VIH et des autres IST au Vanuatu, en milieu urbain

Un contexte de faible prévalence, mais de forte vulnérabilité

L'archipel mélanésien du Vanuatu (anc. Nouvelles-Hébrides) se compose de 83 îles et îlots d'origine volcanique, répartis sur près de 800 km et regroupés en six provinces : Malampa, Sanma, Penama, Tafea, Torba et Shefa, où se trouve la capitale Port-Vila (Figure 3). La République restée sous condominium franco-britannique de 1906 à 1980 comptait en 2012 environ 247 000 habitants parlant 138 langues (François *et al.*, 2015)[13], dont trois langues nationales : l'anglais et le français – les deux anciennes langues coloniales – et le bislama – langue véhiculaire à base lexicale anglaise formée au XIX^{e} siècle suite à la commercialisation du bois de santal et des concombres de mer dans la région pacifique (Vandeputte-Tavo, 2014). Cette extrême densité linguistique est le reflet d'une forte diversité culturelle, caractéristique de l'archipel et fortement représentée dans la capitale où réside plus de 20 % de la population totale.

Si le gouvernement n'avait annoncé entre 2002 et 2012 que neuf cas d'infection par le VIH dans l'archipel, il faut noter que les dépistages étaient encore peu fréquents et que la présence du virus dans la population était par conséquent certainement sous-estimée. Bien que la prévalence de personnes vivant avec le VIH fût officiellement faible, la population du Vanuatu était très vulnérable au risque de le contracter. L'archipel répertoriait en effet de

[13] https://data.un.org/CountryProfile.aspx?crName=Vanuatu, consulté le 29 avril 2015 à 12 h 11.

nombreux cas de grossesses non planifiées et d'IST révélant un fort taux de relations sexuelles non protégées (WHO, 2000). Dans le cadre de l'enquête de santé publique *Second Generation Surveillance* menée en 2008 à l'hôpital central de Port-Vila, 61 % des femmes interrogées dans le service de santé féminine déclarèrent être enceintes sans l'avoir planifié et, pour la moitié d'entre elles, faute d'avoir recours à une méthode contraceptive au cours des trois mois précédant leur grossesse (SPC et Vanuatu MoH, 2008 : 23). Les IST, qui, en l'absence de traitement, peuvent engendrer un cancer gynécologique, une infertilité ou une grossesse extra-utérine et favorisent la contraction du VIH en diminuant les défenses immunitaires et en facilitant l'entrée du virus dans le corps par la formation de lésions génitales, étaient très courantes dans l'archipel. En 2008, un quart des femmes enceintes testées à l'hôpital central, pendant la *Second Generation Surveillance Survey,* étaient atteintes d'une infection uro-génitale à Chlamydiae (SPC et Vanuatu MoH, 2008 : 33).

Problématiser mes recherches

Même si le gouvernement du Vanuatu avait enregistré peu de cas d'infection par le VIH, pendant mes recherches sur le terrain (de 2009 à 2012), le pays comptait un grand nombre d'acteurs et d'actions en santé sexuelle et reproductive. Ces actions, principalement conduites en milieu urbain, étaient structurées par des politiques et des directives nationales, mais elles étaient aussi influencées par l'expertise technique étrangère, la répartition de fonds et la signature d'accords transnationaux. L'analyse du système de prévention du VIH et des autres IST au Vanuatu ne pouvait ainsi être réalisée qu'en prenant en considération les effets de la mondialisation contemporaine, c'est-à-dire de la prolifération des flux de personnes, de biens, de capitaux, d'informations, de normes, d'idées et de représentations à travers le monde (Corboz, 2009 : 1 ; Bozon, 2013 : 121)[14].

À la suite d'autres recherches en sociologie ou en anthropologie de la mondialisation, cette thèse s'attache à saisir les interrelations complexes entre les forces globales et locales, autrement dit à comprendre l'articulation des différentes échelles façonnant la réalité sociale (Corboz, 2009 ; Pleyers, 2012 ; Abélès, 2012 [2008]). Bien que certains de mes résultats permettent de contribuer à la discussion sur la notion de personne en Mélanésie (voir par exemple, Mauss, 1938 ; Leenhardt, 1985 [1947] ; Strathern, 1988 ; Gell, 1998 ; Mosko, 2010 ;

[14] L'anthropologue Marc Abélès (2012 [2008]) utilise le terme globalisation plutôt que mondialisation, afin de souligner l'intensité et l'étendue de ces flux, atteignant des niveaux qui n'ont, selon lui, jamais été égalés dans les périodes de mondialisation précédentes (voir aussi Appadurai, 2015 [1996] : 29-30).

Théry, 2007), les interactions entre les forces globales et le contexte local constituent le fil conducteur de cette thèse.

Figure 3. Carte de l'archipel du Vanuatu, en Mélanésie (Source : Central Intelligence Agency)

Opposé au vocable « global », le terme « local » a souvent été associé à la « culture », à la « tradition » et à l'« immobilité », notamment par les organismes internationaux agissant

dans le domaine du développement[15]. Mais les idées et pratiques que l'on nomme locales – tout comme d'ailleurs celles qualifiées de « traditionnelles » ou « culturelles »[16] – ne sont nullement statiques et ne disposent pas de frontières étanches (Merry, 2006 b : 39-40 ; 2006 a : 6-16 ; Jolly, 2005 : 138 ; Appadurai, 2015 [1996] : chap. VIII). Plusieurs chercheurs ont en effet souligné la nécessité de dépasser l'opposition entre le global et le local – et ses paires associées : changement/immobilité, importé/indigène, individualisme/sociocentrisme, modernité/tradition – en faisant usage de termes comme « transnational » (voir par exemple, Hannerz, 1989 ; Grewal et Kaplan, 2001 ; Blackwood, 2005), « indigénisation » (Appadurai, 2015 [1996] : chap. IV), « vernacularisation » (Merry, 2006 b : 39) ou « culture de doublage » (Boellstorff, 2003). Ces expressions sous-entendent chacune à sa façon que le local et le global ne constituent pas des forces indépendantes ni que le local assimile passivement les forces globales. La mondialisation contemporaine ne conduit pas à une homogénéisation – en l'occurrence une euro-américanisation – culturelle du monde (Appadurai, 2015 [1996] : 43). Le local agit lui aussi sur le global, du fait de leurs interconnexions (Alexeyeff et Besnier, 2014 : 21). Les sources des idées et des institutions globales proviennent en effet souvent de lieux dont les occupants ont développé des idées ou des pratiques ayant été par la suite transplantées ailleurs (Merry, 2006 b : 39). Ce qu'il me semble essentiel d'analyser sont les contextes dans lesquels ces forces interagissent : car « le global et le local se pénètrent l'un et l'autre de manière très spécifique, en fonction des contextes culturels et historiques particuliers » (Corboz, 2009 : 14).

Ma thèse, que je qualifierais comme relevant du champ de l'anthropologie de la santé et, moindrement, de la mondialisation explore plus particulièrement comment des catégories, des normes et des conceptions internationalement prônées dans le cadre de la prévention des IST circulent et sont mobilisées, adaptées et transformées dans le contexte du Vanuatu. Elle présente non seulement les discours affichés dans les documents transnationaux et nationaux (politiques, directives, rapports) et les réactions de mes interlocuteurs d'un quartier de Port-Vila vis-à-vis de ces discours, mais analyse également le travail des personnels des

[15] Sally Engle Merry montre que les acteurs internationaux du développement tendent à concevoir le terme de « culture » comme un synonyme de « tradition », c'est-à-dire des façons de penser et d'agir justifiées par leur origine ancienne (2006 a : 12).

[16] De nombreuses recherches anthropologiques ont souligné le caractère dynamique de la culture. Ainsi, selon Merry (2006 a : 11), « les cultures consistent en des répertoires d'idées et de pratiques qui ne sont pas homogènes, mais qui changent continuellement du fait de contradictions existant entre elles ou à cause des nouvelles idées ou de nouvelles institutions adoptées par leurs membres ». Le terme bislama *kastom* témoigne de cet aspect dynamique. Lissant Bolton (2003 b : 189) a en effet montré que le concept *kastom* n'équivaut pas réellement à celui de « coutume » ni de « tradition », parce que les habitants du Vanuatu identifient des pratiques comme faisant partie de la *kastom*, alors que celles-ci n'existaient pas avant la colonisation. La *kastom* est ce qui illustre, montre l'appartenance d'une personne à un lieu (ou *ples* en bislama).

organismes de prévention des IST du Vanuatu qui servent d'« intermédiaires » – ou « traducteurs » – entre des idées et des pratiques locales, régionales et internationales (Merry, 2006 a : 2-3 ; 2006 b). Cette thèse étudie donc la façon dont le système de prévention des IST est organisé au Vanuatu : Quelles sont les actions menées sur le terrain (essentiellement en milieu urbain) ? Quelles sont les catégories, les normes et les conceptions véhiculées par les organismes de sensibilisation et par leurs personnels ? Comment les habitants de Port-Vila, en particulier ceux de Seaside Tongoa, sont-ils affectés par ces actions ? Et comment réagissent ces citadins face à ces messages ? En bref, cette thèse interroge comment les forces globales et locales liées à la prévention des IST interagissent dans le contexte du Vanuatu contemporain urbain.

Dix-huit mois de terrain et une double casquette

Pour répondre à ces questions, j'ai réalisé entre juillet 2009 et décembre 2012 dix-huit mois de terrain de recherches anthropologiques au Vanuatu. Afin d'avoir une vision plus générale de l'archipel, je me suis rendue dans quatre des six provinces qui composent le pays : j'ai ainsi passé quelques jours ou semaines dans les îles de Tanna (Tafea), Nguna (Shefa), Pele (Shefa), Tongoa (Shefa), Mallicolo (Malampa) et Ambae (Penama) et dans certains villages ruraux de l'île d'Efate (Shefa) (Figure 3). Néanmoins, j'ai consacré le plus clair de mon temps à Port-Vila (Figure 4).

J'ai choisi de travailler dans la capitale du Vanuatu pour plusieurs raisons : d'abord, peu de travaux anthropologiques ont été menés en milieu urbain, en particulier en Océanie, alors que la ville constitue un objet d'étude légitime ancien pour les sociologues (Wittersheim et Dussy, 2013 : 13, 33). Sur les conseils de mes directeurs de master, Marc Tabani et Laurent Dousset, je me suis donc installée en 2009 à Port-Vila, dans le quartier de Seaside, pour mener pendant quatre mois des recherches sur les usages et les représentations de l'argent en milieu urbain (Servy, 2010), ainsi que pour préparer mon terrain de doctorat sur la prévention des IST à Port-Vila. Le jour même de mon emménagement, à l'occasion des fêtes de célébration de l'indépendance qui se déroulaient au pied de chez moi, j'ai rencontré trois femmes se présentant comme sœurs et résidant à quelques dizaines de mètres de là, dans la communauté de Seaside Tongoa. Ayant sympathisé avec elles, l'une des sœurs me conduisit le lendemain dans les ruelles de leur communauté qui comptait environ un millier d'habitants, originaires pour beaucoup de l'île de Tongoa. En 2011 et 2012, j'ai de nouveau effectué deux séjours de recherches dans la capitale, l'un de huit mois et l'autre de six mois, partageant mon temps entre Seaside Tongoa et les différents sites de Port-Vila où les organismes de la santé

sexuelle et reproductive opéraient. Le fait que la plupart des organismes de prévention des IST du Vanuatu aient établi leur siège dans la capitale et que la majorité des actions de sensibilisation soient menées à Port-Vila – ou bien dans la seconde ville de l'archipel, Luganville – constitue la deuxième raison pour laquelle j'ai choisi de conduire mes recherches de doctorat dans ce centre urbain. D'autres considérations, plus annexes, comme le fait qu'Irène Malachi réside à Port-Vila ou que l'accès à certaines îles, telle Tongoa, soit difficile, voire impossible, pendant la saison des pluies (piste d'aviation en herbe, accostage dangereux) ont également contribué à ce que je concentre mes recherches dans la capitale.

Les données présentées dans cette thèse sont issues de l'analyse d'une multiplicité de sources d'information. Au cours de mes dix-huit mois de terrain, j'ai en effet conduit des entretiens informels ou semi-directifs (essentiellement en langue bislama) avec des personnes de sexe, d'âge et de statut variés, orientés sur leurs pratiques et leurs représentations de la santé et de la sexualité[17]. Mes interlocuteurs habitaient principalement la communauté de Seaside Tongoa, mais les acteurs en santé sexuelle et reproductive interrogés – personnels des établissements de santé, des ONG, du gouvernement, des organisations confessionnelles, etc. – étaient originaires d'autres îles de l'archipel et résidaient dans d'autres lieux de la capitale, voire du Vanuatu. J'ai aussi analysé la plupart des actions de prévention des IST mises en place par ces acteurs (supports, interventions, services de santé), ainsi que des documents (rapports, présentation des politiques, des directives et des plans d'action) que ces derniers ont développés ou utilisés. J'ai recueilli des matériaux ethnographiques sur la vie quotidienne, les cérémonies et les pratiques de soin au sein de la communauté de Seaside Tongoa, et j'ai observé des activités menées par les organismes de prévention des IST (ateliers, formations, réunions, séances de consultation) dans divers sites de la capitale et de l'archipel. J'ai aussi mis en place plusieurs petits concours de dessins avec des élèves de la *Seaside Community School*, dont l'un sur le thème des maladies et des symptômes présents dans leur communauté (voir chapitre 7, pages 289-293).

En 2012 et 2013, j'ai par ailleurs travaillé comme consultante indépendante pour les Nations unies, ce qui m'a conduit à mener des « entretiens de groupe focalisés » (*focus group*) et à organiser des ateliers de travail avec les acteurs de la santé sexuelle et reproductive du Vanuatu et avec des « jeunes », des « femmes travailleuses du sexe » et des « hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes » de trois pays insulaires océaniens (le Vanuatu,

[17] J'ai d'ailleurs choisi de spécifier ces informations en note de bas de page et d'écrire cette thèse au passé afin de souligner la temporalité de mes recherches : la communauté de Seaside Tongoa n'est pas une entité figée ni la prévention des IST à Port-Vila un système non évolutif.

les îles Salomon et les îles Kiribati). La première mission consistait à élaborer un « Cadre d'Accélération de l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) 5 b », afin d'améliorer la santé reproductive au Vanuatu. La seconde était de fournir une analyse stratégique visant à améliorer la distribution des préservatifs et à faire en sorte que leur utilisation augmente au Vanuatu, aux îles Salomon et aux îles Kiribati (UNDP et Servy, 2013 ; UNFPA et Servy, 2014). Dans le but de suivre le cheminement de catégories, de normes et de conceptions véhiculées par les organismes de prévention des IST, mon travail de terrain a ainsi été « multisitué » et m'a amené à « renégocier [mes] identités de site en site » (Marcus, 2010 [1995]).

Loin de considérer mes interlocuteurs du Vanuatu comme des sujets passifs face à ma présence, je pense qu'ils adaptèrent leurs actions et leurs discours en fonction de la perception qu'ils avaient de moi. Pendant mes premières années de recherches dans l'archipel, les personnels des organismes de prévention des IST de Port-Vila me considéraient avant tout comme une jeune « étudiante » (*studen* en bislama) qu'ils laissaient volontiers observer et participer à leurs activités – en partie, parce que je détenais un permis de recherches du centre culturel national (*Vanuatu Kaljoral Senta*) et une lettre du ministère de la Santé. En 2012 et 2013, mes missions de consultante pour les Nations unies (d'une durée de trois et quatre mois) me fournirent cependant une nouvelle casquette qui me permit de compléter les informations déjà collectées sur le système de prévention des IST du Vanuatu et d'interagir plus longuement avec les responsables des organismes agissant dans le secteur de la santé sexuelle et reproductive dans le pays et dans la région. Ayant commencé mes recherches à Port-Vila à l'âge de 21 ans, mes interlocuteurs de Seaside Tongoa – en particulier ceux de ma famille d'accueil – avaient, eux, une attitude protectionniste envers moi, surtout dans les premiers temps : ils me demandaient sans cesse où je me rendais, avec qui, pour quelles raisons, tout en critiquant les personnes extérieures à la communauté que je pouvais rencontrer. Au fil des années, les membres de ma famille d'accueil diminuèrent leur contrôle sur mes déplacements et mes rencontres, mais ma nationalité française, ma couleur de peau et mes origines paternelles antillaises[18] continuaient d'engendrer chez mes interlocuteurs des discours et des attitudes particuliers. Ainsi, si j'avais été une volontaire *Peace Corps* de type « caucasienne », les propos anglophobes auraient peut-être été remplacés par une critique de la colonisation française, et les Antilles n'auraient pas servi de point de comparaison pour évoquer la musique, la colonisation, le chômage, la drogue ou le fort taux de natalité.

[18] Étant d'origine martiniquaise et guadeloupéenne par mon père, cette communauté patrilinéaire me considérait comme une Antillaise.

Figure 4. Carte de Port-Vila et des villages périurbains, 2009 (Source : département des Terres, Vanuatu)

L'anthropologue ou le sociologue a, comme tout autre personne, intériorisé les codes, les normes et les valeurs de sa propre société. Il ne peut totalement se défaire de ses préjugés, même si sa formation vise aussi à opérer cette prise de distance nécessaire. Si l'objectivité n'est qu'une illusion, elle doit cependant demeurer un objectif. Le relativisme culturel et moral, et la suspension du jugement de valeur qu'il implique, est selon moi nécessaire à la conduite de recherches anthropologiques. Si j'ai travaillé à deux reprises comme consultante pour les Nations unies, je ne me considère pas comme une militante engagée pour le port du préservatif ou l'utilisation de méthodes contraceptives modernes. Garder l'esprit ouvert et ne pas opérer de jugement sont des attitudes essentielles pour tenter de comprendre et d'apprécier les diverses logiques des pratiques sociales et culturelles – d'autant plus lorsque l'on s'intéresse à des sujets comme la sexualité, l'enfantement, la maladie ou le viol (voir Benveniste et Selim, 2014 : 21 ; Bourgois et Schonberg, 2009 : 7). Pour autant, il ne s'agit pas ici d'accepter la misère ou la souffrance ou de justifier la violence à l'encontre des femmes par des différences culturelles et morales (Bourgois, 2010 : 125). Je conçois que les actions de certains habitants du Vanuatu, tels les viols collectifs, ne se rencontrent pas nécessairement dans l'ensemble du pays. En effet, l'archipel du Vanuatu, la ville de Port-Vila et même la communauté de Seaside Tongoa ne constituent pas des entités homogènes. Les cultures de cette Nation, comme celles des autres pays du monde, ont toujours été hybrides, poreuses et ouvertes aux changements (Merry, 2006 a : 8-9, Abélès, 2012 [2008]).

Un jeu de chapitres et d'échelles

Cette thèse est composée de dix chapitres analysant chacun à sa manière des jeux d'échelles plus ou moins complexes. Partant du constat que la prévalence du VIH était relativement faible – seuls neuf cas avaient été rapportés entre 2002 et 2012 au Vanuatu –, et qu'il existait des problèmes de santé dont le taux de mortalité était plus élevé que celui induit par les IST, je me suis demandée lors de mes recherches pourquoi le système de prévention de ces affections était plutôt bien élaboré – et ceci d'autant plus en milieu urbain. Dans le premier chapitre, je montre que ce décalage ne peut être compris qu'en s'intéressant aux interactions que le Vanuatu entretenait avec d'autres pays et agences du monde et de la région. En effet, si le Vanuatu constitue une république indépendante depuis 1980, l'archipel demeurait en 2011-2012 dépendant de l'expertise et de financements extérieurs. En outre, le gouvernement avait signé des accords internationaux qui le conduisaient à mettre en place des actions de prévention des IST, et du VIH en particulier.

Dans le deuxième chapitre, je présente les nombreuses actions de prévention des IST développées au Vanuatu par le gouvernement ou ses partenaires (services de santé, interventions, supports de communication). Actions qui, malgré la volonté nationale de diminuer les disparités spatiales concernant l'accès à la santé, étaient principalement conduites en 2011-2012 dans les villes de Port-Vila et de Luganville. Pourtant, aucune preuve épidémiologique ne permettait d'affirmer que les habitants des zones urbaines souffraient plus fréquemment d'IST que ceux des milieux ruraux. J'explique ce déséquilibre entre les villes et les zones reculées de l'archipel en matière d'accès aux actions de prévention par différents facteurs, tels que l'éloignement géographique, les ruptures de stock de contraceptifs, la pénurie du personnel de santé, les difficultés de transport, la réticence des enseignants à parler de sexualité, le taux de scolarisation, l'étendue de la transmission TV, les taux d'équipement en postes de radio, en téléphones mobiles ou en lecteurs de DVD, etc. Mais l'association faite dans certains discours savants et populaires, entre le désordre, l'insécurité, la mixité communautaire et la contraction des IST joue également un rôle dans ce déséquilibre.

Dans le troisième chapitre, je présente la communauté urbaine de Seaside Tongoa qui est apparue sous la colonisation franco-britannique en corrélation avec la politique migratoire et le développement économique de l'archipel. J'établis qu'elle répond à des règles d'organisation, alors que les discours de personnes qui n'en font pas partie l'associent au désordre et à l'insécurité. Je remets ainsi en cause ou relativise des idées reçues concernant l'occupation des terrains, les conditions de vie, l'insécurité ou le travail. Je présente deux des institutions qui organisent cette communauté : les associations principalement chrétiennes et le système de chefferies adapté au contexte urbain. On verra que les habitants de Seaside Tongoa valorisent le partage (*sea* en bislama), l'humilité (*no mekem flas*), les rapports hiérarchiques et de respect (*respek*), en fonction des contextes et des relations existants et qu'ils sont attachés au maintien et à la création de liens avec différents lieux (*ples*) tels l'île de Tongoa, les villages d'Itakoma et de Matangi ou le quartier de Seaside. Dans le même chapitre, je poursuis la réflexion sur ce qui constitue l'urbain au Vanuatu, en montrant tout d'abord que les insulaires – engagés autrefois dans une migration dite circulaire – sont dorénavant massivement enracinés à Port-Vila et qu'ils se sont appropriés cette ville, originellement créée par et pour les Blancs, en s'organisant et en établissant des communautés. La présence d'inégalités entre les expatriés et les Mélanésiens vivant au Vanuatu, ainsi qu'au sein de la population mélanésienne citadine et l'existence d'un « fort continuum rural-urbain » sont des phénomènes patents (voir aussi Wittersheim et Dussy, 2013 : 35).

En analysant plus spécifiquement les rituels de mariage et les funérailles orchestrés à Seaside Tongoa, je montre dans le quatrième chapitre que ces cérémonies coutumières – fréquemment critiquées par les organisations de défense des droits de l'homme (*human rights*) en raison de l'utilisation d'argent – étaient considérées comme essentielles à la vie de la communauté car elles créent et entretiennent des liens sociaux entre les zones urbaines et rurales de l'archipel, ainsi qu'au sein de chacun de ces espaces. Les échanges orchestrés pendant les rituels contribuent en effet au développement des personnes et au maillage des relations sociales à l'échelle de la communauté de Seaside Tongoa, de la capitale et de l'archipel. Le chapitre 4 commence de ce fait à aborder des points développés ensuite, telles les divergences pouvant exister entre les représentations des ni-Vanuatu menant des actions de prévention autour des questions de santé sexuelle et reproductive et celles de la plupart des habitants de Seaside Tongoa ou d'autres communautés de la capitale.

Dans le cinquième chapitre, je me penche sur les représentations de la construction de la personne et j'étudie les divergences et les concordances de ces représentations avec les informations délivrées par les organismes de la santé sexuelle et reproductive de Port-Vila. Dans cette communauté, la personne est engendrée par la rencontre *in utero* de substances maternelles et paternelles, par l'intervention divine, par la consommation de nourriture locale et la pratique de rituels. À Seaside Tongoa, les représentations de la construction des personnes sont influencées par une diversité de sources, dont les établissements de santé, les campagnes de prévention, l'école, les savoirs ancestraux, la religion chrétienne et les nouvelles technologies de l'information et de la communication. Mais l'on verra que les idées des intermédiaires ne sont pas forcément très éloignées de celles des personnes auprès desquelles ils interviennent. Les impératifs sociaux de reproduction sont par exemple mis en avant par les infirmières comme par les habitants de Seaside Tongoa. Néanmoins, il est important de signaler que l'utilisation ou non d'un préservatif ou d'un contraceptif était également présentée dans la communauté comme un choix résultant de stratégies individuelles ou de couple.

Le sixième chapitre permet d'établir que les supports de la prévention des IST utilisés en 2011-2012 à Port-Vila – y compris dans la communauté de Seaside Tongoa – se focalisaient essentiellement sur les comportements individuels et les effets sur le corps et qu'ils présentaient la personne comme un individu responsable et rationnel. Les actions de prévention sont fondées sur une stratégie prônée au niveau international et qualifiée de Communication axée sur les Changements de Comportements (CCC). Cela étant dit, les intermédiaires intervenant à Port-Vila – qui étaient dans leur très grande majorité originaires

de l'archipel – ne reprenaient pas toujours complètement à leur compte les discours présentés dans ces supports de communication. Les « pairs éducateurs » (*peer educators*) faisaient par exemple usage de la première personne du pluriel plutôt que de la deuxième personne du singulier. Et ils tendaient à mettre l'accent non seulement sur les conséquences pour le corps de la contraction du VIH, mais aussi sur la mort sociale que subissaient les personnes vivant avec le virus.

Le septième chapitre part d'un malentendu survenu lors d'un atelier de prévention organisé à Seaside Tongoa, autour de la catégorie biomédicale d'IST. Il avance que les organismes de la santé sexuelle et reproductive de Port-Vila utilisaient la notion désignant l'ensemble nosologique internationalement plébiscité d'IST et associaient la transmission de ces infections à des comportements individuels inadaptés. Si ces conceptions étaient parfois reprises par mes interlocuteurs de Seaside Tongoa, des visions plus relationnelles de la contraction des maux associés aux pratiques sexuelles – résultant selon les discours locaux d'actes de sorcellerie, de punitions divines ou de rencontres avec des démons – étaient également présentes dans la communauté. Leurs représentations de la morbidité – comme celles entourant la fabrication des personnes – étaient ainsi influencées par diverses sources.

Le huitième chapitre expose les itinéraires thérapeutiques souvent longs et complexes suivis par les membres de Seaside Tongoa confrontés aux maladies et aux symptômes *(sik)* dont ceux localement conçus comme liés à la sexualité. Mes interlocuteurs utilisaient, simultanément ou successivement, des systèmes de soins variés qui les conduisaient dans différents lieux (*ples*) de la communauté, de la ville, voire de l'archipel. Tout en montrant que les spécialistes de la biomédecine, de la divination (*munua*), de la prière (*faith healers*) ou de la médecine locale (*kleva*) tentent de soigner les maux en agissant soit sur les corps et les comportements individuels, soit sur les relations entretenues par les malades ou leurs proches, je souligne la perméabilité de ces catégories. Chacun de ces guérisseurs intervenait par exemple à l'hôpital central de Port-Vila et croyait en la suprématie du Dieu chrétien.

Dans le neuvième chapitre, j'étudie trois catégories occidentalo-centrées utilisées à travers le monde afin de permettre de mener des enquêtes comparatives, de constituer des réseaux internationaux de militants, de faciliter la collaboration transnationale et l'obtention de financements étrangers. Les « jeunes », les « travailleuses du sexe » et les « hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes » sont ainsi présentés comme des catégories à risque pour contracter le VIH et d'autres IST, sans que de réelles preuves épidémiologiques ou comportementales soient apportées ou que les appellations et les significations locales soient considérées. J'avance que les définitions de ces groupes à risque prônées par les

Nations unies sont fondées sur des comportements sexuels ou des caractéristiques individuelles, alors que les habitants de Port-Vila préfèrent, eux, employer des termes faisant référence à des identités sociales. Et lorsque les intermédiaires agissant au Vanuatu faisaient usage des appellations plébiscitées par les Nations unies, ils en modifiaient souvent le sens pour qu'il coïncide au mieux avec celui des termes locaux.

Le dixième et dernier chapitre est consacré à la prévention des violences à l'encontre des femmes qui constituait également un sujet d'intérêt pour les organismes de sensibilisation présents à Port-Vila. Je montre que ces organismes faisaient face à des résistances de la part de la population pour plusieurs raisons : ils avaient recours à une définition élargie du viol qui incluait des situations où la victime était localement considérée comme responsable de son agression ; ils prônaient le recours à un système judiciaire étatique qui s'intéresse principalement à la victime en tant qu'agent individuel atteint dans son intimité plutôt qu'aux relations entre les familles et à l'idéologie qui sous-tend la pratique de la compensation matrimoniale (transfert des capacités reproductives de la femme au groupe du mari) ; enfin, ils revendiquaient une conception égalitaire et universelle du droit au lieu d'une vision hiérarchique n'impliquant pas pour tous les mêmes devoirs ni les mêmes privilèges. J'établis en outre que le milieu urbain était souvent injustement associé à la prépondérance des violences à l'encontre des femmes au Vanuatu et que les intermédiaires agissant à Port-Vila ne véhiculaient pas nécessairement les mêmes messages et concepts que ceux plébiscités aux niveaux national et international.

Ainsi, mon travail révèle que les organismes de la santé sexuelle et reproductive de Port-Vila – guidés par des forces globales (financements, experts, accords transnationaux) – tentent de véhiculer des normes, des catégories et des concepts prônés internationalement, de diffuser de nouvelles hiérarchies de valeurs, de prôner une conception de la personne comme un être responsable, autonome, rationnel et non comme une entité intrinsèquement sociale. En outre, ils contribuent fréquemment à conforter les discours locaux associant la vie en ville et les IST. Néanmoins, ma thèse avance que les protagonistes locaux des actions de sensibilisation autour de la santé sexuelle et reproductive à Port-Vila effectuent un travail de traduction – ou, si l'on peut dire, de vernacularisation – de ces notions. Et elle montre que les habitants de la capitale, tels ceux de Seaside Tongoa, sont soumis à une multiplicité de sources de savoirs qui influencent de différentes façons leurs manières d'agir et de penser.

Chapitre I. Un système de prévention des IST mondialisé

Introduction

Dans l'introduction générale, j'ai indiqué que la prévalence des personnes vivant avec le VIH au Vanuatu était relativement faible. Ainsi entre 2002 et 2012, date de mon dernier terrain de recherche au Vanuatu, ce pays mélanésien d'environ 247 000 habitants n'a répertorié que neuf cas d'infection par le VIH[1]. Et seules sept de ces personnes étaient toujours en vie en 2012, alors que l'archipel voisin de la Papouasie-Nouvelle-Guinée comptait 25 000 personnes vivant avec le VIH cette même année – soit un taux d'infection chez les 15-49 ans de 0,5 % (UNAIDS, 2013 : A6).

Malgré la rareté de ce virus au Vanuatu, un système de prévention relativement bien développé a été mis en place pour prévenir l'apparition d'une épidémie de VIH et tenter de diminuer la prévalence des autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Dans le cadre d'une analyse stratégique visant à améliorer la distribution et l'usage des préservatifs masculins et féminins au Vanuatu, aux îles Salomon et aux îles Kiribati – trois pays du Pacifique considérés comme « les moins développés » par les Nations unies[2] –, j'ai en effet eu l'occasion de constater que les îles Salomon et les îles Kiribati comptaient en 2013 un nombre inférieur d'acteurs et d'actions en santé sexuelle et reproductive à ceux présents au Vanuatu, alors que ces deux archipels répertoriaient respectivement 55 et 21 cas cumulés de VIH pour 550 000[3] et 101 000[4] habitants (UNFPA et Servy, 2014 ; Kiribati MoH et Medical Services, 2013 : 6 ; Solomon Islands National Aids Council et MoH, 2013 : 12).

J'ai également déjà indiqué que les IST – qui, en l'absence de soins, peuvent conduire à une infertilité, un cancer gynécologique ou une grossesse extra-utérine et facilitent la transmission du VIH en diminuant les défenses immunitaires et en formant des lésions génitales – sont très répandues au Vanuatu. D'après les enquêtes *Second Generation Surveillance* menées en 2008 auprès des femmes enceintes de six pays du Pacifique, le taux de prévalence de l'infection à Chlamydiae était ainsi de 25 % au Vanuatu – contre 11 % aux

[1] https://data.un.org/CountryProfile.aspx?crName=Vanuatu, consulté le 29 avril 2015 à 12 h 11.
[2] http://www.unicef.org/pacificislands/Multi-country_prog_new.pdf, consulté le 9 juin 2015 à 19 h 15.
[3] https://data.un.org/CountryProfile.aspx?crName=SOLOMON%20ISLANDS, consulté le 10 juin 2015 à 9 h 06.
[4] https://data.un.org/CountryProfile.aspx?crName=Kiribati, consulté le 10 juin 2015 à 9 h 04.

îles Kiribati et 11 % aux îles Salomon (SPC et Vanuatu MoH, 2008 : 33 ; SPC et Kiribati MoH, 2008 : 22-23 ; SPC et Solomon Islands MoH, 2008 : 22). Lors de mes recherches dans l'archipel, la population du Vanuatu faisait aussi face à d'autres problèmes de santé (voir chapitre 7, page 289) qui ne bénéficiaient pas nécessairement de systèmes de prévention aussi élaborés.

Figure 5. Une séance de sensibilisation sur le VIH menée à Seaside Tongoa, Port-Vila, 2011

À l'occasion d'une séance de sensibilisation menée à Seaside Tongoa par l'organisation non gouvernementale *Wan Smolbag* afin d'inciter les habitants de cette communauté de la capitale à participer à la Journée mondiale de lutte contre le sida 2011 (Figure 5), un professeur d'école primaire me confia :

> « On n'arrête pas de nous parler du sida. Mais on peut vivre 10 ou 20 ans avec le sida alors qu'on ne nous parle jamais des maladies non transmissibles (*noncommunicable diseases*). On ne nous fait jamais de prévention sur l'hypertension, le diabète, le cancer, alors que ces maladies peuvent nous tuer très rapidement si l'on ne fait rien, si l'on ne change pas notre alimentation[5] ».

En effet, si *Wan Smolbag* a produit des supports d'information sur des thématiques diversifiées, incluant la nutrition, la majorité des activités de prévention menées à Port-Vila en 2011-2012 portaient sur la santé sexuelle et reproductive (voir chapitre 2). Les maladies non transmissibles représentaient pourtant, en 2012, l'une des principales causes de mortalité de la population (MoH Planning Unit, 2012 : 20-21).

[5] Entretien du 29 novembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.

Le décalage entre la faible prévalence du VIH et l'attention portée à ce virus par les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux présents dans l'archipel suscita chez moi une grande curiosité et un vif intérêt qui me conduisirent à analyser la manière dont le système de prévention du VIH et des autres IST a été mis en place et fonctionnait au moment de mes recherches dans le pays. Il me semble en effet important de se demander pourquoi les organismes de la santé sexuelle et reproductive présents au Vanuatu menaient de nombreuses actions de prévention alors que seuls neuf cas de VIH avaient été recensés depuis 2002 et que la population faisait face à d'autres problèmes de santé affectant sa mortalité de manière plus prononcée que les IST.

Il est vrai que la présence du VIH dans la population était très certainement sous-estimée, notamment parce que les dépistages étaient encore peu fréquents. Ainsi, même les patients atteints de la tuberculose n'étaient pas systématiquement testés lors de leur admission à l'hôpital central de Port-Vila – du fait d'un manque de personnel, mais aussi du sentiment partagé par certains docteurs et infirmiers que le VIH ne constituait pas un réel danger pour les habitants[6]. Les flux de touristes étrangers visitant l'archipel et les travailleurs saisonniers revenant chaque année de pays comptant un grand nombre de cas de VIH – tels que la Nouvelle-Zélande et l'Australie – pouvaient pourtant laisser imaginer que le Vanuatu n'était pas à l'abri de l'arrivée d'une épidémie massive.

Cependant, les raisons du décalage entre la faible prévalence du VIH et l'étendue des actions de prévention ne peuvent, selon moi, être comprises que si l'on se penche sur les relations que le Vanuatu entretenait alors – au moment de mes recherches en l'occurrence – avec d'autres pays et agences du monde et de la région. En effet, le Vanuatu ne constitue pas un archipel totalement isolé ni clos sur lui-même – contrairement à ce que certains reportages à sensations tournés dans le pays, tels que *Meet The Natives*[7], pourraient nous laisser penser. Le Vanuatu fait partie d'un monde globalisé : les services de santé et de prévention dont bénéficie la population ne sont pas indépendants des tendances ni des innovations pensées à l'étranger.

Il faut donc se demander dans quelle mesure les interactions transnationales ont influencé le développement du système de prévention des IST au Vanuatu. Pour cela, je vais d'abord présenter le système de santé biomédical mis en place dans l'archipel, sous l'impulsion et avec l'aide de financements extérieurs avant d'évoquer le développement d'une politique de

[6] Entretiens du 13 juillet 2011 avec une infirmière, du 11 juillet 2011 avec un docteur, du 30 mai 2011 avec une sage-femme et du 25 août 2012 avec une sage-femme.

[7] CHANEL 4, 2007 et 2009. *Meet The Natives*, Émission de télévision, Londres, Royaume-Uni, *in* http://www.channel4.com/programmes/meet-the-natives, consulté le 13 octobre 2016 à 16 h 18.

prévention à l'échelle régionale par des organismes transnationaux. Enfin, je présenterai l'organisation du système de prévention des IST qui était en vigueur en 2011-2012 au Vanuatu.

1.1 La mise en place d'un système de santé biomédical au Vanuatu

1.1.1 Un système initié sous impulsion occidentale

La mise en place d'un système de santé biomédical s'est faite de manière progressive au Vanuatu. Les prémices du système actuel ne datent pas de la découverte européenne de ces îles, mais elles remontent néanmoins à l'installation des premiers missionnaires occidentaux dans l'archipel, au XIX^{e} siècle. Les 83 îles et îlots mélanésiens – connus désormais sous le nom de Vanuatu – furent découverts par des explorateurs européens 2 800 ans après l'arrivée des premiers peuples austronésiens. En 1606, le navigateur portugais Pedro Fernandez de Quiros fut le premier Occidental à traverser l'archipel. Il fut suivi, un siècle et demi plus tard, par Louis Antoine de Bougainville, explorateur français qui sillonna essentiellement les îles du nord du Vanuatu en 1768. En 1774, le navigateur anglais James Cook s'arrêta sur les îles de Mallicolo et de Tanna et baptisa l'archipel du nom de « Nouvelles-Hébrides » – nom que les îles conservèrent jusqu'à l'obtention de leur indépendance en 1980 (Lightner et *al.*, 2010 [2005] a : 7).

Si les premiers contacts avec des Européens datent du XVII^{e} siècle, ce n'est qu'au milieu du XIX^{e} que des Occidentaux – principalement des missionnaires catholiques ou protestants presbytériens et des négociants de bois de santal – commencèrent à développer des relations avec les insulaires sur de plus longues périodes (Lightner et *al.*, 2010 [2005] a : 33). Bien que la raison principale de l'arrivée de ces missionnaires dans l'archipel fût de transmettre le message du gospel, ils apportèrent également avec eux des connaissances en médecine « occidentale ». La plupart des missionnaires et de leurs épouses disposaient en effet d'une formation médicale de base leur permettant de prodiguer les premiers soins. Ils furent rejoints plus tard par des spécialistes de la biomédecine (médecins ou infirmiers) : le premier missionnaire médical presbytérien fut ainsi envoyé au Vanuatu, sur l'île de Futuna, en 1883 et le premier hôpital fut construit par la mission presbytérienne, en 1893, sur l'île d'Ambrym. L'augmentation des conflits entre Européens et insulaires, à la fin du XIX^{e} siècle, conduisit l'armée française à s'implanter, ce qui engendra également l'établissement d'une présence médicale militaire permanente sur l'île de Mallicolo, dans le village de Port-Sandwich (Laing, 1989 : 129-149).

À partir de la signature de l'accord du 20 octobre 1906 plaçant le Vanuatu sous l'administration conjointe de la France et de la Grande-Bretagne, le gouvernement du condominium s'engagea à son tour progressivement dans la mise en place d'un système de santé biomédical dans le pays. Le gouvernement franco-britannique commença à réguler l'importation d'opium, la consommation d'alcool, la mise en quarantaine des animaux ainsi que l'approvisionnement en produits curatifs et préventifs pour les populations locales. Dans la première moitié du XX^{e} siècle, le rôle des missions religieuses demeurait néanmoins toujours prépondérant dans la gestion des rares dispensaires et hôpitaux qui fonctionnaient alors dans l'archipel (Figure 6 ; Laing, 1989 : 129-149).

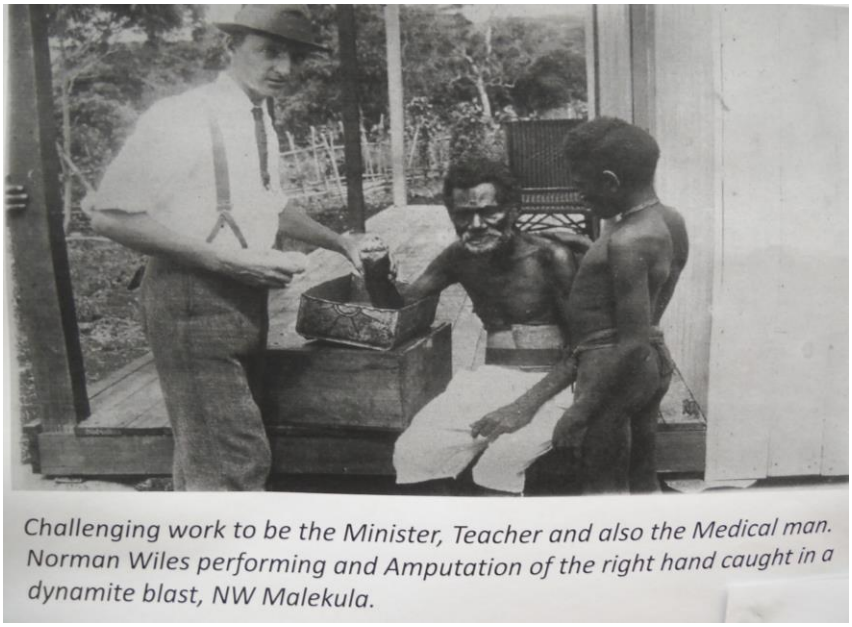


Figure 6. Un pionnier adventiste réalisant l'amputation d'une main sur l'île de Mallicolo au début du XX^{e} siècle, affiche pour l'exposition des 100 ans de l'installation de l'église adventiste au Vanuatu, Port-Vila, 2012

Dès la fin des années 1950, le condominium et les puissances coloniales françaises et britanniques encouragèrent les projets de développement économique, scolaire et sanitaire. Les deux administrations subventionnèrent la construction et la restauration de centres de soins, augmentèrent le nombre de personnels médicaux et formèrent des infirmiers mélanésiens (MacClancy, 2002 : 137). Mais à la veille de l'indépendance, la fragmentation et le manque de coordination au sein du système de santé biomédical étaient frappants. Chacun des services nationaux français et britanniques faisait fonctionner des hôpitaux référents (avec deux hôpitaux centraux à Port-Vila), des hôpitaux communautaires, des centres médicaux, des dispensaires et des postes de secours. En outre, la mission de l'Église du Christ, le diocèse anglican des Nouvelles-Hébrides, l'Église adventiste du Septième jour et l'Église

presbytérienne s'occupaient de dispensaires et d'hôpitaux communautaires (De Soldenhoff, 1979 : 424).

Le développement d'un système de santé biomédical à destination de la population a donc été initié dans l'archipel par les missions et les Églises occidentales ainsi que par l'administration du condominium franco-britannique. Le Vanuatu devint indépendant en 1980, mais des nations étrangères continuèrent à jouer un rôle prépondérant dans l'amélioration du système de santé biomédical de la nouvelle république parlementaire, essentiellement du fait de l'aide financière qu'elles apportaient.

1.1.2 Un système principalement financé par l'aide extérieure

Après avoir obtenu son indépendance, le Vanuatu se construisit autour d'un projet de développement social et économique : le « socialisme mélanésien »[8]. Cette doctrine élaborée par Walter Lini et son parti politique, le *Vanuaaku Pati*, mettait l'accent sur le développement de l'exploitation des ressources naturelles – produits de la forêt et de la pêche –, afin de conduire le pays à l'indépendance économique (David, 1997 : 122-123). Mais le gouvernement de la nouvelle République était également déterminé à améliorer la santé de la population et bénéficiait, pour cela, d'une aide extérieure aux sources diversifiées.

En 1986, le financement du système de santé du Vanuatu était en grande partie assuré par les contributions de l'Australie, du Royaume-Uni, de la Nouvelle-Zélande, de la France et de la Chine ainsi que par celles des agences internationales comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer (ORSTOM) – appelée désormais Institut de Recherche pour le Développement (IRD) – ou le *Leprosy Trust Board* (Laing, 1989 : 164-165). Dans les années 1990, l'aide extérieure par habitant reçue par le Vanuatu était, après celle de l'État polynésien des Tuvalu, la plus élevée au monde (David, 1997 : 136).

Au moment de mes recherches, la vision nationale du Vanuatu était celle d'un pays « instruit, sain et prospère » (Government of Vanuatu, 2006). L'État avait pour politique nationale d'améliorer le bien-être de ses habitants et travaillait depuis 1997, date à laquelle le Programme de Réforme global fut lancé, à planifier de façon formelle le développement de l'archipel. En 2012, le gouvernement du Vanuatu gérait 6 hôpitaux référents (un par

[8] Voir Marc Tabani (2002) et Éric Wittersheim (2006) pour une analyse détaillée du mouvement indépendantiste au Vanuatu.

province ; Figure 7)[9], 30 centres médicaux provinciaux tenus par un infirmier/manager, une sage-femme, un infirmier clinicien et parfois un aide-soignant, 103 dispensaires où officiaient un infirmier et un aide-soignant, ainsi que 282 postes de secours fonctionnant grâce à des « agents de santé communautaire » (*village health workers*)[10]. Les services offerts par ces établissements étaient néanmoins souvent très limités, en particulier en milieu rural. Les retards de livraison, les ruptures de stock, la pénurie de personnel de santé qualifié, les difficultés de coordination, la distance séparant le domicile de l'établissement et le manque de financement pour mener à bien les programmes de « clinique mobile » (*mobile clinic*) dans les zones reculées constituaient les principaux obstacles rencontrés par le gouvernement pour assurer l'accès à des services de santé de qualité (UNDP et Servy, 2013 : 41-43, voir chapitre 2, pages 57-64).

Figure 7. Le service de médecine de l'hôpital central de Port-Vila, 2011

Les établissements à but lucratif installés essentiellement en zone urbaine, tels que le *Port-Vila Medical Centre*, le *Vila Bay Health Center* ou les pharmacies privées (Figure 8), ne faisaient pas face aux mêmes difficultés que ceux gérés par le gouvernement. Mais en 2011-2012, ces lieux étaient principalement fréquentés par les expatriés et les rares Mélanésiens disposant d'une assurance maladie, comme les employés de banque, par exemple.

La volonté du Vanuatu d'améliorer son système de santé biomédical transparaissait dans les politiques et les directives nationales alors en vigueur. L'Agenda d'Action

[9] Notons que la majorité du personnel soignant de l'hôpital central de Port-Vila était ni-Vanuatu, mais certains docteurs étaient de nationalité étrangère (australienne, cubaine, chinoise, fidjienne, par exemple).
[10] Les agents de santé communautaire sont des bénévoles ayant reçu une formation limitée leur permettant de fournir des services spécifiques en matière de santé (telle la distribution de préservatifs) dans leur localité.

Prioritaire 2006-2015, sa mise à jour 2013-2017 et la matrice *Planning Long and Acting Short* identifient ainsi sept priorités stratégiques nationales dont : « l'établissement de meilleurs services [de santé] de base, en particulier en milieu rural » (Government of Vanuatu, 2006).

Figure 8. Une pharmacie privée et le *Port-Vila Medical Centre* de la capitale, 2013

L'Agenda d'Action Prioritaire et la Stratégie Sectorielle de Santé 2010-2016 (Government of Vanuatu, 2006) établissent, quant à eux, quatre objectifs politiques visant à guider la prestation des services de santé au Vanuatu :

- 1. « améliorer l'état de santé de la population » ;
- 2. « améliorer l'accès aux services » ;
- 3. « améliorer la qualité des services fournis » ;
- 4. « s'assurer d'une utilisation plus efficace des ressources ».

La répartition des dépenses gouvernementales à l'époque de mes terrains au Vanuatu témoignait, elle aussi, d'une volonté de développer le système de santé biomédical dans l'archipel. De 1995 à 2010, le budget du ministère de la Santé (MoH) a ainsi augmenté de façon très importante – passant de 8 % des dépenses gouvernementales à 18,9 %[11]. Cette augmentation a essentiellement permis de financer les salaires, les indemnités et le coût des investissements en capital et de développement, mais dans le même temps, les dépenses d'entretien des services de soins de santé primaires ont diminué. En 2013, afin de pallier cette baisse, le ministère de la Santé du Vanuatu a par exemple été approvisionné en contraceptifs

[11]http://www.indexmundi.com/facts/vanuatu/health-expenditure, consulté le 12 décembre 2012 à 13 h 43.

et autres produits de santé reproductive pour la treizième année consécutive, par l'agence internationale UNFPA (UNDP et Servy, 2013 : 26).

En outre, trente ans après l'accession à l'indépendance, le budget de l'État du Vanuatu demeurait fortement dépendant de l'aide publique au développement. Jusqu'en décembre 2013, la République était classée comme l'un des pays les moins avancés[12]. L'Australie, par exemple, principale contributrice de l'aide bilatérale, versa 5 872 millions de vatus, soit 45 millions d'euros, au pays en 2010 (PMO, 2010 : 80-81). Plus de la moitié des programmes de santé du ministère étaient financés en 2012 par les bailleurs de fonds, en particulier les programmes nationaux de santé publique. Cela étant dit, la majorité des allocations étaient utilisées pour mettre en œuvre les programmes des agents de santé communautaire et d'éradication du paludisme, laissant les autres programmes de santé publique du ministère faire face à des difficultés de fonctionnement (UNICEF et MoH, 2012 : 13-14).

En 2011-2012, des organisations non gouvernementales, pour la plupart internationales, ou des organisations recevant des fonds étrangers participaient aux programmes du ministère de la Santé. L'organisme chrétien *World Vision Vanuatu* (WVV) avait par exemple développé un projet d'assainissement et de promotion de l'hygiène de l'eau (WASH) ainsi qu'un programme de santé maternelle et infantile et de nutrition (MCHN) dans quatre des six provinces de l'archipel[13].

Vanuatu Red Cross Society avait également mis en place plusieurs programmes de santé publique dans le pays, tels un projet WASH et d'autres visant à enseigner les premiers secours (*Basic* et *Comprehensive First aid trainings*) ou à apprendre à la population à purifier l'eau après une catastrophe (*No mad training*). Notons que cet organisme humanitaire auxiliaire de l'État ne possédait pas le statut d'organisation non gouvernementale, mais bénéficiait néanmoins des financements de diverses institutions étrangères, comme la *New Zealand Red Cross*[14].

Au Vanuatu, les « ministères de la Santé » de l'Église adventiste du Septième jour (*Adventist Health Ministries*) ont eux aussi mis en œuvre des programmes de santé publique – en plus de faire fonctionner six cliniques dans l'archipel. Ces programmes en partie financés par des bailleurs de fonds étrangers de nationalité principalement australienne sont fondés sur une approche visant un changement comportemental intitulée NEWSTART : *Nutrition,*

[12] http://www.un.org/News/fr-press/docs/2013/AG11462.doc.htm, consulté le 19 mars 2013 à 17 h 24.
[13] Entretien du 4 septembre 2012 avec une employée de *World Vision Vanuatu* âgée d'une cinquantaine d'années.
[14] Entretien du 4 septembre 2012 avec un employé de *Vanuatu Red Cross Society* âgé d'une vingtaine d'années.

Exercise, Water, Sunshine, Temperance, Fresh Air, Rest et *Trust in Divine Power* (voir chapitre 2, pages 77-78)[15].

Le système de santé biomédical, initié par les missions, les Églises et l'administration condominiale, a donc continué à fonctionner et à se développer après l'indépendance du Vanuatu avec le concours financier direct ou indirect de nations et de bailleurs étrangers, ainsi que d'organisations internationales. Nous allons maintenant nous intéresser plus particulièrement au système de prévention des IST mis en place dans la région mélanésienne et voir dans quelle mesure celui-ci a été développé sous l'impulsion d'institutions et d'acteurs étrangers.

1.2 Le développement d'une politique de prévention des IST en Mélanésie

1.2.1 Des maladies vénériennes sources de préoccupations occidentales

Les infections sexuellement transmissibles, autrefois nommées Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) ou maladies vénériennes – telles la syphilis ou la gonorrhée –, auraient été introduites en Mélanésie par « l'Homme blanc » (Durrad, 1922 : 4 ; Speiser, 1922 : 28 ; Hughes, 1997 : 235). Même si certains auteurs pensent que des personnes originaires d'autres régions du Pacifique et de l'Asie seraient responsables de cette introduction, il est néanmoins généralement admis que les IST – telles que définies par la biomédecine (voir chapitre 7) – ne constituaient pas un problème de santé majeur jusqu'à l'arrivée des Occidentaux en Mélanésie (Hughes, 1997 : 231-232).

La forte prévalence des IST dans cette région du monde fut soulignée dès la fin du XIX^{e} siècle. Dans un article publié en 1894 dans *The Journal of the Anthropological Institute of Great Britain and Ireland*, le chirurgien Daniel McNabb (1894 : 395) notait ainsi la présence assez fréquente de maladies vénériennes chez les habitants du Vanuatu. En 1906, Rayner Bellamy, le premier fonctionnaire du gouvernement australien en résidence aux îles Trobriand, estimait également que 10 % de la population de cet archipel de Papouasie-Nouvelle-Guinée souffrait d'IST : essentiellement de la syphilis et de la gonorrhée (Black, 1957 : 234).

Les préoccupations des Occidentaux concernant les conséquences sanitaires, démographiques, sociales ou économiques de la propagation des IST dans les îles du Pacifique apparurent dès le début du XX^{e} siècle. En 1911, le gouvernement colonial de la

[15] Entretien du 4 juillet 2012 avec un employé du département des ministères de la Santé adventistes du Vanuatu âgé d'une trentaine d'années.

Papouasie (correspondant à la partie sud de l'actuelle Papouasie-Nouvelle-Guinée) adopta une réglementation stipulant que tout indigène souffrant d'une maladie infectieuse devait être incarcéré dans un « hôpital » mis sous clé. Cette approche punitive « d'influence européenne » obligeait les personnes présentant des symptômes de la tuberculose, de la lèpre, mais aussi d'IST, à demeurer enfermées jusqu'à leur guérison ou jusqu'à leur mort. En 1912-1913, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, l'« hôpital » de l'île d'Eboma, située dans la baie de Milne, comptait par exemple 236 patients atteints d'IST (Newland, 1973 : 436-437). Bien que j'ai uniquement trouvé la trace de l'existence de léproseries au Vanuatu, la ségrégation des personnes souffrant de maladies vénériennes fut également envisagée par certains des Occidentaux présents dans l'archipel (Black, 1954 : 3 ; Laing, 1989 : 148). Dans l'ouvrage collectif intitulé *Essays on the depopulation of Melanesia*, Félix Speiser proposa ainsi d'enfermer les malades atteints d'IST afin de lutter contre la dépopulation du Vanuatu et de parer aux conséquences humaines et commerciales de ces infections (1922 : 25, 53). Cet ethnographe considérait en effet que la syphilis était en grande partie responsable de la disparition de la population de l'île d'Aneityum au Vanuatu, dont le nombre avait chuté de 95 % entre 1850 et 1905, passant de 3 500 à 435 habitants en seulement quinze ans (Speiser, 1922 : 28-29 ; MacClancy, 2002 : 92).

Les IST furent ainsi mises en lien avec la baisse de la population de la Mélanésie par plusieurs savants du début du XX^{e} siècle. En 1932, Hannibal Hamlin, un docteur américain ayant participé à une expédition de collecte d'oiseaux de mer pour l'*American Museum of Natural History*, classa les maladies pulmonaires, la dysenterie et les maladies vénériennes – tout particulièrement la gonorrhée – parmi les infections récemment introduites ayant le plus contribué à la dépopulation de la région mélanésienne (1932 : 315). Au début du XX^{e} siècle, Arthur Hopkins, un révérend anglais ayant séjourné quatorze années sur l'île de Malaita, cita lui aussi les maladies vénériennes comme l'une des principales causes de diminution de la population des îles Salomon (1922 : 63).

Les infections sexuellement transmissibles furent donc considérées comme un sujet de préoccupations par un certain nombre d'ethnographes, de missionnaires et de colons présents au début du XX^{e} siècle dans les îles mélanésiennes. Margaret Jolly note que les préoccupations coloniales face à la dépopulation du Pacifique n'étaient pas uniquement liées au déclin de la force de travail, mais aussi à la volonté de promouvoir un nouveau concept de « population » qui connecterait l'État et les corps des personnes (2001 b : 277 ; voir Foucault, 1976). Dans de rares pays, le gouvernement colonial mena des actions spécifiques pour tenter de contrôler les épidémies, comme en Papouasie où l'on a vu que les malades étaient

incarcérés en « hôpital » fermé. Bien souvent, les IST ne devinrent cependant une question à traiter à l'échelle nationale dans les îles mélanésiennes qu'à partir du moment où elles furent mises sur le devant de la scène internationale.

1.2.2 Des maladies prises en considération par les organismes transnationaux

D'après sa page Internet officielle, l'OMS – dont la constitution est entrée en vigueur le 7 avril 1948 – représente :

> « L'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein du système des Nations unies. Elle est chargée de diriger l'action sanitaire mondiale, de définir les programmes de recherche en santé, de fixer des normes et des critères, de présenter des options politiques fondées sur des données probantes, de fournir un soutien technique aux pays et de suivre et d'apprécier les tendances en matière de santé publique[16] ».

En 1947, soit avant même l'entrée en vigueur de la constitution de cette organisation, les maladies vénériennes furent inscrites, par la Commission intérimaire de l'OMS, comme un « problème nécessitant une intervention » (OMS, 1958 : 198). Dès lors, l'OMS et la Communauté du Pacifique – ancienne Commission du Pacifique Sud [17] – commencèrent à collecter et à publier les statistiques des îles du Pacifique concernant la gonorrhée et la syphilis. Mais leurs données restèrent approximatives du fait du manque de structures de dépistage ainsi que de l'irrégularité et de l'imprécision des rapports. Ainsi, au Vanuatu, ce n'est qu'à partir de 1977 que les données des centres de soins commencèrent à être collectées au niveau national (De Soldenhoff, 1979 : 424).

L'OMS ne se contenta pas de qualifier les maladies vénériennes de « problème » à traiter, mais précisa également lesquelles de ces affections devaient être l'objet du maximum d'attention. À l'échelle mondiale, la syphilis fut ainsi considérée comme la maladie vénérienne à traiter prioritairement pendant les dix premières années de l'OMS – c'est-à-dire de 1948 à 1958. Mais grâce à l'emploi généralisé de pénicilline dans les années 1950-1960, le nombre de nouveaux cas de syphilis diminua de façon considérable, tandis que le développement des infections gonococciques, telle la gonorrhée, devenait préoccupant (OMS, 1968 : 142-150). En 1975, parmi les maladies transmissibles rapportées dans la région du Pacifique Sud, seules les prévalences de la grippe et de la rougeole étaient supérieures à celle

[16] http://www.who.int/about/fr/, consulté le 9 mai 2015 à 9 h 03.
[17] La Commission du Pacifique Sud a été fondée en 1947 par six États occidentaux afin de « faciliter l'administration des territoires sous tutelle et servir les intérêts des populations océaniennes ». http://www.spc.int/fr/a-propos-de-spc/historique.html, consulté le 9 mai 2015 à 11 h 16.

de la gonorrhée (191 pour 100 000). La prévalence de la syphilis était, quant à elle, de 34 pour 100 000 (Willcox, 1980 : 205-7).

Alors que les maladies vénériennes furent considérées comme une source d'inquiétude par certains des Occidentaux vivant en Mélanésie dès le début du XX^{e} siècle, ce n'est qu'après la création de la Communauté du Pacifique et de l'OMS, respectivement en 1947 et 1948, que celles-ci, aujourd'hui rebaptisées « infections sexuellement transmissibles », devinrent un « problème » international, nécessitant d'être résolu *via* la mise en place de programmes de santé publique nationaux et transnationaux. Le VIH – virus responsable du sida, décrit pour la première fois en 1983[18] – est l'IST qui fait dorénavant l'objet du plus grand nombre de politiques de santé publique, y compris dans les îles du Pacifique.

1.2.3 Une lutte contre l'arrivée du VIH inspirée par le préalable africain

La lutte contre le VIH dans les îles océaniennes se fit en trois mouvements. Des appareils de surveillance épidémiologique furent tout d'abord mis en place. Puis, les politiques de prévention furent consolidées au début des années 2000. Enfin, la distribution de traitements antirétroviraux (ARV) fut assurée quelques années plus tard. Ces trois mouvements furent principalement menés par des instances de développement océaniennes, mais ils furent guidés par la signature d'accords internationaux et par des experts occidentaux ayant à l'esprit le préalable africain (Soler, 2011 : 136).

Dans les années 1990, la prévalence du VIH dans la région demeurait relativement faible comparée aux situations africaines et asiatiques. En 1998, l'ONUSIDA estimait ainsi à 12 000 le nombre de cas de VIH en Océanie – principalement en Australie et en Nouvelle-Zélande – contre 22,5 millions en Afrique subsaharienne (ONUSIDA, 1998 : 5). Néanmoins, la menace de propagation du virus aux îles économiquement moins développées et ne disposant pas de structures de dépistage efficaces, commençait déjà à inquiéter les organismes de prévention océaniens, et en particulier les experts de cet organisme de coopération technique devenu incontournable dans la région qu'est la Communauté du Pacifique. Les experts occidentaux des instances de développement présentes en Océanie – qui avaient pour certains travaillé en Afrique – décidèrent de mettre en place un système de surveillance épidémiologique régional dès les années 1990. Ayant à l'esprit l'image de l'épidémie africaine, ils tentèrent d'anticiper une arrivée massive du virus en Océanie (Soler, 2011 : 133-137). Notons que si des tests VIH furent mis en place par la banque du sang de la capitale du Vanuatu dès 1987 (Figure 9), ce

[18] http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/espace-presse/documents-presse/la-recherche-sur-le-vihsida-l-institut-pasteur/la-decouverte-du-virus-du-sida-en-1983, consulté le 9 mai 2015 à 10 h 25.

n'est qu'à partir de 2003 – dans l'année qui suivit l'annonce du premier cas de VIH dans le pays – que les premiers services de conseil et de dépistage volontaires et confidentiels (*Voluntary Confidental Counseling and Testing Centers* – VCCT) furent implantés dans l'archipel (MoH, 2012 : 1)[19].

Figure 9. Les tests de dépistage rapide (*Determine*) pour le VIH, l'Hépatite B. et la Syphilis, hôpital central de Port-Vila, 2011

Au début des années 2000, la lutte contre le VIH connut un essor majeur dans les pays en voie de développement – dont ceux de la région océanienne. En Afrique subsaharienne, le nombre important de décès liés au virus parmi les classes d'âge économiquement actives fut en effet perçu comme une menace pour les intérêts économiques africains et occidentaux. L'attention internationale pour la lutte contre le VIH fut alors renforcée *via* le développement d'accords et de fonds internationaux (Soler, 2011 : 137-138).

Le 8 septembre 2000, la Déclaration du Millénaire fut signée à New York et huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) furent adoptés par les membres des Nations unies (Nations unies, 2000). Si chacun de ces objectifs contribue indirectement à la santé des populations en réduisant la pauvreté (OMD 1), en augmentant l'éducation (OMD 2), en promouvant l'égalité (OMD 3), en préservant l'environnement (OMD 7) ou en renforçant le partenariat mondial (OMD 8), trois des huit objectifs visent directement à améliorer la santé des personnes :

- l'OMD 4 : « réduire la mortalité infantile » ;

[19] Entretiens du 5 et 6 juillet 2011 avec un technicien de laboratoire du *Port-Vila Central Hospital* et du 23 juin 2011 avec une infirmière de *Wan Smolbag*.

- l'OMD 5 : « améliorer la santé maternelle » ;
- l'OMD 6 : « combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies ».

Pour tenter d'atteindre les huit Objectifs du Millénaire avant la fin de l'année 2015, l'Organisation des Nations unies et ses partenaires (Agences, Fonds et Programmes internationaux) se mirent à accroître leurs efforts financiers et humains[20]. En 2002, le fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme (*Global fund*) fut par exemple créé afin d'augmenter et de concentrer les ressources sur ces trois pandémies[21].

L'adoption des OMD par les Nations unies conduisit la plupart des pays océaniens à inscrire le VIH comme un élément clé de leurs politiques et de leurs plans stratégiques de santé publique. L'augmentation des possibilités de financements incita les organisations non gouvernementales à développer des projets de lutte contre le VIH – y compris dans des pays océaniens qui ne répertoriaient alors que très peu de personnes vivant avec le virus (Soler, 2011 : 138 ; SPC, 2005 : 22).

Étant donné la faible prévalence que connaissaient encore la plupart des îles du Pacifique et l'impossibilité pour les 37 000 personnes vivant avec le VIH dans la région d'accéder aux traitements antirétroviraux au début des années 2000, les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux océaniens concentrèrent leurs efforts dans la prévention du virus (UNAIDS, 2013 : A12). Le plaidoyer pour l'accessibilité des antirétroviraux dans les îles océaniennes prit cependant rapidement de l'importance. L'expérience de l'Afrique subsaharienne avait en effet également enseigné aux acteurs du développement océaniens l'intérêt d'une approche globale, associant prévention et prise en charge des personnes atteintes par le virus (Soler, 2011 : 138 ; SPC, 2005 : 24). Le troisième objectif de la Stratégie régionale océanienne de lutte contre le VIH/sida 2004-2008 – développée par la Communauté du Pacifique en collaboration avec les acteurs des pays et territoires du Pacifique – consistait ainsi à « assurer un continuum de soins répondant aux divers et complexes besoins des personnes vivant avec le VIH/sida ainsi que ceux des autres personnes affectées par le VIH/sida et à contribuer à la prévention de la transmission du VIH » (SPC, 2005 : 28).

En 2007, le rapport de mi-parcours de la Stratégie régionale 2004-2008 fit état de progrès significatifs dans l'accès aux antirétroviraux en Océanie. Ces progrès étaient notamment dûs au rôle joué par la pharmacie nationale de Fidji dans leur distribution à l'échelle régionale auprès de plusieurs pays océaniens (SPC, 2007 : 25). En 2012, l'accès universel au traitement

[20] http://www.un.org/fr/millenniumgoals/, consulté le 22 juin 2013 à 15 h 33.
[21] http://www.theglobalfund.org/fr/, consulté le 22 juin 2013 à 15 h 40.

antirétroviral n'était néanmoins toujours pas assuré aux 51 000 personnes diagnostiquées séropositives (SPC, 2013 : 19 ; UNAIDS, 2013 : A12), et cela même si les sept personnes vivant avec le VIH au Vanuatu en 2012 bénéficiaient, quant à elles, d'un accès gratuit aux antirétroviraux, notamment grâce à l'organisation *Vanuatu Family Health Association*.

La mise en place d'appareils de surveillance épidémiologique, de politiques de prévention du VIH et d'un système de distribution de traitements dans les îles du Pacifique se déroula donc sous l'impulsion d'experts occidentaux influencés par l'expérience épidémique africaine ainsi qu'à la suite d'accords et de l'octroi de fonds internationaux considérant la question du VIH comme une priorité. Ayant montré que les débuts de la prévention des IST en Mélanésie sont liés aux inquiétudes d'Occidentaux présents dans la région, ainsi qu'à l'établissement d'objectifs transnationaux et de partenariats mondiaux, je vais maintenant me pencher sur le cas du Vanuatu et voir dans quelle mesure le système de prévention du VIH et des autres IST, qui était en vigueur en 2011-2012, a également été influencé par des acteurs étrangers.

1.3 L'organisation du système de prévention des IST au Vanuatu

1.3.1 Des politiques et des directives issues de l'expertise technique étrangère

Même si le Vanuatu ne comptait que neuf cas cumulés d'infection par le VIH depuis 2002, l'existence de fonds comme le *Global fund* et l'engagement de la République à respecter la Déclaration du Millénaire et ses OMD – ainsi que d'autres accords internationaux, tels le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire de 1994 ou la Déclaration et le Programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes de Beijing de 1995 – conduisirent le pays à adopter un certain nombre de lois, de politiques et de directives, afin de prévenir le VIH et les autres IST. Mais l'élaboration de ces documents gouvernementaux a elle-même été souvent corrélée à des expertises et des financements étrangers. Dans les domaines de la santé, de l'éducation ou de l'économie, la République reste en grande partie dépendante non seulement de l'aide financière étrangère, mais aussi de l'expertise technique extérieure – en particulier australienne et néo-zélandaise (Soler, 2011 : 40 ; voir Hammar, 2010 a : 147 pour la Papouasie-Nouvelle-Guinée).

Lors de mes terrains de recherche en 2011-2012, les politiques et directives nationales en vigueur dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive incluaient :

- la Politique de Santé Reproductive 2008 et sa Stratégie 2008-2010 (MoH, 2009) ;
- la Politique nationale de population 2011-2020 (PMO, 2011) ;
- la Politique nationale et la stratégie pour des îles en bonne santé 2011-2015 (MoH, 2010 a) ;
- le Plan National Stratégique pour le VIH et les IST 2008-2012 (MoH, 2008) ;
- les Recommandations pratiques nationales fondées sur des preuves pour les travailleurs de santé formés à la planification familiale (UNFPA et WHO, 2006) ;
- le Manuel national d'éducation par les pairs (*peer educators*) (MoH, 2010 b) ;
- les Recommandations pratiques nationales pour les services adaptés pour les jeunes (*Youth Friendly Services*) (UNICEF, 2010 b) ;
- les Recommandations pratiques pour les services de conseils et de dépistage volontaires et confidentiels du VIH (VCCT) au Vanuatu 2012-2016 (MoH, 2012) ;
- le Programme d'éducation à la vie familiale pour les écoles du secondaire Grades 11-13 (*Family Life Education*) (MoE Curriculum Development Unit, 2012 ; voir UNDP et Servy, 2013 : 27).

La simple lecture des pages de remerciements de ces documents laisse entrevoir l'expertise étrangère qui a fréquemment été nécessaire à leur élaboration. Dans la Politique de Santé Reproductive 2008 et sa Stratégie 2008-2010, le ministre de la Santé du Vanuatu remercie par exemple le médecin fidjien Annette Sachs Robertson, du Bureau sous-régional pour le Pacifique d'UNFPA, d'avoir apporté son « expertise technique » dans la réalisation de ce document (MoH, 2009). Julius Ssenabulya et Moses Matovu, deux volontaires africains présents depuis plusieurs années au Vanuatu *via* le *Volunteer Services Overseas*, ont quant à eux reçu les remerciements du ministère de la Santé pour avoir grandement contribué au développement du Manuel national d'éducation par les pairs, financé par UNICEF, UNFPA et la Communauté du Pacifique (MoH, 2010 b). Dans la Politique nationale de population 2011-2020, Alastair Wilkinson et Geoffrey Hayes, deux consultants néo-zélandais et canadiens employés par UNFPA, ont de même été remerciés pour l'aide qu'ils ont apportée au gouvernement dans la révision et la finalisation de cette politique, elle aussi financée par UNFPA et la Communauté du Pacifique (PMO, 2011).

Même si la présence d'experts étrangers dans le développement de ces directives et de ces politiques est incontestable, tous ces documents ont néanmoins été créés en consultation avec les principaux acteurs travaillant dans le secteur de la santé sexuelle et reproductive de

l'archipel. En mai 2011, j'ai par exemple participé à une séance de révision des Recommandations pratiques pour les VCCT au Vanuatu 2012-2016, en compagnie de plusieurs membres du ministère de la Santé de nationalité principalement ni-Vanuatu, ainsi que de représentants de l'OMS et d'organisations non gouvernementales, tels le *Volunteer Services Overseas*, *Wan Smolbag*, *Vanuatu Family Health Association* et *World Vision Vanuatu*. Notons que ces représentants étaient pour certains originaires d'autres parties du monde ou de la région océanienne, même s'ils habitaient pour la plupart depuis plusieurs années dans l'archipel. Le volontaire du *Volunteer Services Overseas* en charge du développement des Recommandations était Falguni Basu – un médecin indien rattaché depuis dix mois au ministère de la Santé du Vanuatu. Plusieurs points de désaccord avec le document proposé par le docteur Basu ont été soulignés pendant la réunion et pris en compte lors de la finalisation des Recommandations. L'importance d'ajouter un C pour *Confidential* au sigle VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) a par exemple été soulignée par les participants, contre l'avis du docteur Basu. Ces derniers lui ont ainsi reproché de vouloir utiliser le sigle VCT – désormais celui en vigueur au niveau international – alors que la peur de la population face au manque d'anonymat pendant les dépistages VIH représentait encore un défi important à l'échelle nationale. Mais il est intéressant de noter que les sigles VCCT et VCT – comme les concepts de *Family Life Education*, de *Youth Friendly Services* ou de *peer education* (voir chapitre 2) – ont tous les deux été conçus à l'étranger. Le dispositif de conseil et de dépistage du VIH à l'initiative du patient était pourtant prôné depuis plus de 20 ans par l'Organisation mondiale de la santé et la confidentialité demeurait l'un des cinq éléments essentiels de ce dispositif[22]. Mais le C de VCCT a été retiré, nous expliqua le docteur Basu, parce que la confidentialité est un principe censé aller de soi selon l'OMS[23].

Au Vanuatu, les experts étrangers étaient non seulement présents dans le processus pour élaborer les directives et politiques nationales, mais aussi lors des évaluations et des analyses visant à augmenter leur efficacité. En avril 2011, une semaine d'ateliers (*workshops*) a ainsi été organisée à Port-Vila par une équipe de l'antenne fidjienne de la Communauté du Pacifique afin de réviser les manuels et les recommandations à destination des professionnels du secteur de la santé sexuelle et reproductive du Vanuatu et d'évaluer deux services adaptés aux jeunes (*Youth Friendly Services*) de Port-Vila. Si l'évaluation a été réalisée par des acteurs locaux du ministère de la Santé et des organismes non gouvernementaux de la

[22] http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/fr/, consulté le 12 mai 2015 à 11 h 34.
[23] Réunion de travail du 26 mai 2011 pour la révision des Recommandations pratiques pour les services de conseils et de dépistage volontaires et confidentiels du VIH.

capitale, les grilles utilisées pour noter ces services avaient néanmoins été établies par les représentants de la Communauté du Pacifique, en se fondant sur les recommandations nationales et internationales (Figure 10 ; voir chapitre 2, page 64-65)[24].

Figure 10. L'atelier *Pacific Adolescent Health and Developement Capacity Building training*, Port-Vila, 2011

De septembre à décembre 2012, j'ai également participé, en tant que consultante pour le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD ou UNDP), à l'élaboration d'un Cadre d'Accélération de l'OMD 5b afin d'améliorer la santé reproductive dans l'archipel (Figure 11). Le choix des « interventions stratégiques », l'analyse des « goulots d'étranglement », l'identification des « solutions » et la construction d'un « plan d'action national » et d'un « plan de mise en œuvre et de suivi-évaluation » sur cinq ans ont été réalisés en étroite collaboration avec les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux locaux. Mais il est à noter que la description du poste stipulait que le consultant devait être « international » et que le Cadre d'Accélération a été élaboré en suivant un manuel méthodologique de 152 pages produit par UNDP, ainsi qu'après la lecture de rapports de « bonnes pratiques » et de recommandations issues de l'expérience d'autres pays en voie de développement. Par exemple, la solution 3.3.a consistant à instaurer « un système de coupons visant à encourager les jeunes gens à fréquenter les établissements de santé sexuelle et reproductive » a été recommandée par l'OMS après que le programme eut fait ses preuves au Nicaragua (UNDP et Servy, 2013 : 51).

Afin d'améliorer ou de garantir la santé reproductive et sexuelle de ses habitants, le Vanuatu a également adopté un certain nombre de lois : sur la santé publique (*Public Health*

[24] Atelier *Pacific Adolescent Health and Developement Capacity Building training* du 11 au 15 avril 2011.

Act), l'entretien de la famille (*Maintenance of Family* et *Maintenance of Children Act*) ou la violence domestique (*Family Protection Act*) (voir chapitre 10, page 422, pour cette dernière). Je n'ai pas eu connaissance des coulisses de l'élaboration de chacune de ces lois, mais en 2012, celle élaborée pour protéger les droits des personnes vivant avec le VIH était en cours de préparation par Julius Ssenabulya – un ancien volontaire ougandais du *Volunteer Services Overseas*, rattaché à l'association *Vanuatu Family Health* depuis plusieurs années (UNDP et Servy, 2013 : 27).

Figure 11. L'atelier pour l'élaboration du Cadre d'Accélération de l'OMD 5b, Port-Vila, 2012

Les politiques, les directives et les lois qui sous-tendaient le système de prévention du VIH et des autres IST, au moment de mes recherches au Vanuatu, avaient donc souvent été développées avec le concours d'ONG et d'experts internationaux dont le travail était inévitablement influencé par leur expérience professionnelle et par la lecture de documents produits dans d'autres pays. Mais nous allons voir que le gouvernement dépendait aussi de ses partenaires dans la mise en place des actions décrites dans ces différentes politiques.

1.3.2 Des activités réalisées par le gouvernement et ses partenaires

La Politique de Santé Reproductive 2008, dont dépendent les plans, les Recommandations et les manuels traitant de la question des IST au Vanuatu, comprend huit thématiques :

- 1. « la maternité sans risque » ;
- 2. « la planification familiale » ;
- 3. « la santé sexuelle et reproductive des adolescents » ;

- 4. « les IST incluant le VIH et les infections de l'appareil génital » ;
- 5. « les autres pathologies gynécologiques » ;
- 6. « les cancers de l'utérus » ;
- 7. « la violence sexuelle et la violence à l'encontre des femmes » ;
- 8. « la sécurité des produits de santé génésique » (MoH, 2009).

Les infections sexuellement transmissibles forment ainsi un champ à part entière au sein de cette Politique. Mais des activités visant à lutter contre les épidémies d'IST au Vanuatu sont également classées dans les autres thématiques. Le dépistage des IST fait aussi partie, par exemple, des pratiques permettant une « maternité sans risque », tandis que les activités de promotion du préservatif appartiennent à la fois aux domaines de « la planification familiale », de « la santé sexuelle et reproductive des adolescents » et des « IST incluant le VIH et les infections de l'appareil génital ».

Afin d'atteindre les objectifs décrits dans la Politique de Santé Reproductive 2008, les organismes gouvernementaux ont mené plusieurs actions. Le ministère de la Santé a tenté d'améliorer la qualité des services de santé sexuelle et reproductive en formant davantage d'infirmiers cliniciens, en constituant un groupe de travail autour de la santé maternelle, néonatale et infantile et en organisant une réunion annuelle sur la santé reproductive, afin de faciliter le contrôle et l'évaluation du programme. Le ministère a également essayé d'améliorer le dépistage du VIH en publiant des recommandations pratiques à destination des services de santé et tenté de renforcer la diffusion des informations sur la santé reproductive et sexuelle auprès des jeunes en développant un manuel d'éducation par les pairs. Le ministère de l'Éducation (MoE) a quant à lui intégré l'éducation à la vie familiale dans le Curriculum National d'Education et a commencé à former les enseignants (MoE Curriculum Development Unit, 2012 ; UNDP et Servy, 2013 : 28, voir chapitre 2). Mais comme nous l'avons déjà évoqué, ces réunions, ces documents et ces formations sont en grande partie dépendants des financements et de l'expertise extérieurs émanant en particulier de la Communauté du Pacifique et de l'agence internationale UNFPA.

Quant aux organisations non gouvernementales, elles jouèrent un rôle non seulement dans l'élaboration des politiques et des directives, mais elles furent aussi des partenaires cruciaux dans la mise en place des activités décrites dans ces documents. Les objectifs des plans stratégiques développés par les ONG présentes dans l'archipel respectent en effet les indications des documents nationaux. Le gouvernement a ainsi construit des partenariats étroits avec plusieurs d'entre elles, notamment celles fournissant des services préventifs et curatifs aux jeunes populations de l'archipel.

Agences des Nations unies	Bailleurs de fonds	Organisations gouvernementales	Organisations non gouvernementales	Organisations de la société civile	Organisations confessionnelles	Établissements à but lucratif
• Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) • Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) • Organisation Mondiale de la Santé (OMS/WHO) • Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD/UNDP)	• Ambassade de France au Vanuatu • *Asian Development Bank* (ADB)/Banque mondiale • *Australian Agency for International Development* (AusAID) • *Family Planning Association* (FPA) • *Family Planning Australia* • *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) • *Japan Official Development Assistance* • *New Zealand Agency for International Development* (NZAID) • *Oxfam Australia* • Union Européenne (UE)	• Bureaux de santé provinciaux • Bureau du Premier ministre • Centre national de gestion des stocks de produits pharmaceutiques (*Central Medical Supplies*) • Département de la Jeunesse, du Développement, des Sports et des formations • Département de la Santé Publique • Département des Affaires Féminines • Ministère de la Santé • Ministère de l'Education • Ministère des Finances • Ministère des Affaires Internes : Cliniques municipales • *Vanuatu College of Nursing Education* (VCNE) • *Vanuatu Health Training Institute* (VHTI) • *Vanuatu Red Cross Society* (auxiliaire du gouvernement) • *Vila Central Hospital* : Pharmacie • *Vila Central Hospital* : Service de santé féminine (*Women's Health*)	• Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA) • *Burnet Institute* • Communauté du Pacifique (CPS/SPC) • *Peace Corps* • *Save the Children Australia* (SCA) • *Vanuatu Family Health Association* (VFHA) • *Volunteer Services Overseas* (VSO) • *Wan Smolbag Theatre* (WSB) • *World Vision Vanuatu* (WVV) • *Youth Challenge Vanuatu* (YCV)	• Conseil National de la Jeunesse • Conseil National des Chefs (*Malvatumauri*) • Conseil National des Femmes de Vanuatu • Fondation IZA • *Vanuatu Association of NGO* (VANGO) • *Vanuatu Association of Sports And National Olympic Committee* (VASANOC) • *Vanuatu Women's Centre* (VWC)	• Clinique du *Neil Thomas Ministry* • Conseil des Églises du Vanuatu • Église presbytérienne du Vanuatu : Programme de santé sexuelle et reproductive • Église adventiste du Septième jour : Programme de santé • *Korvan Mission School* : École d'agents de santé communautaire volontaires	• Pharmacies privées • *Port-Vila Medical Centre* • *Vila Bay Health Center*

Figure 12. Une liste non-exhaustive des acteurs en santé sexuelle et reproductive du Vanuatu

Afin d'aider les ministères à répondre aux objectifs de la Politique de Santé Reproductive 2008, *Wan Smolbag*, *Vanuatu Family Health Association*, *World Vision*, *Save the Children Australia* ont tenté de renforcer l'implication des communautés et des hommes dans les questions de santé reproductive et sexuelle, de développer la diffusion des informations et d'améliorer l'accès aux services de planification familiale et de traitement des IST. D'autres organisations, comme *Volunteer Services Overseas*, *Peace Corps Programme*, l'Église adventiste du Septième jour et l'Église presbytérienne du Vanuatu, ont également diffusé des informations et amélioré l'implication des communautés grâce à leurs réseaux de volontaires et de travailleurs de santé (MoH, 2009 ; UNDP et Servy, 2013 : 28, voir chapitre 2).

Il existait en 2011-2012 une grande quantité d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux menant des activités en santé sexuelle et reproductive à Port-Vila. Dans le cadre de mes recherches et de mes missions de consultante, j'ai été amené à rencontrer des personnes travaillant dans la plupart des institutions listées ci-dessus dans le tableau (Figure 12). Mais j'ai avant tout été en contact avec deux organisations faisant de la prévention dans la capitale : *Wan Smolbag* et *Vanuatu Family Health Association*, qui sont deux ONG fondées et principalement financées par des acteurs étrangers.

1.3.3 Les principales organisations de prévention des IST au Vanuatu

La configuration du développement à la suite de l'indépendance a permis l'implantation et l'expansion d'associations et d'organisations non gouvernementales au Vanuatu dès la fin des années 1980 (Soler, 2011 : 43). Les deux principaux organismes de prévention des IST à avoir su profiter de cette configuration ont été *Wan Smolbag* et *Vanuatu Family Health Association*.

Wan Smolbag Theatre

L'ONG *Wan Smolbag Theatre* a été fondée en 1989 par un couple d'expatriés britanniques qui avait vécu de nombreuses années au Zimbabwe : Jo Dorras et Peter Walker. Pendant leur séjour dans ce pays, tous deux furent marqués par les premiers ravages liés aux épidémies de VIH en Afrique subsaharienne et par les potentialités du théâtre de développement dans les campagnes de prévention. À sa création, *Wan Smolbag* consistait en un groupe d'une quinzaine d'acteurs volontaires soulevant des questions de santé, d'environnement et d'éducation. En juin 1989, soit treize ans avant que le premier cas d'infection soit officiellement annoncé au Vanuatu, le théâtre jouait sa première pièce sur le

VIH. Quelques mois plus tard, il reçut son premier financement d'*Oxfam Australia*. La troupe s'agrandit et se professionnalisa dans les années 1990-2000, jusqu'à constituer une ONG aux domaines d'action variés. En 1999, *Wan Smolbag* ouvrit sa première clinique de santé reproductive *Kam Pussum Hed* (KPH), à Port-Vila (Figure 13). En 2003, l'ONG inaugura un centre pour jeunes où une palette d'activités (informatique, nutrition, couture, sports, alphabétisation, musique, etc.) était proposée aux enfants souvent déscolarisés de la capitale. D'une troupe d'amateurs, *Wan Smolbag* devint ainsi une entreprise de théâtre et de développement structurée, engagée dans divers projets et bénéficiant d'une place prépondérante dans le paysage associatif local (WSB, 2009 : 1 ; Soler, 2011 : 41-44).

Figure 13. La clinique de *Wan Smolbag, Kam Pussum Hed,* à Port-Vila, 2011

En 2011-2012, l'ONG comptait approximativement 120 salariés employés à mi-temps ou à temps plein : des acteurs, des infirmiers, des pairs éducateurs (*peer educators*), etc. Dans leur très grande majorité, ces « intermédiaires » possédaient la nationalité ni-Vanuatu (Merry, 2006 a : 2-3 ; 2006 b). Les éducateurs et les acteurs de *Wan Smolbag* n'étaient pas issus de milieux foncièrement différents de ceux des personnes auprès desquelles ils menaient leurs activités. Certains d'entre eux habitaient dans des quartiers dits « défavorisés », tel Blacksands, ce qui pouvait faciliter leur entrée dans ces communautés. Les éducateurs et les acteurs ne possédaient pas un niveau d'études supérieur à la moyenne nationale (voir chapitre 2, page 82), mais chaque année, les éducateurs suivaient pendant quelques jours des cours en santé sexuelle et reproductive délivrés par leurs aînés, qui avaient souvent pour leur part suivi des formations à l'étranger (Soler, 2011 : 151). Les deux infirmières ni-Vanuatu de la clinique *Kam Pussum Hed* possédaient, quant à elles, un diplôme obtenu à Port-Vila, mais

elles avaient également suivi des modules complémentaires à Suva. Chaque année, deux ou trois infirmiers ni-Vanuatu bénéficiaient ainsi d'une formation sur la planification familiale à la *Fiji School of Medecine*, grâce au soutien financier de cette école et de l'agence internationale UNFPA (UNDP et Servy, 2013 : 63, 77).

Au moment de mes recherches, le centre pour jeunes de *Wan Smolbag* à Port-Vila accueillait en moyenne un millier de personnes chaque année. Et la clinique *Kam Pussum Hed*, spécialisée en santé sexuelle et reproductive, recevait plus de 5 000 visites par an. En plus des établissements de santé destinés aux jeunes situés à Port-Vila, à Luganville (le deuxième centre urbain de l'archipel) et sur l'île de Pentecôte – tous financés par *Oxfam Australia* –, *Wan Smolbag* avait recours à différents moyens pour prévenir les IST. L'organisation menait des ateliers d'information et des activités scolaires, produisait des films, des brochures, des bandes dessinées, des émissions radiophoniques, des pièces de théâtre et des posters de prévention (voir chapitre 2). Si le Vanuatu répertoriait en 2013 davantage d'actions en santé sexuelle et reproductive que les îles Kiribati et les îles Salomon – comme je l'ai déjà mentionné – c'est largement dû, il me semble, à la présence de *Wan Smolbag* dans l'archipel.

Diverses organisations caritatives étrangères et plusieurs agences des Nations unies apportaient leur soutien financier à l'ONG dans la réalisation de ses actions. Le gouvernement du Vanuatu aussi allouait épisodiquement des fonds à *Wan Smolbag*. En 2011, il versa par exemple l'équivalent de 7 000 USD (5 000 €) à l'organisation, afin qu'elle réalise une pièce de théâtre sur le harcèlement sexuel et la loi de la protection de la famille (voir chapitre 10, pages 450-451)[43]. Les gouvernements australien et néo-zélandais – *via* l'*Australian Agency for International Development* (AusAID) et la *New Zealand Agency for International Development* (NZAID) – étaient cependant les deux principaux bailleurs de fonds[44].

Si, lors de sa création, la santé reproductive ne constituait pour *Wan Smolbag* qu'une thématique parmi d'autres, les IST orientent aujourd'hui une grande partie des actions de l'organisation, du fait des exigences de ses financeurs. Par exemple, sur les trente-huit ouvrages éducatifs créés par l'ONG entre 1998 et 2012, douze bandes dessinées ont pour objet les IST, en particulier le VIH (voir chapitre 2, pages 96-97). Chaque support produit par *Wan Smolbag* aborde néanmoins plusieurs thématiques. La série télévisée *Love Patrol* – principalement financée dans le cadre de la lutte contre le VIH dans le Pacifique – ne traite

[43] http://www.radionz.co.nz/international/pacific-news/198352/vanuatu-government-funds-theatre-company-to-produce-sexual-harassment-play, consulté le 25 mai 2015 à 15 h 07.
[44] http://visit.wansmolbag.org/who-we-are/, consulté le 25 mai 2015 à 9 h 32.

par exemple de la question du virus qu'au sixième épisode de la première saison. En outre, les financements reçus par *Wan Smolbag* pour développer les nouvelles saisons de cette série proviennent à présent de bailleurs dont certains ne possèdent pas de couleur thématique particulière. L'ONG dispose ainsi d'une certaine marge de manœuvre et d'expérimentation malgré le rapport de force existant avec les financeurs (Soler, 2011 : 145, 149-150).

Vanuatu Family Health Association

Le second organisme de prévention des IST au sein duquel j'ai mené des recherches approfondies est la *Vanuatu Family Health Association*. Cette organisation à but non lucratif, qui vise à améliorer la santé reproductive et sexuelle des habitants de l'archipel, est affiliée à l'*International Planned Parenthood Federation* (IPPF), un réseau mondial d'associations dont fait par exemple partie le planning familial français. La *Vanuatu Family Health Association* fut créée à l'initiative de Blandine Boulekone, une infirmière française mariée à un homme politique local. Au moment de sa création, peu avant l'indépendance, la clinique de l'association basée à Port-Vila (Figure 14) fournissait principalement des services de planification familiale aux habitants de la capitale[45]. Mais, à partir de 1990, l'organisation commença à recevoir davantage de fonds de l'IPPF, ainsi que d'autres agences étrangères et internationales, ce qui lui permit d'augmenter l'échelle de ses services et d'amorcer des activités d'éducation à la santé dans d'autres communautés du pays (VFHA, 2008 : 4). Notons que le VIH constitue, d'après le site Internet de l'IPPF, l'une des thématiques phares de cette organisation internationale[46].

En mai 2011, l'association *Vanuatu Family Health* comptait 13 salariés basés à Port-Vila dont un ancien volontaire africain du *Volunteer Services Overseas*. L'ONG regroupait également un nombre fluctuant de bénévoles ni-Vanuatu agissant dans l'archipel en tant que pairs éducateurs. Les profils et les formations de ces salariés et bénévoles correspondaient plus ou moins à ceux du personnel de *Wan Smolbag* : leur niveau scolaire et leur milieu social n'étaient pas très éloignés de ceux des personnes qu'ils accompagnaient. Même si les sages-femmes disposaient de diplômes et de salaires un peu plus élevés que la moyenne nationale, elles n'appartenaient pas pour autant à une « élite » locale – si tant est que les contours d'un tel groupe puissent être définis au Vanuatu (voir Wittersheim et Dussy, 2013 : 22).

Au moment de mes recherches, la clinique de *Vanuatu Family Health Association* recevait plus de 7 500 visites par an à Port-Vila, non seulement pour répondre à des besoins

[45] Entretien du 16 octobre 2009 avec une sage-femme de VFHA.
[46] http://www.ippf.org/our-work/what-we-do, consulté le 5 juin 2015 à 17 h 55.

en santé sexuelle et reproductive, mais aussi pour pallier d'autres types de besoins biomédicaux (certificats d'aptitude à la conduite d'un véhicule, traitements de maladies bénignes, etc.). Une clinique et des centres d'accueil pour jeunes étaient également ouverts dans plusieurs îles de l'archipel (voir chapitre 2, pages 66-67). Tout comme l'organisation *Wan Smolbag*, *Vanuatu Family Health Association* menait dans la capitale diverses activités de prévention des IST (ateliers d'information, brochures, émissions radiophoniques, posters, numéro vert, etc.) qui seront présentées en détail dans le prochain chapitre. Les fonds dont bénéficiait l'association étaient principalement versés par l'IPPF, mais aussi par le *Family Planning Australia*, la *Japan Official Development Assistance*, l'organisation britannique *Family Planning Association* (FPA) ou encore le gouvernement néo-zélandais *via* la *New Zealand Agency for International Development* (NZAID).

Figure 14. La clinique de *Vanuatu Family Health Association* à Port-Vila, 2011

La Fondation IZA et *Save the Children Australia*

Après l'annonce du premier cas de VIH au Vanuatu en 2002, de nouvelles organisations virent également le jour et des organismes internationaux développèrent leurs activités dans l'archipel (Figure 12). Comme on l'a vu, Irène Malachi, la première personne dépistée séropositive au Vanuatu, créa la Fondation IZA en 2004. Cette organisation caritative avait pour but de soutenir les personnes vivant avec le VIH et de diffuser des messages de prévention au sein des communautés. Même si l'un de ses objectifs était de devenir une « organisation indépendante et bien subventionnée », elle demeurait hébergée et en partie financée par l'ONG internationale *Save the Children Australia* (SCA, 2011 ; Figure 15). En 2011-2012, la fondation menait la plupart de ses activités en collaboration avec cette ONG et

ne développait pas ses propres supports d'information sur les IST. En outre, si Irène était une infirmière de nationalité ni-Vanuatu, nous avons déjà indiqué que son initiative avait été soutenue par Maire Bopp Dupont, directrice de l'ONG régionale *Pacific Islands Aids Foundation* (PIAF).

Figure 15. Les locaux de *Save the Children Australia* à Port-Vila, 2015 (crédit : Laure Chabrolle)

Save the Children Australia constitue l'un des 30 membres de *Save the Children International*, « le plus grand mouvement mondial indépendant œuvrant pour les enfants ». L'ONG mène des activités dans les domaines de la protection, de l'éducation, du changement climatique, des catastrophes et de la santé – ce qui inclut la réduction des « risques » de transmission du VIH chez les jeunes et les nouveau-nés[47]. Suite à l'annonce du premier cas de VIH au Vanuatu, l'ONG amorça plusieurs programmes de santé sexuelle et reproductive dans l'archipel. Contrairement à *Wan Smolbag* et *Vanuatu Family Health Association*, *Save the Children Australia* ne possédait pas de clinique, mais son programme *Youth Outreach Project* soutenait, depuis 2006, entre 70 et 90 bénévoles ni-Vanuatu menant des activités de prévention et d'éducation à la santé sexuelle et reproductive dans 35 communautés de l'archipel. Le programme *Child Peer-to-Peer Education*, débuté en 2010, visait plus particulièrement à réduire la vulnérabilité face aux IST des adolescents déscolarisés de Port-Vila, tandis que le programme *Youth Sexual Reproductive Health Project*, commencé la même année, tentait d'améliorer la qualité des services de santé sexuelle et reproductive pour les jeunes des îles d'Ambae et de Mallicolo. Depuis 2011, le programme de marketing social des préservatifs de marque *Score* visait, quant à lui, à améliorer les connaissances des jeunes

[47] http://www.savethechildren.org.au/our-work/the-issues/health, consulté le 10 juin 2015 à 15 h 16.

concernant la planification familiale et les IST et à développer le réseau de distribution de ces préservatifs au sein des communautés des îles d'Espiritu Santo et d'Efate (SCA, 2011). Si l'ONG *Save the Children Australia* a produit quelques affiches et brochures de prévention des IST, elle utilisait également au sein de ses propres programmes des supports d'information créés par d'autres organisations, tels ceux de *Wan Smolbag* (voir chapitre 2). Cet organisme était financé par des dons émanant de milliers de particuliers australiens, ainsi que de fondations, d'entreprises privées et du ministère australien des Affaires étrangères et du Commerce extérieur[48].

Au Vanuatu, des organisations fondées par des Occidentaux, comme *Wan Smolbag* et *Vanuatu Family Health Association,* apprirent donc à capter les financements des bailleurs internationaux qui se multiplièrent dans la période qui suit l'indépendance. Ces organismes s'adaptèrent aux contraintes du marché du développement, influencé par les priorités des bailleurs et guidé par les objectifs décrits dans les documents internationaux. Ils se professionnalisèrent, formèrent leur personnel, établirent des stratégies et des objectifs clairs, planifièrent leurs activités, développèrent leurs pratiques d'évaluation et de production de rapports afin de répondre aux exigences internationales (Soler, 2011 : 45-58). Par exemple, j'ai observé que chaque représentation théâtrale ou séance d'information sur le VIH menée par *Wan Smolbag* était suivi ou précédé de questionnaires permettant à l'ONG d'évaluer l'impact du projet sur son public. Plus tard, ces ONG furent rejointes par des organisations internationales dont la maison mère se trouvait à l'étranger : en Australie, dans le cas de *Save the Children Australia*, mais aussi au Japon pour l'Agence Japonaise de Coopération Internationale, en Grande-Bretagne pour le *Volunteer Services Overseas* ou encore aux États-Unis en ce qui concerne *Peace Corps* et *World Vision Vanuatu*.

On voit donc qu'en 2011-2012, le système de prévention des IST s'appuyait sur des politiques et des directives issues de l'expertise étrangère. La mise en place des actions décrites dans ces documents n'était pas uniquement assurée par le gouvernement, mais surtout pas des ONG internationales ou des organismes financés par des bailleurs de fonds étrangers et créés par des expatriés. Le personnel exécutif de ces organismes était néanmoins principalement local. Mais les actions qu'ils mettaient en place demeuraient guidées par des accords et des objectifs internationaux, tels les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

[48] http://www.savethechildren.org.au/about-us/who-we-are/accountability, consulté le 10 juin 2015 à 12 h 53.

Conclusion

Ainsi, je peux avancer que si, au moment de mes recherches, le système de prévention des IST était relativement bien développé, c'était en grande partie dû aux interactions transnationales. En effet, le système de santé biomédical de l'archipel a été initié et continuait de fonctionner avec l'aide de bailleurs et d'organisations extérieurs et les IST, tout particulièrement le VIH, représentent depuis plusieurs décennies une source d'inquiétude à l'échelle régionale et internationale. Ces préoccupations émanant d'agences et d'experts étrangers ont conduit à l'adoption d'accords et d'objectifs transnationaux, ainsi qu'à la création de fonds mondiaux. Même si le Vanuatu constitue une république indépendante depuis 1980, en 2011-2012, le pays demeurait dépendant des financements et de l'expertise extérieurs et avait signé un certain nombre d'accords portant sur la prévention des IST. De ce fait, les politiques et directives nationales en vigueur pendant mes terrains prenaient en considération ces infections, en particulier la menace d'une épidémie de VIH. Les ONG avec lesquelles travaillait le gouvernement étaient tenues de respecter les objectifs et les indications présentées dans les documents nationaux. Et tout le monde était dépendant des bailleurs de fonds qui finançaient les actions en fonction des accords et des objectifs transnationaux. Voici pourquoi, même si la prévalence du VIH au Vanuatu était faible et que les habitants de cet archipel faisaient face à des problèmes de santé affectant leur mortalité d'une manière plus prononcée que les IST, le pays comptait un grand nombre d'actions de prévention que le prochain chapitre de cette thèse va me donner l'opportunité de présenter.

Chapitre II. Des actions de prévention principalement urbaines

Introduction

Dans le premier chapitre, j'ai montré que le Vanuatu disposait d'un système de prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) relativement bien développé. Du fait de la signature d'accords internationaux et de l'aide financière et technique reçue par l'archipel, le pays a développé des politiques et de directives nationales prenant en considération les IST. Le gouvernement ne pouvait à lui seul mettre en place toutes les activités décrites dans ces documents, mais il bénéficiait de la présence de partenaires, en particulier des ONG *Wan Smolbag* et *Vanuatu Family Health Association*, qui ont su se professionnaliser et capter des fonds afin de développer des actions de prévention.

L'ambition globale de la Politique de Santé Reproductive 2008 qui, en 2011-2012, encadrait toutes les actions de prévention des IST menées au Vanuatu – est que « toutes les personnes, en particulier les femmes, les hommes et les jeunes et les habitants des zones rurales, en respect avec leurs droits individuels, aient accès à des informations et des services de santé reproductive de qualité[1] » (MoH, 2009 : 19). Cette politique met donc en avant la nécessité de développer des activités concernant non seulement les personnes vivant en milieu urbain, mais aussi celles des zones plus reculées de l'archipel[2]. Malgré un taux de croissance urbaine estimé à 3,5 % par an lors du dernier recensement de la population de 2009, le Vanuatu continuait d'être un archipel à forte concentration rurale. Ainsi, sur les 234 023 habitants que comptait le pays cette année-là, seuls 24,4 % résidaient à Port-Vila et à Luganville (VNSO, 2011 : vi). En dépit de la répartition spatiale de la population et bien qu'il n'existât pas de statistiques fiables permettant d'affirmer que les habitants des zones urbaines

[1] *All people, especially women, men and youth, and those living in rural areas, respectful of their individual rights, shall have access to quality reproductive health services and information*.

[2] Notons que dans son ouvrage intitulé *Explorer la ville*, Ulf Hannerz souligne la nécessité de nuancer la dichotomie rural/urbain. La ville ou la campagne ne sont pas constituées de caractéristiques stables et universelles (1983 [1980] : 100-105). Par exemple, toutes les zones rurales ne disposent pas de services de santé reproductive limités. Cela étant dit, il existe selon Hannerz des « types d'urbanité élargis », malgré la variété des faits urbains (1983 [1980] : 105).

souffraient plus fréquemment d'IST que ceux des milieux ruraux[3], la plupart des activités de prévention conduites en 2011-2012 dans l'archipel concernaient les citadins.

Je vais donc maintenant m'attacher à souligner les disparités géographiques que connaissait le Vanuatu en matière d'accès aux actions de prévention, au moment de mes recherches dans le pays. Pour ce faire, je vais présenter les services de santé sexuelle et reproductive, les interventions, ainsi que les supports de prévention utilisés puis proposer des hypothèses permettant d'expliquer les déséquilibres dans le domaine de l'accès aux connaissances et aux soins selon les endroits.

2.1 Les services de santé sexuelle et reproductive

2.1.1 Les établissements de santé

Les principaux lieux d'information, de prévention et de traitement biomédical des IST au Vanuatu sont les services de santé délivrant des méthodes contraceptives. Les infirmiers et les sages-femmes travaillant dans ces services sont les professionnels de santé les plus à même de véhiculer des messages de prévention, même si les personnes souffrant d'IST peuvent également se rendre dans un service d'urgence générale. Selon l'enquête « Connaissances, Attitudes, Pratiques » 2008-2009, les établissements de santé (dont ceux « destinés aux jeunes ») constitueraient la source préférée et principale d'information et de conseils sur le VIH des jeunes du Vanuatu (UNICEF, 2010 a : 97 ; voir aussi Kennedy *et al*., 2014). D'après une étude qualitative de santé publique intitulée *Risky Business Vanuatu* conduite en 2010 par Karen McMillan et Heather Worth (2011 a : 18), ces cliniques seraient également l'une des principales sources d'information sur les préservatifs et sur le VIH pour la vingtaine de jeunes gens interrogés à Port-Vila (deux hommes et dix-huit femmes) en raison de leur engagement dans des activités prostitutionnelles[4] (voir chapitre 9).

J'ai déjà indiqué qu'en 2012, le gouvernement du Vanuatu gérait six hôpitaux référents, 30 centres médicaux provinciaux, 103 dispensaires et 282 postes de secours. La plupart des 65

[3] L'enquête « Connaissances, Attitudes, Pratiques » 2008-2009 menée au Vanuatu auprès de 510 jeunes gens âgés de 15 à 24 ans (dont 326 sexuellement actifs) indique au contraire que le pourcentage de jeunes femmes déclarant avoir eu plus de cinq IST au cours de l'année est trois fois plus élevé sur l'île de Tanna (14 %) que dans la capitale (UNICEF, 2010 a : 94). Lors de la *Demographic and Health Survey* 2013 conduite au Vanuatu auprès de 2 508 femmes âgées de 15 à 49 ans et 1 333 hommes âgés de 15 à 54 ans, l7,9 % des femmes et 5,8 % des hommes habitant en milieu urbain déclarèrent avoir eu une IST ou un symptôme d'une IST dans les douze derniers mois précédant l'enquête, contre 12,6 % et 5,3 % de ceux des zones rurales (MoH *et al.*, 2014 : 198, voir chapitre 9).

[4] Soulignons ici que si l'enquête « Connaissances, Attitudes, Pratiques » a été conduite au Vanuatu auprès de 510 jeunes sexuellement actifs ou inactifs, l'enquête *Risky Business Vanuatu* a elle uniquement été menée auprès de jeunes ayant eu des rapports sexuels tarifés.

îles et îlots habités que compte l'archipel bénéficiaient de la présence d'un établissement de santé disposant d'un service dédié à la santé sexuelle et reproductive. Mais à chacun de ces niveaux, les services fournis n'étaient pas nécessairement équivalents et les habitants des zones urbaines et rurales du Vanuatu n'étaient pas égaux dans leur accès aux informations, aux méthodes contraceptives ou aux traitements biomédicaux.

Figure 16. Des cartons de préservatifs entreposés au *Central Medical Supplies* de Port-Vila, 2013

D'après la Liste des médicaments essentiels du Vanuatu (*Essential Drug List*) 2008, qui indique quels produits peuvent être commandés par quels types de structure, tous les établissements de santé du pays – y compris les postes de secours situés dans les zones peu habitées de l'archipel et tenus par des agents de santé communautaire bénévoles – étaient habilités à distribuer des préservatifs masculins. Mais les préservatifs féminins, les pilules contraceptives (Microlut et Microgynon) et les injections intramusculaires de Depo-provera (contraceptif actif 3 mois) n'étaient théoriquement disponibles que dans les dispensaires, les centres médicaux et les hôpitaux établis dans les zones plus densément peuplées de l'archipel, tandis que les dispositifs intra-utérins étaient uniquement mis en place dans les établissements de santé des deux derniers niveaux (centres médicaux et hôpitaux). Les traitements biomédicaux, en l'occurrence des antibiotiques (Azithromycin, Ciprofloxacin, Doxycycline, Amoxycillin, Erythromycin), permettant de soigner les IST les plus répandues au Vanuatu pouvaient, quant à eux, être délivrés par le personnel soignant de tous les établissements de santé disposant d'un statut supérieur ou égal à celui de dispensaire. Et les antirétroviraux

destinés aux personnes vivant avec le VIH (Zidovudine, Stavudine, Lamivudine, Efivarens et Nevirapine) ne pouvaient être entreposés que par le Centre national de gestion des stocks de produits pharmaceutiques de la capitale (*Central Medical Supplies* ; Figure 16).

Figure 17. Le *Saupia Health Center* au nord de l'île d'Efate, 2013

Dans les zones les plus faiblement peuplées du Vanuatu où se situent les structures de soins de premier niveau, la possibilité d'accéder aux méthodes contraceptives et aux traitements biomédicaux était donc limitée par les instructions données par l'*Essential Drug List*. Mais les établissements de santé des zones rurales et urbaines de l'archipel expérimentaient fréquemment des ruptures de stock et des retards de livraison ou recevaient des contraceptifs proches de la date de péremption. En 2012, les injections de Depo-provera ne furent, par exemple, pratiquement plus réalisées dans les cliniques de Port-Vila pendant près de quatre mois (UNDP et Servy, 2013 : 41). En novembre 2013, au nord de l'île d'Efate, le *Saupia Health Center* stockait également, dans ses réserves, des préservatifs féminins expirés depuis plus de huit mois (UNFPA et Servy, 2014 : 37 ; Figure 17). Cela étant dit, les problèmes d'acheminement en médicaments et dispositifs biomédicaux (instruments, appareils, équipements) touchaient principalement et d'une manière récurrente les zones les plus reculées de l'archipel. En 2013, les contraceptifs et autres produits de santé reproductive offerts par UNFPA étaient reçus, deux fois par an, par le *Central Medical Supplies* (désormais ici CMS) de Port-Vila après avoir été stockés dans l'entrepôt sous-régional du Pacifique situé aux îles Fidji. Le CMS était ensuite chargé d'envoyer, tous les deux mois, les produits commandés par les six pharmacies provinciales. Et chacune des pharmacies acheminait, par la route ou par bateau, les médicaments et dispositifs biomédicaux réclamés par les centres

médicaux provinciaux, les dispensaires et les postes de secours ruraux. Afin de prévenir les ruptures de stock liées aux difficultés de transport intra et interinsulaire et aux erreurs d'estimation, le CMS doublait la quantité de produits nécessaires au bon fonctionnement des établissements pendant deux mois. Malgré cette précaution, les structures les plus reculées connaissaient régulièrement des ruptures de stock, tandis que les cliniques de la capitale, telles celles de *Vanuatu Family Health Association* ou *Wan Smolbag*, avaient la possibilité, en cas de pénurie, de se rendre à la pharmacie provinciale de Port-Vila ou d'acheter les produits manquants à des entreprises pharmaceutiques privées – ce qui leur permettait de continuer à accueillir leurs patients et à les informer sur les IST (UNFPA et Servy, 2014 : 37-38).

Si le personnel médical des services de santé sexuelle et reproductive du Vanuatu représentait une source privilégiée d'information et de conseils sur les IST, il faut néanmoins noter que certains manquaient de concentration et de motivation du fait du grand nombre de tâches qui leur étaient demandées quotidiennement (UNDP et Servy, 2013 : 41). La pénurie de personnel médical, tout particulièrement en milieu rural, était fortement marquée lors de mon séjour dans l'archipel. L'OMS recommandait ainsi la présence de 2,7 docteurs pour 1 000 habitants, alors que le Vanuatu comptait, en novembre 2012, un docteur pour 47 250 habitants en zone rurale et un docteur pour 1 492 habitants en milieu urbain[5] (source HIS Unit MoH ; UNDP et Servy, 2013 : 39). La même année, selon un rapport portant sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) liés à la santé, 44 centres de soins du Vanuatu ne fonctionnaient pas correctement du fait de sévères pénuries d'infirmiers et de docteurs (UNICEF et MoH, 2012 : 21). Dans ce contexte, on peut aisément supposer que les professionnels des services de santé sexuelle et reproductive, et en particulier ceux exerçant dans les zones rurales, ne prenaient pas nécessairement le temps d'informer et de conseiller systématiquement leurs patients au sujet du VIH et d'autres IST.

Notons en outre que les IST – et en particulier le VIH – étaient encore fréquemment présentées comme une menace étrangère et urbaine (voir aussi Cummings, 2008 : 143). Afin d'évaluer le degré de « risque » pris par une personne souhaitant réaliser un test VIH, les infirmiers et les sages-femmes des services de conseil et de dépistage volontaires et confidentiels (VCCT) du Vanuatu utilisaient un questionnaire officiel sur lequel il était inscrit :

[5] Notons cependant que l'archipel répertoriait un infirmier pour 218 habitants en zone rurale et un infirmier pour 179 habitants en milieu urbain, dépassant ainsi le ratio minimal d'un infirmier pour 1 000 personnes recommandé par l'OMS (source HIS Unit MoH ; UNDP et Servy, 2013 : 39).

> « Certains emplois peuvent placer les individus dans des situations de très grand risque face au VIH tels que docteur, infirmier, technicien de laboratoire. Les personnes voyageant et demeurant de longues périodes à l'étranger, les soldats de la paix, les individus travaillant sur un bateau ont eux aussi de grandes chances d'être exposés à l'infection »[6].

De même, les infirmiers et les sages-femmes de ces centres de dépistage demandaient parfois à leurs patients si leurs partenaires occupaient des professions les amenant à entrer en contact avec des touristes, telles que celle d'employé dans un grand hôtel, par exemple. La ville constituait, lors de mes recherches, le principal lieu de séjour et de résidence des touristes et des expatriés. Sur les 2 872 personnes expatriées d'origine essentiellement australienne, néo-zélandaise ou européenne que comptait le pays en 2009, 67 % habitaient à Port-Vila (VNSO, 2011 : 79). Les IST étaient ainsi non seulement associées aux étrangers, mais aussi à la vie en ville, ce qui pourrait en partie expliquer le moindre temps passé par le personnel des établissements de santé à délivrer des informations sur le VIH en milieu rural.

Figure 18. L'hôpital référent du village de Lenakel sur l'île de Tanna, 2012

Les relations de parenté entre les patients et le personnel employé dans ces établissements, ainsi que le manque d'intimité et de discrétion de certains de ces espaces, particulièrement en zone rurale, pouvaient également constituer un obstacle aux bonnes livraison et réception de ces informations, surtout chez les plus jeunes générations. Afin de gagner du temps, les sages-femmes de l'hôpital référent de Lenakel, sur l'île de Tanna, recevaient par exemple leurs patientes dans une pièce faisant également office de salle

[6] *Sam pipol oli wok long ol wok we hemi save putum olgeta long bigfala risk blong kasem HIV olsem dokta, nes, lab teknisien. Olgeta we oli stap travel mo stap ova si long taem, olgeta police we oli wok long piskiping, olgeta we oli work long ship oli gat bigfala Janis blong oli expos long infeksen.*

d'attente (Figure 18)[7]. Lors de l'analyse stratégique visant à améliorer la distribution et accroître l'utilisation des préservatifs que j'ai conduite en 2013 en tant que consultante indépendante dans trois pays du Pacifique, de nombreux jeunes de Port-Vila et de villages de l'île d'Efate me firent part du sentiment de « honte » (*sem*) qu'ils ressentaient en présence d'une infirmière à laquelle ils devaient parler de leur sexualité, même dans le cas où celle-ci ne connaissait pas leur entourage (UNFPA et Servy, 2014 ; voir aussi Kennedy *et al*., 2013).

La distance entre le lieu de résidence et l'établissement de santé représentait souvent une entrave dans l'accès aux contraceptifs, aux traitements biomédicaux et aux informations sur les IST des populations rurales (voir aussi Petrou, 2009). Selon le rapport de l'UNICEF et du ministère de la Santé (2012 : 22-23) portant sur les OMD, seuls 30 % à 35 % des femmes vivant dans les provinces de Torba et de Shefa (Figure 3, page 15) pouvaient accéder aux services de santé sexuelle et reproductive en mai 2011, alors que ce taux atteignait 70 % dans la province de Penama et dans les zones proches de Port-Vila. D'après les relevés GPS présentés dans ce même rapport, la distance moyenne nationale entre un poste de secours – qui, comme indiqué plus haut, est uniquement habilité à distribuer des préservatifs masculins – et un dispensaire ou un centre médical, qui peuvent délivrer certains contraceptifs et traitements biomédicaux, était de 5,8 km à vol d'oiseau. Mais cette distance pouvait s'élever à 26,4 km dans la province de Shefa et à 23,6 km dans celle de Torba, sans tenir compte des reliefs ou de la nature et de l'état des voies de communication intra et interinsulaires (UNICEF et MoH, 2012 : 22-23 ; Figure 3, page 15). Des programmes de cliniques mobiles furent développés au Vanuatu afin de diminuer l'incidence de l'isolement géographique sur le taux de prévalence des contraceptifs. Cela étant dit, en 2011-2012, ces activités étaient rarement conduites, parce que le gouvernement et les bailleurs internationaux n'allouaient pas et ne répartissaient pas de fonds à l'échelle des dispensaires et des centres médicaux provinciaux pour assurer la mise en place des cliniques mobiles en milieu rural (UNICEF et MoH, 2012 : 11 ; voir UNDP et Servy, 2013 : 39-40).

Pour les habitants de la communauté urbaine de Seaside Tongoa à Port-Vila (voir chapitre suivant), la distance séparant les lieux d'habitation et les établissements de santé ne constituait pas une entrave à leur accès aux contraceptifs, aux traitements biomédicaux ou aux informations sur les IST, puisque le terrain communautaire et celui de l'hôpital central de Port-Vila (*Vila Central Hospital*) n'étaient séparés que par une route. L'hôpital central était composé de plusieurs bâtiments, dont certains étaient en rénovation ou en construction en

[7] Observation du 1er octobre 2012 à l'hôpital de Lenakel sur l'île de Tanna.

2012. Les quatre principaux services hospitaliers étaient la chirurgie, le service de médecine (*medical ward*), la pédiatrie et la maternité, mais l'hôpital central abritait également un service de soins antituberculeux, des services de laboratoire (hématologie, sérologie, microbiologie, radiologie), un service d'urgences, un service de santé maternelle et infantile, un service de santé féminine (*Women's Health*), une pharmacie provinciale et le *Central Medical Supplies* (CMS) déjà mentionné.

Figure 19. Le service de santé féminine de l'hôpital central de Port-Vila, 2011

Des dépistages et des temps consacrés à l'information sur les IST étaient réalisés dans plusieurs des services de l'hôpital central, et tout particulièrement au service de santé féminine (Figure 19). Ce service assurait les soins périnataux, la prescription et l'administration de contraceptifs, le dépistage des cancers de l'utérus, l'analyse cytologique des frottis cervico-vaginaux, les examens post-viols, la prévention de la transmission mère/enfant du VIH (*Prevention of Mother-to-Child HIV transmission* ou PMTCT) et des autres IST, ainsi que les consultations gynécologiques en cas, par exemple, de cancer ou de stérilisation tubaire. Les prélèvements effectués dans ces services, ainsi que dans les autres établissements de santé gouvernementaux de Port-Vila, étaient ensuite analysés dans les laboratoires de l'hôpital central. Le service de santé féminine qui, en mai 2011, accueillait de 30 à 50 patientes par jour, était ouvert de 8 h à 15 h 30, cinq jours sur sept. En plus des aides-soignantes et des élèves infirmiers, quatre sages-femmes et infirmières y étaient affectées, mais du fait des congés, des formations, des réunions et des arrêts maladie, le service se retrouvait régulièrement en sous-effectif. Et si des messages de prévention des IST étaient fréquemment diffusés, les dépistages associés à la prévention de la transmission mère/enfant

du VIH étaient peu réalisés. Néanmoins, la situation de ce service de l'hôpital central de Port-Vila n'était en rien comparable à celles des dispensaires et des centres médicaux des milieux ruraux. Les habitants de Seaside Tongoa, et plus généralement de Port-Vila, avaient en outre à leur disposition d'autres établissements de santé gouvernementaux et privés, tels le *Vila Bay Health Center* ou le *Port-Vila Medical Center*, auxquels ils pouvaient se rendre à pied ou en transport collectif (en l'échange de 150 vatus, soit 1 € par trajet).

Nous verrons dans les chapitres suivants qu'il existait d'autres obstacles à la prestation et à l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive au Vanuatu, mais l'éloignement géographique, la pénurie de personnel de santé, l'association du VIH à la vie en ville et les ruptures de stock sont des éléments permettant d'affirmer que les citadins et les ruraux n'étaient pas égaux dans leur possibilité d'accéder aux informations sur les IST ou aux traitements biomédicaux *via* les établissements de santé. Cette disparité géographique touchait particulièrement les jeunes générations qui, en fonction de leur lieu d'habitation, ne disposaient pas d'un même accès aux services de santé destinés aux jeunes (*Youth Friendly Services*).

2.1.2 Les services de santé destinés aux jeunes

Dans le premier chapitre, on a vu que plusieurs documents gouvernementaux, issus de l'expertise technique étrangère, étaient en vigueur dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive au Vanuatu. Les Recommandations pratiques nationales pour les services adaptés aux jeunes constituaient l'une de ces directives. Ce document national, publié par l'UNICEF en 2010, stipule que :

> « Les services sont adaptés aux jeunes s'il existe des directives et des attributs qui les incitent à les utiliser, si les services leur offrent un environnement confortable et approprié, s'ils répondent à leurs besoins et sont capables de conserver leur jeune clientèle afin d'assurer leur suivi médical et leurs nouvelles visites » (UNICEF, 2010 b : 17).

Ces recommandations pratiques présentent les conditions essentielles et secondaires pour que les services de santé sexuelle et reproductive du Vanuatu puissent devenir des services considérés comme adaptés aux jeunes. Elles sont basées sur la Consultation mondiale sur les services de santé adaptés aux adolescents organisée en Suède par l'OMS en 2001, ainsi que sur des discussions ayant eu lieu au sein d'un groupe consultatif d'experts de cette même agence à Genève, en 2002. Le document national recommande que :

- 1. « l'intimité et la confidentialité des patients soient protégées au sein de ces services » ;

- 2. « les horaires d'ouverture soient cohérents avec les rythmes de vie des étudiants et des travailleurs » ;
- 3. « les services soient centralisés afin que le patient soit accueilli dans un lieu unique par un seul prestataire » ;
- 4. « les membres du personnel de santé soient adaptés aux jeunes du fait de leur motivation, de leur absence de préjugés, de leurs compétences techniques et de communication, etc. » ;
- 5. « des informations et du matériel pédagogiques soient fournis » ;
- 6. « des réseaux de jeunes bénévoles et de pairs éducateurs soient présents » ;
- 7. « le soutien de la communauté et des leaders locaux vis-à-vis de ces services soit obtenu » (UNICEF, 2010 b : 19-21).

Dans les services de santé reproductive et sexuelle adaptés aux jeunes du Vanuatu, les patients, qui n'étaient pas exclusivement âgés de moins de 25 ans, bénéficiaient ainsi non seulement des messages de prévention des IST véhiculés par les infirmières et les sages-femmes, mais aussi de la présence d'autres sources d'information : des posters étaient accrochés aux murs, des vidéos étaient diffusées dans les salles d'attente, des brochures et des bandes dessinées étaient consultables et des jeunes éducateurs discutaient avec les patients (voir pages 69-72).

En 2011-2012, le Vanuatu comptait plusieurs services de santé destinés aux jeunes. J'ai déjà indiqué qu'*Oxfam Australia* finançait les services de santé adaptés aux jeunes de l'organisation non gouvernementale *Wan Smolbag.* Ces services étaient situés dans les villes de Port-Vila (*Kam Pusum Hed*) et de Luganville (*Northern Care Youth Centre*), ainsi que dans le village de Loltong sur l'île de Pentecôte (*Halua Youth Centre*). Ils se composaient d'un centre pour jeunes, d'un programme d'éducation par les pairs et d'une clinique où exerçaient deux infirmières. Mais le centre de Loltong ne bénéficiait de la présence d'un personnel soignant qu'une fois par mois. La clinique *Kam Pusum Hed,* située dans le quartier de Tagabe, était ouverte du lundi au vendredi de 8 h à 17 h, ainsi que le samedi jusqu'à midi au début de l'année 2011 (Figure 20). Elle recevait plus de 5 000 visites par an : majoritairement des femmes, dont certaines étaient âgées de moins de 25 ans (voire de moins de 18 ans), mais dont la plupart avaient déjà un enfant (voir chapitre 5, pages 203-210). La clinique offrait diverses prestations : conseil en santé sexuelle et reproductive, prescription et administration de contraceptifs, dépistage et traitement des IST, conseil et dépistage volontaires et confidentiels du VIH (VCCT), dépistage du cancer de l'utérus, distribution de

préservatifs ainsi qu'un service régulier de clinique mobile dans trois villages périurbains de l'île d'Efate (Etas, Teuma et Rantapao). À Luganville, la clinique *Northern Care Youth Centre*, ouverte en 2005, enregistrait plus de 3 000 visites par an et proposait le même type de prestations que celles de la clinique *Kam Pusum Hed*. Le *Halua Youth Centre*, établi en 2004 afin d'offrir des services en santé sexuelle et reproductive dans le village de Loltong (île de Pentecôte), continuait, quant à lui, d'accueillir principalement des patients (entre 400 et 500 par an) à la recherche d'autres prestations de santé que l'administration de contraceptifs ou le traitement des IST (WSB, 2011 : 14-16).

Figure 20. La salle d'attente de la clinique *Kam Pusum Hed* à Port-Vila, 2011

Pendant mes séjours sur le terrain, *Vanuatu Family Health Association* gérait, elle aussi, deux cliniques adaptées aux jeunes dans les villes de Port-Vila et de Luganville. À chacun de ces établissements étaient rattachés un centre d'accueil et un réseau de bénévoles. Ces cliniques offraient les mêmes services de santé sexuelle et reproductive que celles de *Wan Smolbag*. Mais les deux sages-femmes de la clinique située dans le centre de Port-Vila réalisaient également les suivis périnataux et répondaient à d'autres types de besoins médicaux, tel le traitement de maladies bénignes (angine, rhume, varicelle, etc.). Comme on l'a déjà vu, la clinique de Port-Vila recevait plus de 7 500 visites par an, principalement des femmes, mais aussi des hommes et des enfants (Figure 21). En outre, *Vanuatu Family Health Association* disposait en 2012 de neuf centres d'accueil pour les jeunes (*Youth-drop-in centers*) sur les îles d'Ambae, d'Ambrym, d'Épi, de Gaua, de Mallicolo, de Paama, de Pentecôte, de Tanna et de Tongoa (Figure 3, page 15). Ces centres furent créés pour faciliter l'accès aux préservatifs et délivrer des conseils en matière de santé sexuelle et reproductive en

milieu rural, *via* la mise en place de réseaux de bénévoles. Mais peu de centres étaient encore en activité en 2012, faute de salaires et de fonds alloués à leurs coordinateurs (UNDP et Servy, 2013 : 36).

Figure 21. La salle d'attente de la clinique de *Vanuatu Family Health Association* à Port-Vila, 2011

J'ai également indiqué que l'ONG *Save the children Australia* tentait d'améliorer la qualité et l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive pour les jeunes des zones rurales du Vanuatu. En 2011, cette ONG intégra des services adaptés aux jeunes dans deux établissements de santé gouvernementaux : le centre médical du village de Lamap sur l'île de Mallicolo et celui du village de Nduidui sur l'île d'Ambae (Figure 22). Avant d'inaugurer le service destiné aux jeunes du centre médical de Nduidui en mai 2011, *Save the children Australia*, aidée par des intervenants du ministère de la Santé, de l'hôpital référent de Luganville et de *Vanuatu Family Health Association*, forma, pendant deux semaines, quatorze jeunes éducateurs (sept filles et sept garçons) des villages alentour, ainsi que tous les membres du personnel du centre de santé, autrement dit deux infirmiers, une sage-femme, deux aides-soignantes, un technicien de laboratoire, un chauffeur d'ambulance et un agent de surface. Le service périnatal fut également rénové et nettoyé et la salle d'accueil fut équipée d'un canapé, de deux fauteuils, d'un poste de télévision, d'un lecteur de DVD, d'une chaîne HI-FI, ainsi que de posters, de bandes dessinées et de DVD de prévention. Les éducateurs de ces deux centres de santé avaient pour rôle d'accueillir les jeunes patients et de distribuer ou vendre des préservatifs de la marque *Score* dans leurs communautés (SCA, 2011). Mais deux ans après

leur inauguration, l'engagement des éducateurs et l'efficacité de ces services ruraux étaient déjà fortement mis en cause par le personnel de l'ONG[8].

Figure 22. L'inauguration du service de santé destiné aux jeunes du centre médical de Nduidui sur l'île d'Ambae, 2011

De la même manière, en 2008, l'organisme chrétien *World Vision Vanuatu* développa un projet sur trois ans visant à « prévenir la propagation du VIH et des IST au sein de la population rurale du Vanuatu ». Les deux principaux objectifs de ce projet, financé par *World Vision Australia*, étaient d'améliorer l'accès des jeunes aux services de santé et d'accroître leurs connaissances sur les comportements « à risque » et les moyens de se protéger du VIH et des autres IST. Le projet fut mis en place dans le village de Lenakel, sur l'île de Tanna. Un centre d'accueil pour jeunes (*Youth-drop-in center*) et un service de santé spécialisé dans le dépistage et la prévention des IST furent établis près de l'hôpital référent de Lenakel et 26 jeunes éducateurs furent formés. Malgré un roulement volontaire du personnel très élevé qui engendra des difficultés pour assurer une prestation de services constante et des horaires d'ouverture adaptés aux jeunes, le rapport d'évaluation produit par l'ONG de recherche en santé publique australienne *Burnet Institute* loua le succès rencontré par ce projet et en particulier l'accessibilité du centre et de la clinique et son acceptation par les habitants de l'île de Tanna. Néanmoins, en 2011, le centre d'accueil pour jeunes et le service de santé adapté fermèrent en même temps que les financements cessèrent à la fin de la période prévue par le projet (Burnet Institute, 2011 : 5, 11).

[8] Entretien du 12 novembre 2013 au siège de Port-Vila de *Save the children Australia.*

Ainsi, alors qu'il existait à Port-Vila et à Luganville des cliniques de santé sexuelle et reproductive adaptées aux jeunes en état de fonctionnement, il était rare de trouver de telles cliniques dans les zones rurales du Vanuatu. Les services destinés aux jeunes établis en 2008 et en 2011 sur les îles de Tanna, d'Ambae et de Mallicolo fonctionnaient mal ou arrêtèrent leurs activités quelques années après leur inauguration. Les membres de la communauté urbaine de Seaside Tongoa disposaient, quant à eux, de services adaptés aux jeunes des cliniques de *Wan Smolbag* et de *Vanuatu Family Health Association*, où ils pouvaient se rendre à pied dans le premier cas et en transport collectif dans le second. Un groupe de jeunes hommes m'expliqua en outre que les éducateurs de *Wan Smolbag* venaient parfois les chercher gratuitement, en bus, pour qu'ils bénéficient des services offerts par l'ONG[9]. Cela étant dit, après avoir fait l'analyse des cahiers de consultations 2010-2011 de ces deux établissements de la capitale, rares étaient les membres de la communauté à se déplacer jusqu'à la clinique de *Wan Smolbag* (située à 5,4 km) et seuls certains d'entre eux se rendaient à la *Vanuatu Family Health Association* (située à 1,6 km selon *Google Map*). La plupart des habitants de Seaside Tongoa préféraient utiliser les services de l'hôpital central de Port-Vila ou d'autres établissements et spécialistes du soin (voir chapitre 8). Mais plusieurs membres de cette communauté avaient néanmoins déjà travaillé pour *Wan Smolbag*, notamment, en tant qu'éducateurs.

2.1.3 L'éducation par les pairs

D'après le réseau mondial *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) auquel la *Vanuatu Family Health Association* est rattachée (voir chapitre 1, page 51), l'éducation par les pairs désigne les « diverses stratégies par lesquelles des personnes d'un même groupe d'âge, de mêmes origines, de mêmes cultures ou de mêmes milieux sociaux s'éduquent et s'informent les unes les autres sur toutes sortes de sujets » (IPPF, 2006 : 6).

Des programmes d'éducation par les pairs ont été utilisés dans de nombreux domaines de la santé publique, telles l'éducation nutritionnelle, la prévention des violences ou la consommation de drogues. Cependant, la plupart des initiatives mises en place à travers le monde ces dernières décennies concernaient la prévention du VIH et des autres IST. Par exemple, le rapport publié par l'ONUSIDA à la suite de la « Consultation internationale sur l'Education par les Pairs et le VIH/SIDA » organisée en 1999 en Jamaïque indique que 116 des 195 projets développés dans les années 1990 par l'ONG américaine *Family Health*

[9] Entretien collectif du 15 novembre 2013 avec un groupe de jeunes hommes de Seaside Tongoa.

International (désormais FHI 360) dans le cadre du programme AIDSCAP (*AIDS Control and Prevention*) utilisaient l'éducation par les pairs comme stratégie de communication (ONUSIDA, 2000 [1999] : 7).

Aucun projet du programme AIDSCAP n'a été mis en place au Vanuatu mais, comme on l'a vu, l'archipel comptait en 2011-2012 plusieurs réseaux d'éducateurs, généralement rattachés à des services de santé destinés aux jeunes. Afin de « standardiser » les programmes développés dans le pays et de « réglementer les informations » diffusées par le biais de ces programmes (MoH, 2010 b : 19), le ministère de la Santé du Vanuatu et ses partenaires ont souhaité créer un « Manuel national d'éducation par les pairs ». Ce document, qui était en vigueur au moment de mes recherches au Vanuatu, définit le pair éducateur (*peer educator*) comme « une personne bénévole, formée pour aider un groupe de pairs à prendre la décision de changer ses comportements concernant la santé reproductive, le VIH et les IST » (MoH, 2010 b : 19). D'après ce manuel, le rôle d'un tel éducateur est de programmer et de mener des activités dans le but de véhiculer des informations, de susciter des discussions, de promouvoir les changements comportementaux, d'encourager l'utilisation des services de santé, de responsabiliser ses pairs et de les assister dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive (MoH, 2010 b : 20).

Le ministre de la Santé qui a signé la préface de ce document national qualifie les programmes d'éducation par les pairs comme « l'une des manières les plus efficaces de transmettre des informations adaptées à des groupes ciblés dans les communautés » (MoH, 2010 b : 3). Pourtant, j'ai montré que la plupart des activités d'éducation par les pairs menées au Vanuatu se déroulaient dans les zones urbaines ou péri-urbaines de Luganville et de Port-Vila. Du fait d'un manque de financement et de coordination, les bénévoles des milieux ruraux formés par *World Vision Vanuatu*, *Save the Children Australia* ou *Vanuatu Family Health Association* cessaient en effet fréquemment d'être actifs peu de temps après avoir suivi leur formation. Quant aux éducateurs de la *Vanuatu Family Health Association* basés à Port-Vila, ils menaient parfois des ateliers de prévention (*workshops*) lors desquels ils distribuaient des préservatifs aux personnes qu'ils rencontraient dans la capitale, mais ces actions étaient occasionnelles[10].

J'ai également déjà indiqué que *Save the Children Australia* tentait de développer depuis 2010 un programme d'éducation par les pairs dans quatre clubs de Port-Vila, qui regroupait 43 jeunes déscolarisés âgés de 10 à 16 ans. L'un de ces clubs, situé dans le quartier de

[10] Et lors de mes recherches dans cette association, je n'ai pas eu l'occasion d'observer un éducateur accueillir les patients de la clinique.

Nambatu, répertoriait parmi ses membres plusieurs jeunes filles de la communauté de Seaside Tongoa. Un rapport publié par l'ONG précisait que ces clubs ne comptaient pas de formateur de sexe féminin et qu'il était incohérent qu'un homme adulte aborde des questions de santé sexuelle et reproductive avec des jeunes filles. En outre, ils n'étaient pas rattachés à une clinique et les jeunes devaient se rendre à *Wan Smolbag* s'ils souhaitaient utiliser des services de santé adaptés (SCA, 2011).

Bénéficiant de la présence de coordinateurs et de fonds leur permettant de conduire des activités et de recevoir une prime incitative de 12 000 vatus (92 €) par mois[11], les éducateurs de *Wan Smolbag* étaient ceux qui réalisaient, lors de mes séjours dans la capitale, le plus d'actions de prévention. Le nombre de ceux qui étaient rattachés à la clinique de Port-Vila était fluctuant, mais à titre d'exemple, le jeudi 23 juin 2011, huit jeunes femmes et cinq jeunes hommes étaient inscrits sur le tableau des « tournées » lors desquelles les volontaires se rendaient en binôme mixte dans un quartier de Port-Vila pour distribuer des préservatifs, parler des IST et présenter l'ONG, les services offerts par la clinique et le centre pour les jeunes. En outre, deux personnes étaient en période d'essai ce jour-là, dont une jeune femme de la communauté de Seaside Tongoa qui avait une sœur cadette et un beau-frère ayant aussi travaillé, quelques années auparavant, comme éducateurs pour cette ONG. La moitié des volontaires étaient qualifiés en interne de « pairs normaux » (*normal peer*), tandis qu'une autre moitié, plus spécialisée si l'on peut dire, travaillait exclusivement auprès d'« hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes » (MSM) et de « femmes travailleuses du sexe » (FSW), autrement dit des personnes considérées comme à risque face à la contraction des IST (voir chapitre 9).

Le rapport d'activité 2011 de cette organisation indique que le programme d'éducation par les pairs de Port-Vila toucha, cette année-là, 4 084 personnes (dont 54 % de femmes et 53 % de jeunes âgés de 14 à 24 ans). Lors de leurs tournées en binôme dans les différents quartiers de la capitale ou au sein de l'enceinte de l'ONG, les éducateurs spécialisés discutèrent aussi avec 59 MSM et 294 FSW[12]. En 2011, ils animèrent en outre quarante-cinq ateliers d'information réservés à ces deux types de publics. Et dans le cadre d'une étude menée par *Wan Smolbag* en partenariat avec le *Burnet Institute*, ils conduisirent des entretiens avec des MSM et des FSW de Port-Vila. En 2011, les pairs éducateurs de la capitale organisèrent également des ateliers d'information en santé sexuelle et reproductive avec des

[11] Entretien du 10 septembre 2009 avec une éducatrice par les pairs âgée de 17 ans.
[12] Participation à une visite d'éducateurs par les pairs de *Wan Smolbag* dans une maison de travailleuses du sexe, le 20 juin 2011.

écoliers de 10e année (Grade 10) et distribuèrent des préservatifs masculins – 5 972 furent distribués en 2011 (WSB, 2011 : 14-15) – ainsi que des supports d'information créés par l'ONG. Toutes les trois semaines, les préservatifs étaient placés par les éducateurs dans les boîtes de nuit, les hôtels, les marchés urbains et les bars à kava de la capitale[13] (Figure 23). Ils étaient aussi donnés aux jeunes gens, aux gardiens de nuit, aux marins, aux MSM et aux FSW rencontrés au cours des tournées de deux heures qu'ils menaient quatre fois par semaine et lors d'événements annuels, tels les festivals de musique de Port-Vila. Les distributeurs de préservatifs gratuits, placés dans des points fixes de la capitale, étaient généralement vides une huitaine de jours après le passage des éducateurs. Soulignons cependant que les personnes résidant dans les zones rurales de l'archipel bénéficiaient rarement, quant à eux, de la présence de tels distributeurs et de tels éducateurs (UNFPA et Servy, 2014 : 38).

Figure 23. Un distributeur de préservatifs en forme de tube jaune, situé à la droite d'un bar à kava, Port-Vila, 2013

On constate donc que les habitants des zones urbaines et rurales du Vanuatu ne sont pas égaux dans leur possibilité d'accéder aux informations sur les IST, aux préservatifs et aux traitements biomédicaux. Les établissements de santé, les services de santé sexuelle et reproductive destinés aux jeunes et les programmes d'éducation par les pairs n'étaient pas équitablement répartis ou aussi fonctionnels dans les différentes régions de l'archipel. J'ai montré que les établissements du gouvernement, les services adaptés et les réseaux d'éducateurs des ONG constituaient pour les urbains une source non négligeable d'information sur les IST, non seulement grâce aux moments que les volontaires et les

[13] Les bars à kava (*kava bar*) sont des lieux de vente et de consommation du kava, une boisson narcotique confectionnée à partir des racines du poivrier sauvage *Piper methysticum*.

professionnels passaient à discuter avec les patients et les personnes rencontrés dans le cadre de leurs activités, mais aussi grâce aux interventions et à la distribution de supports de prévention que nous allons maintenant présenter.

2.2 Les interventions

2.2.1 Les ateliers d'information

Lors de mes séjours au Vanuatu, de nombreux ateliers d'information étaient conduits dans les quartiers de Port-Vila ainsi que dans certaines îles de l'archipel. Les trois antennes de l'organisation *Wan Smolbag* menaient, en effet, des ateliers destinés aux écoliers, aux jeunes déscolarisés, aux communautés, aux « leaders » (responsables religieux ou « chefs » de village, par exemple, voir chapitre 3), etc. Ces ateliers abordaient diverses thématiques : la planification familiale et les IST, mais aussi la nutrition, l'agriculture, l'élevage, la sauvegarde des tortues, la bonne gouvernance, la couture, l'informatique, etc. (WSB, 2011). En 2011, *Wan Smolbag* organisa sur les îles de Nguna, d'Espiritu Santo, de Mallicolo et de Tanna, quatre ateliers d'information sur le thème des violences sexuelles (voir chapitre 10, pages 450-451). De son côté, le service de santé dédié aux jeunes de cette organisation sur l'île de Pentecôte (appelé, comme on l'a vu, le *Halua Youth Centre*) mit en place 24 ateliers dont certains traitaient de la contraception et des IST (WSB, 2011 : 37, 41). Mais les ateliers d'information sur la santé sexuelle et reproductive menés en 2011-2012 se déroulèrent principalement en milieu urbain.

D'après son rapport d'activité de 2011, l'ONG *Wan Smolbag* a conduit dix-sept ateliers sur le thème de la santé reproductive et sexuelle à Luganville et cinquante ateliers à Port-Vila cette année-là (WSB, 2011). Du 1er au 3 novembre 2011, j'ai assisté à un atelier d'information de trois jours organisé par cette ONG dans la communauté de Seaside Tongoa (Figure 24)[14]. Les sections furent conduites par huit pairs éducateurs de la clinique destinée aux jeunes *Kam Pusum Hed* qui étaient plus ou moins expérimentés. Plusieurs documents furent distribués et divers sujets abordés, dont le système reproductif, la puberté, les responsabilités et les rôles sexués, les grossesses précoces, le cancer de l'utérus, le harcèlement sexuel, la planification familiale, les préservatifs masculins et féminins, les drogues, le VIH et les autres IST, ainsi que les services de conseil et de dépistage volontaires et confidentiels (VCCT). Un éducateur

[14] Notons que les questions, réactions et points soulevés par les participants et les éducateurs dans le cadre de cet atelier seront analysés dans plusieurs des chapitres composant cette thèse.

expliqua l'origine des IST par les flux de populations au départ et en direction du Vanuatu[15]. Les sections se déroulaient de 8 h 30 à 15 h 30 sur le terrain de la « Communauté des femmes de Seaside Tongoa » (voir chapitre suivant). L'atelier était ouvert à tous les habitants du quartier, mais ce sont surtout des femmes et des jeunes qui étaient attirés par l'annonce de cette action de prévention. Sur les dix-huit participants réguliers, onze jeunes filles âgées de 15 à 20 ans étaient présentes. La plupart d'entre elles avaient pour habitude de prendre part au programme d'éducation par les pairs de *Save the Children Australia* mis en place dans le centre de Nambatu (voir pages 70-71). Les hommes étaient également plutôt jeunes (16-25 ans), mais un ou deux participants atteignaient l'âge de 40 ans. Un homme de Seaside Tongoa âgé lui d'une trentaine d'années m'expliqua :

> « Il y a beaucoup de séances d'information [sur les préservatifs et les IST] faites dans ma communauté mais cela ne fonctionne pas car les parents ne viennent pas y assister. Ils pensent que ce sont des trucs de jeunes. Et les hommes ne viennent pas lorsqu'on parle de planification familiale car ils pensent que ce sont des trucs de femmes »[16].

Figure 24. Un atelier d'information mené dans la communauté de Seaside Tongoa à Port-Vila, 2011

Relevons que ce commentaire sur la structure par âge et par sexe des ateliers d'information en santé sexuelle et reproductive tenus à Seaside Tongoa donne un premier aperçu des relations entre les générations et entre les hommes et les femmes qui étaient en jeu dans cette communauté. J'analyse dans le chapitre 6 le lien entre ces relations et les questions

[15] Au cours d'un atelier d'information organisé dans la communauté d'Ohlen Nabanga à Port-Vila (Figure 4, page 20), le 17 juin 2011, un éducateur de *Wan Smolbag* présenta les travailleurs saisonniers se rendant en Nouvelle-Zélande et les touristes étrangers comme des menaces sanitaires.
[16] Entretien du 9 juin 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.

de santé sexuelle et reproductive, mais notons déjà ici qu'à la fin de l'atelier, les éducateurs de *Wan Smolbag* offrirent 19 250 vatus (147 €) au groupe des femmes (« mères ») de Seaside Tongoa et 13 500 vatus (103 €) au groupe des jeunes de la communauté pour les remercier de leur participation et des repas et collations préparés, ainsi que 3 000 vatus (23 €) supplémentaires pour compenser l'utilisation du terrain de la Communauté des femmes. Cette répartition avait été décidée par l'ONG avant même le début de l'atelier et était identique à celle observée à la fin d'autres réunions d'information. Comme on le verra, ce partage des indemnités pourrait résulter d'une certaine volonté de l'ONG de renforcer (*empower*) la position des jeunes et des femmes dans les communautés.

J'ai également eu l'occasion d'assister à l'un des ateliers d'information conduits par les éducateurs de *Wan Smolbag* auprès de personnes étiquetées comme des femmes travailleuses du sexe (FSW) ou des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (MSM). Le matin du 28 avril 2011, deux éducateurs se considérant comme « gays » menèrent pendant une heure, un atelier d'information sur les IST avec cinq jeunes hommes âgés de 20 à 30 ans qu'ils me présentèrent en aparté non pas comme des MSM, mais comme des « clients de MSM » (voir chapitre 9, page 375 pour une explication détaillée de ces différents termes). Installés dans l'une des salles de l'ONG, les éducateurs disposèrent des feuilles de papier sur le sol et invitèrent chacun des participants à en sélectionner une sur laquelle était décrit un symptôme qu'eux ou que l'un de leurs amis avait déjà eu. L'une des pancartes indiquait par exemple : « lorsque tu urines, tu as mal » (*taem yu pispis i so*). Ils lurent avec les cinq jeunes hommes une brochure détaillant les signes de chaque IST, puis répondirent à leurs questions et les incitèrent à utiliser les services de la clinique située dans la pièce voisine avant de verser à chacun 500 vatus (4 €) pour couvrir les frais de transport de la matinée.

À ma connaissance, seule *Wan Smolbag* menait des ateliers d'information à destination des MSM et des FSW en 2011-2012 et ceci uniquement dans la capitale. Mais d'autres groupes particuliers bénéficiaient d'ateliers d'information à Port-Vila. L'association *Vanuatu Family Health* orchestrait par exemple depuis quelques années un programme spécifiquement destiné aux hommes et correspondant à la Politique de Santé Reproductive 2008 (voir chapitre 1, pages 45-46), mais qui touchait là encore principalement les jeunes de la capitale et de ses alentours. Le 27 septembre 2012, j'ai assisté à l'une des quatre journées d'un atelier du programme *Men and boys*, qui a rassemblé quatorze jeunes hommes âgés de 18 à 30 ans, vivant à Port-Vila ou dans le village périurbain de Teuma (Figure 25). Les sections étaient conduites par des salariés de l'association, en l'occurrence une sage-femme, une opératrice téléphonique du numéro vert, un responsable de programme et un coordinateur des jeunes.

Pendant cette journée ont été traitées des questions autour de la parentalité, de l'avortement, des IST, des moyens de contraception et des préservatifs, mais l'importance des capacités de communication, de la santé psychique et physique ainsi que la possibilité pour chaque individu de planifier sa vie et de faire des choix ont également été abordées. Un participant me confia ainsi :

> « Ce que j'ai appris de plus important pendant cet atelier, c'est qu'il y a de bons et de mauvais choix. Avant je faisais des choix comme ça. Mais maintenant, je sais que nous avons tout entre nos mains, c'est à nous de faire les bons choix »[17].

Notons que cet extrait d'entretien, réalisé afin de connaître les différentes thématiques évoquées pendant l'atelier *Men and boys*, nous permet d'ores et déjà de mentionner l'un des aspects des messages de prévention auquel le chapitre 6 est consacré : la mise en avant de la notion de responsabilité et de choix individuels en matière de santé reproductive et sexuelle.

Figure 25. Un atelier *Men and boys* mené par la *Vanuatu Family Health Association* à Port-Vila, 2012

D'autres ateliers ciblant des groupes particuliers furent organisés par la *Vanuatu Family Health Association* pendant mes séjours à Port-Vila. Du 18 au 20 juillet 2011, un atelier destiné aux leaders de toutes les dénominations religieuses de la capitale fut ainsi conduit par l'association afin d'inciter les responsables religieux à parler de sexualité avec les jeunes fidèles (Figure 26). Quatorze leaders appartenant principalement aux Églises presbytérienne et adventiste se rassemblèrent pendant trois jours consécutifs, de 9 h à 12 h 30[18]. Chaque participant reçut 300 vatus (2 €) par jour pour couvrir les frais de transport. Les intervenants

[17] Entretien du 27 septembre 2012 avec un participant de l'atelier *Men and boys* âgé d'une vingtaine d'années.
[18] Cet atelier d'information pour les leaders religieux s'est tenu dans le village périurbain de Mele, sur l'île d'Efate, du 18 au 20 juillet 2011.

occupaient des postes de sage-femme, de coordinateur ou de responsable de projet. L'atelier aborda diverses thématiques, dont le VIH et les autres IST, la planification familiale, l'avortement, les grossesses précoces, la stratégie de prévention ABC (Abstinence, Fidélité, Préservatif, voir chapitre 6, pages 257-260), l'usage des préservatifs masculins et féminins, ainsi que les passages de la Bible évoquant la prévention des grossesses non désirées et des IST. Si les leaders reconnurent l'utilité d'aborder ces thématiques avec les jeunes fidèles, ils évoquèrent leurs réticences à la fin de l'atelier à parler d'outils ou d'idées, tels les préservatifs, étrangers aux livres religieux de référence. L'un des responsables encouragea donc l'association à intervenir elle-même auprès des communautés si elle souhaitait prôner l'utilisation des préservatifs.

Figure 26. Un atelier destiné aux leaders religieux, organisé dans le village de Mele, 2011

Si les leaders presbytériens et adventistes présents à cet atelier n'envisageaient pas de mener des séances de prévention sur les IST au sein de leurs congrégations, on a vu que ces deux dénominations chrétiennes – auxquelles je me suis particulièrement intéressée du fait des convictions religieuses des habitants de Seaside Tongoa (voir chapitre 3, page 134) – disposaient de leurs propres programmes de promotion de la santé. La mission adventiste du Septième jour du Vanuatu organisait ainsi des séminaires de formation et des séances d'information dans les communautés urbaines et rurales de l'archipel. Dans le but d'informer les fidèles des maladies transmissibles (paludisme, tuberculose, IST, hépatites) et non transmissibles (hypertension, diabète), les adventistes mettaient l'accent sur la nécessité de garder propres les maisons, les églises et les communautés, ainsi que de tempérer la consommation de boissons et d'aliments. Ils enseignaient aux habitants les effets négatifs de

l'alcool, du kava, de la caféine, du tabac, de la marijuana, des « aliments impurs » décrits dans le Lévitique, de la fornication et de l'adultère. Ils soulignaient parallèlement les effets positifs de l'eau, d'un régime alimentaire équilibré, de l'exercice physique, de l'exposition adéquate au soleil, de l'air frais, du repos et de la fidélité conjugale. Ces différentes thématiques furent ainsi exposées lors des réunions d'évangélisation organisées chaque soir entre le 8 et le 27 avril 2012, à Seaside Tongoa[19]. Je ne me trouvais pas au Vanuatu lorsque cet atelier de trois semaines fut conduit, mais j'ai néanmoins pu collecter auprès des intervenants les présentations *PowerPoint* utilisées. Au cours des réunions et des services religieux adventistes tenus dans le quartier de Seaside, chaque semaine, des messages de santé étaient en outre promulgués par les fidèles[20].

L'Église presbytérienne du Vanuatu organisait elle aussi des activités de prévention du VIH et des maladies non transmissibles dans les communautés urbaines et, parfois, rurales de l'archipel. D'après des membres du Conseil de santé presbytérien du Vanuatu, des séances d'information étaient conduites en partenariat avec le gouvernement et les provinces et des ateliers étaient menés par les leaders religieux locaux au niveau des congrégations[21]. En 2011-2012, ces activités demeuraient cependant sporadiques. Alors que la promotion de la santé était bien organisée dans l'Église adventiste et reflétait sa structure hiérarchique, la promotion de la santé dans l'Église presbytérienne dépendait davantage des efforts des congrégations (UNDP et Servy, 2013 ; voir chapitre 8, pages 352-357).

En plus des ateliers destinés aux leaders religieux, aux hommes, aux MSM et aux FSW, des séances d'information sur les questions de santé reproductive et sexuelle étaient menées auprès de prisonniers. À l'inverse des personnes qualifiées de MSM ou de FSW, les personnes enfermées dans les prisons du Vanuatu n'étaient pas considérées comme un groupe à risque au moment de mes recherches dans le pays (voir chapitre 9). Même si les prisonniers avaient des relations sexuelles entre eux, les préservatifs n'étaient pas disponibles dans les établissements pénitentiaires de l'archipel[22]. Néanmoins, des ateliers d'information étaient parfois organisés dans les prisons de Port-Vila. Le 8 juin 2011, deux infirmières de l'hôpital central rendirent par exemple visite aux sept femmes et aux deux gardiennes qui occupaient, à cette date, le centre pénitencier pour femmes de la capitale. Pendant deux heures, elles leur

[19] Entretien du 10 octobre 2012 avec une coordinatrice santé adventiste âgée d'une trentaine d'années.
[20] Notons que des chapitres ultérieurs traiteront en détail du contenu des messages de prévention véhiculés par l'Église adventiste du Vanuatu.
[21] Entretiens du 20 août 2012 avec un homme âgé d'une trentaine d'années, coordinateur santé de l'Église presbytérienne à Vanuatu et du 11 octobre 2012 avec le président du Conseil de Santé presbytérien âgé d'une soixantaine d'années.
[22] Entretien du 26 septembre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.

parlèrent des méthodes de planification familiale et du dépistage du cancer de l'utérus. Mais les remarques émises par les prisonnières permirent également d'aborder, dans ses grandes lignes, la question des IST. Alors que l'infirmière présentait les posologies et les conséquences physiologiques de la prise de contraceptifs, une participante déclara que la pilule rendait stérile. L'infirmière rétorqua :

> « Ce n'est pas la pilule qui fait qu'une femme ne peut plus jamais avoir d'enfants. Ce sont les IST qui rendent le tube par lequel passe l'ovule trop petit. Cela dépend de la façon dont on se contrôle (*manage*). Il faut aller à la clinique pour faire un test parce qu'il y a plein de types d'IST. Et il faut aussi faire attention au VIH »[23].

Notons que, tout comme le message véhiculé lors de l'atelier *Men and boys*, celui transmis par cette infirmière insiste sur la responsabilité individuelle des participantes vis-à-vis de leur santé reproductive et sexuelle (voir chapitre 6).

Figure 27. La prison à « haut risque » pour hommes de Port-Vila, 2011

En 2011, deux ateliers d'information furent réalisés dans un centre pénitencier de Port-Vila par l'organisme *Vanuatu Family Health Association*. L'ONG souhaitait mettre en place un programme hebdomadaire visant à augmenter les connaissances des hommes enfermés dans la « prison à haut risque » de Port-Vila. Ces prisonniers, en particulier ceux accusés de délinquance sexuelle, étaient généralement jeunes. D'après un rapport officiel, 62 % des agresseurs sexuels emprisonnés en 2008 avaient en effet moins de 25 ans (Dipatmen blong Koreksenol Sevis, 2008 : 3, voir chapitre 10, pages 440-441). Mais pour des raisons de sécurité, le programme fut annulé alors que seulement deux sessions avaient été réalisées. La

[23] Atelier d'information du 8 juin 2011 à la prison pour femmes de Port-Vila.

séance du 26 septembre 2011 présenta de manière assez générale les thématiques de la santé physique, mentale et reproductive (Figure 27)[24], mais les IST ne furent pas abordées par les intervenants de l'association qui avaient prévu de traiter ce sujet à une étape plus avancée du programme.

D'après mes observations et l'analyse des rapports d'activité des ONG, les ateliers d'information sur la santé sexuelle et reproductive qui furent organisés quand j'étais au Vanuatu se déroulèrent principalement auprès de jeunes personnes résidant en milieu urbain ou périurbain. Certaines des séances d'information que j'ai présentées, tels l'atelier du 1er au 3 novembre 2011 organisé par *Wan Smolbag* et les réunions menées par l'Église adventiste du Septième jour, ont été conduites à Seaside Tongoa. Ayant réalisé la plupart de mes terrains dans cette communauté, ces séances représentent un point d'ancrage essentiel à mes recherches sur les réactions locales face à la prévention des IST. De ce fait, certains de ces ateliers seront analysés de manière plus détaillée dans les chapitres suivants.

2.2.2 Les pièces de théâtre

Le théâtre constituait également un outil éducatif fortement prisé par l'organisation non gouvernementale *Wan Smolbag.* Entre 1989 et 2012, la cofondatrice de cette ONG, Jo Dorras, écrivit plus de vingt-six pièces abordant des thématiques variées, comme l'environnement, la violence domestique, les grossesses précoces, la politique et la santé. Sept d'entre elles portent sur la prévention des IST : par exemple, *Coming home* (1999) évoque le retour au village d'un jeune marin devenu séropositif après avoir navigué à travers le monde et *History of AIDS* (2003) fait le récit des épidémies américaines, africaines et océaniennes et traite de la menace que le VIH représente pour l'archipel. Pourtant, seules deux pièces de théâtre de *Wan Smolbag* furent jouées entre 2009 et 2012 : *Shame and ignorance* (2009) et *Use me!* (1996)[25].

Les scénarios de ces deux pièces de théâtre se déroulent en milieu urbain. *Shame and ignorance* raconte la vie de plusieurs personnages – un père et son fils, un couple de jeunes gens et un homme marié en déplacement à Nouméa – confrontés à la peur et au manque de connaissances concernant les IST. La pièce associe également l'arrivée des hommes blancs au début des épidémies d'infections sexuellement transmissibles au Vanuatu. Quant à la pièce *Use me!*, elle met elle en scène un homme-préservatif tentant de lutter contre la gonorrhée, la syphilis, l'herpès et le sida (Figure 28). La pièce mentionne la présence du sida en Papouasie-Nouvelle-Guinée, aux îles Fidji et en Nouvelle-Calédonie et annonce son arrivée éminente au

[24] Atelier d'information du 26 septembre 2011 à la « prison à haut risque » pour hommes de Port-Vila.
[25] http://www.wansmolbag.org/DynamicPages.asp?cid=5&navID=2, consulté le 6 septembre 2013 à 17 h 51.

Vanuatu. Elle raconte l'histoire de plusieurs protagonistes : celle d'un jeune garçon jamais scolarisé qui vient vivre chez son oncle en ville ; celle d'un jeune homme laissant sa petite amie à Port-Vila afin d'obéir à ses parents qui souhaitent qu'il se marie avec une femme de son village et enfin celle de marins demandant les services sexuels d'une jeune femme. Toutes ces pièces présentent donc différentes situations et groupes considérés par les organisations de prévention locales et internationales comme « les plus à risque » (*most-at-risk*) face à la contraction du VIH et des autres IST : la ville et ses boîtes de nuit, la rencontre d'étrangers, les jeunes, les femmes travailleuses du sexe, etc. (voir chapitre 9).

Figure 28. Des acteurs de la pièce de théâtre *Use me!* (source : *Wan Smolbag*, 2011)

Ces pièces de théâtre de *Wan Smolbag* étaient jouées à la fois en villes et dans les zones rurales : dans les communautés, les écoles et en certaines occasions, comme la Journée mondiale annuelle de lutte contre le sida. Elles étaient destinées à un public varié, composé de jeunes, mais aussi d'adultes. D'après le rapport d'activité de l'ONG, *Shame and ignorance* fut présentée en 2009 devant 268 écoliers de l'île d'Ambrym, ainsi qu'auprès de 721 écoliers de Luganville (WSB, 2009 : 8). Écrit en 1996, *Use me!* fut de nouveau jouée en 2011 dans 20 communautés et cinq écoles, atteignant un total de 1 637 habitants et 239 élèves résidant sur l'île d'Efate (WSB, 2011 : 7). Le rapport d'activité 2011 de l'ONG indique aussi que deux nouvelles troupes de théâtre des antennes *Wan Smolbag* situées à Luganville et dans le village de Loltong sur l'île de Pentecôte ont été formées pour jouer une pièce sur la santé reproductive. Mais ces nouvelles troupes n'avaient pas encore présenté la pièce dans leurs localités.

En 2011-2012, les pièces de l'organisation *Wan Smolbag* abordant la question des IST avaient principalement été jouées dans les villes de Port-Vila et de Luganville, même si plusieurs tournées avaient été organisées dans des zones plus reculées des îles d'Efate et aussi d'Ambrym. Aucune pièce de théâtre ne fut jouée dans la communauté de Seaside Tongoa pendant ma présence sur le terrain, mais les habitants de cette communauté étaient mobiles et certains d'entre eux ont eu l'occasion d'assister à des représentations tenues dans d'autres lieux de Port-Vila.

2.2.3 Les programmes et les activités scolaires

Dans le chapitre précédent, on a vu que la mise en place d'un « Programme d'éducation à la vie familiale » (*Family Life Education program*, ou FLE) constituait l'un des objectifs de la Politique de Santé Reproductive 2008 du Vanuatu (MoH, 2009). Au moment de mes recherches dans l'archipel, le gouvernement tentait de développer ce concept au sein des écoles urbaines et rurales du pays.

Le système éducatif du Vanuatu est composé d'écoles maternelles (*preschools*) pour les enfants de 3 à 5 ans, d'écoles primaires (*primary schools*, Grades 1 à 8) pour les enfants âgés de 6 à 13 ans (en théorie), et d'écoles secondaires de premier cycle (*junior secondary schools*, Grades 9 à 10) et de second cycle (*senior secondary schools*, Grades 11 à 13 ou à 14) où sont scolarisés des jeunes de 14 ans et plus. La plupart des écoles dispensent leurs enseignements en anglais, mais certaines institutions rattachées à l'Église catholique ont comme langue principale le français. D'après le dernier recensement de la population de 2009, les trois quarts des étudiants que comptait le Vanuatu étaient scolarisés dans une école primaire (42 323 sur 57 348). Les taux de scolarisation les plus élevés étaient ainsi atteints chez les 8-11 ans puisque près de 90 % des enfants de cette tranche d'âge étaient inscrits dans une école (même si tous ne s'y rendaient pas régulièrement). À partir de 12 ans, les taux de scolarisation diminuaient sensiblement, et à l'âge de 16 ans, seuls un peu plus de la moitié des ni-Vanuatu étaient encore scolarisés. Les proportions étaient plus ou moins identiques pour les garçons et pour les filles, mais elles variaient significativement selon que l'on se trouvait en ville ou en zone rurale. En 2009, 91 % des enfants âgés de 6 à 13 ans résidant en milieu urbain étaient scolarisés, contre 85 % de ceux habitant en milieu rural. Le taux le plus bas touchait la province de Tafea (Figure 3, page 15), où seuls 76 % des enfants de cette tranche d'âge allaient à l'école et où 20 % d'entre eux n'avaient jamais été scolarisés (VNSO, 2011 : 89-94).

L'éducation à la vie familiale (FLE) est une spécialité éducative instaurée en Amérique du Nord au tournant du XX^{e} siècle[26]. D'après le programme élaboré pour les établissements d'enseignement secondaire par le ministère de l'Éducation du Vanuatu en 2012, l'objectif du programme FLE est de :

> « Dispenser un enseignement sensible à la dimension du genre, qui vise à améliorer les compétences nécessaires dans la vie courante et à favoriser le développement des élèves afin qu'ils puissent exploiter leur potentiel et devenir des adultes responsables. À la fin de leur scolarité, il est attendu des jeunes gens qu'ils soient capables de décrire, d'analyser et d'évaluer les informations en lien avec leur croissance et leur développement et qu'ils possèdent une capacité d'autogestion et de résilience interpersonnelle et physique qui leur permette de prendre des décisions réfléchies et de résoudre des problèmes afin que leur vie soit saine et pleine de sens » (MoE Curriculum Development Unit, 2012 : 8).

L'objectif affiché de la FLE est donc, ici encore, de responsabiliser les individus et de leur apprendre à effectuer des choix réfléchis, ainsi que de façonner leurs conceptions de la féminité, de la masculinité et des rapports entre les hommes et les femmes.

Inspiré des programmes mis en place dans les archipels avoisinants, tel Fidji, le programme FLE du Vanuatu prévoit des cours détaillés sur le corps, les cycles menstruels et les IST. Mais ces thématiques ne sont programmées qu'à partir du Grade 10, donc à un niveau scolaire où le taux de scolarité a déjà fortement chuté et où les jeunes gens encore en classe sont âgés d'au minimum 15 ans.

Ce programme fut intégré dans le référentiel national du curriculum du Vanuatu en 2011. Et l'année suivante, l'Institut de Formation des Enseignants du Vanuatu (IFEV) commença à former les futurs professeurs. En 2012, le gouvernement annonça que le programme FLE allait être mis en place à partir de 2014 dans les 432 *primary schools* et les 28 *senior secondary schools* de l'archipel (pour les Grades 7, 8, et 11, 12 et 13 respectivement), et à partir de 2015, dans les 80 *junior secondary schools* (pour les Grades 9 et 10). Mais lors de l'élaboration du « Cadre d'Accélération de l'OMD 5b » déjà mentionné, des « goulots d'étranglement » risquant de compromettre ou de retarder la mise en place de ce programme furent évoqués : l'absence d'experts locaux pour continuer à former les futurs professeurs de l'IFEV et ceux déjà en poste ; le manque de fonds pour contrôler et évaluer le programme FLE ; et les peurs et incompréhensions qui pourraient émaner de parents d'élèves et de membres des conseils des écoles vis-à-vis de ce programme (UNDP et Servy, 2013 : 42-43).

[26] http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3406900155.html, consulté le 1er août 2015 à 9 h 42.

Alors que je me trouvais, en septembre 2009, dans un village de l'île de Nguna, en compagnie d'une troupe de théâtre de *Wan Smolbag*, un enseignant des Grades 4-5 m'expliqua :

> « La reproduction fait partie du programme scolaire. On parle de la reproduction des humains et des animaux en classe. Mais ce n'est pas à l'enseignant de parler de sexualité avec les enfants. Selon la coutume (*kastom*), c'est à l'oncle maternel de parler aux garçons et à la tante paternelle de parler aux filles. Mais la religion chrétienne ou la gêne les empêchent de le faire. *Wan Smolbag* est venue présenter une pièce de théâtre sur la contraception l'année dernière. Et il y a aussi des affiches dans l'école. Mais, moi, je ne veux pas parler de sexualité. Je ne veux pas rentrer dans les détails, parce que si l'on montre, on donne envie. Et ensuite, les parents vont venir se plaindre »[27].

En 2009-2012, aucun cours intégré au programme FLE n'avait encore été conduit, mais cet extrait d'entretien indique que des réticences liées à la coutume et à la religion étaient déjà présentes.

Certains enseignants et responsables d'établissement scolaires prenaient néanmoins l'initiative de mener des séances d'information ou permettaient qu'une organisation intervienne dans leurs classes. Des ONG du Vanuatu travaillaient ainsi avec les jeunes scolarisés ou avec leurs professeurs avant même que le gouvernement, encouragé par les organismes de développement, ait pris la décision d'implanter le programme FLE à l'échelle nationale. La *Vanuatu Family Health Association* formait par exemple des enseignants de Port-Vila souhaitant améliorer leurs connaissances sur la santé sexuelle et reproductive et les transmettre à leurs élèves. En 2011-2012, plusieurs jeunes habitants de Seaside Tongoa m'indiquèrent avoir suivi des cours sur ces thématiques dans leurs établissements scolaires de second cycle. Le volume 1 du livre d'histoire *Histri blong yumi long Vanuatu*, utilisé dans les écoles de l'archipel, parlait également de la « propagation des maladies sexuellement transmissibles » et de « l'épidémie du SIDA » dans les pays et territoires insulaires du Pacifique (Lightner *et al.*, 2010 [2005] a : 106-107). Et certains enseignants utilisaient aussi les manuels créés par *Wan Smolbag* dans le but d'accompagner les films éducatifs (voir pages 91-93).

En outre, on a déjà vu que les acteurs et les pairs éducateurs de *Wan Smolbag* mettaient en place des pièces de théâtre et des séances d'information en santé sexuelle et reproductive dans les écoles en milieu urbain. D'après le rapport 2011, trois ateliers sur la planification familiale et les IST furent menés avec des élèves de Grades 10-12 à Port-Vila, ainsi que cinq ateliers à Luganville. En 2011, les éducateurs et les infirmières du *Northern Care Youth*

[27] Entretien du 17 septembre 2009 avec un enseignant âgé d'une trentaine d'années de l'île de Nguna.

Centre de Luganville visitèrent également dix écoles de la ville dans le but de parler de la puberté et de la santé reproductive aux enfants des Grades 5 à 8. La même année, les éducateurs de l'antenne de Port-Vila conduisirent des séances d'information sur la santé reproductive avec six écoles de la capitale dans le cadre des programmes *Pikinini Pleiplei* (« jeux d'enfants ») et *Helti Schools* (« écoles saines ») (WSB, 2011 : 16, 33, 67-68). Enfin, à mon initiative et avec l'accord de l'enseignant et du chef d'établissement, un technicien de laboratoire de l'hôpital central de Port-Vila mena, le 17 août 2012, une séance d'information sur les IST auprès des élèves de Grade 5 de la *Seaside Community School* de Port-Vila (voir chapitre 7, pages 289-293 ; Figure 29).

Figure 29. Une séance d'information à la *Seaside Community School* de Port-Vila, 2012

Le centre d'accueil pour les jeunes et le service de santé qui leur est adapté de l'organisation chrétienne déjà mentionné *World Vision Vanuatu* ont, eux, organisé des formations en santé sexuelle et reproductive dans les écoles du village de Lenakel sur l'île de Tanna, dans le sud de l'archipel. Mais l'on sait que ce centre et ce service installés en zone rurale cessèrent de fonctionner en 2011, après seulement trois ans d'activités (Burnet Institute, 2011 : 10).

En 2011-2012, les ateliers scolaires développés par les ONG autour des IST et de la planification familiale concernaient donc principalement les élèves des zones urbaines. Cela étant dit, nous pouvons imaginer que la mise en place progressive du programme FLE dans toutes les écoles du Vanuatu pourrait contribuer, d'ici quelques années, à mieux équilibrer la répartition spatiale de ce type d'actions de prévention dans l'archipel.

2.2.4 Les émissions radiophoniques

En plus des ateliers d'information, des activités scolaires et des pièces de théâtre, certains habitants du Vanuatu bénéficiaient en 2011-2012 des interventions radiophoniques développées par les ONG. La radio était en effet utilisée comme un moyen de diffusion des informations sur les IST, la planification familiale et les tests VIH par deux organisations : *Wan Smolbag* et *Vanuatu Family Health Association*. Selon l'enquête « Connaissances, Attitudes, Pratiques » déjà mentionnée, la radio constituait en 2008-2009 la cinquième source d'information et de conseils sur le VIH des 15-24 ans, derrière par ordre croissant les pairs éducateurs, les centres pour les jeunes, les amis et les établissements de santé, et leur sixième source préférée après les amis, les centres pour jeunes, les CD, les éducateurs et les établissements de santé (UNICEF, 2010 a : 97). La possibilité d'écouter ces émissions dépendait néanmoins du lieu d'habitation.

La première station de radiodiffusion du Vanuatu fut installée à Port-Vila pendant la Première Guerre mondiale, dans le but de communiquer avec les navires et la Nouvelle-Calédonie (voir Bolton, 1999 a : 336-342). L'écoute de la radio ne se popularisa dans le pays qu'à partir des années 1960, à la suite de la commercialisation des transistors, du développement de radios à ondes courtes dans le Pacifique (comme *Radio Solomons* ou *Radio Nouméa*) et de l'ouverture d'une nouvelle station d'émission et de communication dans la capitale (Bolton, 1999 a : 336-342). D'après le dernier recensement national, 35 % de la population de l'archipel possédait un poste de radio en 2009. Mais ce taux d'équipement variait en fonction du lieu de résidence du ménage, passant de 29 % en milieu rural à 53 % en milieu urbain (VNSO, 2011 : 168-169).

En 2011-2012, le Vanuatu comptait trois radios principales : *Radio Vanuatu* (la radio nationale), *Nabawan FM* et *Capitol FM 107*, mais *Radio Vanuatu* (anciennement appelée *Radio Vila*, puis *Radio New-Hebrides*), qui fut créée en 1966, constituait le seul organe médiatique disponible dans l'ensemble des îles de l'archipel. La radio commerciale *Nabawan FM* (ou encore 98 FM ou *Hallo FM*) apparut dans le paysage radiophonique du Vanuatu dans les années 1990, mais n'émettait qu'autour des villes de Port-Vila et de Luganville, au centre de l'île de Pentecôte, au nord de l'île de Mallicolo, à l'ouest de l'île d'Ambae et sur l'île de Malo. Une seconde radio commerciale, *Capitol FM 107* (ou FM 107) fut créée en 2007, mais n'était disponible que sur l'île d'Efate, sur les îles Shepherd (jusqu'à l'île d'Emae) et sur Internet[28]. Il existait par ailleurs des radios locales, telles la TBN FM 90 (*Trinity Broadcasting*

[28] http://tunein.com/radio/FM107-Mi-Laekem-1070-s89915/, consulté le 4 août 2015 à 16 h 29.

Network) de Port-Vila, la *Téléva FM* du village de Siviri au nord de l'île d'Efate et la *Taféa i toktok FM* du village de Lenakel sur l'île de Tanna. En outre, il était possible de capter la *BBC* (99 FM), l'*ABC Radio* (103 FM), Radio-France Internationale (105 FM) et la *China Radio International* (102 et 106 FM), mais uniquement à Port-Vila et à Luganville (Siméoni, 2009 : 339-341).

Figure 30. Le studio de diffusion radiophonique de *Capitol FM 107*, 2011

Parmi les douze bandes dessinées de *Wan Smolbag* ayant pour objet les IST (voir pages 96-97), dix mettent en scène des personnages de *Famili Blong Serah*, un feuilleton diffusé depuis 2001 sur les antennes radiophoniques du Vanuatu et de la région. Ce feuilleton radiodiffusé de 40 épisodes fait la promotion de la planification familiale, des droits des femmes et de la prévention du VIH et des autres IST[29]. D'après son rapport d'activité 2011, *Wan Smolbag* retransmettait également sur *Radio Vanuatu* des documentaires radiophoniques destinés aux jeunes sur des sujets comme le VIH et les grossesses précoces (WSB, 2011 : 21).

Chaque semaine, la *Vanuatu Family Health Association* animait de son côté une émission radiophonique sur *Capitol FM 107* ou *Nabawan FM* dans laquelle elle invitait des infirmières de l'hôpital central et des ONG à répondre aux questions des auditeurs sur des sujets liés à la santé reproductive et sexuelle. Plusieurs émissions diffusées entre février et avril 2010 évoquèrent, par exemple, l'histoire des épidémies par le VIH. Les animateurs soulignèrent les erreurs commises dans les années 1980-1990 par certains dirigeants africains, refusant d'alerter les populations de l'ampleur des épidémies ou de mettre en place des programmes d'éducation à la sexualité dans les écoles. L'émission visait un public plutôt

[29] http://www.comminit.com/global/content/famili-blong-serah-radio-series, consulté le 5 août 2015 à 15 h 57.

jeune, mais elle répondait aussi aux préoccupations des parents, des leaders religieux et coutumiers parfois inquiets ou mécontents d'entendre parler de thématiques sexuelles à une heure de grande écoute. Pendant l'émission du 20 avril 2011, un pasteur appela la radio pour exprimer son désaccord par rapport aux intervenants qui avaient abordé, quelques minutes auparavant, la possibilité d'utiliser des contraceptifs sans l'assentiment du partenaire (Figure 30). Ces émissions avaient également pour but d'attirer de nouveaux patients au sein des cliniques de santé reproductive et des centres pour jeunes de Port-Vila et de Luganville.

En 2011-2012, *Wan Smolbag* et *Vanuatu Family Health Association* proposaient ainsi des émissions radiophoniques sur la santé sexuelle et reproductive aux habitants du Vanuatu, mais les citadins étaient plus nombreux à posséder un poste de radio et captaient davantage de fréquences que les habitants des îles plus reculées de l'archipel. Il existait donc des disparités géographiques quant à la possibilité d'accéder à ce type d'actions de prévention.

2.2.5 Le numéro vert

Dans le chapitre précédent, j'ai indiqué que l'organisation *Vanuatu Family Health Association* disposait d'un numéro vert permettant d'aborder gratuitement les questions de santé sexuelle et reproductive : le 087777.

Dans les années 1990, la société *Telecom Vanuatu Ltd* (TVL), qui détenait une licence d'exclusivité pour l'exploitation des services de télécommunications du pays, développa un réseau de transmission de téléphonie fixe dans la plupart des îles habitées, et amorça la mise en place d'un réseau de téléphonie mobile au début des années 2000. La démocratisation de l'utilisation du téléphone ne commença cependant qu'avec l'arrivée de l'entreprise irlandaise Digicel dans l'archipel. Celle-ci, qui était déjà bien établie dans les Caraïbes et le Pacifique, s'installa sur le marché des télécommunications mobiles du Vanuatu en 2008 (Sijapati-Basnett, 2008 : iv ; Siméoni, 2009 : 342). En étendant sa couverture réseau à l'ensemble des îles de l'archipel, Digicel permit l'accès à la téléphonie mobile aux populations des zones les plus reculées (Vandeputte-Tavo, 2011 : 246) et en 2009, selon la Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique, 54,1 % des habitants du Vanuatu possédaient un téléphone mobile, contre 0,2 % en 2000 (UNESCAP, 2011 : 237)[30]. La même année, 92 % des personnes interrogées par le Pacific Institute of Public Policy (PIPP) déclarèrent avoir accès à un téléphone portable : 97 % en ville, contre 89 % en milieu rural (Sijapati-Basnett, 2009 :

[30] Le taux d'équipement de la population en téléphonie fixe est quant à lui resté faible : 3,6 % de la population en 2000 contre 3,1 % en 2009.

25)[31]. L'utilisation de la téléphonie mobile s'est donc généralisée dans l'archipel depuis l'installation de Digicel, même si en 2009 un léger déséquilibre entre les zones urbaines et rurales était encore présent.

Les types d'appareils utilisés variaient entre la ville et l'espace rural. En 2009, un téléphone portable était acheté en moyenne 6 400 vatus (49 €) en milieu urbain, contre 3 300 vatus (25 €) en zone rurale (Sijapati-Basnett, 2009 : 32-33). Les modèles les plus sophistiqués, comme les Smartphones de marque BlackBerry, étaient très convoités dans le pays, mais ils étaient encore peu répandus au Vanuatu en raison de leur coût (de 30 000 à 70 000 vatus, soit 229 € à 534 €)[32]. Aux fonctions de base (à savoir l'envoi et la réception d'appels et de textos) pouvaient ainsi s'ajouter un appareil photo, une caméra, voire un accès Internet. Un panneau publicitaire de 4×3m posté près de l'un des principaux axes routiers de la ville annonçait en bislama : « Facebook sur ton téléphone mobile, uniquement avec Digicel » (*Facebook lo fon blo yu wetem Digicel nomo*). Or, ces modèles et ces services étaient essentiellement disponibles à Port-Vila et à Luganville.

Même si, dans les années 2000, peu d'habitants disposaient d'un ordinateur ou d'un smartphone, le taux d'accès à Internet était en constante augmentation, passant de 2,2 % en 2000 à 7,3 % en 2009 (UNESCAP, 2011 : 238). Au moment de mes recherches à Port-Vila, il était possible de surfer gratuitement sur la toile dans certains établissements de la capitale (tels le centre pour jeunes de *Wan Smolbag* ou celui de *Vanuatu Youth Challenge*). Mais l'utilisation d'Internet restait l'apanage d'une population urbaine de milieu socio-économique plutôt élevé (Naupa, 2011), bien qu'elle fût en voie de se démocratiser, même au sein des communautés urbaines les plus défavorisées[33].

À la fin de l'année 2010, la *Vanuatu Family Health Association* mit en place un numéro vert (*via Telecom Vanuatu Ltd*) afin que tous les habitants du Vanuatu ayant accès à un téléphone puissent obtenir gratuitement des informations sur des questions de santé sexuelle et reproductive. En 2011, quatre opérateurs travaillant en binôme mixte occupaient le standard du numéro vert : du lundi au vendredi, de 7 h à 17 h 30, et le samedi jusqu'à midi. Ils répondaient aux questions de leurs correspondants, les conseillaient sur les soins simples à

[31] Étude quantitative menée en 2009 auprès de 767 personnes âgées de 15 à 80 ans (66 % d'hommes, 65 % de ruraux, 35 ans d'âge moyen).

[32] http://www.digicelvanuatu.com/en/phones/phones_list.php, consulté le 1er mai 2012 à 10 h 24. Notons que le salaire mensuel minimum légal pour un emploi à temps complet (8 h/jour, 44 h/semaine, 22 jours/mois) était de 26 000 vatus (198 €) en 2009. Les modèles de téléphones mobiles les plus sophistiqués représentaient donc entre 1,2 et 2,7 fois le salaire mensuel minimum légal.

[33] En novembre 2016, trois ans après qu'un câble sous-marin permettant la connexion Internet à haut débit eut été tiré depuis Fidji jusqu'à Port-Vila, la plupart de mes interlocuteurs de Seaside Tongoa (âgés de moins de 40 ans) disposait en effet d'un compte Facebook, auquel ils se connectaient par l'intermédiaire de leur smartphone.

prodiguer, comme prendre un bain d'eau froide en cas de fièvre, et les envoyaient si besoin à l'établissement de santé le plus proche. L'une des opératrices m'indiqua que la majorité des appels concernaient la santé reproductive et la planification familiale, tels un oubli ou un retard dans la prise de pilule contraceptive ou une période prolongée d'infertilité[34]. D'octobre 2010 à avril 2011, la base de données du numéro vert que j'ai analysée montre que sur les 552 personnes qui appelèrent alors le standard, 190 reçurent des informations sur la planification familiale, 167 sur d'autres questions de santé reproductive, 170 sur les IST et 50 sur le VIH. Le projet financé par l'agence internationale UNICEF était principalement destiné aux jeunes générations de l'archipel. L'opératrice me précisa que la plupart de ses interlocuteurs (en moyenne 8 par jour) étaient des hommes âgés de 18 à 25 ans et qu'un grand nombre d'entre eux habitaient sur l'île d'Épi, située au centre du Vanuatu. Ces appelants avaient en moyenne 24 ans, 76 % d'entre eux (420 sur 552) étaient de sexe masculin et ils étaient nombreux à résider sur les îles d'Épi ou d'Efate (Figure 3, page 15) : respectivement 120 et 98 sur 552, soit 22 % et 18 %. Notons que cinq de ces appelants avaient déclaré vivre dans le quartier de Seaside, à Port-Vila[35]. Mais, d'après mes observations d'avril 2011, le numéro vert demeurait très peu utilisé, sauf par des personnes souhaitant faire des blagues téléphoniques ou obtenir des informations sur d'autres maladies ou symptômes, tels que le paludisme et la diarrhée.

Au moment de mes recherches, l'organisation *Vanuatu Family Health Association* tentait de développer une nouvelle action de prévention afin de faciliter l'accès des jeunes habitants des zones reculées à l'information sur la santé sexuelle et reproductive. Grâce à la mise en place d'un réseau de téléphonie mobile dans les îles du Vanuatu, certains habitants de zones rurales, comme ceux de l'île d'Épi, pouvaient bénéficier d'un tel service. Cela étant dit, comme on vient de le voir, les taux d'équipement et d'accès à la téléphonie mobile variaient d'une zone de l'archipel à l'autre et les citadins demeuraient privilégiés par rapport à leurs homologues ruraux.

De réelles disparités géographiques quant à la possibilité de bénéficier des ateliers d'information, des activités scolaires, des pièces de théâtre et des émissions radiophoniques existent donc au Vanuatu. Certains projets, tels le programme FLE et le numéro vert, pourraient pourtant d'ici quelques années diminuer les inégalités d'accès à ces services de prévention en santé sexuelle et reproductive entre les zones reculées de l'archipel et les autres.

[34] Entretien du 20 avril 2011 avec une opératrice âgée d'une vingtaine d'années.
[35] Le quartier de Seaside est composé de plusieurs communautés dont celle de Seaside Tongoa (voir chapitre 3).

Je vais maintenant décrire les supports de prévention distribués dans le cadre de ces interventions ou au sein même des établissements de santé.

2.3 Les supports de prévention

2.3.1 Les films

Les films sur les IST diffusés pendant mes recherches au Vanuatu avaient essentiellement été réalisés par l'organisation *Wan Smolbag*. Entre 1989 et 2012, la cofondatrice de cette ONG écrivit les scripts des cinq premières saisons de la série télévisée *Love Patrol*, ainsi que ceux de vingt-sept films de longueurs variées portant sur la santé, les droits de l'homme, la violence domestique, les grossesses précoces, l'environnement, le tourisme et la politique. Notons que ces films avaient dans un premier temps été présentés comme des pièces de théâtre.

Figure 31. Des acteurs de *Love Patrol* (source : http://visit.wansmolbag.org/the-love-patrol-series/)

Comme on l'a vu, la série *Love Patrol*, financée principalement par les programmes de lutte contre le VIH, traite de différentes thématiques : les IST, mais aussi le crime, les rapports hommes-femmes, les ruptures familiales, les violences, les activités prostitutionnelles, l'homosexualité, etc. L'intrigue de la série *Love Patrol* se déroule dans un poste de police situé dans un centre urbain d'un pays du Pacifique (Figure 31). Un enquêteur, nommé Mark, souhaite désespérément que son épouse Elizabeth soit enceinte. Mais il fréquente également

d'autres femmes, comme la chanteuse d'un bar, jusqu'au jour où Elizabeth découvre qu'elle est séropositive[36].

Sur les vingt-sept films de *Wan Smolbag*, trois abordent la question des IST : *Positive* (2002), *Sori Susie* (2004) et *Mr Right Guy* (2005). Dans ce dernier, une jeune fille se rend en boîte de nuit et est séduite par le chanteur du groupe de musique. Dans *Sori Susie*, le personnage éponyme est une femme enceinte qui découvre qu'elle a une IST lors d'une visite prénatale. Quant à *Positive*, il raconte la vie d'une infirmière confrontée aux infidélités de son partenaire et à l'apparition des premiers cas de VIH au Vanuatu. Les personnages font à plusieurs occasions référence à l'épidémie africaine, mais la découverte de deux cas de VIH à l'hôpital central de Port-Vila laisse penser que la menace épidémique se rapproche de l'archipel. Si *Mr Right Guy* semble avoir été créé pour un public de jeunes mélanésiens, les deux autres films s'adressent à une population beaucoup plus large, et cela en dépit du fait que les problématiques abordées soient principalement urbaines.

En 2011-2012, la série *Love Patrol* et ces trois films étaient encore diffusés au Vanuatu, ainsi que dans d'autres pays d'Océanie, telle la Papouasie-Nouvelle-Guinée. Chaque nouvelle saison de *Love Patrol* était retransmise sur *Télévision Blong Vanuatu*, une chaîne de télévision terrestre lancée à Port-Vila au début des années 1990. Si certains programmes (reportages, journaux télévisés, publicités) étaient créés localement, une grande partie du temps d'antenne était une reprise du signal de Nouvelle-Calédonie Première, de TV5-Monde, d'*ABC* ou de la *BBC*. Au moment de mes recherches, la transmission TV n'était disponible qu'aux alentours de la capitale, mais les rares habitants du Vanuatu, essentiellement expatriés, qui disposaient d'une antenne et d'un abonnement satellites pouvaient bénéficier d'un bouquet de chaînes francophones (LBF) ou anglophones (TelSat) dans n'importe quelle île de l'archipel (Siméoni, 2009 : 340-342).

Le rapport d'activité 2011 de *Wan Smolbag* indique que 2 500 DVD de *Love Patrol* et 2 800 livres pédagogiques associés à cette série télévisée ont été distribués au Vanuatu cette année-là. Il mentionne également que 373 DVD et CD furent envoyés dans 50 écoles du pays, mais la localisation des établissements scolaires et les titres des supports de prévention distribués ne sont pas précisés (WSB, 2011 : 23, 86). D'après mes observations, les films étaient principalement diffusés au sein des écoles du Vanuatu et des salles d'attente des établissements de santé destinés aux jeunes de Port-Vila et de Luganville. Des DVD étaient également parfois distribués pendant les actions de prévention, comme celle qui s'est tenue le

[36] http://visit.wansmolbag.org/the-love-patrol-series/, consulté le 7 août 2015 à 15 h 47.

29 novembre 2011 à Seaside Tongoa. Notons que de telles distributions étaient rarement effectuées dans les zones reculées de l'archipel. D'après le dernier recensement de la population (2009), seuls 26 % des ménages de milieu rural possédaient un lecteur de DVD et 26 % un écran de télévision, contre 68 % et 72 % de ceux vivant en ville (VNSO, 2011 : 154-155). Le manque d'accès à une alimentation électrique permettant de faire fonctionner un lecteur et un écran TV pouvait représenter une difficulté dans certaines îles. En 2009, seuls 11 % des foyers ruraux avaient accès à un réseau de distribution d'électricité et seuls 20 % d'entre eux à un générateur, contre respectivement 80 % et 10 % des foyers urbains (VNSO, 2011 : 139, 159).

Figure 32. Une famille de la communauté de Seaside Tongoa devant un poste de télévision, 2009

Tous les foyers urbains ne possédaient pas un poste de télévision en état de fonctionnement, mais un grand nombre de citadins y accédaient néanmoins sur leur lieu de travail, dans des espaces ouverts au public (cliniques, petits magasins) ou dans une maison avoisinant la leur. De 13 h à 13 h 30, à l'heure de diffusion de la *télénovela* de 2011 *Amour Océan*, une série TV produite en Amérique Latine, un grand calme régnait dans les ruelles de Seaside Tongoa. Chacun, et surtout chacune, trouvait une place autour d'un téléviseur pour suivre les aventures de l'héroïne Estrella Marina (Servy, 2013). De même, en fin de journée, de nombreux habitants de cette communauté urbaine (en particulier des femmes et des enfants) s'amassaient devant les quelques postes de télévision existants afin de regarder les nouveaux épisodes de la série *Love Patrol* (Figure 32).

On peut donc dire que, même si *Wan Smolbag* envoyait des DVD au sein des établissements scolaires situés dans des zones plus reculées de l'archipel, les films parlant des IST diffusés au Vanuatu étaient principalement accessibles en ville, que ce soit dans les établissements de santé destinés aux jeunes ou à la télévision.

2.3.2 Les brochures

Les brochures délivrant des informations concernant les IST que j'ai pu voir distribuer au Vanuatu étaient produites par plusieurs organismes nationaux et internationaux (UNFPA, *Wan Smolbag*, *Vanuatu Family Health Association*, *Save the Children Australia*, la marque de préservatif *Score* et la Communauté du Pacifique [CPS/SPC]), en collaboration avec le Gouvernement du Vanuatu.

Figure 33. Une brochure de la marque de préservatifs *Score*

En 2011-2012, ces documents étaient disponibles dans les établissements de santé destinés aux jeunes et dans les bureaux des ONG et des organismes de prévention gouvernementaux situés à Port-Vila et à Luganville. Les brochures étaient également distribuées lors des ateliers d'information, des séances de sensibilisation, des tournées des pairs éducateurs, pendant les Journées mondiales de lutte contre le sida et en certaines occasions réputées propices aux rencontres sexuelles, telles les célébrations annuelles[37].

[37] Notons que, d'après le ministère de la Santé du Vanuatu, le nombre de consultations obstétriques de l'hôpital central de Port-Vila avait, en effet, tendance à augmenter neuf mois après les fêtes de l'indépendance. De même, les cliniques de Port-Vila enregistraient davantage de cas d'IST juste après les festivités urbaines de *Fest Napuan* et de *Christmas in the Park* (données collectées le 6 décembre 2011 à l'Unité de collecte de statistiques du ministère de la Santé).

Certains des documents que j'ai collectés étaient visiblement destinés aux jeunes gens habitant Luganville ou Port-Vila. La brochure *Score* représente ainsi des jeunes Mélanésiens inquiets face aux conséquences que des relations sexuelles sans préservatif pourraient avoir sur leur santé et leur avenir (Figure 33). Au dos de la brochure de Wan Smolbag, *Ol fact blong ol STI*, un jeune homme portant une casquette tient par l'épaule un homme-préservatif. Et sur la couverture de la brochure de Vanuatu Family Health Association, *Aids o sida*, deux lycéens situés devant le lycée Louis Antoine de Bougainville, à Port-Vila, rentrent de l'école (Figure 34).

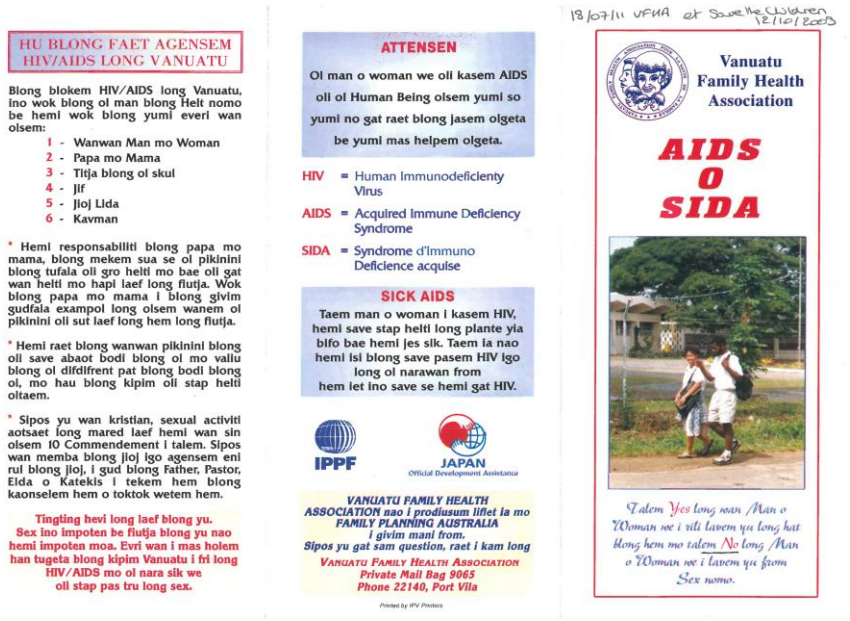


Figure 34. La brochure *Aids o sida* créée par la *Vanuatu Family Health Association*

D'autres documents collectés en 2011-2012 furent cependant créés pour un public d'hommes plus âgés. Les brochures d'UNFPA et de la CPS sur les IST ont ainsi pour titres : « Les hommes comme partenaires de la santé génésique » (*Men as partners in Reproductive Health*) et « Ce que les hommes doivent savoir » (*Ol samting we man i mas save*). Un document en bislama a également été créé par la CPS à l'intention des leaders religieux afin qu'ils n'interdisent pas aux jeunes de leurs communautés d'utiliser des préservatifs ou d'écouter les messages de prévention. Les brochures destinées aux hommes ou aux responsables religieux étaient néanmoins plus rares et plus difficiles d'accès que celles destinées aux jeunes habitants du Vanuatu, puisqu'en 2012, elles étaient uniquement disponibles au ministère de la Santé et au siège de la *Vanuatu Family Health Association*.

Certains de ces documents, à l'image de la brochure de la marque de préservatifs *Score*, contiennent des illustrations, mais la plupart comportent de longues zones de texte en bislama ou en anglais. D'après le recensement de 2009, 85 % de la population du Vanuatu âgée de

15 ans et plus était alphabétisée. Les taux d'alphabétisation des hommes (86 %) et des femmes (84 %) étaient plus ou moins équivalents, mais ils variaient de 17 points entre le milieu rural (81 %) et le milieu urbain (98 %) (VNSO, 2011 : vii). Les citadins avaient donc non seulement plus de possibilités d'accéder aux brochures distribuées par les ONG, mais ils étaient aussi plus nombreux à être en capacité de les lire.

2.3.3 Les bandes dessinées

Les livres à visée éducative distribués au Vanuatu en 2011-2012 étaient encore une fois essentiellement produits par l'organisation *Wan Smolbag*. Entre 1998 et 2012, l'ONG créa trente-huit ouvrages, dont douze bandes dessinées ayant pour objet les IST, et tout particulièrement le VIH. Dans la bande dessinée *Storian blong Brian* (2002), le personnage principal est infecté par le virus au cours de l'un de ses nombreux voyages d'affaires à l'étranger.

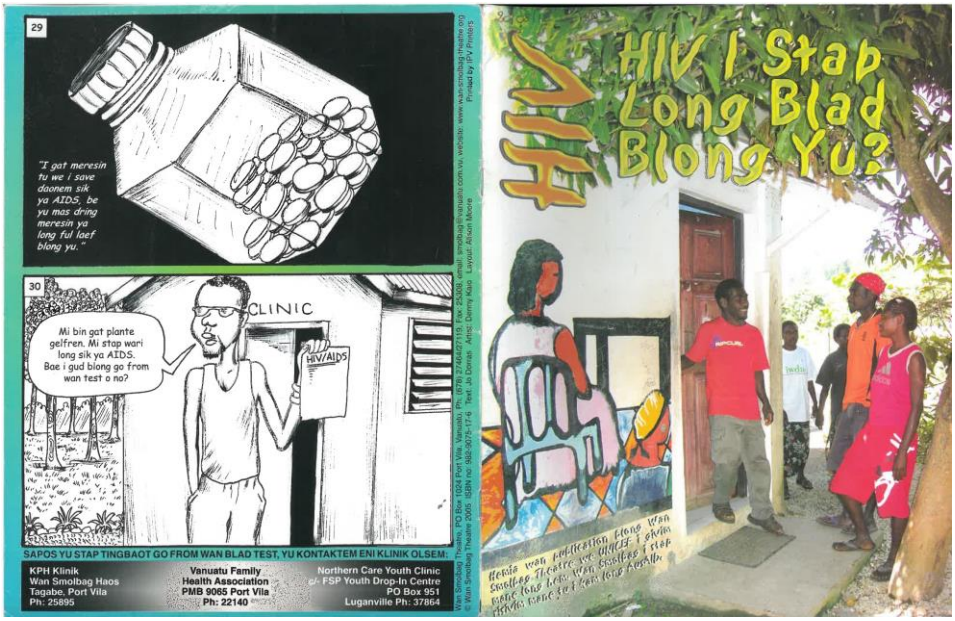


Figure 35. La bande dessinée *HIV i Stap Long Blad Blong Yu ?*, *Wan Smolbag*

Les livres de *Wan Smolbag* étaient massivement et gratuitement distribués dans les écoles, les communautés et les ONG de l'archipel, telles que la *Vanuatu Family Health Association*. Ils pouvaient être offerts après une représentation théâtrale ou au cours d'une séance de sensibilisation, comme celle qui eut lieu le 29 novembre 2011 à Seaside Tongoa. D'après le rapport d'activité 2001 de *Wan Smolbag*, 8 821 ouvrages furent distribués au Vanuatu entre janvier et décembre, sans compter ceux qu'elle envoya dans d'autres pays de l'Océanie, comme les îles Salomon, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et les îles Fidji (WSB, 2011 : 23-24).

La plupart des livres de *Wan Smolbag* étaient téléchargeables sur le site Internet de l'organisation[38] en septembre 2013, mais parmi les bandes dessinées encore consultables en 2011-2012 dans les écoles et les salles d'attente des services de santé destinés aux jeunes, quatre portaient sur les IST : *Esta mo Teresa* (2006), *HIV i Stap Long Blad Blong Yu ?* (2005), *Sori Susie* (2004) et *Storian Blong Frank* (2006).

HIV i Stap Long Blad Blong Yu ? met en scène un éducateur qui explique les effets et les modes de prévention du VIH – par le « sexe », le « sang » et de la « mère à l'enfant » – à un jeune urbain (Figure 35). Dans *Storian Blong Frank*, le personnage éponyme est un infirmier qui tente de convaincre les habitants de son village de le laisser distribuer des préservatifs aux jeunes ruraux. Il insiste sur la forte prévalence des IST dans sa communauté sans stigmatiser ni les jeunes ni les femmes. La bande dessinée *Esta mo Teresa* est destinée aux femmes travailleuses du sexe. Elle met en scène deux citadines dont l'une contracte une IST par le biais d'un client rencontré dans un bar à kava. *Sori Susie* – qui, comme on l'a vu, a fait l'objet d'un film – attire l'attention sur les infidélités masculines associées à la fréquentation des bars à kava et des boîtes de nuit et invite les hommes à utiliser des préservatifs et à réaliser un test VIH. Notons que ces quatre bandes dessinées n'ont pas toutes été écrites pour un jeune public, mais leurs scénarios se déroulent généralement en ville. Comme les pièces de théâtre déjà mentionnées, elles mettent souvent en avant des lieux et des groupes considérés comme les plus à risque face à la contraction des IST : les boîtes de nuit, les bars à kava, les étrangers, les jeunes, les femmes travailleuses du sexe, etc. (voir chapitre 9).

En 2011-2012, l'Église presbytérienne distribuait elle aussi une bande dessinée sur le VIH. Écrite en langue bislama, elle est intitulée « Le séminaire de l'abeille SIDA » (*AIDS Bee Seminar*) et définit le virus et le sida ainsi que les différents modes de transmission et de prévention du virus. Elle met en scène des personnages visiblement africains par leurs vêtements et leurs traits physiques. L'ouvrage fut créé par une organisation nigériane, l'*African Youths Hope Foundation,* à la demande de l'Église presbytérienne du Vanuatu. Il fut principalement distribué aux jeunes générations, lors des ateliers d'information organisés par les congrégations urbaines et rurales de l'archipel. Mais, comme on l'a vu, ces ateliers se déroulaient de manière sporadique.

Alors même que *Wan Smolbag* ou l'Église presbytérienne du Vanuatu tentaient d'étendre leur distribution à des zones plus reculées, les bandes dessinées distribuées et les brochures étaient donc principalement accessibles *via* des programmes mis en place en milieu urbain :

[38] http://www.wansmolbag.org/DynamicPages.asp?cid=9&navID=2, consulté le 5 septembre 2013 à 9 h 58.

l'éducation par les pairs, les séances de sensibilisation, les services de santé destinés aux jeunes, etc.

2.3.4 Les affiches

En 2011-2012, les posters de prévention des IST étaient présentés dans certaines écoles et établissements de santé, comme les services destinés aux jeunes des zones urbaines et rurales de l'archipel. Mais ces affiches étaient également scotchées dans les bars à kava de Luganville et Port-Vila qui distribuaient gratuitement des préservatifs, ainsi que dans des établissements officiels de la capitale, tels le Bureau de santé de la province de Shefa, le ministère de la Santé, la bibliothèque du Parlement ou la salle d'attente de la station de police de Port-Vila. Aucun poster n'était ostensiblement affiché à Seaside Tongoa, mais des affiches étaient exposées dans certains lieux fréquentés par les habitants de cette communauté, tels les bars à kava.

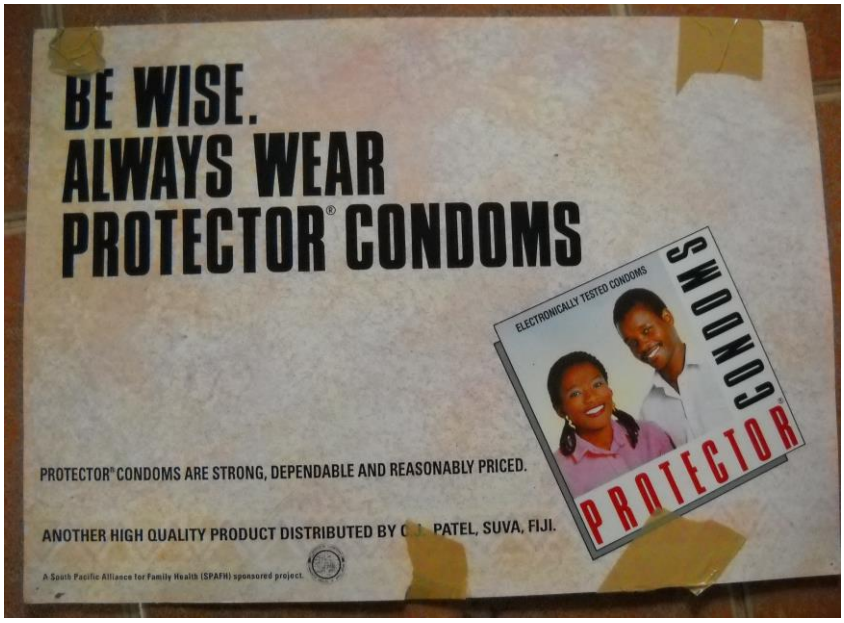


Figure 36 Le poster *Protector condoms* trouvé à la *Vanuatu Family Health Association*

Du fait que certains supports datant d'avant la découverte du premier cas de VIH au Vanuatu (2002) mettent en scène des personnages non mélanésiens, on peut déduire que les IST étaient associées aux étrangers. Dans les réserves de l'association *Vanuatu Family Health*, j'ai ainsi découvert plusieurs posters produits en Afrique du Sud (Figure 36) et en Ouganda. Très imagées, ces affiches présentent les modes de transmission et de prévention du VIH. Mais d'après leur coiffure et les traits de leur visage, les protagonistes figurant sur ces posters, tout comme ceux de la bande dessinée *AIDS Bee Seminar* distribuée par les congrégations presbytériennes de l'archipel, sont visiblement africains. Notons néanmoins

que ces affiches des années 1990 n'étaient plus présentées dans les cliniques que j'ai visitées en 2011-2012, bien que je les aie vues accrochées sur les murs de plusieurs établissements de santé des îles Salomon en décembre 2013.

La plupart des posters exposés au Vanuatu en 2011-2012 avaient été créés par les organisations *Wan Smolbag* et *Vanuatu Family Health Association* ou par la marque de préservatifs *Score*. Les affiches présentent principalement des jeunes Mélanésiens qui, par leur habillement et leur environnement, laissent penser qu'ils se trouvent en ville. Une femme est ainsi photographiée dans la rue en bermuda alors que le port de pantalons est prohibé par les « chefs » de village dans la plupart des îles du Vanuatu, ainsi que dans certaines communautés urbaines de Port-Vila, telle Seaside Tongoa (voir chapitre 10, page 468). Une autre arbore un décolleté plongeant et certains protagonistes portent des colliers ou des gourmettes (Figure 37). Aucune affiche de prévention des IST ne met en scène des hommes et des femmes visiblement mariées. On y voit plutôt des couples de jeunes gens s'apprêtant à avoir des relations sexuelles dans des jardins, ces espaces étant souvent réservés à une sexualité hors mariage et non approuvée par l'entourage des partenaires (voir chapitre 7, page 316).

Figure 37 Le poster *HIV/AIDS istap long pacific tede*, créé par *Wan Smolbag*

Dans les réserves de la *Vanuatu Family Health Association*, j'ai découvert quelques affiches de prévention des IST visant un public d'homosexuels et de transgenres. Bien que les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (MSM) fussent considérés comme

un groupe cible des politiques de prévention (voir chapitre 9), ces posters créés par la Fondation néo-zélandaise de lutte contre le sida ne furent jamais affichés. Aucun ne met non plus en scène des consommateurs de drogues injectables ou des femmes enceintes transmettant le virus à leur enfant. En 2004, *Wan Smolbag* conçut néanmoins une affiche rappelant que le « VIH/SIDA peut se transmettre par le sang ». Sous la photographie d'un homme se faisant tatouer un scorpion sur le bras, il est ainsi écrit : « Ne partagez pas les aiguilles » (Figure 38)[39].

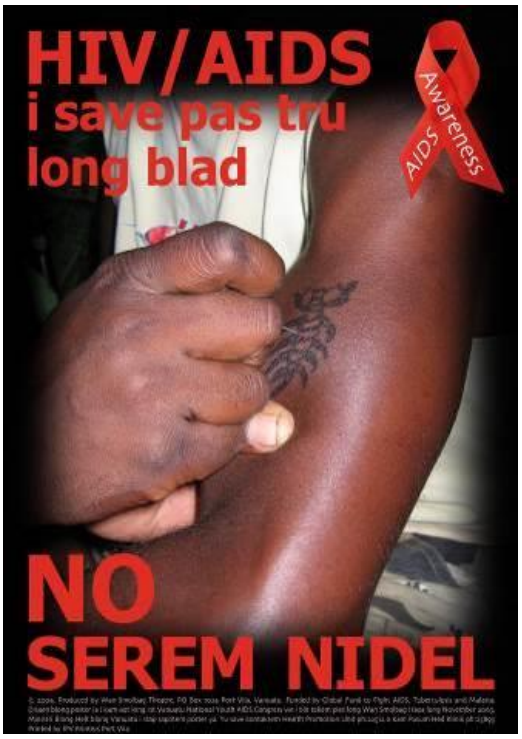


Figure 38. Le poster *HIV/AIDS i save pas tru long blad*, créé par *Wan Smolbag*

Les affiches de prévention affichées au Vanuatu au moment de mes recherches étaient donc non seulement plus visibles dans les zones urbaines de l'archipel, mais elles représentaient aussi essentiellement de jeunes citadins.

Nous venons de voir que les films, les brochures, les bandes dessinées et les posters de prévention étaient essentiellement destinés à un public résidant en ville et donc utilisés en milieu urbain, du fait, en partie, des taux d'équipement en lecteurs de DVD et en postes de télévision. Certains de ces outils étaient également disponibles, en 2011-2012, dans des zones plus reculées de l'archipel, mais ces supports de prévention présentent principalement des situations urbaines. La contraction des IST y est ainsi souvent associée à la vie en ville. Je n'ai pas suffisamment réalisé de recherches sur la réception de ces outils de prévention pour pouvoir affirmer leur efficacité ou leur inefficacité en milieu rural. On peut néanmoins douter,

[39] *HIV/AIDS i save pas tru long blad. No serem nidel.*

à la suite d'anthropologues ayant travaillé en Papouasie-Nouvelle-Guinée, tels Alison Dundon (2009), Verena Keck (2007) ou Lawrence Hammar (2010 a : 24), que les personnes résidant en milieu rural puissent se reconnaître et se sentir concernés par des messages de prévention des IST mettant uniquement en scène des situations urbaines.

Conclusion

Dans ce chapitre, j'ai énuméré les services, les interventions et les supports qui étaient utilisés en 2011-2012 au Vanuatu pour prévenir les IST. Cet état des lieux permet d'avancer que les habitants de l'archipel étaient confrontés à un grand nombre d'actions cherchant à influencer leurs idées et leurs pratiques autour de la santé et de la sexualité. Nous avons commencé à voir que ces actions ont pour objectif de façonner non seulement les comportements sexuels des ni-Vanuatu, mais aussi leurs conceptions de la féminité, de la masculinité et des rapports entre les hommes et les femmes. Ces actions les incitent à agir comme des individus autonomes, responsables et leur apprennent à effectuer des choix réfléchis, tout en faisant la promotion des relations sociales égalitaires et en présentant la ville comme un lieu dangereux pour les IST.

Même si j'ai montré que les ni-Vanuatu étaient submergés par les services, les interventions et les supports de prévention des IST, j'ai établi que les habitants des milieux ruraux et urbains ne bénéficiaient pas d'un accès exactement équivalent. Malgré la volonté nationale affichée dans la Politique de Santé Reproductive 2008, les établissements de santé, les services destinés aux jeunes, les programmes d'éducation par les pairs, les ateliers d'information, les pièces de théâtre, les activités scolaires, les émissions radiophoniques, le numéro vert, les films, les brochures, les bandes dessinées et les affiches de prévention étaient plus facilement accessibles dans les villes de Port-Vila et Luganville que dans les îles moins centrales de l'archipel. Grâce à ce chapitre, une caractéristique propre à l'urbain au Vanuatu se dessine, comme un espace bénéficiant d'un grand nombre d'actions de prévention des IST. Il nous amène également à nous interroger sur les raisons de la présence de disparités géographiques : pourquoi un plus grand nombre d'actions de prévention étaient-elles ainsi organisées en ville ?

J'ai montré que les disparités spatiales vis-à-vis des activités de sensibilisation peuvent être en partie expliquées par l'éloignement géographique, les ruptures de stock en contraceptifs, la pénurie du personnel de santé, les difficultés de transport, les réticences des enseignants à parler de sexualité, les taux de scolarisation, l'étendue de la transmission TV,

les taux d'équipement en postes de radio, en téléphones mobiles ou en lecteurs de DVD, etc. On peut imaginer que ce déséquilibre géographique est également lié à l'association que font les agences de prévention locales et internationales entre la ville et la contraction des IST – ou plus exactement, entre certains groupes et lieux urbains et la transmission de ces infections. Ce chapitre a en effet permis de souligner que les actions de prévention développées en 2011-2012 au Vanuatu tendent à cibler les jeunes générations de citadins ainsi que, mais dans une moindre mesure, les femmes travailleuses du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes habitant Port-Vila. En outre, ces actions de prévention présentent souvent certains lieux urbains comme dangereux quant à la contraction des IST : les bars à kava, les boîtes de nuit, la rue et, parfois, la ville elle-même, parce qu'ils constituent des espaces de rencontre avec la modernité et les étrangers – touristes, expatriés ou personnes originaires d'autres îles de l'archipel. Quand on entre dans le détail, il apparaît néanmoins qu'il existe une multiplicité d'actions de prévention et une diversité de messages véhiculés. On verra que les informations délivrées par un pair éducateur, un infirmier ou présentes sur une affiche, peuvent différer.

Dans le chapitre 9, j'analyserai en détail les groupes cibles identifiés par les agences de développement internationales ainsi que les interprétations qu'en font les « intermédiaires » et les habitants de Port-Vila. De manière générale, les discours savants et populaires tendent, en Mélanésie, à mettre en relation la ville et le danger, le désordre, la mixité communautaire et la « perte » de pratiques et de valeurs dites coutumières. Au Vanuatu, Jean Marc Philibert (1994 : 199) et Greg Rawlings (1999 : 81) montrent par exemple que les structures sociales des villages périurbains d'Erakor et de Pango ont été transformées au XX^{e} siècle par l'augmentation du salariat et des mariages interinsulaires. Knut Rio (2010), Lamont Lindstrom (2011 a) et John P. Taylor (2015 a) soulignent, quant à eux, l'importance des peurs et des accusations d'attaques de sorcellerie à Port-Vila et à Luganville, du fait de la juxtaposition de communautés originaires de différentes îles du Vanuatu et des inégalités économiques expérimentées par les citadins (voir aussi Lind, 2014 : 81-82 ; Mitchell, 2013 [2003] ; Widmer, 2013 : 149). La vie dans les villes mélanésiennes est ainsi fréquemment pensée comme violente et dangereuse, du fait des tensions interethniques, des crimes, de la délinquance, de l'augmentation des difficultés économiques ou de la perméabilité avec l'Occident. Le « désordre urbain » est souvent opposé à « l'univers clos et rassurant du village mélanésien » régi par des règles coutumières – alors même qu'il existe dans cette région, comme on le verra, un fort continuum entre les mondes ruraux et urbains (Connell et Lea,

1994 : 276 ; Philibert, 1994 : 197 ; Jolly, 1999 : 293-294 ; Wittersheim et Dussy, 2013 : 26 ; Lind, 2010).

Le prochain chapitre présente une communauté urbaine souvent considérée comme dangereuse et violente par les habitants de la capitale et le personnel des ONG dans laquelle j'ai pu observer le déroulement de plusieurs actions de prévention des IST. En retraçant l'histoire et en exposant le contexte de la communauté de Seaside Tongoa à Port-Vila, je vais ainsi continuer à définir ce qui constitue, pour moi, la vie en ville au Vanuatu, ainsi que les manières d'être et d'agir valorisées dans cette entité urbaine.

Chapitre III. Seaside Tongoa, une communauté urbaine organisée

Introduction

Nous venons de voir qu'au moment de mes recherches, les habitants des zones urbaines et rurales du Vanuatu ne bénéficiaient pas d'un accès aux actions de prévention des IST équivalent. De nombreuses activités avaient été organisées dans la capitale de l'archipel Port-Vila, et je me suis tout particulièrement penchée sur celles menées dans la communauté résidentielle et insulaire où j'ai réalisé la plupart de mes recherches de master et de doctorat : Seaside Tongoa. Nous avons également vu que les disparités géographiques vis-à-vis des actions de prévention peuvent être expliquées de diverses manières. Dans bien des discours savants et populaires, la ville, le désordre, la mixité communautaire et la contraction des IST sont ainsi amalgamés.

En 2011-2012, Port-Vila – comme la plupart des villes mélanésiennes – était composée de quartiers qualifiés « d'institutionnels », ainsi que de zones d'habitat dit « spontané » ou « informel », s'apparentant à la catégorie occidentale des bidonvilles, mais appelées « squats » ou « *settlements* » dans l'aire océanienne. Ces « squats » consistaient en des habitations souvent précaires, implantées par des Mélanésiens sur des terrains urbains ou périurbains vacants, avec généralement l'accord initial des propriétaires (Dussy, 2005 : 5 ; Wittersheim et Dussy, 2013 : 27-28). Malgré le manque de données sur la vie dans ces quartiers d'habitat spontané, les squats établis à partir des années 1960 en Mélanésie ont souvent été perçus, par les Européens et par les habitants des autres zones urbaines, comme des lieux de désordre et d'insécurité, hantés par de dangereux criminels et des Océaniens sans revenus (Connell et Lea, 1994 : 290). Si la ville de Port-Vila était de manière générale jugée dangereuse en comparaison avec les zones rurales de l'archipel, tous les quartiers de la capitale n'étaient donc pas considérés pareillement. Ce jugement variait également en fonction de la proximité des interlocuteurs avec la zone d'habitat considérée.

Quand j'y travaillais, le quartier de Seaside, et la communauté de Seaside Tongoa en particulier, était perçu comme un des lieux les plus dangereux et les plus pauvres de la capitale par les personnes qui lui étaient extérieures. Demandant à l'un des employés du département des Terres de Port-Vila pour quelles raisons les maisons en tôles construites à Seaside Tongoa après 2000, n'étaient pas dessinées sur le plan cadastral, j'eus la réponse

suivante : « nous n'allons plus dans cette communauté, car nous ne voulons pas nous faire caillasser ! Il y avait un homme de Tongoa qui travaillait au département des Terres auparavant. Mais, à présent, son contrat est terminé. Donc nous n'y mettons plus les pieds[1] ». De même, un pair éducateur de l'organisation *Wan Smolbag* m'expliqua que des actions de prévention n'étaient menées à Seaside Tongoa que dans le cas où un membre de l'ONG connaissait une personne ayant un accès dans la communauté[2]. Le faible taux d'emploi, la forte densité de population et le manque d'hygiène de ses habitants étaient également souvent décriés par des personnes résidant dans d'autres quartiers de Port-Vila. Plusieurs de mes interlocuteurs extérieurs à cette communauté me rapportèrent ainsi – je regroupe ici des propos d'interlocuteurs différents qui vont dans le même sens – que les gens sont « sales, malades[3] » et « serrés comme des sardines[4] ». D'autres soulignèrent le fait que « la plupart ne travaillent pas[5] » et qu'« il y en a qui dorment le jour et d'autres qui dorment la nuit, parce qu'il n'y a pas assez de place pour tout le monde[6] ».

En outre, Seaside Tongoa était fréquemment qualifiée de squat, en référence à la prétendue[7] illégalité de l'occupation des parcelles dont elle était composée. Ses habitants préféraient, quant à eux, utiliser le vocable bislama *komuniti* (« communauté »), et c'est donc le terme de communauté que, comme on l'a déjà vu, j'utilise dans cette thèse.

Entre juillet 2009 et décembre 2012, j'ai réalisé dix-huit mois de recherches anthropologiques au Vanuatu, en compagnie des acteurs de prévention précédemment décrits, mais surtout au sein de la communauté de Seaside Tongoa. Je n'ai jamais logé de manière prolongée dans l'une des habitations de cette communauté : en 2009, j'habitais dans un restaurant du quartier de Seaside tenu par un couple d'Australiens ; en 2011, j'ai occupé une chambre d'un foyer catholique du centre-ville accueillant des jeunes filles originaires de différents pays mélanésiens ; l'année suivante, j'ai résidé dans un appartement en colocation, à une quinzaine de minutes de marche de la communauté. Au cours de ces dix-huit mois de terrain, je me suis rendu à Seaside Tongoa quasi quotidiennement. Dans les premiers temps, j'y passais l'intégralité de mes journées. Arrivant aux alentours de 9 h du matin, j'arpentais les parcelles et les ruelles étroites de la communauté jusqu'à l'heure du kava ou du souper (Figure 39). M'arrêtant pour discuter quelques minutes ou bien quelques heures avec ceux et

[1] Entretien du 8 novembre 2011 avec un employé du département des Terres de Port-Vila.
[2] Entretien du 12 octobre 2011 avec un pair éducateur de *Wan Smolbag*.
[3] Entretien du 14 août 2009 avec une habitante du quartier de Simbolo, originaire de l'île de Mallicolo.
[4] Entretien du 15 octobre 2009 avec une femme d'origine française ayant obtenu la nationalité du Vanuatu.
[5] Entretien du 16 octobre 2009 avec un employé du syndicat *Vanuatu national workers'union*.
[6] Entretien du 16 octobre 2009 avec une infirmière d'un établissement de santé de la capitale.
[7] Voir la page précédente.

celles qui m'interpellaient ou ne paraissaient pas trop occupés. Par la suite, je me suis mise à consacrer plus de temps aux acteurs de prévention de la capitale, mais je faisais toujours en sorte de passer dans la matinée ou en fin de journée dans le quartier de Seaside, même lorsque je travaillais comme consultante indépendante pour UNDP ou UNFPA (voir chapitre 1, pages 26 et 44).

Figure 39. Une ruelle du terrain communautaire de Seaside Tongoa, 2009

Cherchant à ne négliger aucune catégorie de la population, j'ai discuté avec des personnes de la communauté de tous âges et de diverses confessions religieuses. Cela étant dit, mes principaux interlocuteurs étaient des hommes et des femmes de 16 à 85 ans qui se présentaient comme des protestants presbytériens ou adventistes du Septième jour. La plupart étaient originaires des villages de Matangi et d'Itakoma, situés sur l'île de Tongoa, l'une des îles du groupe Shepherd, à 95 km au nord de Port-Vila (Figure 44, page 122)[8]. Ils résidaient majoritairement sur les parcelles communautaires de Seaside Selembanga, mais aussi sur les parcelles privées 11/OC33/026 et 11/OC33/060 que je vais bientôt présenter (Figure 43, page 120). En semaine, la plupart des personnes rencontrés à Seaside Tongoa étaient des adultes à la retraite, malades ou sans emploi salarié, ainsi que des jeunes gens déscolarisés. Le week-end, mes interlocuteurs avaient des profils plus diversifiés, mais ils étaient moins disposés à de longues conversations que ceux présents la semaine. Le vendredi soir, des collectes de fonds étaient fréquemment organisées, et des personnes également originaires de Tongoa mais vivant dans d'autres quartiers de la capitale arrivaient dans la communauté pour visiter leurs proches. Le samedi, Seaside Tongoa se vidait. Ses habitants allaient généralement

[8] http://www.sunearthtools.com/fr/tools/distance.php, consulté le 20 janvier 2016 à 18 h 08.

aux jardins situés dans le quartier de Bladinière ou dans un village péri-urbain (Figure 4, page 20). Les fidèles de l'Église adventiste du Septième jour se rendaient, quant à eux, dans l'enceinte de l'hôpital où se trouvait leur chapelle. Le dimanche était marqué par l'office tenu à l'église presbytérienne située sur la parcelle de Seaside Selembanga (voir page 134). Des événements spéciaux tels que des procès, des funérailles ou des mariages pouvaient également être organisés en fin de semaine dans la communauté (voir chapitre 4).

Au cours de mes dix-huit mois de recherches au Vanuatu, j'ai ainsi eu l'occasion de passer de longs moments à Seaside Tongoa et de discuter avec une multitude de personnes : des résidents permanents, des personnes y séjournant pour une période plus ou moins longue ou des habitants de Port-Vila venant pour quelques heures visiter leurs proches. Ces observations et ces entretiens m'ont permis d'avoir un autre regard sur Seaside Tongoa que celui généralement porté par les habitants de Port-Vila. J'ai en effet pu recueillir des informations précises sur sa construction historique, sa situation démographique, sanitaire et économique, ainsi que sur son organisation.

Dans le cadre de ce chapitre, nous allons nous interroger sur l'association souvent faite dans les discours entre Seaside Tongoa, le désordre et l'insécurité. Je montrerai d'abord de quelles manières les insulaires des Nouvelles-Hébrides (renommées Vanuatu en 1980) ont été amenés à migrer et à s'enraciner à Port-Vila. Puis je donnerai les raisons pour lesquelles je pense que Seaside Tongoa ne constitue pas un squat et présenterai les conditions de vie de ses habitants. J'évoquerai enfin les différentes institutions de la communauté révélant son organisation.

3.1 L'installation des insulaires à Port-Vila

Comme la plupart des villes mélanésiennes, Port-Vila doit son origine à l'arrivée des colons dans l'archipel (Connell et Lea, 1994 : 268). Dès les premiers jours de l'occupation européenne, la baie de Port-Vila devint un centre majeur de la colonisation. Son large port naturel au fond profond, proche du rivage et abrité des alizés du sud-ouest, son approvisionnement en eau douce, la présence de la plaine de Mele, fertile et propice au développement de plantations et la « moindre hostilité » de ses habitants, firent de la baie de Port-Vila, une zone attractive pour les colons (Lightner et *al.*, 2010 [2005] b : 94). Les premières plantations furent établies dans la baie en 1880, et le premier établissement colonial de cette future capitale, la *Presbyterian Mission station*, s'installa sur l'île d'Iririki en 1873 (Figure 4, page 20). Port-Vila devint le centre économique des Nouvelles-Hébrides à mesure

que de nouvelles plantations de caféiers et de bananiers s'y établirent et que des firmes internationales, tels *Burns Philip* ou la Compagnie Calédonienne des Nouvelles-Hébrides (CCNH), installèrent leurs bureaux et leurs docks le long du front de mer (Bennett, 1957 : 116-118 ; Lightner et *al.*, 2010 [2005] b : 94). Du fait de la localisation des deux Commissionnaires résidents ainsi que de la présence de compagnies commerciales, Port-Vila prit le titre de « Capitale du Condominium franco-britannique » lors de la signature de la convention de 1906 (Bonnemaison, 1986 : 421). Elle dut cependant attendre 1911 pour être officiellement qualifiée de « ville » (Bedford, 1973 b : 43).

Après l'installation de l'armée américaine en 1942, les activités non agricoles se développèrent et de nouvelles infrastructures furent construites à Port-Vila – et aussi à Luganville – sous impulsion et direction militaires : routes, pistes d'atterrissage, bases navales, hôpitaux militaires, etc. (Bedford, 1973 a : 202-203 ; Brown Glick, 1970 : 97). En 1971, l'adoption du statut de paradis fiscal et la création du premier centre financier offshore du Pacifique engendrèrent l'accroissement du nombre de banques, de sociétés d'expertise, d'assurance et de conseil juridique et l'essor de constructions urbaines (Lightner et *al.*, 2010 [2005] b : 104). Dans les années 1970, treize grandes banques, ainsi que trois complexes hôteliers, des entreprises de construction, des commerces, une entreprise portuaire, une entreprise de gestion de l'eau et des énergies renouvelables vinrent s'implanter à Port-Vila. Le secteur administratif de la capitale se développa parallèlement (Bonnemaison, 1977 : 17). Les interventions étrangères et la diversification de l'économie conduisirent également à la mobilité et à la migration des insulaires des Nouvelles-Hébrides vers les villes de Port-Vila et Luganville.

3.1.1 Une brève histoire des mobilités

On appelle « mobilité – ou migration – circulaire » une succession de déplacements de court terme répétitifs ou rotatifs par nature. Ces déplacements, le plus souvent effectués en groupe, n'avaient pas pour but l'installation permanente dans une zone urbaine ou de plantations mais visaient à bénéficier du marché d'échanges économiques introduit par le colonialisme européen (Bonnemaison, 1977 : 3-4 ; Bedford, 1973 a : 188-191). De 1847[9] à 1904, période pendant laquelle se développa le *Blackbirding*, les habitants des Nouvelles-Hébrides furent massivement enrôlés comme main-d'œuvre dans le commerce ou les plantations d'Australie, des îles Fidji et de la Nouvelle-Calédonie et connurent ainsi la

[9] Notons que Jolly (1987 : 122) remet en question la date de 1862 généralement avancée par les historiens.

première phase de mobilité circulaire (Jolly, 1987 : 122, Rodman *et al*., 2007 : 7 ; Bedford, 1973 a : 21).

À la suite du développement des plantations coloniales et parallèlement à la mobilité internationale massive, une seconde phase migratoire commença aux Nouvelles-Hébrides. Les déplacements « circulaires » devinrent infranationaux et de plus courte durée – généralement moins d'une année (Bedford, 1973 a : 30, 198-200). Sous le condominium franco-britannique signé en 1906, la mobilité circulaire entre une zone rurale et un centre urbain ou entre un village et une plantation s'intensifia. Les insulaires des Nouvelles-Hébrides partis travailler à l'étranger furent massivement rapatriés et devinrent la seule force de travail des plantations coloniales anglophones (Rodman *et al*., 2007 : 8). Contrairement aux planteurs français, leurs homologues anglais avaient en effet légalement restreint l'« importation » de main-d'œuvre étrangère, notamment d'origine asiatique, qui avait cours depuis le début des années 1920 aux Nouvelles-Hébrides (Rodman *et al*., 2007 : 8 ; Haberkorn, 1989 : 7).

Les prémices de la troisième phase de mobilité circulaire apparurent pendant la Seconde Guerre mondiale. À partir de l'installation de l'armée américaine à Port-Vila et à Luganville, des milliers d'insulaires des Nouvelles-Hébrides migrèrent et amorcèrent une activité non agricole dans l'un des deux centres urbains (Bedford, 1973 a : 202-203). Pour pallier le manque d'hommes du fait de leur enrôlement dans les troupes américaines, certaines professions se féminisèrent (Rodman *et al*., 2007 : 8 ; Bedford, 1973 a : 38). Après la guerre, l'augmentation du prix du coprah (chair séchée de noix de coco utilisée, par exemple, dans la fabrication de la margarine ou du monoï), l'ouverture d'une industrie de poisson congelé sur l'île d'Espiritu Santo et le développement d'une exploitation minière sur l'île d'Efate conduisirent à l'intensification de la mobilité circulaire au sein des Nouvelles-Hébrides (Bedford, 1973 b : 38-43). En 1955, la capitale ne comptait que 200 insulaires, mais dans les seules douze années qui suivirent (entre 1955 et 1967), ce nombre augmenta de 556 % ! (Haberkorn, 1989 : 10).

Dans les années 1970 une nouvelle forme de migration apparut, qui fut qualifiée de « sauvage » ou « sans règles » par le géographe Joël Bonnemaison (1977). Ce terme recouvre selon lui :

> « À la fois les formes nouvelles résultant de l'évolution interne de la migration circulaire, et celles plus radicales qui proviennent de l'apparition d'un type nouveau de migrants, pour qui les liens avec le monde rural traditionnel perdent de l'importance. Dans les deux cas, c'est la régularité des retours dans l'île d'origine et la permanence des structures de groupe qui sont mises en cause » (Bonnemaison, 1977 : 6-7).

Au vu de l'importance des identités coutumières et des relations claniques à Port-Vila aujourd'hui, nous pouvons douter du fait que les « migrants sauvages » arrêtèrent d'accorder de l'importance au maintien de leur coutume et de leurs relations avec le monde rural (voir Wittersheim et Dussy, 2013 : 24). Cependant, il est intéressant de noter qu'à partir des années 1970 certains insulaires des Nouvelles-Hébrides cessèrent de se considérer « en transit » dans la capitale et cherchèrent à s'intégrer en milieu urbain de façon plus durable (Haberkorn, 1989 : 149-151 ; Bonnemaison, 1977 : 8). La demande en main-d'œuvre explosa à Port-Vila et le nombre de postes d'employés et de professions intermédiaires connut une nette augmentation, incitant les insulaires à rester ou à se rendre massivement dans la capitale (Bonnemaison, 1977 : 7-9, 16).

À partir des années 1980, la récession économique post-indépendance restreignit fortement l'apparition de nouvelles opportunités d'emploi à Port-Vila. La capitale du Vanuatu commença à faire face à un phénomène de chômage, qui toucha tout particulièrement les jeunes. Ces derniers entraient en effet sur le marché du travail relativement tôt et disposaient d'un taux d'employabilité inférieur à celui de leurs aînés (Mecartney, 2000 : 33 ; Mitchell, 2013 [2003] ; VYPP, 2008 : 6-7)[10].

Depuis l'accession du pays à l'indépendance, les disparités économiques et d'accès à l'emploi entre les populations ni-Vanuatu et expatriée sont grandissantes à Port-Vila (Mecartney, 2000 : 54). D'après un rapport produit par le *Vanuatu National Statistics Office* (VNSO, 2000 : 23), à la toute fin des années 1990, les étrangers contrôlaient la plupart des secteurs économiques porteurs de la capitale – tel le centre financier offshore – et occupaient dans leur majeure partie des professions très qualifiées leur assurant des salaires élevés. En 1999, les hauts fonctionnaires ou les gestionnaires de nationalité étrangère gagnaient en moyenne 1,8 fois plus que leurs homologues mélanésiens, tandis que les libéraux, techniciens et professionnels associés percevaient un salaire 4,5 fois supérieur à celui de leurs collègues locaux (VNSO, 2000 : 31-32). Les disparités économiques et d'accès à l'emploi augmentent également au sein même de la population mélanésienne présente à Port-Vila. Des chercheurs ont ainsi mis en évidence l'émergence de conflits de classes et d'élites urbaines dans le Pacifique. Éric Wittersheim et Dorothée Dussy indiquent cependant qu'il est difficile d'utiliser ces notions issues de la sociologie classique européenne dans un contexte océanien dépourvu des structures connues pour avoir conduit à l'apparition de véritables classes

[10] Aujourd'hui, ce sont les femmes – moins sujettes à la consommation de kava, d'alcool et de cannabis et considérées comme plus « dociles » par les employeurs de la capitale qui bénéficient du taux d'employabilité le plus élevé. Si les femmes du Vanuatu accèdent de plus en plus facilement à l'emploi, notons que la parité sexuée n'était toujours pas atteinte à Port-Vila, au moment de mes recherches (Strachan, 2004).

sociales, telles l'industrialisation et les carrières professionnelles longues (2013 : 21-22). Le secteur industriel était quasi inexistant au Vanuatu au tournant des années 2010. En 2008, seuls 10 % du Produit Intérieur Brut (PIB) de l'archipel était généré par le secteur secondaire alors que les secteurs primaire et tertiaire engendraient respectivement 21 % et 69 % du PIB du pays. La création de richesses au Vanuatu était principalement liée au tourisme, à l'administration publique et au centre financier offshore (PMO, 2010 ; 2011).

Figure 40. Une rue commerçante du centre-ville de Port-Vila, 2009

Malgré l'augmentation du chômage et des disparités d'accès à l'emploi, j'ai pu observer que la population urbaine du Vanuatu poursuit son développement. Du fait de l'accroissement naturel et du solde migratoire positif, la population de Port-Vila et de Luganville augmenta en moyenne de 3,5 % par an entre 1999 et 2009, contre 1,9 % par an en milieu rural (VNSO, 2011 : vi). Les insulaires continuent à s'établir en ville pour différentes raisons. Certains sont attirés dans ces deux villes par des services ou des infrastructures absentes dans leurs îles d'origine, comme l'électricité, les magasins, les lieux de divertissement, la télévision ou le réseau de transport collectif (Mitchell, 2013 [2003] ; Lindstrom, 2011 a : 261 ; Figure 40). Cela étant dit, la possibilité de gagner de l'argent constitue l'une des principales préoccupations des habitants des zones rurales – et urbaines d'ailleurs – de l'archipel, et la raison première de leur établissement en ville. Dans sa thèse de doctorat portant sur le village de Purau, sur l'île de Tongoa (Figure 44, page 122), Susanna Katharine Kelly montre que l'école, l'électricité, les rituels de mariage et de funérailles, la santé et le transport des personnes et des marchandises vers la capitale sont des postes de dépenses importants pour les insulaires (1999 : 80). En novembre 2009, lors de mon séjour dans le village de Matangi, sur

cette même île, les villageois vendaient du kava ou du coprah, recevaient de l'argent de la part de leurs proches de Port-Vila, tenaient un petit magasin ou exerçaient l'un des rares emplois salariés de leur village. Mais leur accès à l'argent demeurait relativement limité et s'installer en ville constituait pour la majorité des villageois leur unique possibilité de prendre part à l'économie salariée.

Même si la population urbaine est en constante augmentation, la plupart de mes interlocuteurs du quartier de Seaside ou de l'île de Tongoa dépeignaient une image idyllique de la vie au village, en comparaison de celle menée dans la capitale. Une femme du village de Matangi me rapporta ainsi « en ville, c'est trop dur. Tu dois tout payer. Tu manges de l'argent (*yu kakae mane*). Ici, tu es ton propre patron. Si aujourd'hui tu veux te reposer, tu te reposes, tu n'as pas de problème de temps ». Sa fille souligna également le fait qu'« ici, tu n'as pas faim[11] ». Quant à leur beau-frère vivant à Port-Vila, il me dit que « la vie est plus facile sur l'île de Tongoa[12] ».

De nombreuses personnes rencontrées dans la communauté de Seaside Tongoa – ou dans d'autres quartiers de Port-Vila par Sarah Anne Nautong Mecartney (2000 : 80) ou Lamont Lindstrom (2011 a : 264) par exemple – évoquaient leur désir de s'installer ou de retourner vivre dans leur île d'origine à plus ou moins long terme. Mais ce projet était souvent difficilement réalisable. En effet, du fait de la pression foncière présente dans certaines îles du Vanuatu et des nécessités économiques, le retour des citadins – en particulier de ceux étant nés et ayant grandi en ville – peut s'avérer problématique (voir Kraemer, 2013). Jean Mitchell note que les jeunes de Port-Vila sont souvent critiqués pour vouloir rester en ville alors même qu'ils sont sans emploi (2013 [2003] : 252). Elle indique que ce jugement ne prend pas en considération la présence de nouvelles générations de citadins ayant grandi en ville, ainsi que le déséquilibre existant entre le nombre d'emplois disponibles et la quantité exponentielle de demandeurs d'emplois sur le marché du travail de Port-Vila.

Bon nombre des insulaires se trouvant dans la capitale entre 2009 et 2012 y habitaient depuis longtemps (Wittersheim et Dussy, 2013 : 35). La plupart des personnes qui résidaient à Seaside Tongoa étaient à Port-Vila depuis plusieurs dizaines d'années, soit parce qu'elles y étaient nées et n'en étaient jamais parties, soit parce qu'elles y avaient migré plus jeunes et ne souhaitaient plus retourner dans leur village d'origine. Des personnes âgées demeuraient par exemple dans la capitale afin de pouvoir bénéficier des revenus et de la présence de leurs

[11] Entretiens du 10 novembre 2009 avec une femme âgée d'une trentaine d'années habitant le village de Matangi (Tongoa) et du 14 novembre 2009 avec une jeune fille âgée de douze ans habitant le village de Matangi (Tongoa).
[12] Entretien du 19 octobre 2009 avec un habitant de Seaside Tongoa, âgé d'une trentaine d'années.

enfants (voir chapitre 4, page 161). Pourtant, malgré leur enracinement urbain, de nombreux citadins continuaient d'apprécier la mobilité et les voyages vers les îles qui leur permettaient, entre autres, de consolider ou de créer de nouvelles relations (Lindstrom, 2011 b : 3). Mes observations et ma participation à la vie de la communauté de Seaside Tongoa pendant dix-huit mois et les parcours de vie de ses résidents, ont relevé la fréquence des déplacements de certains de ses habitants en direction de leur village d'origine, d'autres îles de l'archipel ou au sein même des quartiers de la capitale. Ces personnes alternaient des temps de résidence de plusieurs mois ou de plusieurs années à Port-Vila, à Tongoa ou parfois ailleurs dans l'archipel. Elles venaient chercher un emploi, visiter leurs proches, profiter des services de l'hôpital central de Port-Vila – en particulier du service périnatal et de la maternité (voir chapitre 2, pages 62-63) – ou souhaitaient continuer leurs études ou scolariser leurs enfants dans la capitale. Certains *man Tongoa* (nom donné aux personnes originaires de l'île de Tongoa, quel que soit leur lieu de résidence) se déplaçaient également en zone rurale ou urbaine sur de plus courtes périodes, lorsqu'étaient organisées des cérémonies impliquant des membres de leur famille proche par exemple : mariage, décès ou élection d'un chef. D'autres encore prenaient part à la mobilité internationale en travaillant de manière saisonnière dans des fermes de Nouvelle-Zélande (voir Cummings, 2013 ; 2014 ; Mitchell, 2014). Ainsi, bien que nous ayons montré dans le précédent chapitre de cette thèse que les actions de prévention des IST menées au Vanuatu étaient principalement urbaines, il est important de préciser que les personnes habitant d'ordinaire dans l'île de Tongoa pouvaient cependant y accéder pendant leurs séjours dans la capitale.

Les migrants tendaient donc à s'enraciner en milieu urbain, malgré l'augmentation du chômage et des disparités d'accès à l'emploi. Néanmoins, les déplacements des ni-Vanuatu demeuraient importants parce qu'ils pouvaient leur permettre de gagner de l'argent ou de bénéficier de services inaccessibles dans leurs îles d'origine. Or, toutes les formes de mobilité n'étaient pas jugées positives au Vanuatu. Les déplacements sans but étaient considérés comme inadéquats et dangereux, en particulier pour les femmes et pour les jeunes gens (Jolly, 1999 : 284 ; Kraemer, 2013 : 158 ; voir chapitre 10, pages 447 et 455). La mobilité et les voyages étaient valorisés lorsqu'ils contribuaient à assurer le maintien ou la création de liens entre les villages des zones rurales et les communautés résidentielles urbaines et entre les différentes zones d'habitat qui se sont progressivement établies dans Port-Vila (Wittersheim et Dussy, 2013 : 35 ; Lindstrom, 2011 b : 3).

3.1.2 L'établissement de différents types de communauté résidentielle

Les diverses phases de migration qu'a connues le Vanuatu au XX^{e} siècle ont engendré la construction de différents types de logement et l'établissement de différentes sortes de communauté résidentielle à Port-Vila. Jusqu'en 1940, l'administration coloniale régulait de façon drastique la résidence des insulaires non originaires de l'île d'Efate – où se situait la capitale du Condominium. Un migrant sans emploi ne pouvait demeurer plus d'une quinzaine de jours à Port-Vila sans être menacé d'être reconduit vers son île d'origine. À cette époque, la plupart des migrants signaient des contrats à court terme qui leur garantissaient un logement de fonction (Bedford, 1973 b : 55-56 ; Haberkorn, 1989 : 7-8 ; voir aussi Goddard, 2013 : 169 pour la Papouasie-Nouvelle-Guinée). Pendant la Seconde Guerre mondiale, les migrants se considéraient encore comme seulement de passage en ville et avaient de ce fait peu d'exigences tant en matière de logement que de revenus (Bonnemaison, 1977 : 4). À cette période, les toits et les murs des constructions étaient donc principalement réalisées en tôles ondulées, mais, après le passage de l'ouragan de 1951, un grand nombre de maisons en dur commencèrent à voir le jour à Port-Vila. Dans les années 1960-1970, la capitale connut un second boom de constructions lié à l'augmentation des opportunités d'emploi. Certaines familles d'insulaires témoignèrent de leur intention de résider à long terme dans la capitale en y acquérant une parcelle de terre et en y construisant un logement en matériaux plus résistants que les tôles (Bedford, 1973 b : 99, 114 ; Bonnemaison, 1977 : 6).

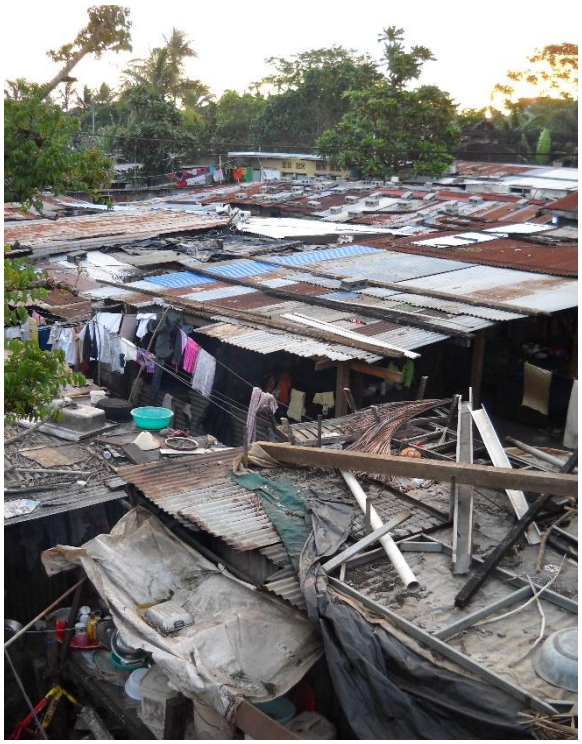


Figure 41. Les toits des maisons du terrain communautaire de Seaside Tongoa, 2011

Ainsi, les maisons en dur se multiplièrent à Port-Vila au fur et à mesure que la migration s'intensifiait et que les insulaires commençaient à s'y enraciner. Pourtant, au moment de mes recherches, la capitale comptait encore un grand nombre de constructions en tôles, notamment dans les zones d'habitat dit spontané. Mitchell a noté que les baux étaient très précaires dans ces quartiers et que les maisons devaient pouvoir être rapidement démantelées si les propriétaires coutumiers désiraient récupérer leurs terres (2013 [2003] : 256). Or, l'utilisation de matériaux facilement amovibles était également liée à leur faible coût d'achat. Bon nombre des maisons de Seaside Tongoa étaient ainsi, totalement ou partiellement, construites en tôles, alors que les habitants de cette communauté urbaine détenaient des baux d'une cinquantaine d'années (voir page 120 ; Figure 41).

Les différentes phases de migration au Vanuatu influencèrent non seulement la construction des logements de la capitale, mais donnèrent également naissance à différents types de regroupement urbain. Des communautés résidentielles fondées sur l'appartenance à une même île d'origine mais aussi des quartiers multi-insulaires y furent progressivement créés. Ce sont des migrants originaires d'îles connaissant une expérience de la mobilité circulaire déjà ancienne – telles celles de Tongoa, Emae, Makura, Mataso, Buninga, Paama, Anatom ou d'Ambrym (Figure 3, page 15) – qui commencèrent à mettre en place dans la capitale les premières communautés résidentielles, dans les années 1960. Au début des années 1970, Port-Vila comptait déjà une dizaine d'« extensions » communautaires fondées sur une origine linguistique, villageoise ou insulaire communes. Ces structures d'accueil étaient principalement composées d'un terrain, ou tout au moins d'un espace où il était possible de se rassembler (Bonnemaison, 1977 : 57 ; voir aussi Bedford, 1973 b : 111-114). Celles-ci étaient tenues par des « leaders ayant acquis une ancienneté et souvent un poste de responsabilités dans l'une des entreprises de la ville » (Bonnemaison, 1977 : 57). Autour des quelques familles installées en permanence dans ces communautés résidentielles gravitait une « masse instable » de résidents temporaires. Les migrants dont le partenaire ou les enfants étaient restés dans leur village d'origine avaient en effet tendance à séjourner sur une plus courte période en ville (Bedford, 1973 b : 99, 114 ; Bonnemaison, 1977 : 6). Les parcelles sur lesquelles ces communautés étaient installées pouvaient être des terrains « privés », « communautaires » ou fournis par les entreprises mais, du fait des faibles revenus engrangés par les familles d'insulaires, celles-ci avaient rarement la capacité de financer l'achat d'un terrain de manière individuelle (Bonnemaison, 1977 : 16, 55-56). Et même lors de l'acquisition de parcelles dites privées, les souscripteurs faisaient généralement appel à leur réseau de parenté, dont certains proches restés au village. Chaque membre venant en aide au

propriétaire, lors de l'achat de son terrain, y acquérait – ainsi que sa descendance – un droit de résidence (Bonnemaison, 1977 : 55). Tel fut le cas des habitants des parcelles privées de Seaside Paama ou des lots individuels de Seaside Tongoa, par exemple[13].

Les résidents originaires des grandes îles du nord et du centre nord de l'archipel, dont les migrations commencèrent plus tardivement – dans les années 1970-1980 – mirent rarement en place des communautés résidentielles de tailles comparables à celles engendrées par les phases de migration circulaire plus anciennes. D'après Bonnemaison,

> « On trouve parmi les migrants originaires de ces îles une mosaïque de micro-regroupements, correspondant à une famille étendue, ou dans le meilleur des cas à un ou deux villages, mais pas de communauté large [fondée sur l'origine insulaire, comme celle de Seaside Tongoa] » (1977 : 57-58).

Des quartiers multi-insulaires composés de plusieurs micro-regroupements se développèrent à Port-Vila dans les années 1980. Après l'indépendance, les plantations situées à l'emplacement de l'actuelle communauté de Freswota furent par exemple subdivisées et vendues à des migrants originaires de diverses îles de l'archipel (Kraemer, 2013 : 143).

Bonnemaison note que, malgré la dispersion de leurs zones d'habitat, les membres de ces micro-regroupements éparpillés dans la capitale se rassemblaient en communautés religieuses (1977 : 58). Quand j'étais à Port-Vila, j'ai pu constater en effet que, même si les personnes originaires de la région Centre de l'île de Pentecôte vivaient dans plusieurs quartiers de Port-Vila (Simbolo, Freswota, Blacksands), elles étaient nombreuses à se rendre à la messe catholique de l'église de Namburu. Elles disposaient également d'un espace pour se rassembler proche de cet établissement.

Les quartiers multi-insulaires qui émergèrent dans les années 1980 dans la capitale s'organisèrent, eux aussi, en communautés : des communautés non pas fondées sur la confession religieuse ou l'origine insulaire de ses membres, mais sur le partage d'un même lieu de résidence, qui implique ensuite une série d'activités partagées et de liens sociaux de divers types (Servy, 2010). Les habitants du quartier de Simbolo – où j'ai résidé en 2009 pendant plusieurs semaines – se considéraient ainsi comme appartenant à une même « communauté » et se réunissaient régulièrement pour aborder des sujets concernant leur quartier. Dans sa thèse de doctorat, Daniela Kraemer a de même montré que les habitants de Freswota développèrent des groupes de jeunes et des conseils communautaires afin de faciliter la coopération et l'organisation de cette communauté multi-insulaire (2013 : 38). Les résidents du quartier rencontrés par Kraemer considéraient en effet qu'une « bonne »

[13] Entretien du 11 octobre 2009 avec une habitante de Seaside Paama, âgée d'une trentaine d'années.

communauté devait être « structurée », « ordonnée » et permettre à ses membres d'entretenir des relations étroites entre eux (2013 : 111).

Au moment de mes recherches à Port-Vila, des communautés résidentielles fondées sur l'appartenance insulaire étaient ainsi entremêlées avec des quartiers rassemblant des Mélanésiens originaires de diverses îles de l'archipel. Il existe aussi dans la capitale des communautés non fondées – ou non exclusivement basées – sur le partage d'un même lieu de résidence. Nous évoquerons bientôt, par exemple, les communautés religieuses structurant le quartier de Seaside. Les insulaires des Nouvelles-Hébrides ont, dans un premier temps, été amenés à migrer à Port-Vila du fait des politiques coloniales et du développement économique de la capitale. À la fin du condominium franco-britannique, les opportunités d'emploi diminuèrent fortement en milieu urbain mais les besoins et les désirs d'argent des habitants de l'archipel ne cessèrent pour autant d'augmenter (Lindstrom, 2011 a : 258). Le solde migratoire demeura de ce fait positif, et les migrants s'enracinèrent progressivement en ville, au sein de quartiers multi-insulaires ou de communautés résidentielles fondées sur l'appartenance à une même île d'origine. Nous allons maintenant nous intéresser à la construction historique et à la situation démographique, sanitaire et économique de l'une de ces communautés résidentielles de Port-Vila, Seaside Tongoa, située dans le quartier de Seaside, ce qui nous permettra de remettre en question au passage les préjugés qui courent sur cette communauté.

3.2 L'histoire et la situation actuelle de Seaside Tongoa

3.2.1 L'imbrication de communautés

Le quartier de Port-Vila dans lequel j'ai mené la plupart de mes recherches de master et de doctorat, était relativement proche du centre-ville. Selon *Google map*, Seaside se situait à 1,4 km, soit 16 min à pied, du marché principal de la capitale. Le quartier s'étendait, du nord au sud, du New Millenium Park (*Seaside Showground*) à l'hôpital central, et d'ouest en est, de la rue De Walles au lagon d'Erakor (*Ekasuvat Lagoon*). Cette parcelle rectangulaire d'environ 450 m sur 300 m était subdivisée en plusieurs lotissements regroupant principalement des personnes d'une même origine insulaire : Seaside Tongariki, Seaside Paama, Seaside Erromango, Seaside Pentecost, Seaside Tongoa et Seaside Futuna – ou appartenant à un même corps de métiers : Seaside Police (Figure 42). Le quartier multi-insulaire de Seaside était donc composé de plusieurs communautés résidentielles fondées sur l'appartenance à des îles localisées dans différentes provinces de l'archipel (Figure 3, page 15). Des hôtels de luxe

et de grandes maisons clôturées de Mélanésiens et d'expatriés côtoyaient les constructions plus sommaires des communautés résidentielles insulaires. Si Seaside était dans son ensemble considéré comme un quartier assez défavorisé par les habitants de Port-Vila qui lui étaient extérieurs, ce quartier n'était en réalité nullement homogène.

Les trois communautés résidentielles généralement distinguées par les personnes extérieures au quartier et dans les documents officiels, étaient celles de Seaside Paama, Seaside Futuna et Seaside Tongoa. Les deux dernières étaient en outre fréquemment regroupées, comme lors du dernier recensement de la population en 2009 (VNSO, 2009 b ; voir ci-dessous). Quant aux habitants de Seaside rencontrés lors de mes recherches, ils découpaient leur environnement de façon plus détaillée, tout particulièrement lorsqu'ils délimitaient leur communauté insulaire par rapport à celles qui lui étaient limitrophes. Les résidents de Seaside Tongoa – communauté située au sud de l'hôpital central de Port-Vila, près des hôtels *Poppy's on the lagoon* et *Tradewinds Resort* – revendiquaient ainsi l'existence d'une frontière nette avec la communauté de Seaside Futuna au nord-ouest et celle de Seaside Police à l'est. Lorsqu'ils présentaient leur quartier, cependant, ils oubliaient parfois de distinguer les communautés de Seaside Erromango et Seaside Tongariki de leur voisine Seaside Paama (Figure 42).

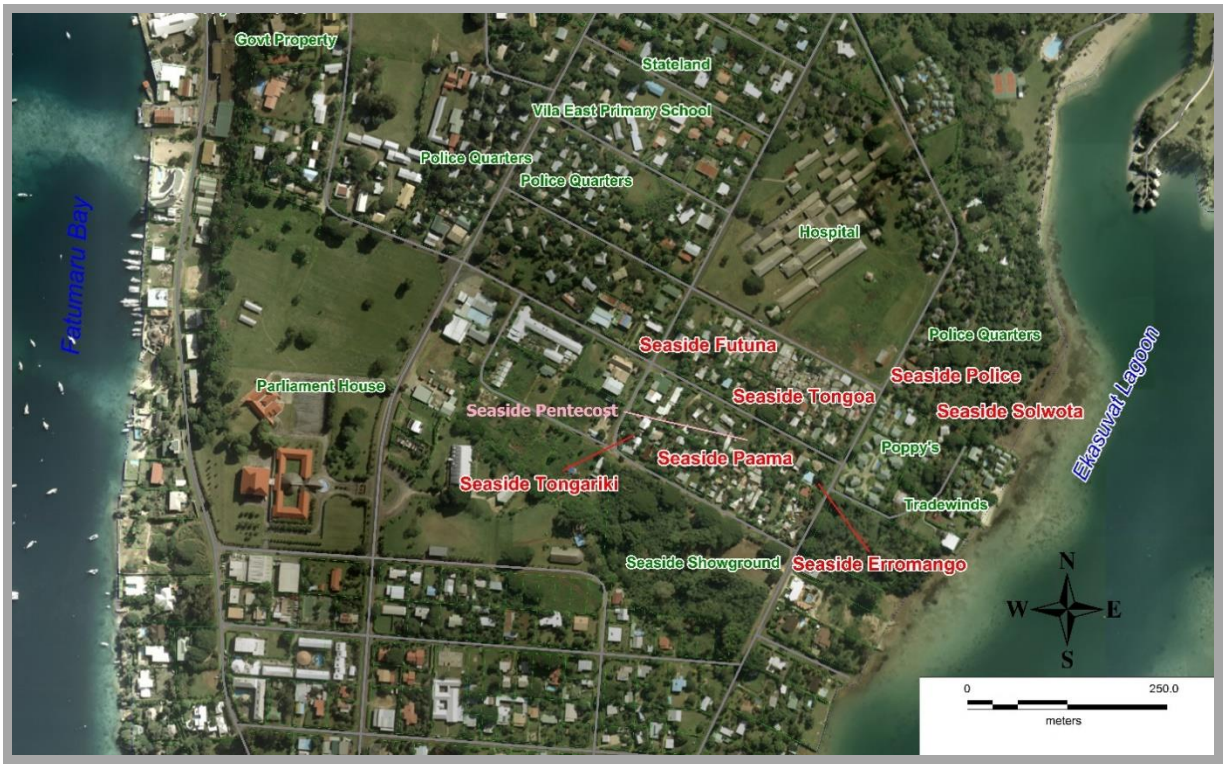


Figure 42. Carte du quartier de Seaside, 2009
(Source : Fond de carte obtenu au département des Terres, Vanuatu)

Même si le quartier de Seaside comptait plusieurs communautés fondées sur une même appartenance insulaire, les habitants que j'ai interrogés reconnaissaient aussi l'existence d'une (méga) communauté à l'échelle du quartier, et se considéraient comme des *man Seaside*. Une affiche épinglée en octobre 2011 sur la devanture d'un petit magasin de Seaside Tongoa, s'adressait ainsi « à tous nos bons citoyens de la communauté de Seaside[14] ». Des relations d'alliance et d'amitié existaient entre les groupes insulaires du quartier. Par exemple, en 2009, le chef de Seaside Futuna et deux habitantes de Seaside Tongoa avaient mis en place un trio d'entraide afin de collecter des fonds chacun à leur tour. Chaque mois, l'un d'entre eux organisait une soirée de bingo – une forme du jeu de hasard connu en France sous le nom de loto – à laquelle ses partenaires étaient tenus de participer (voir Servy, 2010 ; 2011).

Le quartier disposait en outre d'associations rassemblant les différentes communautés insulaires de Seaside, tels le comité de célébration de l'indépendance et le *Seaside Youth Development Club*. En 2012, ce club installa par exemple une station de lavage automobile au New Millenium Park, dans le but de développer l'économie du quartier et d'occuper les jeunes sans emploi. Depuis son ouverture dans le quartier en 2012, la branche de l'Église adventiste du Septième jour regroupait également des habitants de différentes communautés. Les recherches portant sur les Églises en Océanie ont ainsi montré que la ville tendait à produire de « nouvelles identités enjambant les différences ethniques et linguistiques » (Wittersheim et Dussy, 2013 : 24). Mais d'autres églises, plus anciennement implantées, rassemblaient des fidèles à une échelle plus insulaire ou subinsulaire : Seaside Tongoa dénombrait ainsi deux églises protestantes presbytériennes ; Seaside Paama comptait une église presbytérienne et une église pentecôtiste, nommée *Vanuatu Revival Fellowship* ; une église anglicane était implantée sur le terrain de Seaside Pentecost ; et une église presbytérienne était installée à Seaside Futuna.

Pour résumer, au moment de mes recherches à Port-Vila, Seaside Tongoa consistait en une communauté résidentielle fondée sur l'appartenance à une même île d'origine. Cette entité urbaine était localisée dans un quartier multi-insulaire, lui-même organisé comme une communauté, en dépit du fait qu'il ne soit pas nécessairement homogène.

En introduisant ce chapitre, j'ai signalé l'existence, en Mélanésie, de zones d'habitat qualifiées de squats du fait du caractère sommaire de leurs constructions et de la précarité des accords ayant conduit à l'installation de leurs habitants. Wittersheim et Dussy décrivent les squats mélanésiens comme « des quartiers construits sur des terrains appartenant aux

[14] *To all our good citizens of Seaside Community*.

populations autochtones de l'endroit où se sont bâties les villes, et dont le droit d'occupation repose le plus souvent sur un accord à l'amiable, mais précaire » (2013 : 27-28).

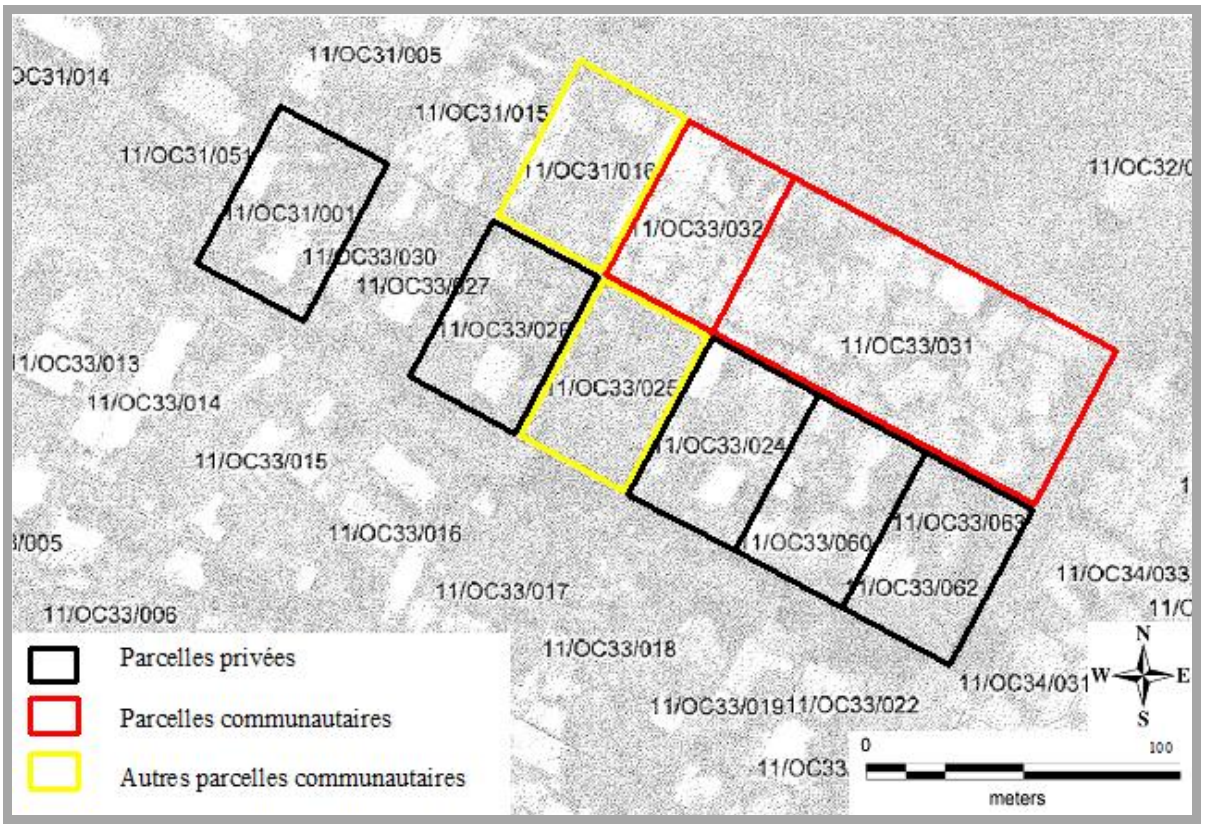


Figure 43. Carte des parcelles de Seaside Tongoa, 2011
(Source : Fond de carte obtenu au département des Terres, Vanuatu)

Au Vanuatu, la zone d'habitat spontané de Blacksands a, par exemple, été établie sur des terres possédées par des personnes originaires de l'île d'Ifira, située dans la baie de Port-Vila (Figure 4, page 20). Mecartney indique qu'à partir de 1960, une vingtaine de propriétaires coutumiers ont donné leur accord (souvent verbal) pour que des insulaires d'autres îles viennent s'installer dans ce quartier de la capitale, sans qu'aucun bail ait jamais été signé (2000 : 66). J'ai déjà indiqué que la communauté de Seaside Tongoa était elle aussi souvent qualifiée de squat lors de mes recherches à Port-Vila. Pourtant, contrairement aux habitants du quartier de Blacksands par exemple, les membres de la communauté de Seaside Tongoa résidaient sur des terrains dont ils possédaient les baux. Au moment de mes recherches, l'occupation des parcelles collectives et privées (Figure 43) de cette communauté était légale. Il serait trop long et trop éloigné du sujet de cette thèse de présenter mes recherches auprès de l'unique survivant des temps de l'installation sur la terre en friche devenue Seaside Tongoa dans les années 1960 et l'histoire de la signature de baux, mais l'utilisation du terme « squat » pour désigner Seaside Tongoa est abusive, même si de nombreuses constructions y étaient sommaires.

3.2.2 Une forte densité de population sans rotation

Nous avons vu que la densité de population de Seaside Tongoa a souvent été déplorée par des personnes extérieures à cette communauté. Si, d'après mes interlocuteurs seuls dix-sept hommes et leurs familles étaient installés à Seaside Tongoa en 1971, le nombre d'habitants de cette communauté augmenta de manière fulgurante suite à l'accession du pays à l'indépendance. Un Ancien (*Elder*)[15] de l'église presbytérienne m'expliqua que de nombreux *man Tongoa* vinrent s'installer à Seaside – et de manière générale à Port-Vila – afin d'être en mesure de régler les frais de scolarité de leurs enfants après que l'école fut devenue payante[16]. En 1993, les personnes originaires de l'île de Tongoa représentaient le troisième groupe d'insulaires le plus important numériquement à Port-Vila (Shirakawa, 1999 : 60). Et alors que le nombre de *man Tongoa* vivant dans la capitale augmenta, celui des personnes demeurant dans cette île du centre de l'archipel diminua. Entre 1999 et 2009, sa population passa de 2 397 à 2 300 habitants (VNSO, 2009 a : 4).

D'après l'enquête préliminaire *Census Household Listing* conduite en 2009 par le *Vanuatu National Statistics Office* (VNSO), Seaside Tongoa et Seaside Futuna comptaient 713 membres établis sur une superficie rectangulaire de 100 m sur 280 m. Ce qui correspondrait à une densité de population de 25 464 habitants au km², soit une densité équivalente à celle d'une grande ville européenne : en 2012, Paris comptait, par exemple, 21 258 habitants au km²[17]. Mais d'après mes estimations de 2012 basées sur la construction de la carte de la communauté (voir ci-dessous), Seaside Tongoa abritait à elle seule un millier d'habitants répartis principalement dans un espace d'environ 100 m sur 162 m, soit une densité de 61 728 habitants au km². Comparativement, le Vanuatu ne comptait en moyenne que 19 habitants au km² dans l'archipel et 52 habitants au km² dans la province Shefa, où se situe Port-Vila, en 2009 (VNSO, 2011 : 7). La densité de population de Seaside Tongoa était donc très forte, d'après les statistiques du VNSO comme d'après mes estimations.

La fécondité dans cette communauté semblait, en outre, relativement élevée. Nous ne disposons pas de données démographiques propres à Seaside Tongoa. D'après les estimations pour 2009 du VNSO (2011 : 32), le taux de fécondité dans les zones rurales du Vanuatu était plus fort que celui des villes (4,4 *versus* 3,2 ; 4,1 en moyenne nationale ; voir

[15] Dans le système presbytérien, un Ancien (*Elder*) est une personne élue par l'assemblée des membres d'une église pour maintenir la discipline ecclésiastique et sauvegarder les mœurs. Cette fonction existe également dans l'Église adventiste du Septième jour.
http://www.universalis.fr/encyclopedie/presbyteriens/, consulté le 17 octobre 2016 à 14 h 48.
[16] Entretien du 1er juillet 2012 avec un homme âgé d'environ 70 ans.
[17] http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codgeo=dep-75, consulté le 15 septembre 2015 à 10 h 14.

aussi MoH *et al.*, 2014 : 51). D'après mes observations, les femmes de Seaside Tongoa mettaient au monde un grand nombre d'enfants, même si les nouvelles générations tendaient à en avoir moins (voir chapitre 5, page 196). À titre d'exemple, les quatre femmes de ma famille d'accueil âgées en 2012 d'une cinquantaine d'années avaient chacune eu entre six et dix enfants.

Si j'ai précédemment indiqué que les premiers migrants étaient des groupes de jeunes hommes, en 2011-2012, Seaside Tongoa était principalement composée de familles avec enfants. Selon le VNSO, en 2009, 34 % des habitants de Seaside Tongoa et de Seaside Futuna avaient moins de 15 ans et 55 % étaient âgés de moins de 25 ans. Ces deux communautés comptaient une proportion égale d'hommes et de femmes : en 2009, sur les 713 personnes résidant dans ces deux communautés, 359 étaient de sexe féminin et 354 de sexe masculin[18].

Figure 44. Carte des villages de l'île de Tongoa, 2012 (source : Fond de carte de *Google map*)

En 2012, les deux communautés villageoises numériquement les plus importantes à Seaside Tongoa étaient celles de Matangi et d'Itakoma. C'est donc avec les résidents originaires de ces deux villages que j'ai passé le plus clair de mon temps. Les parcelles 11/OC33/031 et 11/OC33/032 – correspondant aux baux contractés par les représentants des villages de Matangi, d'Itakoma, de Bonga Bonga, d'Euta et de Mangarisu –

[18] Selon les tableaux statistiques produits à ma demande le 14 novembre 2012 par le VNSO.

étaient habitées par des personnes issues de ces cinq villages, mais la grande majorité des habitations de ces deux parcelles communautaires étaient occupées par des familles originaires de Matangi et d'Itakoma (Figures 43 et 44). Notons, ici, que sur l'île de Tongoa, Matangi et Itakoma ne sont séparés que par un terrain de football. Selon certains documents et discours, depuis l'installation de la mission presbytérienne, ces deux villages n'en forment même qu'un : Selembanga (voir par exemple, Kelly, 1999 : 15). Il est en outre intéressant de relever que les membres des cinq villages présents à Seaside Tongoa parlent tous la même langue : le namakura[19].

Pendant mes dix-huit mois de terrain, je suis peu entrée en contact avec les habitants de Seaside Mangarisu et de Seaside Bonga Bonga. J'ai rarement flâné dans les ruelles de ces communautés et les résidents originaires des villages d'Itakoma et de Matangi avec lesquels j'ai réalisé les cartes de Seaside n'avaient, eux-mêmes, que très peu de connaissances sur les formes des maisons et les propriétaires de chambres de ces deux communautés. Seaside Mangarisu compterait une quinzaine de maisons alors que Seaside Bonga Bonga n'en dénombrerait que trois[20]. À l'inverse, arpentant quotidiennement le labyrinthe de ruelles que constituait Seaside Selembanga, j'ai pu dessiner ses habitations de façon plus détaillée (Figure 45).

En novembre 2012, le terrain communautaire de Seaside Selembanga comptait lors de la finalisation de la carte présentée ci-dessous, 159 chambres habitées. Un grand nombre de constructions étaient, totalement ou partiellement, faites de tôles, mais les sols étaient néanmoins généralement cimentés, voire carrelés pour assurer leur pérennité. La parcelle comptait également quelques maisons entièrement bétonnées. Les couleurs indiquées sur cette carte donnent à voir l'origine villageoise des « propriétaires » des chambres, mais certaines pièces pouvaient servir de dortoir à une dizaine de personnes d'origines villageoises parfois divergentes. Dans une chambre de 15 m², une femme âgée d'Itakoma dormait par exemple en compagnie de sa fille cadette non mariée et de cinq de ses enfants, du fils de sa fille aînée qui avait épousé un homme de Matangi, de sa petite amie d'Itakoma et de leur bébé de deux ans ainsi que d'un jeune garçon de Matangi. Malgré la forte densité d'occupation de certaines

[19] L'île de Tongoa est linguistiquement divisée en deux aires. Si le namakura et le nakanamanga partagent 60 % de correspondance dans le vocabulaire de base, l'intercompréhension de leurs locuteurs n'est en rien systématique (Tryon, 1972 : 64). Cela étant dit, la plupart des personnes adultes étaient plurilingues à Seaside Tongoa : au namakura s'ajoutait ainsi le bislama, ainsi que l'anglais ou le français pour ceux ayant été scolarisés, et d'autres langues locales en fonction des parcours de vie des membres de la communauté (voir Vandeputte-Tavo, 2014, pour une étude approfondie du contexte plurilingue à Port-Vila).
[20] Entretien du 27 août 2009 avec un homme âgé d'une soixantaine d'années.

pièces à coucher de Seaside Tongoa, la plupart des chambres étaient néanmoins occupées par un seul couple et ses enfants en bas âge.

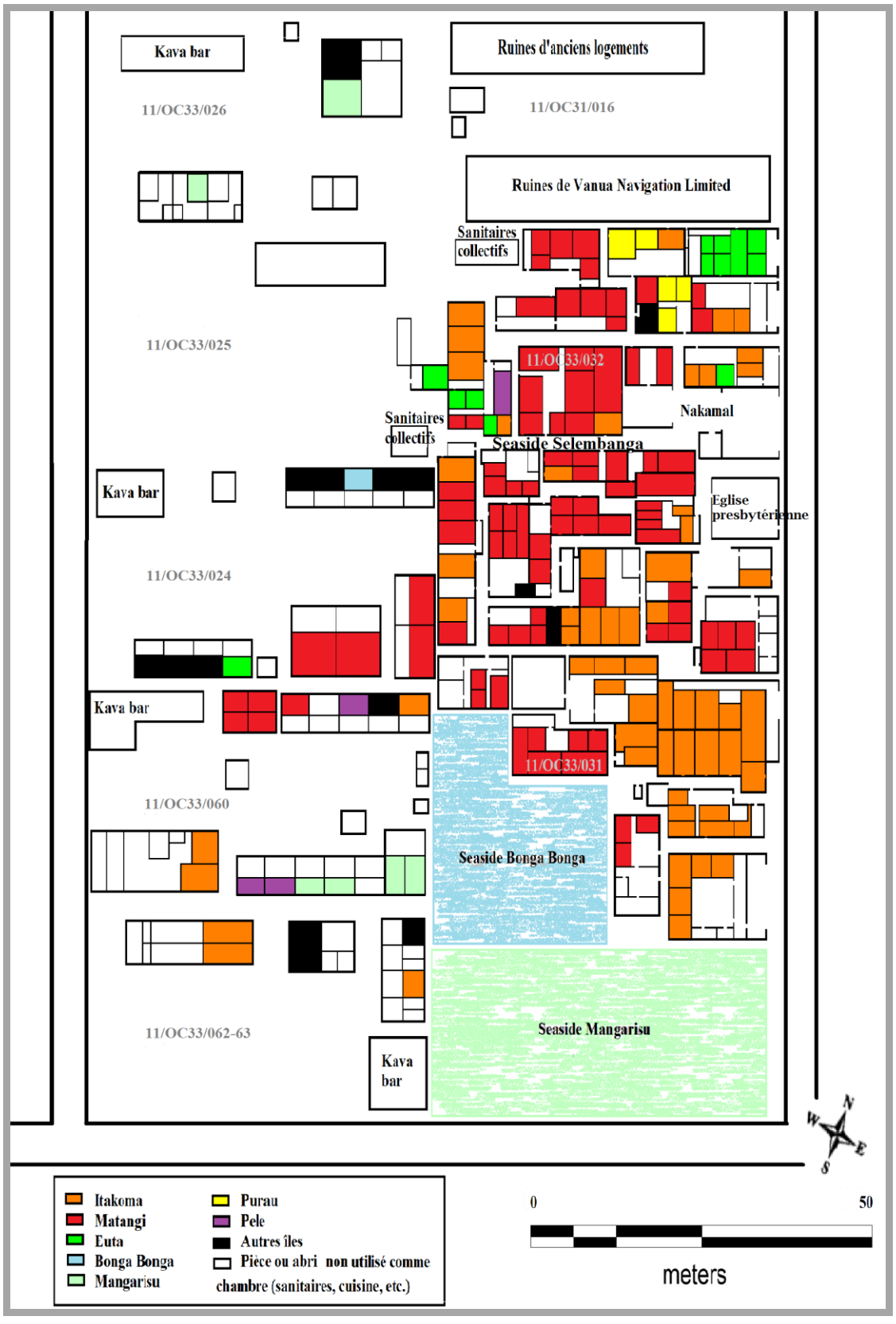


Figure 45 Carte de Seaside Tongoa, par origine villageoise des « propriétaires » de chambres, 2012

Figure 46. Une maison en dur sur la parcelle privée 11/OC33/026 à Seaside Tongoa, 2011

Les parcelles privées de Seaside Tongoa étaient souvent composées d'une maison en dur, de grande superficie, habitée par les propriétaires du bail et de logements de plus petite taille, en tôles ou en ciment, occupés par des locataires ou des ayants droit (Figure 46). Sur les cinq parcelles privées enregistrées au nom de *man Tongoa* que comptait Seaside, j'en ai cartographié quatre. Le bail du terrain 11/OC31/001 indiqué sur la Figure 43 est possédé par une famille originaire du village de Matangi avec laquelle je suis peu entrée en contact. Mais sur les quatre autres parcelles privées, j'ai dénombré 37 chambres habitées par des personnes originaires pour la plupart de l'île de Tongoa – principalement des villages de Matangi, d'Itakoma et de Mangarisu (Figure 45).

Les terrains 11/OC33/025 et 11/OC31/016 – dont les baux ont été contractés par des représentants de la « Communauté des femmes de Seaside Tongoa » (*Seaside Tongoa women's community*) et de la « Communauté d'Itakoma » (*Itakuma Community*)[21] – étaient, quant à eux, dépourvus d'habitations entre 2009 et 2012. Les ruines de la bâtisse *Vanua Navigation Limited* et celles d'anciens logements du terrain 11/OC31/016 servaient de lieux de rassemblement et de jeux pour les enfants. Après avoir été forcées de déménager de la parcelle privée 11/OC33/026, certaines familles de Matangi et d'Itakoma y installèrent néanmoins leurs fils à linge et leurs cuisines ouvertes. Le terrain 11/OC33/025, doté d'un immense flamboyant (*Delonix regia*) et d'un abri de tôles, était lui aussi utilisé comme lieu de réunion et d'amusement (Figure 47). Entre 2009 et 2012, j'ai ainsi assisté sur ces deux

[21] Ces appellations sont utilisées dans les contrats de location conservés au département des Terres de Port-Vila. Ces baux ont été contractés en 1985 et 1987, après que les habitants de Seaside Tongoa (les mères de famille d'une part et les personnes originaires du village d'Itakoma d'autre part) eurent organisé des collectes de fonds.

parcelles communautaires à plusieurs mariages, cérémonies funéraires, procès, communications politiques, rassemblements religieux, ateliers d'information, réunions associatives, collectes de fonds, et des parties de pétanque, de bingo ou de ballon.

Figure 47. Des enfants jouant sur la parcelle 11/OC33/025 à Seaside Tongoa, 2011

À en juger par la forte concentration d'habitations et le nombre de personnes décomptées par le VNSO ou par mes soins, on peut dire que Seaside Tongoa était une communauté urbaine très fortement peuplée. Néanmoins, ses habitants disposaient d'espaces de vie collective. Et contrairement aux propos de personnes extérieures, cette forte densité de population n'engendrait pas une rotation organisée dans les salles à coucher. Une femme de la communauté me dit ainsi :

> « Il y a des gens qui racontent qu'à Seaside, il y a tellement de monde que certains dorment la journée et d'autres la nuit. Ils spolient le nom de la communauté. S'il y en a qui dorment le jour c'est parce qu'ils travaillent la nuit. Ils pensent qu'on est des Africains ou quoi (rires)[22] ».

Certains habitants de Seaside Tongoa me firent part de leur sentiment de « honte » (*sem*) face aux critiques souvent émises à l'encontre de leur communauté et m'expliquèrent la rotation dans l'utilisation des chambres par les emplois occupés.

3.2.3 Une communauté en situation de précarité ?

Lorsque j'ai séjourné au Vanuatu, entre 2009 et 2012, Seaside Tongoa était connue pour constituer l'un des ensembles d'habitations les plus densément peuplés et les plus pauvres de

[22] Entretien du 17 juillet 2012 avec une femme âgée d'environ 70 ans. Des propos similaires ont également été tenus le 22 septembre 2012, par un homme âgé d'une trentaine d'années.

la capitale. La plupart des constructions de la communauté étaient sommaires, de petite taille, non résistantes aux cyclones – à en juger par les destructions engendrées en 2015 par le cyclone PAM – et abritaient, on l'a vu, de nombreux résidents. Les habitants de Seaside Tongoa n'étaient néanmoins pas strictement égaux du point de vue de leur richesse matérielle et économique. J'ai en effet mentionné que des maisons en dur d'assez grande taille étaient juxtaposées à des logements en tôles ou en ciment plus modestes. L'équipement en électroménager (gazinière, réfrigérateur) et en appareils électroniques (télévision, ordinateur portable, MP3) variait en outre significativement selon les logements et les individus. Cela étant dit, la majorité des maisons de la communauté semblaient sous-équipées par rapport à la moyenne des foyers de la capitale. Presque toutes les familles de la communauté cuisinaient à l'aide de bois ou de noix de coco sèches, et rares étaient celles disposant d'une installation au gaz.

Figure 48. Les douches et les latrines collectives du terrain communautaire de Seaside Selembanga, 2009

À Seaside Tongoa, seule une minorité de logements possédait des sanitaires individuels et un système d'eau courante. Quelques centaines de personnes habitant les terrains communautaires de Seaside Selembanga se partageaient ainsi six douches et six latrines : trois pour les femmes et trois pour les hommes (Figure 48). Mais à la saison chaude, la plupart des enfants préféraient se baigner dans les eaux du lagon, à proximité de l'hôpital. Ceux qui ne disposaient pas de robinets pour laver les vêtements (Figure 49), cuisiner, boire ou donner le bain aux nourrissons achetaient de l'eau à leurs voisins et en emplissaient des conteneurs de fortune, anciens réfrigérateurs de commerce ou vieux tonneaux rouillés. Les locataires des parcelles privées de Seaside Tongoa faisaient aussi généralement usage de sanitaires et de

robinets d'eau partagés par plusieurs dizaines de personnes. Tous les logements étaient raccordés à des générateurs électriques, mais certains foyers disposaient d'électricité uniquement par intermittence, pour cause d'impayés. La collecte des ordures était à la charge de la municipalité de Port-Vila, mais celle-ci ne s'y affairait régulièrement que lorsque la population lui versait les impôts fonciers (Mecartney, 2000 : 178). Les ordures s'amoncelaient ainsi parfois dans la communauté entre deux passages du camion municipal.

Figure 49. Des femmes de Seaside Tongoa lavant leur linge, 2011

Les conditions de vie à Seaside Tongoa pouvaient donc être jugées relativement difficiles selon les standards européens. Il est important de noter néanmoins que la richesse matérielle ne reflète pas toujours de façon exacte la richesse économique des personnes. Ne pas exposer ses richesses, faire preuve d'humilité, ne pas « frimer » (*no mekem flas*) étaient des manières d'être ou d'agir valorisées dans la communauté. Elles permettaient de préparer l'avenir et de prévenir les viols (voir chapitre 10, page 467) ou les attaques de sorcellerie liées à la jalousie (voir chapitre 7, page 308). Certains habitants de Seaside Tongoa m'avouèrent par exemple restreindre leurs dépenses afin de posséder un petit pécule qui leur permettra plus tard de louer une chambre dans un autre quartier de Port-Vila, de rapporter de l'argent au village, de payer les frais de scolarité de leurs enfants ou de faire face aux imprévus. Une résidente de la communauté me dit ainsi que certains habitants de Seaside sont « millionnaires : ils ont des bus, des magasins, parce qu'ils vivent sur cette terre sans rien dépenser »[23].

Bien qu'elles dussent s'acquitter collectivement des impôts fonciers et des loyers annuels dus à l'État de 27 918 vatus (213 €) pour le bail 11/OC33/032 et de 83 628 vatus (630 €) pour

[23] Entretien du 11 août 2012 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.

le bail 11/OC33/031, les personnes logeant sur les parcelles communautaires de Seaside Tongoa ne payaient pas de loyer mensuel individuel puisqu'elles étaient propriétaires communautaires des contrats locatifs associés à ces terrains (voir ci-dessus).

J'ai déjà mentionné que les personnes résidant dans d'autres quartiers de Port-Vila reprochaient aux membres de Seaside Tongoa (et des autres communautés de Seaside) de ne pas travailler et de prendre parfois part à des activités criminelles. Lors de mes recherches dans cette communauté, peu d'habitants occupaient un emploi salarié à temps complet et rares étaient les personnes qualifiées et correctement rémunérées, en particulier chez les jeunes générations. En 2009, le salaire minimum en vigueur au Vanuatu était de 26 000 vatus (198 €)[24], et il est monté à 30 000 vatus (229 €) à partir d'août 2012. Celui-ci était versé pour 176 heures de travail mensuelles, soit 44 heures hebdomadaires, mais, du fait d'un temps partiel ou d'un emploi non déclaré, certains salariés ne parvenaient pas à atteindre ce montant. Les femmes de Seaside Tongoa étaient souvent employées en tant que vendeuses, hôtesses de caisse, bonnes, cuisinières chez un particulier ou dans un restaurant. Les hommes étaient, quant à eux, fréquemment recrutés comme ouvriers du bâtiment, employés d'hôtels, gardiens de nuit ou surveillants de prison. Nombre d'entre eux avaient décroché leur emploi grâce à la cooptation d'un membre de la communauté. Plusieurs habitants de Seaside Tongoa travaillaient ainsi au complexe hôtelier Le Lagon, situé dans le quartier d'Elluk (Figure 4, page 20).

Si peu d'individus étaient salariés permanents à Seaside Tongoa, la grande majorité des personnes en âge de travailler exerçait cependant un emploi salarié par intermittence ou mettait en place des activités lucratives plus ou moins pérennes et régulières, comme les massages thérapeutiques, la sculpture, la vente de kava, de marijuana ou de produits de première nécessité. En 2009, l'association de microcrédit *Vanwods* comptait à Seaside Tongoa une quinzaine de membres, qui tenaient des petits commerces ou vendaient de la nourriture afin de rembourser leurs créances. Ces femmes n'étaient pourtant pas les uniques entrepreneuses de la communauté, bien qu'elles fussent généralement les seules à détenir une licence commerciale. Si la peur des employés municipaux freinait certaines personnes pour pratiquer une activité commerciale sans autorisation, un nombre indéterminé et variable de petits artisans et commerçants agissaient sans licence dans la communauté[25]. Les collectes de fonds organisées chaque semaine à Seaside Tongoa, parfois sous la forme de parties de bingo

[24] Entretien du 19 octobre 2009 avec un inspecteur du travail.
[25] Entretien collectif du 9 novembre 2009 mené lors d'une réunion hebdomadaire du groupe *Vanwods* à Seaside Tongoa.

(voir Servy, 2010 ; 2011), constituaient également un moyen rapide et efficace pour financer des frais de scolarité ou un déplacement à l'étranger, payer des impôts ou un loyer. Ces collectes pouvaient être organisées non seulement par les habitants de la communauté, mais aussi par les *man Tongoa* résidant dans d'autres quartiers de la capitale. Notons que le partage (*sea*), en particulier de la nourriture, était une valeur et une pratique fondamentales à Seaside Tongoa. Lorsqu'un visiteur entrait dans un foyer, il était d'usage de lui offrir aussitôt à manger. Les parents âgés recevaient régulièrement des sommes d'argent de la part des enfants qu'ils avaient élevés (Eriksen, 2008 : 73-74). Des échanges de biens et d'argent avaient en outre fréquemment lieu entre les membres d'une famille résidant, les uns en ville, les autres en milieu rural. Les revenus engendrés dans la communauté étaient cependant plutôt gérés à une échelle conjugale, voire individuelle (voir Servy, 2010).

Certains hommes de Seaside Tongoa me firent le récit de vols, de viols et de bagarres, auxquels ils participèrent alors qu'ils faisaient partie de gangs. Cela dit, ces groupes de jeunes hommes disparurent à la fin des années 1990 et, lors de mes recherches à Port-Vila, aucune des trois prisons de la ville ne répertoriait de membres de cette communauté. Notons que, de manière générale, les meurtres étaient plutôt rares au Vanuatu et que la plupart des peines de prison prononcées dans la capitale étaient liées à des affaires de viols (voir chapitre 10). Des habitants de Seaside Tongoa me firent part du sentiment de honte qu'ils éprouvaient en lisant les articles de presse présentant leur communauté de manière négative. Certains hommes me parlèrent pourtant avec fierté de leur capacité à défendre les membres de leur groupe en usant de violence. Répondant à deux policiers venus à Seaside Tongoa réaliser une enquête sur la criminalité, un homme d'une cinquantaine d'années déclara ainsi :

> « Seaside Tongoa est plus sûre (*sef*) maintenant, surtout la nuit, parce qu'il y a plus de monde que dans la journée. La dernière fois, un homme originaire de l'île de Tanna est venu pour frapper un jeune de la communauté. Mais une fois arrivé ici [au cœur des ruelles étroites], l'homme était bloqué et on l'a frappé. On a une seule pensée (*tingting*) et un seul cœur (*hat*) ici (*lo ples ia*). On défend nos jeunes[26] ».

Si les personnes extérieures à la communauté tendaient à voir Seaside Tongoa comme dangereuse, cet extrait d'entretien indique que les habitants, quant à eux, considéraient leur communauté comme un espace sécurisé et sécurisant, en opposition au reste de la ville où évoluaient des individus originaires de différentes îles (voir Rio, 2010 ; Lindstrom, 2011 a ; Lind, 2014 : 81-82 ; Mitchell, 2013 [2003]).

[26] Entretien du 14 décembre 2011.

Figure 50. Un homme dans un jardin près du village périurbain de Teuma, 2009

Même si Seaside Tongoa était considérée comme pauvre, les habitants de cette communauté ne souffraient pas de la faim. Selon l'Organisation mondiale de la santé, les apports caloriques et nutritionnels des repas, dans la majorité des foyers urbains du Vanuatu, étaient faibles, surtout en termes de protéines et de fibres (WHO, 1999 : 25). La plupart des familles de Seaside Tongoa possédaient des jardins en périphérie de la ville : dans le quartier de Bladinière ou dans les villages de Teuma et d'Erakor, par exemple (Figures 4, page 20 et 50). Étant donné l'éloignement et le coût des transports collectifs, elles ne s'y rendaient pourtant que deux ou trois fois par semaine. Du fait de la taille des jardins, mais aussi par goût et facilité de préparation, le riz constituait la base de l'alimentation des habitants de Seaside Tongoa. Parfois consommé seul – surtout par les enfants – celui-ci était souvent accompagné de poisson ou de viande en conserve, ou plus rarement, d'ailes de poulet congelées. La consommation de viande fraîche de bœuf ou de cochon était, quant à elle, essentiellement réservée aux occasions exceptionnelles : funérailles et mariages (voir chapitre 4). Le riz pouvait aussi être accompagné – plus rarement remplacé – par des tubercules (manioc, igname, taro, patate douce, etc.) ou par d'autres légumes cultivés localement (chou kanak, chou chinois, cristophine, potiron, etc. ; Figure 51). Au petit-déjeuner ou au dîner, il était courant de boire de l'eau chaude sucrée servie avec une baguette de pain ou des beignets. Les fruits (papaye, pomme Cythère, mangue, etc., selon la saison) et les laitages (glace, lait aromatisé, etc.) étaient, quant à eux, souvent considérés comme des friandises, et n'étaient pas nécessairement dégustés tous les jours.

Figure 51. Un déjeuner dans une maison de Seaside Tongoa, 2009

Comme en témoigne l'augmentation de l'espérance de vie au Vanuatu, l'état de santé général de la population s'est amélioré, ces dernières années, dans l'archipel. En 2009, un nouveau-né de sexe masculin pouvait espérer vivre en moyenne 69,6 ans et un nouveau-né de sexe féminin 72,7 ans, contre respectivement 65,6 ans et 69,0 ans en 1999 (VNSO, 2011). Cependant, des maux (*sik*) affectaient les membres de cette communauté. Les plus mentionnés étaient les maladies parasitaires (gale, paludisme), les maladies chroniques (diabète, hypertension, cancer), ainsi que les maladies infectieuses : infections respiratoires (rhume, angine), pulmonaires (tuberculose), cutanées (furoncles). On m'a avant tout décrit des symptômes – perte de poids, diminution de la force physique, miction douloureuse, mal au ventre, engourdissement du corps, etc. – en les reliant à la sorcellerie et la capacité d'action (*agency*) de démons. Ne possédant pas de données chiffrées sur les problèmes de santé dont souffraient les membres de cette communauté, je ne peux pas comparer la situation sanitaire de Seaside Tongoa avec celles d'autres groupes présents à Port-Vila. Dans les chapitres 7 et 8, je présenterai en détail les représentations de la morbidité ainsi que les interprétations des maux (*sik*) conçus localement comme liés à la sexualité, mais soulignons dès maintenant la présence de nombreux spécialistes du soin à Seaside Tongoa – spécialistes de la prière (*faith healers*), de la médecine locale (*kleva*) et de la divination (*namunua*)[27] –, et la facilité d'accès à la biomédecine du fait de la proximité géographique de la communauté et de l'hôpital central (voir chapitre 2, page 62 et Figure 42).

[27] *Na* étant un article du namakura, je ne le mentionne pas lorsque je fais précéder le terme namakura d'un article en français. Par contre, lorsque je n'utilise pas d'article en français, je conserve l'article *na*.

En 2009-2012, si les habitants de Seaside Tongoa n'étaient pas tous égaux du point de vue de leur situation économique, matérielle ou sanitaire, la plupart d'entre eux exerçaient une activité lucrative, mangeaient à leur faim et avaient à leur disposition différents types de spécialistes pour les aider à soigner leurs maux. Il est maintenant temps de se pencher sur deux des institutions qui organisaient cette communauté : les associations et le système de chefferies.

3.3 Les institutions développées dans la communauté

3.3.1 Des associations principalement chrétiennes

En 2009-2012, le quartier de Seaside comptait des associations rassemblant différentes communautés insulaires de cette circonscription. D'autres (groupes religieux, économiques, artistiques ou sportifs) étaient pourtant principalement opérants à Seaside Tongoa.

Figure 52. L'église presbytérienne de Seaside Selembanga, 2012

D'après le dernier recensement de la population (2009), seul 1 % des habitants du Vanuatu n'avaient pas de religion et 4 % croyaient uniquement en la coutume (VNSO, 2011 : 76). La principale Église du Vanuatu était l'Église protestante presbytérienne avec 28 % de la population se déclarant y appartenir. L'Église anglicane arrivait en seconde position avec 15 % de la population, suivie par l'Église adventiste du Septième jour et par l'Église catholique représentant chacune 12 % de la population de l'archipel. L'importance de ces confessions variait néanmoins significativement d'une province à l'autre, et étaient

concurrencées par le développement d'Églises plus récemment constituées. Quatre-vingt-seize confessions religieuses étaient ainsi recensées dans le pays (VNSO, 2011 : 76).

Lors de mes recherches à Seaside Tongoa, la plupart des habitants de la communauté se revendiquaient de confession presbytérienne[28]. Dès le milieu du XIX^{e} siècle, l'île de Tongoa fut christianisée par des missionnaires et des enseignants de cette confession (Miller, 1981 : 144-155). Deux églises presbytériennes se trouvent sur les parcelles de Seaside Tongoa : l'une à Seaside Selembanga (Figure 52) et l'autre à Seaside Mangarisu. Cependant, à la suite des réunions d'évangélisation menées dans la communauté en 2012, une cinquantaine d'habitants de Seaside Tongoa rejoignirent l'Église adventiste du Septième jour. Et la chapelle située sur le terrain de l'hôpital central commença à être louée pour célébrer les offices de la branche adventiste nouvellement créée (Figure 53).

Figure 53. La chapelle de l'hôpital central de Port-Vila, 2012

Il est néanmoins important de noter qu'au sein de certaines familles, les appartenances religieuses divergeaient avant même la tenue des réunions d'évangélisation adventiste. Les habitants de Seaside Tongoa pouvaient, en effet, se rendre dans des lieux de culte situés dans d'autres quartiers de la capitale. D'après Annelin Eriksen et Rose Andrew (2010), la ville de Port-Vila comptait, à elle seule, quarante-neuf Églises et ministères ainsi qu'un nombre de lieux de culte croissant et difficile à répertorier.

Même si tous les membres de Seaside Tongoa ne partageaient pas nécessairement la même confession, la communauté était principalement structurée par l'Église presbytérienne

[28] D'après le registre de l'église presbytérienne de Seaside Selembanga, consulté le 30 octobre 2009, 260 personnes avaient fait leur communion dans cette église.

lorsque j'y menais mes recherches. La conversion d'une cinquantaine d'habitants de cette communauté à l'Église adventiste y était récente, et certains continuaient même à participer aux activités de l'Église presbytérienne, dont l'office dominical et les réunions associatives. D'après l'enquête statistique menée par Margaret Chung et David Hill (2002 : 34), en 2002, 80 % des foyers des communautés défavorisées de Port-Vila et de Luganville comptaient au moins une personne membre d'une association religieuse. Ces groupes étaient principalement composés de femmes. Bronwen Douglas (2003 : 9) note qu'en Mélanésie, l'adhésion des femmes aux associations religieuses leur assure généralement une protection, un espace de respect où elles peuvent construire des liens de solidarité et de confiance, ainsi que développer leurs compétences en matière d'exercice du pouvoir et de gestion.

Entre 2009 et 2012, l'église presbytérienne de Seaside Selembanga comptait quatre associations : la *Seaside Tongoa Presbyterian Youth Organization*, la *Sunday school*, la *Seaside Tongoa Confessional Lutheran Church* (CLC) et la *Presbyterian Women's Missionary Union* (PWMU). Ces quatre associations étaient respectivement destinées aux jeunes, aux enfants, aux hommes et aux femmes de Seaside Tongoa. Leurs membres résidaient pour la plupart dans la communauté mais n'appartenaient pas forcément à un même village d'origine. Certains habitaient sur la terre communautaire de Seaside Selembanga, d'autres en occupaient les parcelles privées. L'église presbytérienne de Seaside Mangarisu possédait, elle aussi, ses propres associations de fidèles.

Les groupes de l'église de Seaside Selembanga avaient diverses fonctions, dont la formation spirituelle, l'entretien du lieu de culte, la préparation des offices, l'entraide financière ou alimentaire (voir Chung et Hill, 2002 : 34). La *Seaside Tongoa Presbyterian Youth Organization*, par exemple, aidait les jeunes dans leur recherche d'emploi et luttait contre la consommation d'alcool et de cannabis. La *Presbyterian Women's Missionary Union* s'occupait, quant à elle, de la collecte d'argent permettant le bon fonctionnement des sanitaires du terrain communautaire et gérait la location du terrain de la « Communauté des femmes de Seaside Tongoa » (localement nommé *mama graon*, « terrain des mères », en bislama). Ces groupes étaient également utilisés pour l'organisation d'événements, comme les séances d'information en santé sexuelle et reproductive (voir chapitre 2, pages 73-74), les mariages religieux ou la semaine dédiée à la culture namakura (*namakura week*) pendant laquelle des ateliers d'apprentissage de contes, de danses, de confection de nattes ou de sculptures étaient menés (Lukai, 2010). Lors des onze unions célébrées dans l'église de Seaside Selembanga en septembre 2009 (voir chapitre 4), la *Sunday school* fut par exemple en charge de l'achat des boissons, la *Seaside Tongoa CLC* du poisson, du cochon et du riz, la

Presbyterian Women's Missionary Union des légumes, de la salade et des ailes de poulet et les *Youth* de la cuisson de ces aliments[29].

D'après Chung et Hill (2002 : 34), l'adhésion aux associations non religieuses est moins massive dans les communautés défavorisées de Port-Vila et de Luganville que la participation aux groupes chrétiens. Pourtant, les clubs sportifs, artistiques, sociaux, sexués ou générationnels y prennent une place non négligeable. On a vu qu'une antenne de l'association de microcrédits *Vanwods* était par exemple implantée depuis 2005 à Seaside Tongoa. *Vanwods* était une association nationale fondée sur l'entraide et la solidarité de ses membres dans l'emprunt et le remboursement. Chaque antenne était divisée en sept sous-groupes de cinq femmes coresponsables des versements hebdomadaires de chacune. Le principe en était que lorsqu'une femme ne pouvait pas rembourser son dû régulier, les autres lui venaient en aide. Les demandes de crédit personnel étaient également évaluées par l'ensemble du groupe[30]. En 2009, l'antenne de Seaside Tongoa regroupait trente-quatre femmes dont trente-deux étaient originaires de l'île de Tongoa (principalement des villages de Matangi et d'Itakoma) et habitaient le quartier de Seaside. Seules deux femmes étaient extérieures à cette communauté, mais avaient souhaité rejoindre le groupe de Seaside Tongoa parce qu'elles ne parvenaient pas à trouver de place dans ceux de leur quartier[31]. L'antenne *Vanwods* de Seaside Tongoa servait donc de structure dans la création de relations d'entraide économique entre des personnes principalement originaires de l'île de Tongoa, mais qui pouvaient résider sur différentes parcelles d'habitation de la communauté : collectives et privées.

Seaside Tongoa comptait également plusieurs associations de musique *string band*, tels *Torotua Local String Band*, *Suango String Band*, *Togoriu String Band* ou *Akoma String Band*. Le *string band* est l'un des styles musicaux acoustiques typiques du Vanuatu, utilisant des instruments à cordes et à percussion (Stern, 2007). La plupart des événements festifs auxquels j'ai assisté, entre 2009 et 2012 à Port-Vila, étaient ainsi accompagnés de prestations de *string bands*. Mais tous les groupes de musique de Seaside Tongoa ne bénéficiaient pas de la même notoriété. Certains décrochaient des contrats pour jouer à l'aéroport (Figure 54) ou dans les grands hôtels et enregistraient des CD et des DVD, alors que d'autres participaient uniquement à des mariages et à des festivals.

Notons que certaines de ces associations artistiques furent créées, à la fin des années 1990, pour remplacer les anciens gangs et occuper les jeunes hommes déscolarisés de

[29] Étude du 20 septembre 2009 du tableau de répartition des tâches.
[30] Discussion du 26 août 2009 avec la présidente de *Vanwods* Seaside Tongoa.
[31] Entretien collectif du 9 novembre 2009 avec le groupe de *Vanwods* de Seaside Tongoa.

la communauté (voir chapitre 10, pages 438-440). Les groupes de *string band* de Seaside Tongoa étaient généralement composés d'hommes originaires d'un même village de l'île de Tongoa, qui habitaient le terrain communautaire de Seaside Selembanga ou une parcelle privée de Seaside.

Figure 54. Un *string band* à l'aéroport international de Port-Vila, 2011

La vie de nombreux jeunes habitants de Seaside Tongoa était de plus rythmée par les entraînements et les matchs organisés par des associations sportives, telles que le *Rangers football Club*, le *Real Futsal Club* ou le *Redal Basket Ball.* Mais ces associations avaient souvent une envergure plus large que les groupes de *string band*. Elles laissaient jouer ensemble des jeunes personnes qui n'étaient pas toujours originaires du même village, voire de la même île. La communauté de Seaside Mangarisu détenait, quant à elle, un groupe de danseurs donnant des représentations dans la capitale. Mais celui-ci était réservé aux habitants originaires du village de Mangarisu. Les membres de Seaside Selembanga n'y participaient pas.

Même si aucun habitant de Seaside Tongoa ne faisait partie de l'association *Evidence*, il faut noter que le quartier de Seaside, et la communauté de Seaside Tongoa en particulier, constituait depuis 2007 le lieu d'intervention de bénévoles australiens. Cette association a par exemple construit de nouveaux sanitaires sur le terrain de la « Communauté des femmes de Seaside Tongoa », ainsi qu'une nouvelle école pour les enfants du quartier près du New Millenium Park. En 2009, la *Seaside Community School* ne comptait encore que deux classes de maternelle et deux classes de Grade 1, mais les membres de l'association australienne

projetaient d'ouvrir une classe supplémentaire par an jusqu'au Grade 12[32]. Et en 2015, la *Seaside Community School* permettait d'ores et déjà de scolariser les enfants du quartier de l'école maternelle au Grade 8[33].

Ainsi, entre 2009 et 2012, la communauté de Seaside Tongoa comptait – on pourrait presque dire était structurée par – plusieurs associations, incluant surtout des groupes religieux, mais aussi des associations de microcrédit, de musique et de sport. Certains de ces groupements permettaient le renforcement des liens communautaires entre différents villages et lieux de résidence de Seaside Tongoa, mais d'autres, comme les associations de *String band*, avaient une portée uniquement intravillageoise, voire intrafamiliale.

3.3.2 Un système de chefferies aux fonctions adaptées

Même si les habitants de Seaside Tongoa étaient organisés en associations, le système dit de « chefferies » constituait encore au moment de mes recherches une institution structurante essentielle. En effet, à Seaside Tongoa comme dans l'île de Tongoa, tout homme adulte peut théoriquement recevoir un nom coutumier – ou titre statutaire[34]. Dans le cadre cérémoniel ainsi qu'au quotidien, ces noms sont souvent utilisés comme des termes d'adresse ou de référence par les membres de la communauté. Leur emploi témoigne ou implique des relations hiérarchiques. Le système des titres et la structure pyramidale de l'organisation sociale de l'île de Tongoa furent décrits par Jean Guiart (Espirat *et al*., 1973) et par Joël Bonnemaison (1970 ; 1986) dans les années 1960-1970, ainsi que par Chihiro Shirakawa (1998) dans les années 1990 (mais en langue japonaise). En raison des conflits politico-fonciers que le développement de cette thématique pourrait provoquer, je ne ferai ici qu'en présenter les grandes lignes.

Deux types de sociétés sont distingués par les anthropologues pour le Vanuatu : celles « à grades » et celles « à chefferies ». L'organisation sociale de l'île de Tongoa, et des îles Shepherd en général, repose – à lire les travaux de Bonnemaison et selon mes propres recherches également – sur l'existence de plusieurs « chefferies » entretenant entre elles « des relations complexes » d'alliance, d'hostilité et d'allégeance. Chacune contrôle un territoire dont elle n'est pas la propriétaire mais la gestionnaire (Bonnemaison, 1970 : 11). L'île de Tongoa est ainsi divisée en quatorze villages (Figure 44) ayant chacun à leur tête un

[32] http://www.evidence.org.au/news/3-news/68-seaside-village-kids-can-now-go-to-school, consulté le 9 mai 2009 à 11 h 25.
[33] http://evidence.org.au/seaside-school/, consulté le 21 septembre 2015 à 18 h 21.
[34] Mes interlocuteurs de Seaside Tongoa utilisaient les termes « titre » (*kastom taetel*) et « nom coutumier » (*kastom nem*) de manière indifférenciée.

paramount jif (« grand chef »), appelé en namakura *wotalam mata*. Ces quatorze villages comprennent des groupes désignés par le terme *nakamal*[35], autrement dit des « segments de patriclans réunissant quelques familles étroitement apparentée » selon Bonnemaison (1986 : 171). Il s'agit d'un terme également utilisé pour désigner l'espace de sociabilité de chacun de ces groupes et le bar à kava. Chaque village compte environ une dizaine de *nakamal* patrilinéaires et patri-virilocaux portant chacun un nom (comme *Sati* ou *Tipoloandre*). Entre 2009 et 2012, Seaside Tongoa était habitée par des personnes originaires de seulement cinq des villages de l'île de Tongoa, mais la plupart des *nakamal* des villages d'Itakoma et de Matangi y étaient représentés.

Chacun des *nakamal* de l'île de Tongoa est sous l'autorité d'un *smol jif* (« petit chef »). Celui-ci porte un « titre de rang moyen », après avoir théoriquement obtenu la reconnaissance publique du *paramount jif* de son village ainsi que de l'homme qui était jusque-là détenteur de ce titre – généralement son « père » (Bonnemaison, 1986 : 170-172). Dans chaque *nakamal*, cinq à dix hommes sont de plus intronisés par le *smol jif* et les anciens détenteurs des titres et portent des noms coutumiers associés à des fonctions précises : « capitaine de la pirogue », « porte-parole du chef », « charpentier », « chef de guerre », « devin », « magicien spécialisé », « homme des jardins », etc. (Bonnemaison, 1970 : 12 ; 1986 : 177 ; Espirat *et al*., 1973 : 375).

Chaque homme de l'île de Tongoa peut recevoir plusieurs noms coutumiers au cours de son existence (Espirat *et al*., 1973 : 255). Lorsqu'un homme transmet son titre, il reçoit un nouveau nom prestigieux, mais qui n'implique pas l'exercice d'un pouvoir. De ce fait, il attend généralement d'être devenu vieux avant de donner son titre à un homme souvent adulte et déjà marié (Bonnemaison, 1986 : 170). La transmission des noms coutumiers s'effectue le plus souvent de père en fils aîné. Bien que ce point ne soit nullement évoqué par Guiart ou Bonnemaison, il semblerait qu'une transmission en ligne utérine des titres fût également envisageable, si le détenteur d'un titre n'a pas de fils, par exemple, ou si ce dernier n'a pas les comportements moraux escomptés par son père. Selon l'une de mes interlocutrices de la communauté de Seaside Tongoa[36], un homme du village de Matangi ayant reçu en 2012 un titre à la suite du décès de son père, détenait d'ores et déjà un nom coutumier de l'île de Makira, qui lui avait été transmis quelques années plus tôt par son oncle maternel. Les noms

[35] La plupart de mes interlocuteurs de Seaside Tongoa m'ont présenté le terme *nakamal* comme étant du namakura, mais d'autres m'ont indiqué qu'il s'agissait d'une expression bislama correspondant en namakura à *nasara*. D'après Maëlle Calandra (doctorante EHESS CREDO), dans le village de Kurumabe sur l'île de Tongoa, les patriclans sont appelés en nakanamanga (voir note 19) *namatana ni farea* (communication personnelle du 24 octobre 2016).

[36] Entretien du 23 juin 2012 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.

coutumiers de l'île de Tongoa ne sont donc pas principalement attachés à l'individu mais au groupe. Chaque *nakamal* possède un nombre défini de titres à distribuer et la personne qui reçoit un tel titre n'est amenée à le porter que pendant un laps de temps limité, jusqu'à ce qu'il soit cédé à un individu d'une nouvelle génération.

Figure 55. Une cérémonie d'ordination masculine dans le quartier de Namburu, Port-Vila, 2012

Dans son ouvrage intitulé *L'arbre et la pirogue*, Bonnemaison (1986 : 182) note que les personnes qui habitaient à Seaside Tongoa dans les années 1960-1970 étaient « bien souvent des gens qui n'avaient pas reçu de nom coutumier » et qui, par conséquent, ne possédaient pas de droits fonciers pour établir de jardins dans leur île d'origine. N'ayant pas réalisé une enquête systématique quant à la redistribution des titres en milieu urbain, je ne peux pas préciser ce point, mais j'ai assisté en 2012 à une ordination dans le quartier de Namburu d'un homme originaire du village de Matangi (Figure 55). De nombreux interlocuteurs m'avaient également rapporté avoir pris part, l'année précédente, à l'ordination de plusieurs hommes d'un même *nakamal* du village d'Itakoma, dans le quartier de Bladinière.

Dans un document de 1977, Bonnemaison indique que « la communauté de Tongoa est certainement l'une des mieux structurée de Port-Vila ». Il explique que :

> « Les deux chefs de la communauté [urbaine] de Tongoa tirent leur pouvoir d'une délégation faite en leur faveur par les chefs coutumiers de l'île. Chacun des chefs de village de Tongoa a délégué auprès de ceux-ci un représentant personnel chargé plus particulièrement des migrants provenant de sa propre communauté. Il y a là une reconstitution sommaire de la structure d'autorité qu'on retrouve [sur l'île de] Tongoa et dans un sens la même recherche de l'équilibre des pouvoirs entre des chefs possédant des

> "titres" de pouvoir élevés, et des chefs de moyenne importance aux "titres" moindres » (Bonnemaison, 1977 : 56).

J'y ai en effet rencontré des hommes titrés, ainsi que les deux « représentants » des *paramount jif* des villages de Matangi et d'Itakoma. L'un vivait sur une parcelle privée de Seaside Tongoa, tandis que l'autre résidait au nord de l'île d'Efate mais venait parfois dans la communauté. Le *paramount jif* du village de Matangi lui-même vivait lui aussi à Port-Vila et non plus dans l'île de Tongoa.

Les noms coutumiers et les droits fonciers de l'île de Tongoa sont associés. Bonnemaison indique qu'à chaque titre sont ainsi attachées 10 à 20 parcelles de terre d'une superficie de 2 000 à 3 000 m² sur lesquelles le détenteur du nom coutumier et sa famille peuvent cultiver des jardins (1986 : 170-180). En tant que « maîtres du territoire » et de ses habitants, les *paramount jif* – ou les *smol jif* – perçoivent des prestations en nature (légumes, fruits, nattes) de la part des détenteurs de titres de rangs inférieurs qu'ils ont ordonnés. Un homme peut en principe revendiquer le droit de résider dans chaque lieu où ses ancêtres ont créé une relation d'alliance et lorsque ses aïeuls y ont été chefs, il est théoriquement en droit de prétendre aux terres associées à son nom coutumier (Bonnemaison, 1986 : 170-180). Si les noms coutumiers permettent de distinguer les individus, ils servent donc avant tout à les mettre en relation avec d'autres titres – et de ce fait avec d'autres hommes – à l'échelle de leur *nakamal*, de leur village, de leur île, voire de leur région. Le titre pousse l'individu à jouer un rôle particulier, à entretenir des relations d'allégeance, d'échange et de domination spécifiques.

Du fait de leur résidence en milieu urbain, les migrants originaires de l'île de Tongoa, rencontrés en 2009-2012 à Seaside, n'exploitaient pas nécessairement eux-mêmes les terres associées à leur nom coutumier. Certains d'entre eux avaient ainsi stratégiquement confié leurs parcelles à des membres de leurs familles restés au village afin de conserver leurs droits fonciers[37]. Ils continuaient néanmoins à entretenir des relations d'allégeance et à assurer certaines fonctions attachées à leur titre. Les *man Tongoa* résidant dans la capitale et portant un nom coutumier de statut élevé avaient ainsi pour rôle de gérer les conflits et d'assurer « une certaine permanence de la coutume », en particulier pendant les cérémonies de mariage et de deuil organisées à Port-Vila (Bonnemaison, 1977 : 56). Lors des échanges ritualisés qui se déroulèrent à l'occasion des mariages coutumiers célébrés en septembre 2009 à Seaside Tongoa, l'homme portant le titre *Ataimat* était par exemple en charge, comme son titre l'indiquait, d'éloigner les esprits se trouvant dans les dons apportés par la famille du marié (voir chapitre 4, page 170). J'ai en outre assisté à plusieurs réunions présidées par des *man*

[37] Voir Lindstrom (2011 a : 261) pour l'analyse des stratégies mises en place par les migrants de l'île de Tanna.

Tongoa aux noms coutumiers de statut élevé. Seaside Tongoa constituait le lieu où bon nombre de conflits entre des personnes originaires de l'île de Tongoa étaient réglés, même si les protagonistes de ces disputes n'habitaient pas nécessairement le quartier de Seaside. En août 2012, un procès pour adultère s'y déroula alors que le mari trompé et l'épouse infidèle résidaient dans le quartier de Freswota (voir chapitres 6, pages 270-271 et 7, page 310).

Les chefs de Tongoa qui habitaient à Port-Vila géraient non seulement les conflits et assuraient le maintien de certaines coutumes, mais ils édictaient également des lois spécifiques à la capitale, telles que celle des années 2000 interdisant aux femmes de porter des pantalons au sein de la communauté de Seaside Tongoa (voir chapitre 10, page 468)[38]. Ils possédaient ainsi des fonctions particulières au contexte urbain. Bonnemaison indique qu'ils étaient par exemple en charge d'aider les nouveaux migrants à trouver un logement ou un travail dans la capitale (1977 : 56). Ils pouvaient également ordonner à un migrant de retourner au village « pour se marier s'il était célibataire, pour s'occuper de ses enfants et faire un jardin vivrier s'il était marié », ou dans certains cas, parce qu'il se comportait « mal » dans la capitale (Bonnemaison, 1977 : 4). Les chefs présents à Port-Vila assuraient ainsi un contrôle social des *man Tongoa* résidant dans la capitale. Lors de mes recherches à Port-Vila, certaines fonctions étaient toujours attachées aux noms coutumiers portés par les *man Tongoa* habitant dans la capitale, mais les droits et les obligations que renfermaient ces titres avaient des spécificités selon qu'ils s'exerçaient en contexte urbain ou en contexte rural.

S'intéressant aux droits fonciers et aux titres qui leur étaient associés, Guiart et Bonnemaison ne firent guère mention de l'existence de noms coutumiers féminins dans l'île de Tongoa. Afin de saisir la structure de la communauté de Seaside Tongoa, il me paraît cependant essentiel de mentionner la présence de titres féminins (*Dariliou*, *Darissone*, *Leipopogni*, *Namat*) aux côtés des titres masculins. Lors de mes recherches dans cette communauté, chaque femme qui se mariait selon la coutume recevait de façon systématique un titre, généralement des mains de sa tante paternelle ou de son oncle maternel (Figure 56). Les noms coutumiers féminins étaient cependant moins souvent utilisés comme termes d'adresse ou de référence au sein de la communauté que les titres des hommes, et ils n'engendraient pas une hiérarchisation équivalente au système masculin. Un habitant de Seaside Tongoa, âgé d'une cinquantaine d'années, m'expliqua qu'« avoir un titre signifie pour une femme être responsable de la maison, cuisiner à l'heure, laver le linge, nettoyer, etc. ». Les noms coutumiers féminins ne sont pas associés à des terres, mais mon interlocuteur

[38] Notons que cette loi fut également établie dans la communauté voisine de Seaside Paama (Lind, 2014 : 80).

ajouta que ce titre leur permet aussi d'être respectées, d'être en capacité de demander de la nourriture et des services à leur belle-famille en cas de besoin et de pouvoir prendre la parole lors de réunions publiques[39]. En obtenant des noms coutumiers *via* leurs affins, les femmes sont intégrées dans le *nakamal* de leur mari. En réalité, seules les épouses des hommes portant des titres de statut élevé et les diaconesses presbytériennes étaient en droit de commander les autres femmes de la communauté[40]. Une veuve pouvait porter le nom coutumier de son mari, mais seulement lorsque celui-ci était décédé sans avoir transmis son titre. Lors de la cérémonie d'ordination qui se déroula dans le quartier de Bladinière en 2011, une habitante de Seaside Tongoa qui était appelée *Massa* depuis le décès de son mari transmit par exemple le nom coutumier du défunt, *Masseno*, à son fils aîné[41].

Figure 56. Une cérémonie d'ordination féminine à Seaside Tongoa, 2009

Au moment de mes recherches dans la capitale, une majorité d'hommes et de femmes originaires de l'île de Tongoa portaient ainsi des noms coutumiers. Ces titres engendraient des rapports hiérarchiques et de respect entre les individus les ayant reçus (voir chapitre 10, pages 463-464). Cela étant dit et comme on l'a vu, les fonctions masculines attachées à ces titres dans l'île de Tongoa n'étaient pas nécessairement similaires à celles exprimées à Port-Vila. Le système de chefferies qui structurait la communauté des *man Tongoa* dans la capitale n'était donc pas totalement identique à celui de leur île d'origine.

[39] Entretien du 18 octobre 2011 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années.
[40] Entretien du 30 juillet 2012 avec une femme âgée d'une quarantaine d'années.
[41] Entretien du 16 novembre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années et du 17 août 2012 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années.

Ainsi, la communauté de Seaside Tongoa était structurée par des institutions, incluant des associations religieuses, de microcrédit, de musique et de sport et un système de chefferies. Ces institutions étaient pour la plupart originaires de l'île de Tongoa, même si elles n'étaient pas nécessairement mises en place de la même manière à Seaside. Contrairement aux discours savants et populaires qui considéraient la ville comme un lieu où les pratiques et les valeurs dites traditionnelles se dissolvaient progressivement (voir Rawlings, 1999 : 81 ; Philibert, 1994 : 199), mes recherches à Seaside Tongoa et celles d'autres anthropologues ayant travaillé en Mélanésie indiquent une certaine forme de prolongement ou de continuité culturelle dans l'organisation sociale urbaine (Wittersheim et Dussy, 2013). La mise en place d'événements, telle la *namakura week*, témoigne en outre de la volonté des habitants de cette communauté d'affirmer et de transmettre leur attachement à la langue, aux rituels, aux mythes (*kastom story*), au style vestimentaire, aux artefacts, aux chants, aux danses, aux jeux, aux plats, etc. originaires de l'île de Tongoa (Lukai, 2010)[42]. Dans l'introduction de l'ouvrage collectif intitulé *La question urbaine en Océanie*, Wittersheim et Dussy font ainsi l'hypothèse qu'en ville, la juxtaposition de communautés originaires de différentes îles et les rapports très étroits entre urbains et ruraux engendrent une « forte identification à des valeurs et des pratiques dites traditionnelles » (2013 : 34). N'ayant pas réalisé de terrain prolongé sur l'île de Tongoa, je ne suis pas en mesure d'établir si l'attachement à ces valeurs et à ces pratiques était davantage revendiqué en ville qu'en milieu rural. Néanmoins, je peux avancer que, contrairement aux jeunes du quartier de Freswota rencontrés par Kraemer (2013), les habitants de Seaside Tongoa – quelle que soit leur génération – se présentaient non seulement comme des *man Seaside*, mais aussi et surtout comme des *man Tongoa*.

Conclusion

Dans ce troisième chapitre, nous avons établi que, malgré la présence de discours associant Seaside Tongoa au désordre et à l'insécurité, cette communauté urbaine – apparue sous la colonisation suite à la politique migratoire et au développement économique de l'archipel – était structurée. Nous avons ainsi remis en cause ou relativisé des idées reçues fréquemment énoncées à l'encontre de Seaside Tongoa, à propos de l'occupation des terrains, des conditions de vie, de l'insécurité, du travail, etc. Et nous avons présenté différentes institutions ordonnant cette communauté.

[42] Voir réunion de la *Presbyterian Women's Missionary Union* (PWMU) du 18 juillet 2012.

J'ai également montré que certaines manières d'être, d'agir ou de réagir étaient valorisées dans la communauté, et qu'elles étaient associées à des formes de relation et à des contextes particuliers, tels le partage (*sea*), l'humilité (*no mekem flas*), les rapports hiérarchiques et de respect (*respek*), des principes qui, nous le verrons, ne coïncident pas nécessairement avec ceux véhiculés dans les actions de prévention des IST déjà présentées (promotion de l'égalité, mise en avant de l'individu responsable et autonome).

Ce chapitre nous a aussi permis de continuer à essayer de définir ce qui constitue l'urbain au Vanuatu. Si j'ai montré dans les chapitres antérieurs que Port-Vila était un espace bénéficiant d'un grand nombre de services, d'interventions et de supports de prévention des IST, c'est un autre tableau de l'urbain qui s'est manifesté dans ce troisième chapitre. Nous avons vu que les insulaires qui pratiquaient sous la colonisation une migration dite circulaire étaient désormais majoritairement enracinés à Port-Vila et s'étaient approprié cette ville originellement créée par et pour les Blancs en y établissant des communautés. Puis, j'ai souligné l'existence d'inégalités entre les expatriés et les Mélanésiens, mais aussi au sein de la population mélanésienne citadine. Ces disparités socio-économiques sont en partie reflétées par la juxtaposition de zones d'habitat plus ou moins « institutionnelles » à Port-Vila (Dussy, 2005 : 5). Les citadins tendent à vivre enclavés dans des communautés résidentielles fondées sur l'origine insulaire, ce qui leur assure un accès à un revenu, à un logement, mais aussi à un conjoint et à un statut. Néanmoins, j'ai mentionné la présence de quartiers multi-insulaires structurés de manière communautaire, ainsi que de communautés, non pas établies selon l'origine de ses membres, mais selon le partage d'une même foi chrétienne, par exemple. Enfin, nous avons indiqué l'existence d'un « fort continuum rural-urbain » (Wittersheim et Dussy, 2013 : 35). Les habitants de la capitale continuaient ainsi à valoriser la *kastom* de leur île d'origine et à être structurés par des institutions en partie similaires à celles existant en milieu rural. Les déplacements, les adoptions, les envois de biens et d'argent, la téléphonie mobile, mais aussi – comme nous le verrons en détail dans le prochain chapitre – les rituels de mariage et les funérailles favorisaient le maintien et la construction de liens entre les zones urbaines et rurales de l'archipel, ainsi qu'au sein de chacun de ces espaces.

Chapitre IV. À travers le mariage et par-delà la mort, entretenir et construire du lien social

Introduction

Dans le chapitre précédent, nous avons vu que l'organisation de la communauté urbaine de Seaside Tongoa impliquait des institutions comme des associations religieuses et un système de chefferies. Leur présentation a permis de mentionner l'importance du maintien et de la création de liens fondés, par exemple, sur le respect ou l'entraide économique au sein de la communauté, ainsi qu'entre les zones urbaines et rurales de l'archipel. Plusieurs auteurs ont montré qu'au Vanuatu comme dans d'autres régions de la Mélanésie, les échanges constituaient le fondement des relations (voir Hess, 2009 : 67 ; Rio, 2007 a). Au moment de mes recherches à Seaside Tongoa, la circulation de biens, de paroles, de substances avaient lieu constamment entre les personnes mais c'est lors des rites de passage liés aux grands événements de la vie, tels la naissance, le mariage ou la mort, que les relations connaissaient leurs expressions les plus flagrantes.

Dès le milieu du XIX^{e} siècle, des voix étrangères se sont élevées contre ces cérémonies, et en particulier contre les compensations versées à l'occasion des rituels de mariage coutumier. Dans son article intitulé *Braed Praes in Vanuatu*, Margaret Jolly retrace l'histoire des critiques émises à l'encontre des compensations matrimoniales par les premiers missionnaires chrétiens et les premiers ethnographes (Felix Speiser et John Layard), voire par les féministes (comme Beatrice Grimshaw) présents dans l'archipel (2015 : 66-69). Ils considéraient que les femmes étaient « traitées comme des objets » et « oppressées par la sauvagerie masculine » (Jolly, 2015 : 67). Les échanges de biens – et d'argent à partir des années 1920 − qui se déroulaient lors des mariages au Vanuatu étaient ainsi décrits en termes de marchandisation. Et certaines Églises, comme l'Église adventiste du Septième jour, tentèrent d'empêcher ces pratiques et toutes les activités coutumières impliquant la mise à mort de cochons (Jolly, 2015 : 66-69).

Plus récemment, des membres d'organisations gouvernementales et non gouvernementales de nationalité ni-Vanuatu formulèrent à leur tour de vives critiques contre ces pratiques. Lors d'une intervention à l'*Australian Broadcasting Corporation Radio* en avril 2005, Selwyn Garu, le secrétaire général du Conseil national des chefs du Vanuatu (ou

Malvatumauri), originaire de l'île de Pentecôte, annonça envisager d'interdire l'utilisation de l'argent dans les compensations matrimoniales afin de répondre aux difficultés rencontrées par certaines personnes à recueillir la somme nécessaire pour se marier selon la coutume (Jolly, 2015 : 63). Si par exemple, dans les années 1950, les mariages impliquaient sur l'île de Tongoa le transfert de 10 à 12 cochons, 30 à 50 nattes et 1 000 vatus (8 €), ils nécessitaient, à la fin des années 1990, une même quantité de textile mais un moindre nombre de têtes de cheptel (trois cochons et une vache au maximum) et de plus grosses sommes d'argent (entre 60 000 et 65 000 vatus, c'est-à-dire entre 458 € et 496 €), alors que les sources de revenus sur l'île demeuraient rares (Kelly, 1999 : 95 ; voir chapitre 3, pages 111-112). Après l'indépendance, le Conseil national des chefs fixa, au niveau national, une somme maximale à ne pas dépasser lors du versement des compensations matrimoniales : 80 000 vatus (611 €). Néanmoins, en 2005, le secrétaire général déclara souhaiter le retour des monnaies exclusivement « traditionnelles » (cochons, nattes, coquillages) dans les rituels de mariages comme dans les funérailles (Jolly, 2015 : 63).

Lors d'un entretien mené en 2009 au Centre Culturel de Port-Vila (VKS), Noé Saksak, le coordinateur de la section *Kastom Economy*, originaire de l'île d'Ambrym, critiqua lui aussi la monétarisation des compensations matrimoniales. Il m'expliqua que les hommes du Vanuatu pensaient désormais « acheter » leur femme et pouvaient parfois leur interdire de rendre visite à leurs proches ou de participer aux cérémonies ayant lieu dans leur famille parce qu'ils considéraient que leur épouse leur avait « déjà coûté trop cher ». Au cours de mes recherches à Port-Vila, certains ni-Vanuatu plus instruits que la moyenne et travaillant au sein d'organismes gouvernementaux semblaient craindre une monétarisation de la coutume.

De manière plus radicale, l'ONG nationale *Vanuatu Women's Centre* (VWC) expliqua la nécessité de mettre un terme à certaines des coutumes de l'archipel. Dans une brochure sur la violence domestique distribuée aux habitantes de Luganville et de Port-Vila, il était écrit que :

> « Selon la loi, ton mari n'a pas le droit de te frapper. La coutume (*kastom*) veut que l'on paye les femmes. Mais lorsque la loi du Vanuatu a des problèmes avec la *kastom*, les pratiques coutumières doivent s'arrêter. Si ton mari te dit qu'il peut te frapper parce qu'il t'a payée (*pem*), lorsque vous vous êtes marié, [tu dois savoir que] cela est faux, d'après la loi du Vanuatu[1] » (voir chapitre 10).

[1] *Man blong yu ino kat raet nating blong faetem yu, hemia nao hemi loa. Kastom fasin hemi blong pem woman. Taem we loa blong Vanuatu hemi ka problem wetem ol fasin blong kastom, kastom praktis hemi mas stop. Sapos we man blong yu hemi talem se hemi save faetem yu forom se hemi bin pem yu, long taem blong maret, hemia hemi no tru long ae blong loa blong Vanuatu nating*. Ces propos ont également été rapportés lors de mon entretien du 21 septembre 2009 avec l'une des conseillères du VWC.

Certains acteurs des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux de l'archipel appelèrent ainsi à modifier, voire à supprimer la pratique des compensations matrimoniales dans le pays du fait de leur coût financier et de leurs conséquences supposées par rapport aux violences conjugales (voir chapitre 10, page 434). Le débat fut également porté sur la scène internationale.

Le rapport publié en 2005 par le comité de la Convention pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDEF/CEDAW) – composé de membres d'ONG et d'organismes gouvernementaux du Vanuatu – indique, lui aussi, la « nécessité de remettre en cause les pratiques coutumières déshumanisant les individus [telles que] les violences sexuelles, les compensations matrimoniales et la polygamie ». Le document présente le versement de ces compensations, y compris de celles uniquement composées de monnaies « traditionnelles », comme « l'une des barrières bloquant l'avancée des femmes » et permettant aux hommes de justifier l'usage de la force physique à leur encontre (UN CEDAW, 2005 : 57). De même, lors de l'assemblée générale du Conseil des droits de l'homme des Nations unies tenue à Genève en mai 2009, le Haut-Commissariat aux droits de l'homme rapporta l'appel de l'ONG *Amnesty International* pour que le gouvernement du Vanuatu travaille avec le Conseil national des chefs afin de « révoquer » la pratique des compensations matrimoniales dans le pays (UN Human Rights Council, 2009 : 5). À l'inverse, la monétarisation des funérailles, décriée par Garu, ne fut pas critiquée par les instances internationales ni même par les ONG locales revendiquant l'application des droits de l'homme au Vanuatu. Ce n'était donc pas tant l'argent en circulation qui était la source des reproches faits par ces dernières à cette pratique de la compensation matrimoniale que son association avec un achat de la femme, quels que soient les discours locaux tenus pour en expliquer l'existence.

Face aux critiques émanant d'organisations gouvernementales, non gouvernementales et internationales, je vais maintenant analyser de manière détaillée les significations des échanges liés aux rituels de mariage et de funérailles, ainsi que la place qu'ils prenaient dans la vie des habitants de Seaside Tongoa. Pour ce faire, je vais me pencher sur les rituels associés au mariage, puis sur ceux entourant la mort qui se sont déroulés entre 2009 et 2012. Mais il nous faut auparavant faire un détour vers une institution au cœur de l'organisation sociale de toute communauté ni-Vanuatu : la famille étendue, avec ses pratiques langagières et relationnelles.

4.1 Les relations au sein de la famille élargie

Dans sa thèse de doctorat, Daniela Kraemer souligne que les jeunes de Seaside sont considérés par ses interlocuteurs du quartier de Freswota comme des « garçons du village » parce que, contrairement à ces derniers, ils mangent et vivent au sein de leurs univers familiaux (2013 : 124). La « famille » – ou *namatoro* en namakura – constitue en effet une institution importante à Seaside Tongoa. Cette entité n'est pourtant pas considérée comme un ensemble de personnes aisément définissable par les habitants de la communauté. Elle ne se limite pas à la famille des démographes réduite à un couple et à ses enfants ni au ménage des statisticiens se fondant sur l'habitat. Elle ne correspond pas non plus au clan ou au lignage[2].

Afin de donner un premier aperçu de la famille à Seaside Tongoa, nous allons ici analyser les termes de parenté utilisés – en namakura – dans cette communauté. On verra ainsi comment les individus sont classés, et au-delà, quels sont les types de comportements, de droits et de devoirs qui leur sont associés. Rappelons que, dans la mesure où les membres de cette communauté sont plurilingues, des termes de parenté bislama, anglais ou français étaient parfois utilisés, mais la logique intrinsèque du système de parenté était conservée lors de l'usage de ces termes.

Selon la typologie des vocabulaires de parenté de Robert H. Lowie, les habitants de Seaside Tongoa, et des îles Shepherd en général (Pakoa, 1987 : 3), utilisent un système classificatoire appelé *bifurcate merging*, c'est-à-dire par « bifurcation et assimilation ». Le père et l'oncle paternel d'Ego partagent en effet un même terme d'adresse et un même terme de référence, tandis qu'Ego nomme et appelle différemment son oncle maternel. Ego distingue ainsi ses parents matrilatéraux et patrilatéraux à la génération G + 1 (Ben Hounet, 2009 : 35-36 ; Figure 57). D'après E.S. George Pakoa (1987 : 4-6), un auteur originaire de l'île de Tongoa, et mes observations de terrain réalisées à Port-Vila, le père d'Ego, les frères de son père et les conjoints des sœurs de sa mère – ainsi que tout homme appelé frère par le père d'Ego (ses cousins parallèles FFBS et FMZS) ou tout homme avec qui la mère d'Ego est susceptible de se marier (ses cousins croisés MFZS et MMBS) – sont interpellés, en namakura, par le terme *pop* (« papa ») et désignés par Ego par le terme de référence *tamang* (« mon père »). De la même façon, Ego appelle *anu* (« maman »), sa mère, les sœurs de sa mère et les épouses des frères de son père – ainsi que toute femme nommée sœur par la mère d'Ego (ses cousines parallèles MMZD et MFBD) ou toute femme avec qui le père d'Ego est

[2] Entretien du 12 septembre 2009 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.

susceptible de se marier (ses cousines croisées FMBD et FFZD) –, et désigne chacune de ces dernières par le terme de référence *mbilang* (« ma mère ») (Pakoa, 1987 : 4-6).

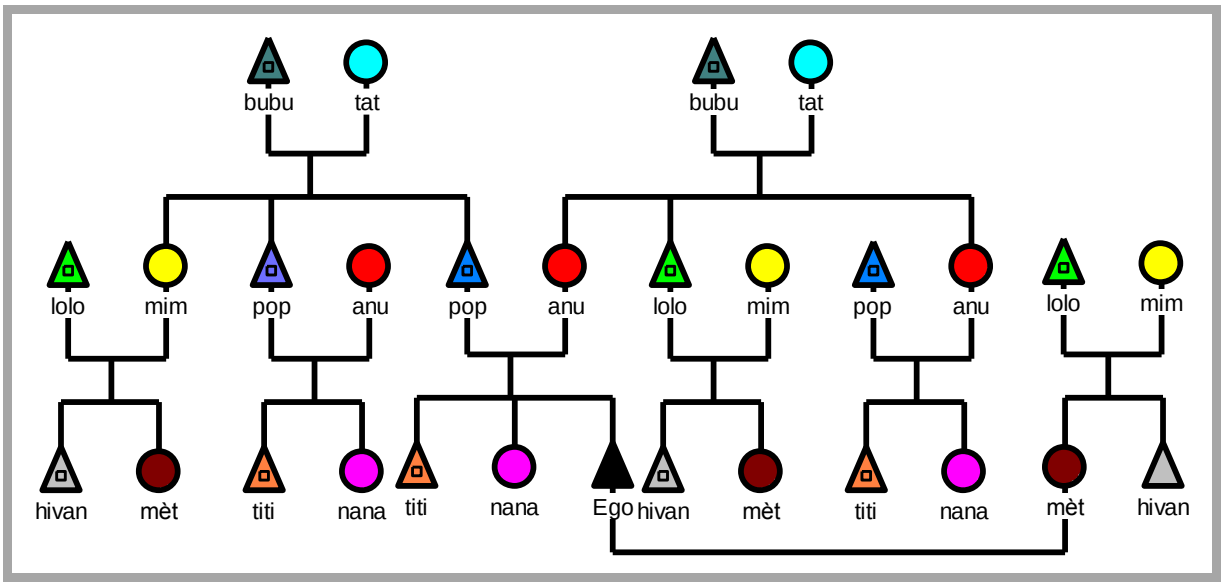


Figure 57. Les termes d'adresse utilisés en namakura par un Ego de sexe masculin

Par extension, ce type de système classificatoire a des conséquences sur les termes employés par Ego pour désigner ses collatéraux. Ainsi, les filles réelles ou classificatoires des femmes et des hommes auxquels Ego s'adresse par les termes *anu* et *pop* sont appelées *nana* (« sœur »). De même, Ego s'adresse aux fils biologiques ou classificatoires des femmes et des hommes qu'il appelle *anu* et *pop* par le terme *titi* (« frère ») (Pakoa, 1987 : 7-9). Si Ego est de sexe masculin, il utilise les termes de référence respectifs *ngkoren* et *suan*. Un Ego de sexe féminin utilise au contraire le terme *suan* pour désigner une personne qu'elle appelle *nana* et *ngkoren* pour celle à laquelle elle s'adresse par le terme *titi*. Ces termes de référence, identiques, désignent pourtant des personnes de sexe différent selon le sexe du locuteur. Autrement dit, *suan* désigne une relation de même sexe et *ngkoren* une relation de sexe différent. Cela étant dit, certains de mes interlocuteurs remettaient en question la légitimité de l'utilisation du terme *suan* par une personne de sexe féminin (voir aussi Sperlich, 1991 : 376, 379)[3]. Notons que la plupart des termes d'adresse, tels que *titi*, *nana*, *anu* et *pop*, sont également parfois utilisés comme des termes de référence – *titi angino* signifie par exemple « mon frère ». Et ces termes servent, nous le verrons au chapitre 5, à la formation de teknonymes, tels que *ani pop Robert* (« la sœur de papa Robert »).

Notons que de manière générale, l'utilisation des termes *titi* et *nana* implique une interdiction de mariage. Les unions entre frères et sœurs ou entre cousins parallèles sont

[3] Entretien 28 novembre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années et deux hommes âgés d'une quarantaine d'années.

prohibées alors que le mariage préférentiel est toujours celui entre cousins croisés (voir page 155).

Bien entendu, ce n'est pas parce qu'Ego appelle plusieurs femmes (ou plusieurs hommes) de la même manière qu'il les considère et se comporte avec elles de façon identique. Une femme peut par exemple refuser que sa sœur réprimande ses enfants, même si elles partagent un même logement et qu'ils s'adressent à l'une et à l'autre par le même terme. Pareillement, ces enfants ne vont pas forcément câliner ces deux femmes avec la même fréquence et la même intensité. Néanmoins, l'utilisation des termes *anu, pop, nana* et *titi* témoignent d'une relation de proximité dépassant le cadre de la famille nucléaire. Ainsi, Ego nomme *titi* les hommes de sa tranche d'âge appartenant à son clan patrilinéaire (*nakamal,* voir chapitre 3, page 139) et aussi parfois ses amis. Tandis que toute vieille femme qui vous aime de façon maternelle ou vous donne à boire et à manger doit être appelée *anu* (Pakoa, 1987 : 4-15).

Notons cependant que ce n'est pas parce qu'une femme allaite un enfant sur une courte période – pendant que sa mère est au marché ou au travail, par exemple – que ce dernier doit l'appeler *anu*. Par conséquent, le partage du lait maternel ne crée pas, selon les habitants de Seaside Tongoa, une relation de germanité entre les enfants. Néanmoins, dans cette communauté comme dans tout l'archipel du Vanuatu, les cas d'adoption et de placement d'enfants sont très fréquents, tout particulièrement au sein de la famille proche. La « manipulation ou reconstitution des généalogies » (Bonnemaison, 1986 : 171) est ainsi constante à Seaside Tongoa, et les termes d'adresse et de référence utilisés sont adaptés aux nouvelles relations que ces adoptions peuvent créer.

D'après mes observations, plusieurs types d'adoption existent à Seaside Tongoa : celles que l'on pourrait qualifier d'officielles, le fosterage (ou confiage) et les adoptions à valeur cérémonielle. Lors des adoptions officielles, des documents sont signés ou une cérémonie coutumière est réalisée. Généralement, l'enfant est encore petit ou ses parents biologiques viennent tout juste de décéder. Un couple peut aussi demander à adopter un nouveau-né lorsque le sexe ratio de sa propre descendance est déséquilibré. Les parents biologiques peuvent alors rarement aller contre cette exigence émanant souvent d'un collatéral (frère, sœur ou cousin) ayant autorité du fait de son rang de naissance. Selon l'une de mes interlocutrices, il est d'usage chez les *man Tongoa* de donner son premier enfant (ou sa première fille) à la mère de son conjoint, afin de lui « montrer sa gentillesse » et son respect[4]. Les adoptions de type fosterage sont, quant à elles, plus informelles. L'enfant est placé dans

[4] Entretien du 21 septembre 2009 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.

un autre foyer pour un nombre limité d'années. Les raisons peuvent être économiques, si les parents biologiques rencontrent des difficultés à s'occuper et nourrir leurs enfants, par exemple. Les mères célibataires ont tendance à placer leur(s) enfant(s) auprès de leurs proches, mais l'adoption-fosterage peut également être effectuée suite à la demande d'un proche qui souhaite de la compagnie ou un service. Les jeunes filles sont ainsi fréquemment placées chez des parents des zones urbaines pour prendre soin des enfants et du foyer (voir Eriksen, 2008 : 58). Si elles sont parfois considérées comme des employées, elles peuvent également être plus ou moins adoptées par la famille qui les a accueillies à Port-Vila, surtout lorsqu'elles sont placées encore enfant. Selon l'enquête réalisée par le *Vanuatu Young People's Project* (VYPP), certains jeunes de Port-Vila ont ainsi plus d'affinités avec la personne qui les a élevés – la sœur de leur père, leur grand-père ou la sœur de leur mère – plutôt qu'avec leurs pères et mères biologiques[5]. Les adoptions peuvent également n'avoir de valeur que lors des cérémonies (mariage, décès) et être sans réels effets au quotidien. Par exemple, avant de décéder, le père de l'une de mes interlocutrices, prénommée Dora, confia l'organisation du mariage de sa fille à sa propre mère, Leikav. Dora continua à appeler cette dernière grand-mère et à se comporter comme un tel rapport d'aînesse intergénérationnel l'exigeait au quotidien. Cependant, en 2009, Leikav s'occupa du mariage de sa petite-fille comme une mère – voire comme un père – était censée le faire (voir page 164).

À Seaside Tongoa, et plus généralement au Vanuatu, les adoptions ne sont pas gardées secrètes, quel que soit leur type. Les enfants nomment à la fois ceux qui les nourrissent et ceux qui les ont engendrés *pop* et *anu* et entretiennent avec eux des relations de respect. Ils peuvent leur rendre visite ou prendre plus ou moins régulièrement de leurs nouvelles, notamment grâce au développement de la téléphonie mobile dans l'archipel (Servy, 2013 ; voir chapitre 2, pages 88-89). Les adoptions permettent de resserrer les liens, en particulier entre les milieux ruraux et urbains, et participent ainsi à la création et au renforcement des relations au sein des familles et communautés transinsulaires (voir Lindstrom, 2011 a : 260 ; Lind, 2014 : 87).

Si Ego doit entretenir des rapports de respect avec ses parents ainsi qu'avec ses frères et sœurs aînés, ce sont non seulement des relations de respect, mais aussi d'évitement, qu'il doit avoir avec ses oncles et ses tantes (du moins ceux qui ne sont pas ses pères et mères classificatoires). En langue namakura, le père du ou de la conjoint(e) d'Ego, les frères de sa mère, les conjoints des sœurs de son père, les conjoints des personnes nommées cousine

[5] Entretien du 9 octobre 2009 avec un manager du *Vanuatu Young People's Project*.

croisée par la mère d'Ego ainsi que tout homme appelé cousin croisé par son père sont nommés *lolo* (« tonton ») par Ego, et désignés par le vocable *tavalum* (« ton oncle »). Parallèlement, Ego appelle *mim* (« tata ») la mère de son ou de sa conjoint(e), les sœurs de son père, les femmes des frères de sa mère, ainsi que toute femme nommée cousine par sa mère et les épouses des hommes appelés cousin par son père, et le terme de référence correspondant est celui de *vingong* (« ma tante »). Ego nomme donc ses oncles maternels et ses tantes paternelles de la même façon que ses beaux-parents. Les cousins croisés généalogiques de ses parents sont en effet souvent des beaux-parents pour Ego, en raison de la règle préférentielle de mariage entre cousins croisés de premier degré (Pakoa, 1987 : 6-7 ; Figure 57). Un homme de Seaside Tongoa me dit ainsi : « Je ne peux pas plaisanter (*jok*, *tok fani*) avec mon oncle. Je ne peux pas lui parler parce que c'est lui qui fait les filles avec qui je peux me marier et les garçons avec qui ma sœur peut se marier[6] ». Une femme de la communauté âgée d'une trentaine d'années m'expliqua de même :

> « Si ma tante est enceinte, je ne peux pas l'aider à accoucher. Ou si elle est malade, je ne peux pas la laver. C'est tabou. C'est une question de respect (*respek*). Ça doit être ses enfants ou ses petits-enfants qui la lavent. Je ne peux pas non plus l'appeler par son prénom, car je ne peux pas jouer (*plei*) avec elle[7] ».

Des interdits sont associés à la relation qu'Ego entretient avec les personnes qu'il nomme *lolo* ou *mim* à Seaside Tongoa. De plus, Ego ne peut pas entrer en contact physique avec celui ou celle qui lui a donné son prénom – généralement un oncle ou une tante – sans qu'une cérémonie ait été conduite (voir chapitre 5, pages 226-227). Au respect, s'ajoute alors l'évitement.

À l'inverse, Ego entretient une relation à plaisanterie avec ses cousins croisés. Les enfants des sœurs du père d'Ego et les enfants des frères de sa mère ne sont pas appelés *marik* (« époux ») ou *vidarik* (« épouse »). Cependant, les beaux-frères et les belles-sœurs d'Ego sont nommés de la même façon que les cousins croisés. Plusieurs termes existent à Seaside Tongoa : certains sont mixtes alors que d'autres ne sont utilisés que pour parler de personnes de sexe féminin ou au contraire masculin par un locuteur de même sexe que la personne mentionnée ou interpellée. Si Ego est un homme, il désigne et appelle le mari de sa sœur, le frère de son épouse, son cousin croisé de sexe masculin, et de façon générale, les fils des personnes qu'il nomme *lolo* et *mim* : *hivan*. Si Ego est une femme, elle s'adresse et fait référence à la femme de son frère ou à la sœur de son mari en faisant usage du terme *vain* –

[6] Entretien du 17 octobre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[7] Entretien du 19 juillet 2012 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.

l'utilisation de *vain* est ainsi plus restreinte que celle d'*hivan*. Le vocable *mèt* – ou *tawi (an)* en bislama – est, quant à lui, utilisé dans des relations de même sexe ou de sexe opposé pour désigner ou s'adresser aux enfants des personnes appelées *mim* ou *lolo* par Ego, c'est-à-dire ses cousins croisés et par extension toute personne avec qui Ego peut plaisanter et se marier, qu'elle appartienne ou non à l'ensemble des personnes avec lequel elle se reconnaît un lien de parenté (Pakoa, 1987 : 7-11).

Au cours de mes recherches à Seaside Tongoa, j'ai assisté à de nombreuses séances de plaisanterie entre amis et entre cousins croisés. Par exemple, en août 2012, une jeune fille interpella en bislama l'une de ses amies qui était en train de se laver les pieds en lui disant en riant : *swim blo wisdow yu stap mekem* (« c'est une toilette de veuve que tu fais »)[8]. Des insultes à connotation sexuelle, telles que *bol alam* (« grosses couilles ») ou *tutu alam* (« grosse vulve »), pouvaient également être criées pour plaisanter d'un bout à l'autre de la communauté[9]. L'un de mes interlocuteurs de Seaside Tongoa m'expliqua que les *tawi* étaient les personnes avec qui parler de sexualité, faire des blagues et avoir des rapports sexuels était approprié. Il me dit, ainsi, en riant :

> « Les *tawi*, on peut leur toucher les seins, les fesses. On peut même planter (*stikim*) leurs fesses avec un doigt ou un bâton, s'ils sont penchés. Mais si on est marié, on ne peut plus *stikim* nos *tawi* femmes. On peut uniquement le faire avec nos *tawi* hommes[10] ».

Dans certains contextes, la relation à plaisanterie entre *tawi* était même ritualisée. Une femme de la communauté m'expliqua :

> « Si tu veux aller au jardin à Tongoa pour planter des ignames, il faut y aller en famille ou alors il ne faut pas que tes *tawi* sachent que tu y vas seul. Sinon, ils peuvent venir dans ton jardin pour te faire peur avec des lances faites avec des noix de nangai (*Canarium indicum*), des feuilles de pandanus (*Pandanus tectorius*) et des fleurs, comme celles que l'on met le dimanche à l'église. Ils vont essayer de marcher sur tes ignames pour les abîmer. Mais toi, il faut que tu prennes un bâton pour essayer de les frapper » (voir note 7).

Demandant à mon interlocutrice si de tels événements se déroulaient également à Port-Vila, celle-ci me raconta que l'année passée, à l'occasion de la *namakura week*, les femmes de la communauté s'étaient mises torse nu. Lorsque les chefs arrivèrent, elles se cachèrent et essayèrent de les frapper avec leurs lances faites avec des bonbons achetés dans les magasins chinois de la rue – les noix de nangai étant en effet plus difficiles à trouver à Seaside que dans

[8] Observation du 3 août 2012 entre deux jeunes filles âgées de 15 et 20 ans.
[9] Observation du 29 juin 2012 d'une interaction entre deux hommes âgés d'une vingtaine d'années.
[10] Entretien du 25 août 2012 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.

l'île de Tongoa. Mon interlocutrice me dit avec un grand sourire : « C'est une blague (*jok*). C'est notre coutume (*kastom*). Les chefs couraient partout, mais il y avait des femmes (*mama*) dans tous les coins de Seaside. Ils ne savaient pas où aller se cacher » (voir note 7). Si, au moment de mes recherches à Seaside Tongoa, les habitants de la communauté continuaient à entretenir des relations à plaisanterie avec leurs *tawi*, leurs pratiques étaient désormais adaptées à la situation urbaine : les noix de nangai étaient remplacées par des bonbons, les jardins par les ruelles de la communauté, la plantation des ignames par la *namakura week,* etc.

À l'exception des *paramount jif* de l'île de Tongoa et de leurs représentants en ville qui sont tenus de se mettre en couple avec des *tawi* de leur île d'origine, un *man Tongoa* peut en principe se marier à l'intérieur ou à l'extérieur de son village ou de son île, mais à l'extérieur de son *nakamal*, c'est-à-dire de son clan patrilinéaire[11]. En 2009-2012, l'endogamie insulaire existait cependant à Seaside Tongoa, alors même que des personnes originaires d'îles diverses vivaient à Port-Vila. Les deux communautés villageoises numériquement les plus importantes dans cette communauté, Itakoma et Matangi, avaient en outre tendance à nouer des relations d'alliance. Notons qu'à Tongoa, les membres de ces deux villages qui, comme on l'a vu, n'en forment en réalité qu'un – Selembanga – avaient eux aussi tendance à se marier entre eux. Cette possible endogamie résultait du respect de valeurs culturelles et d'arrangements sociaux : mariage préférentiel entre cousins croisés, échange de sœurs, respect du choix des aînés, résolution de conflits fonciers, consolidation de relations entre chefs, etc. Un jeune homme de la communauté m'expliqua ainsi :

> « Lorsqu'un *man Tongoa* vient au monde, il a déjà des femmes coutumières (*kastom waef*). Toutes les filles des oncles et des tantes d'un homme sont ses *kastom waef*. Il peut se marier avec celle qui est de sa génération ou avec celle qu'il a commencé à fréquenter (*mekem fren*). Mais si ses parents lui demandent de se marier avec une autre, par respect pour eux, il doit accepter[12] ».

De nombreux couples de Seaside Tongoa étaient ainsi composés de cousins croisés du premier ou du second degré. Mais les prescriptions de mariages et les règles de filiation n'étaient pas toujours suivies dans la communauté. Demandant à mon interlocuteur si la mère de ses deux enfants était sa *kastom waef*, celui-ci me répondit :

> « Ce n'est pas ma *kastom waef*. Mais c'est ma *tawi*. En ville, nous faisons un mix entre la *kastom* et les manières de vivre des Blancs (*fasin blo waet man*)[13]. Selon la *kastom*, une fois que tu as "bloqué" (*blokem*) une femme,

[11] Entretien du 1er novembre 2011 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années.
[12] Entretien du 20 octobre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.
[13] Notons que si mon interlocuteur qualifie sa pratique de « mix », le mariage entre cousins croisés classificatoires demeure compatible avec le système de parenté de sa communauté.

> tu ne peux plus la quitter [voir pages 159-160], alors que les Blancs, ils passent d'une femme à l'autre. À Seaside Tongoa, il y a plein de femmes maintenant qui ont des enfants d'hommes différents. Il y en a même qui vendent leur corps (*salem bodi*) [voir chapitre 9]. Moi je n'ai pas "bloqué" ma petite-amie. Mais on a eu des enfants rapidement parce que nos familles ne voulaient pas que l'on soit ensemble » (voir note 12).

Les choix des aînés n'étaient ainsi pas toujours respectés à Seaside Tongoa et les jeunes pouvaient mettre en place des stratégies pour les contourner (voir chapitre 5, pages 208-209). Notons que cet extrait d'entretien évoque aussi certains changements et particularités de la sexualité urbaine que d'autres chapitres de cette thèse nous permettront de développer et de relativiser, tels la multiplication des partenaires et le développement de relations sexuelles contre rétribution (de quelque nature qu'elle soit).

Il arrive parfois que, chez les *man Tongoa*, des unions soient contractées entre deux personnes qui utilisent les termes d'adresse *titi* et *nana*, ce qui provoque un remaniement des termes de parenté dans les familles étendues concernées (voir Taylor, 2008 a : 129). Les termes d'adresse et de référence peuvent donc évoluer lorsqu'une union ne respecte pas les règles de parenté, mais aussi lorsque celle-ci n'est plus envisageable. Un homme d'une cinquantaine d'années m'expliqua qu'il n'appelait plus la sœur de son père *mim* (« tata »), mais utilisait le vocable *anu* (« maman ») parce que sa tante paternelle était âgée de plus de 80 ans. L'homme me dit ainsi :

> « Elle est la seule personne de sa fratrie encore en vie donc elle n'a plus besoin d'être appelée *mim*. Elle est ma dernière *anu*. Et si je l'appelais *mim*, cela signifierait que sa fille Annie [qui n'est pas mariée] est ma *mèt*, qu'elle est ma *vidarik*, ma femme. Mais Annie et moi sommes trop vieux maintenant pour ces choses-là » (sourire)[14].

Mon interlocuteur signifiait par-là que l'utilisation des termes de parenté devait être modifiée en même temps que la relation à plaisanterie se transformait en une relation basée sur le respect (voir aussi Hess, 2009 : 20).

Le système classificatoire dont Ego fait usage avec ses collatéraux se répercute sur les termes qu'il emploie avec ses descendants à la génération G-1. Si Ego est une femme, elle désigne et appelle ses enfants, ainsi que les enfants des femmes qu'elle nomme *nana* et des hommes qu'elle nomme *mèt* (puisque Ego ou ses sœurs peuvent épouser ces derniers) par le terme *nating*. Mais elle désigne et appelle les enfants des hommes qu'elle nomme *titi* et des femmes qu'elle nomme *mèt* par le terme *vingong* – qui est auto-réciproque[15], on l'a vu. À l'inverse, si Ego est un homme, il interpelle et fait référence à ses enfants, ainsi qu'aux

[14] Entretien du 25 juillet 2011 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années.
[15] Auto-réciproque (*self-reciprocal*) signifie que les deux termes sont identiques, comme cousin en français.

enfants des hommes qu'il appelle *titi* et des femmes qu'il appelle *mèt* par le terme *nating*. Et il désigne et appelle les enfants des femmes qu'il appelle *nana* et des hommes qu'il nomme *mèt* par le terme *loan*. Néanmoins, à partir de la génération G-2, Ego ne distingue plus ses descendants de ceux de ses collatéraux. Le terme d'adresse *bubu* et le terme de référence *tahin éman* sont ainsi utilisés par Ego pour désigner les enfants des personnes qu'il appelle *nating*, ainsi que ceux des personnes qu'il nomme, selon son sexe, *vingong* ou *loan*. Les descendants des *tahin éman* sont, quant à eux, appelés par Ego à l'aide des termes, auto-réciproques, *titi* et *nana*. En effet, si Ego est dans un rapport d'éducation et de protection avec ses enfants et ceux de ses collatéraux, il n'est pas censé entretenir un tel rapport avec les descendants des *tahin éman.*

Comme souvent, l'indistinction (à l'exception du sexe) présente à la génération des petits-enfants est également présente à celle des ascendants matrilatéraux et patrilatéraux de la génération G + 2. Ainsi, les mères des parents, des oncles et des tantes d'Ego sont appelées *tat* (« mémé ») – et désignées par le terme *keman* (« grand-mère ») –, tout comme les pères des parents, ainsi que des oncles et des tantes d'Ego sont nommés *bubu* (« pépé ») – et désignés par le terme *tembin* (« grand-père ») s'il n'est pas à portée de vue et *tembun* si Ego le voit approcher. Les parents des personnes nommées *tat* et *bubu* par Ego sont appelés *nana* et *titi* et désignés par les termes *nana mati* (« sœur âgée/mâture ») et *titi mati* (« frère âgé/mâture »). Tous les ascendants des *nana mati* et des *titi mati* d'Ego sont appelés *nana* et *titi* et désignés par les termes *nana sarapa* (« sœur jeune/immature ») et *titi sarapa* (« frère jeune/immature »). Ces termes de référence et de classification intergénérationnels connotent ainsi, selon Pakoa, l'existence d'un « cycle répétitif » dans les relations familiales. Cet auteur note qu'à Tongoa « les personnes âgées sont considérées comme une grande source de sagesse, mais leur fragilité due à leur âge les rend égales à des enfants, dépendantes du soutien et de la protection de leur famille » (1987 : 11-14).

Notons pour finir là-dessus que, lors de mes recherches dans la communauté, la relation de respect et de hiérarchie était davantage marquée entre Ego et ses oncles et tantes (ses beaux-parents éventuels), qu'avec ses grands-parents. Par ailleurs, les vocables *alam* (« grand ») et *susum* (« petit ») pouvaient être ajoutés aux termes de parenté que nous avons ci-dessus présentés, afin de souligner le rapport d'aînesse et dans certains cas de hiérarchie. Ego nommait par exemple l'aîné de ses frères *titi alam* et l'aînée de ses sœurs *nana alam*, même si l'un des deux pouvait parfois être son cadet de plusieurs années.

D'après mes recherches à Seaside Tongoa et le document publié par Pakoa (1987), le système terminologique de parenté utilisé par les locuteurs du namakura habitant dans cette

communauté et celui employé dans l'île de Tongoa étaient identiques. Néanmoins, les relations de respect et de plaisanterie étaient, dans une certaine mesure, adaptées au contexte urbain. Par exemple, nous avons vu que l'attaque ritualisée entre *tawi* qui avait lieu à Tongoa pendant la plantation des ignames se déroulait à Seaside pendant la *namakura week*. Nous avons parlé brièvement du mariage préférentiel entre cousins croisés, voyons maintenant comment les membres de la communauté de Seaside Tongoa se marient concrètement.

4.2 Les rituels de mariage

4.2.1 Pourquoi et avec qui se marier ?

Au moment de mes recherches, trois formes de mariage, toutes désignées par le terme namakura *bitawir*, étaient différenciées : les mariages coutumiers (*kastom mared*, en bislama), religieux (*mared blong jos*) et civils (*gavman mared*). Néanmoins, ce dernier type de mariage consistait généralement en la simple signature d'un registre, à la fin de la cérémonie religieuse ou à la mairie. Si la plupart des habitants de Seaside Tongoa mettaient au monde des enfants avant d'avoir officiellement célébré leur union, le mariage, en particulier sous ses formes coutumière et religieuse, demeurait un rite de passage important dans cette communauté. J'ai déjà indiqué que le *kastom mared* était l'occasion pour la jeune mariée d'obtenir un titre, et par-là même des droits et des responsabilités. Une femme d'une cinquantaine d'années m'expliqua qu'être marié était également nécessaire pour un homme s'il souhaitait recevoir un nom coutumier de statut élevé, ne serait-ce que parce qu'il avait besoin d'une femme pour s'occuper des cochons et cultiver les légumes à pourvoir lors des échanges cérémoniels[16].

D'autres arguments me furent apportés pour expliquer l'importance du mariage à Seaside Tongoa. Évoquant avec une habitante d'une soixante d'années les raisons qui la poussèrent à accepter de marier sa fille alors âgée de 21 ans, elle m'expliqua :

> « C'était son choix de se marier. Elle a rencontré cet homme [originaire de l'île] de Mallicolo au début de l'année. Je ne pense pas qu'elle soit déjà enceinte. Mais tu sais, la fille d'Élisabeth qui vit aussi avec moi, elle n'a que 15 ans et elle vient d'avoir une petite-fille. Et sa sœur, Marie, elle a déjà deux enfants. Son petit ami l'a "bloquée" (*blokem*). Mais ils se sont séparés. Et maintenant, elle est de retour chez moi avec ses deux enfants. Alors quand l'homme de Mallicolo est venu me demander s'il pouvait épouser ma fille, j'ai dit oui ».

Face au nombre grandissant de jeunes filles mettant au monde un enfant sans que le père du nouveau-né soit clairement identifié ou souhaite s'en occuper (voir chapitre 5, pages 198-

[16] Entretien du 12 août 2012 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.

199), cette habitante de Seaside Tongoa décida donc de consentir au mariage de sa fille de 21 ans. Il s'agit de faire en sorte que les jeunes femmes ne mettent pas au monde un *pikinini blong rod* (un « enfant de la route »), c'est-à-dire un enfant sans père pour l'élever (Kelly, 1999 : 94 ; Widmer, 2013). D'après le recensement de 2009, l'âge moyen au premier mariage au Vanuatu était en ville de 24,8 ans pour les hommes et de 23,0 ans pour les femmes (VNSO, 2011 : vi). Cependant, la plupart des mariages religieux et coutumiers auxquels j'ai assisté entre 2009 et 2012 à Seaside Tongoa concernaient des personnes âgées d'une trentaine d'années et déjà parents de plusieurs enfants. Les fiancés avaient de ce fait prouvé, avant le mariage, leur capacité à engendrer.

On notera que cet extrait d'entretien mentionne une pratique appelée en namakura *rambosoki*, et en bislama *blokem* (« bloquer »)[17] ou *mekem switat* (« faire l'amoureux »), qui précède le mariage ou le début de la vie en concubinage. Une femme m'expliqua qu'auparavant, la famille du jeune homme faisait porter à la jeune femme convoitée et à ses proches un panier rempli de présents (vêtements, boucles d'oreilles, pièces de tissu, argent, nattes). Si la jeune fille était favorable à l'union, elle signifiait sa décision en utilisant les objets offerts par le jeune homme[18] (voir aussi Kelly, 1999 : 93). Cette coutume était encore parfois réalisée pendant mes recherches à Seaside. Même si un panier n'était pas nécessairement donné, la pratique du *rambosoki* impliquait que les jeunes gens s'engageaient à se marier. Un dimanche après-midi, une réunion fut ainsi organisée pour la famille d'une jeune femme de la communauté qui souhaitait suivre un jeune homme qu'elle fréquentait depuis trois semaines sur l'île de Mallicolo. Les frères, pères, mères et sœurs classificatoires de la jeune femme lui martelèrent l'un après l'autre qu'elle devait parler avec respect à son petit ami, oublier les hommes qu'elle avait connus jusqu'ici, ne plus se déplacer sans but (*wokbaot*), ne plus aller en boîte de nuit, ne plus dormir n'importe où, respecter sa famille et se respecter elle-même. Sa mère rappela que l'une de ses sœurs était déjà partie à Mallicolo et qu'ils formaient à présent une grande famille avec les habitants de cette île[19]. Quelques mois plus tard, alors que j'avais déjà quitté le pays, les proches du jeune homme vinrent « bloquer » la jeune femme en apportant des nattes, de l'argent et de la nourriture. L'année suivante, à mon retour au Vanuatu, le couple s'était installé dans un village de l'île de Mallicolo et attendait un enfant.

[17] Je traduis littéralement le terme *blokem* par « bloquer », mais il signifie ici davantage « être fiancé ».
[18] Entretiens du 12 août 2012 avec une femme d'une cinquantaine d'années et du 28 juin 2012 avec une femme âgée d'une soixantaine d'années.
[19] Réunion du 25 août 2012 à Seaside Tongoa.

Dans sa thèse de doctorat portant sur l'utilisation des nattes à Tongoa, Susanna Katharine Kelly propose que la coutume du *rambosoki* correspondrait à une pratique plus ancienne, lors de laquelle les familles de deux enfants, parfois pas encore nés, se mettaient d'accord sur une future union (1999 : 93 ; voir Bonnemère 1996 : 103-107 pour le « marquage » des petites-filles en Papouasie-Nouvelle-Guinée). À Seaside Tongoa, de tels arrangements ne me furent pas rapportés, mais l'avis des familles et des chefs des *nakamal* conservait une place prépondérante dans la décision des jeunes gens de débuter ou de poursuivre une relation intime. Dans le passé, les choix des aînés pouvaient être motivés par la résolution de conflits fonciers, la consolidation de relations entre chefs ou le désir qu'une femme suive la route (*rod*) de sa propre mère en se mariant dans le village natal de cette dernière (par exemple avec son cousin croisé matrilatéral). On disait alors que la fille remplaçait sa mère (Kelly, 1999 : 92). Les femmes étaient de manière générale considérées comme essentielles au renforcement ou à la création de ce qui est appelé des « routes » (*rod* en bislama), c'est-à-dire de liens entre les hommes de différents groupes (Jolly, 1997 [1994] : 117 ; Bolton, 1999 b : 49 ; Lind, 2014 : 87). Cependant, en ville, d'autres arguments étaient également avancés pour justifier le choix d'un partenaire pour son enfant. Une habitante de Seaside Tongoa me raconta ainsi vouloir marier sa fille Marie avec Noël, le fils de son frère scolarisé en Nouvelle-Calédonie. Elle me dit :

> « Ce matin un homme est venu nous demander s'il pouvait "bloquer" (*blokem*) Marie pour son fils. Je crois que Marie est au courant et qu'ils se fréquentent déjà (*mekem frend*). Je n'ai rien dit parce que c'est le père de Marie qui décide de toutes les façons. Mais, moi, je ne veux pas qu'il la "bloque". Je voudrais qu'elle soit avec Noël, le fils de mon frère. J'ai expliqué à mes frères que si leur fils se mettait avec une femme d'une autre île, ils ne verront jamais l'argent que Noël va gagner grâce au fait qu'il a été à l'école à Nouméa. Un enfant ne doit pas donner tout son argent à ses parents lorsqu'il travaille. Mais il doit leur en donner de temps en temps. Et il doit participer aux mariages. Si la femme de Noël est d'une autre île et qu'elle est mauvaise (*no gud*), mes frères ne verront jamais l'argent. Mais pour le moment, ils ne sont jamais venus "bloquer" Marie pour leur fils, donc ça reste comme ça. […] Mais moi et mon mari, nous voudrions que notre fille soit avec un *man Tongoa*. Si nous avions plusieurs filles, Marie pourrait se mettre avec un *man Mallicolo* ou un homme d'une autre île. Mais c'est notre seule fille. Donc c'est mieux qu'elle soit avec un *man Tongoa*, parce qu'il faudra qu'elle s'occupe de nous quand on sera vieux. Moi, j'aimerais qu'elle soit avec un *man Itakoma* pour qu'elle retourne dans mon village. Mais le père de Marie est d'Euta. Et il veut qu'elle se mette avec un homme de son village à lui[20] ».

[20] Entretien du 20 novembre 2011 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.

Plusieurs de mes interlocuteurs de Seaside Tongoa m'expliquèrent qu'il était important que leurs enfants ou petits-enfants se marient ou se mettent en couple avec des personnes originaires de la même île, voire du même village que le leur, afin de leur assurer un accès, non pas à des terres, mais à un revenu et à des soins[21]. Le niveau scolaire ou l'emploi occupé par le partenaire potentiel de leur enfant constituaient ainsi de nouveaux critères dans la prise de décision des parents résidant en milieu urbain, à condition que celui-ci soit jugé susceptible de partager (*serem*) ses gains avec eux. Notons qu'à Seaside Tongoa, faire profiter sa famille de sa nourriture et de son argent était l'un des principaux comportements permettant de qualifier une personne de « bonne » (*gud* ou *gudfala*)[22]. En outre, le métissage des *man Tongoa* avec des femmes d'autres îles de l'archipel était considérée par certains comme engendrant l'affaiblissement et l'amenuisement corporel des habitants de la communauté, de la même manière que la consommation de nourriture importée (voir chapitre 5, page 220)[23].

Nous avons vu plus haut que le cousin croisé patri ou matrilatéral, avec lequel une relation à plaisanterie est entretenue, est le partenaire préférentiel pour les habitants de l'île de Tongoa. Au moment de mes recherches à Seaside, les jeunes gens choisissaient néanmoins de plus en plus souvent leurs partenaires selon d'autres critères, tel le sentiment amoureux[24]. Ainsi, malgré la volonté des parents de Marie de voir leur fille se marier avec un homme originaire de Tongoa, ils acceptèrent la demande de blocage qui leur avait été faite et permirent à leur fille de fréquenter le jeune homme qu'elle avait choisi, en dépit du fait qu'il n'était pas originaire de la même île que la leur. De plus, on a déjà vu qu'en cas de controverse, certains jeunes gens tentent d'influencer l'opinion familiale en concrétisant leur relation amoureuse par une naissance, par exemple[25].

Même si les décisions de la famille demeuraient cruciales dans le choix du partenaire et dans le déroulement des rituels, sur les onze mariages religieux auxquels j'ai assisté dans l'église presbytérienne de Seaside Selembanga le 25 septembre 2009, presque la moitié d'entre eux étaient « mixtes », autrement dit les fiancés n'étaient pas tous deux originaires de l'île de Tongoa. Néanmoins, des mariages par échange de sœurs étaient toujours contractés.

[21] Entretien du 30 octobre 2011 avec une femme âgée de quatre-vingt-cinq ans et du 24 novembre 2011 avec deux femmes âgées d'une quarantaine et d'une cinquantaine d'années.
[22] Ce point sera traité en détail au chapitre 5, pages 240-241.
[23] Entretien du 25 août 2012 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années.
[24] Au nord de l'île de Pentecôte, Taylor note que des couples interinsulaires se forment par l'intermédiaire de la téléphonie mobile, mais que les familles éprouvent des difficultés à verser les compensations plus élevées que les mariages de leurs garçons avec des femmes originaires d'autres îles nécessitent (2015 b : 10 ; voir page 169).
[25] Entretien du 20 octobre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.

4.2.2 Un cas d'échange de sœurs

Au cours de mes dix-huit mois de terrain dans la communauté de Seaside Tongoa, j'ai observé et pris part à de nombreux mariages religieux et coutumiers, mais c'est en 2009 que j'ai recueilli la plupart de mes données sur l'échange de sœurs que je vais présenter ici. Ces deux unions concernaient quatre habitants du terrain communautaire de Seaside Selembanga ; Jimmy et Dora d'un côté, Charley et Dora (ici arbitrairement désignée par le prénom Flora pour faciliter l'intelligibilité de la description) de l'autre, étaient tous originaires des villages de Matangi et d'Itakoma. Ces quatre personnes étaient âgées d'une bonne trentaine d'années et avaient déjà donné naissance à plusieurs enfants. Les deux alliances constituaient, selon les familles concernées, un « échange de sœurs » en ce que Flora et Jimmy, tout comme Dora et Charley, usaient des termes de germanité pour s'adresser l'un à l'autre. Ces deux unions constituaient un échange de sœurs parce qu'elles concernaient respectivement un homme et une femme se considérant comme germains car leurs pères, biologique pour l'une, adoptif pour l'autre, appartenaient au même *nakamal*, et un couple usant de termes d'adresse de la germanité, car issu de deux sœurs (Figure 58)[26].

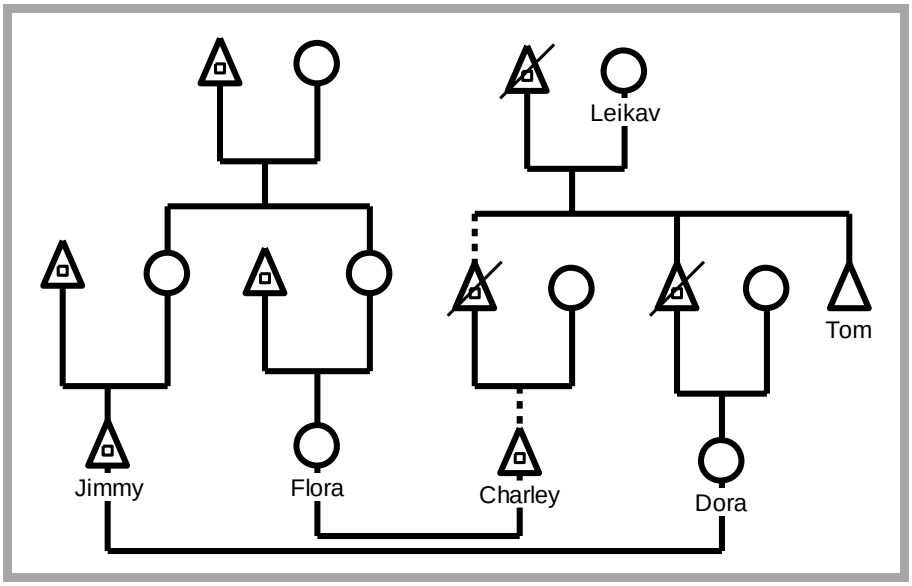


Figure 58. Schéma des personnes nommées dans le chapitre

Sur les onze couples unis devant Dieu le 25 septembre 2009, Jimmy, Dora, Charley et Flora furent parmi les rares personnes à bénéficier d'un mariage coutumier organisé par leur famille à une date proche de la célébration religieuse. Pour les *man Tongoa*, les rituels coutumiers et religieux doivent se dérouler idéalement dans un même laps de temps (Kelly, 1999 : 97). Lors de mes recherches à Seaside Tongoa, ces cérémonies n'étaient cependant pas

[26] Entretien du 23 septembre 2009 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.

forcément organisées le même mois, voire la même année. L'une des femmes qui se maria à l'église presbytérienne de Seaside Selembanga en septembre 2009 ne fut ainsi « payée » (*pem* en bislama ou *beil* en namakura) par la famille de son partenaire qu'en août 2012, en l'occurrence au moment des funérailles de son père (voir page 182).

Nous avons vu en introduction que Garu, le secrétaire général du Conseil national des chefs du Vanuatu, souhaitait le retour des monnaies traditionnelles pour parer aux difficultés de certaines familles pour collecter suffisamment d'argent pour marier leurs enfants de manière coutumière. Il est intéressant néanmoins de souligner qu'en 1996, Kelly n'expliquait pas le décalage temporel qui existait à Tongoa entre les cérémonies religieuses et coutumières par la présence d'argent dans les compensations matrimoniales mais par le temps nécessaire pour recueillir l'aide et le soutien de nombreux proches prêts à offrir des nattes, des fruits, des légumes et à tuer plusieurs de leurs bovins ou de leurs cochons pour accomplir les rituels coutumiers (1999 : 94-98). La réussite d'un rituel était mesurée au nombre de donneurs et à l'abondance des biens échangés, c'est-à-dire à la quantité de relations entretenues. Or pendant les dernières décennies, le montant des compensations matrimoniales a globalement augmenté (Rio, 2007 a : 80).

Les cochons, tout particulièrement ceux aux défenses incurvées, ont une valeur considérable dans l'échange cérémoniel au Vanuatu. Pourtant, les bovins sont de plus en plus utilisés pendant les rituels, en particulier en ville, du fait de leur meilleur rapport quantité/prix. Néanmoins, la municipalité de Port-Vila interdit d'élever du bétail dans la capitale et, par conséquent, les bovins et les cochons consommés pendant les rituels de mariage coutumier à Seaside Tongoa avaient été soit apportés par des membres de la famille vivant dans des villages périurbains, soit achetés à des éleveurs professionnels ou à des particuliers. De même, les fruits et les légumes, qui représentent l'unité et constituent un marqueur mémoriel important lors des rituels, n'étaient pas toujours issus des jardins périurbains des habitants de la communauté[27]. Et les nattes servant à Seaside Tongoa à la fois d'objets domestiques et d'objets de cérémonie, contrairement par exemple aux nattes fines samoanes (Tcherkézoff, 2013 : 45), étaient de moins en moins souvent tressées par leurs soins. En bref, l'argent était donc le plus souvent nécessaire pour obtenir le bétail, les nattes, les fruits et les légumes indispensables à la tenue des rituels dans la communauté de Seaside Tongoa. Cependant, la présence d'argent dans les compensations matrimoniales ne pouvait expliquer, à elle seule, les difficultés rencontrées par certaines familles du Vanuatu à organiser le mariage coutumier à

[27] Entretien du 22 août 2012 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.

une date proche de la cérémonie religieuse, puisque de telles difficultés se retrouvaient également en milieu rural.

Les préparatifs des mariages coutumiers (*suasu*) de Jimmy et de Dora, ainsi que de Charley et de Flora, s'intensifièrent au début du mois de septembre 2009. Dora et Charley étant frères et sœurs classificatoires, leurs mariages respectifs furent préparés sous le même abri, construit non loin de la maison de leur grand-mère paternelle Leikav. Ceux de Jimmy et de Flora furent, quant à eux, organisés à Seaside Solwota (Figure 42, page 118). Leikav étant en 2009 l'une de mes interlocutrices privilégiées, je suivis principalement l'organisation de ces deux mariages coutumiers du point de vue de la famille du fiancé Charley et de la promise Dora.

Leurs proches vivant à Seaside ou dans d'autres quartiers de Port-Vila commencèrent à se rassembler, à cuisiner et à manger ensemble, le 19 septembre. Ils se rendirent plusieurs fois dans les jardins, coupèrent du bois, nettoyèrent la place où les cérémonies allaient avoir lieu et agrandir l'abri situé sur le terrain de la « Communauté des femmes de Seaside Tongoa » (voir chapitre 3, page 125). Tom, l'oncle paternel de Dora, fit également le voyage depuis Luganville pour aider à la préparation du mariage de sa fille classificatoire. Dora, son fils et sa mère quittèrent, quant à eux, la maison du terrain communautaire dans laquelle ils vivaient avec Jimmy pour venir s'installer chez Leikav dans un logement situé sur une parcelle privée. Notons que cette pratique du retour de la fiancée existe également dans d'autres régions du Vanuatu. Au nord de l'île de Pentecôte, John P. Taylor (2008 a : 127) indique que lorsqu'un couple vit d'ores et déjà ensemble, il est d'usage que la fiancée retourne dans la maison de ses parents quelque temps avant la célébration de son union.

Deux carnets d'organisation furent tenus sous l'abri près de chez Leikav : l'un par la mère de Charley et l'autre par l'oncle paternel de Dora. Malgré la présence de Tom, Leikav fut l'actrice principale de l'organisation de ces rituels, en particulier ceux concernant sa petite-fille Dora. Avant de décéder, le père de cette dernière confia en effet sa fille à sa propre mère Leikav et lui délégua la tâche de s'occuper de l'organisation de son mariage. La mère biologique de Dora ne fut pas mise à l'écart des préparatifs mais se contenta de suivre les directives. La mère de Charley, originaire du nord de l'île d'Efate, ne réceptionna quant à elle que peu de dons cérémoniels, en l'occurrence ceux apportés par les visiteurs qui ne connaissaient ni Leikav ni Dora.

La préparation de ces deux mariages coutumiers impliqua donc l'intervention de plusieurs membres de la famille proche de Dora et de Charley résidant habituellement dans la communauté de Seaside Tongoa, à Port-Vila ou dans d'autres régions du Vanuatu. Ils

engendrèrent ainsi des déplacements de personnes, mais aussi de biens et d'argent d'un lieu à l'autre de l'archipel.

4.2.3 La mobilisation et la transmission de réseaux relationnels

Au Vanuatu, les mariages coutumiers, tout comme les funérailles, nécessitent la mobilisation de réseaux sociaux élargis. Un grand nombre de personnes effectuèrent ainsi des dons pour les mariages de Dora et de Charley, souvent après avoir eux-mêmes demandé de l'aide à leurs propres affins et consanguins, dans le but que leurs contributions aient davantage de poids (voir Kelly, 1999 : 284). Certaines de ces personnes ne les avaient jusque-là jamais rencontrés, mais connaissaient leurs parents ou leur grand-mère Leikav. Chaque présent reçu, ainsi que les noms et les villages d'origine des donneurs, fut consigné à l'intérieur de l'un des deux cahiers d'exercice, selon qu'il était affecté à Dora ou à Charley (Figure 59)[28]. Dans le cadre des mariages et des funérailles, la tenue de tels carnets permet à leurs propriétaires de rendre ce qu'ils ont reçu au moment où les donneurs organiseront leurs propres cérémonies et feront appel à eux. Par le biais de ces mariages coutumiers, les proches des futurs mariés transmettent ainsi de nouvelles relations d'entraide et d'obligations à leurs enfants ou petits-enfants.

D'après le carnet de Dora, 172 personnes effectuèrent un don cérémoniel pour aider à la préparation de ces deux mariages par échange de sœurs. Sur ces 172 donneurs, 79 offrirent de l'argent, mais, peu d'entre eux n'apportèrent que des billets de banque. En plus des 130 100 vatus (993 €)[29] récoltés, 81 nattes, 54 pièces de tissu, 32 robes, 3 bovins, 2 cochons, 4 sacs de patates douces, un sac de taros, 4 sacs de riz, 7 kg d'ailes de poulet et des dizaines d'assiettes, de plats, de bassines et de verres furent collectés. Cette profusion de dons montra le nombre de relations dont pouvait se targuer cette famille, et en particulier Leikav, femme âgée, ancienne diaconesse, épouse d'un homme qui portait un titre coutumier de statut élevé, appréciée pour l'efficacité de ses soins thérapeutiques et sa générosité. Cette reconnaissance dépassa les frontières de son groupe d'origine. En apportant des dons cérémoniels à Leikav, un homme du village d'Erakor déclara que même s'ils ne venaient pas de la même île, les liens entre leurs deux groupes devaient être maintenus[30]. Notons cependant que 96 % des

[28]Des dons cérémoniels destinés à constituer les compensations matrimoniales versées aux proches de Flora furent cependant inscrits sur le cahier appartenant à Dora.

[29] Sur 172 donneurs, 2 personnes ont apporté 200 vatus (2 €), 28 : 500 vatus (4 €), 1 : 700 vatus (5 €), 30 : 1 000 vatus (8 €), 3 : 1 500 vatus (11 €), 8 : 2 000 vatus (15 €), 1 : 3 000 vatus (23 €), 1 : 4 000 vatus (31 €), 2 : 5 000 vatus (38 €) et 1 : 7 500 vatus (57 €). Deux « pères » de Charley donnèrent 10 000 vatus (76 €) et 30 000 vatus (229 €) pour « payer » Flora et ses enfants.

[30] Observation du 24 septembre 2009.

donneurs étaient originaires de l'île de Tongoa (73 % provenant des villages de Matangi ou d'Itakoma) et qu'ils habitaient principalement Seaside ou Port-Vila.

Figure 59. L'enregistrement d'un don à l'intérieur du carnet d'organisation de Dora, septembre 2009

À l'occasion des mariages coutumiers et des funérailles, ce sont les membres les plus proches des familles matrilatérale et patrilatérale (pères, mères, oncles, tantes) qui apportent généralement le plus d'argent et de présents. Deux des pères classificatoires de Charley donnèrent ainsi 10 000 vatus (76 €) et 30 000 vatus (229 €) pour « payer » (*pem*) Flora et ses enfants âgés de 8 et 13 ans. Néanmoins, l'importance des dons dépend souvent également du statut social, des moyens financiers et des relations de la personne : plus l'individu est riche et porte un titre coutumier reconnu, plus il est attendu qu'il donne.

Effectuer des dons permet non seulement d'afficher son statut économique et social mais aussi de rappeler des liens de parenté que les nouvelles générations peuvent avoir oubliés. Ainsi, en août 2012, lors du mariage de Sandy organisé dans la communauté, James apporta un cochon qu'il avait élevé dans son jardin du quartier de Bladinière en expliquant que son arrière-arrière-grand-mère était originaire du même *nakamal* que le marié[31]. De façon générale, donner consiste pour les habitants de Seaside Tongoa à montrer que l'on pense aux bénéficiaires. À chacun de mes allers-retours entre la France et Port-Vila, les membres de la communauté me demandaient ainsi de « penser à eux » ou de « ne pas les oublier », ce qui signifiait qu'ils souhaitaient que je leur rapporte quelque chose de l'hexagone (voir aussi Kelly, 1999 : 98). À l'inverse, une personne qui ne donne jamais rien risque de s'exposer à de vives critiques et de ne pas pouvoir compter sur ses proches, lorsque ses propres enfants

[31] Entretien du 17 août 2012 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.

souhaiteront se marier. Marcel Mauss soulignait déjà l'ambivalence des dons, « le caractère volontaire, pour ainsi dire, apparemment libre et gratuit, et cependant contraint et intéressé de ces prestations » (2002 [1923-1924] : 8).

Même la distance entre l'espace où se déroulent les mariages coutumiers et le lieu d'habitation des individus n'est pas utilisée comme excuse pour ne pas effectuer de dons. Lors des mariages de Dora et de Charley, les membres de leur famille qui n'habitaient pas à Port-Vila furent ainsi prévenus par téléphone de la date de la cérémonie[32]. Et ils envoyèrent des nattes, des robes et de l'argent, par bateau ou par avion. Certains firent même le déplacement depuis Tongoa pour apporter leurs présents et pleurer ostensiblement afin de montrer leur tristesse liée au départ de Dora de leur *nakamal* et d'indiquer leur joie associée à l'arrivée de la femme de Charley. Soulignons que d'après Knut Rio, sur l'île d'Ambrym, les pleurs ostentatoires sont eux-mêmes considérés comme une prestation (2007 a : 69).

La préparation des mariages coutumiers de Charley et Dora engendra donc non seulement la mobilisation de leurs proches, mais aussi de leurs réseaux relationnels élargis. Des déplacements de personnes, des circulations de biens et d'argent eurent lieu à une grande échelle, au sein de la communauté de Seaside Tongoa, de la ville de Port-Vila et des zones rurales et urbaines de l'archipel. Ces mobilisations de réseaux se déroulèrent dans la famille de Dora et de Charley, mais aussi dans celle de Flora et de Jimmy, afin de permettre les transferts de biens et d'argent nécessaires au déroulement de cet échange de sœurs.

4.2.4 L'« achat » de la fiancée

Après avoir mobilisé affins, consanguins et connaissances et récolté leurs dons, la distribution de nourriture apportée par la famille de l'épouse à celle du mari eut lieu à Seaside Tongoa, le 23 septembre 2009. Dans ce cas particulier, elle fut double. Dans un premier temps, le groupe de parents de Flora apporta, en chantant et dansant, une vache qui venait d'être tuée, des taros, des ignames, du manioc, sous l'abri derrière chez Leikav. Puis dans un second temps, ce fut la famille de Dora qui se rendit à Seaside Solwota pour remettre des présents équivalents aux proches de Jimmy. Ces dons émanant de la famille des futures épouses en direction des parents des fiancés ne comportaient pas d'argent, de nattes, de robes ou de pièces de tissu (voir Kelly, 1999 : 95, 293). Les deux familles donnèrent ainsi

[32] D'après Taylor, le développement de la téléphonie mobile au Vanuatu a conduit à une augmentation ingérable du nombre de personnes assistant aux cérémonies coutumières, mettant ainsi à l'épreuve les ressources des groupes de parenté organisateurs (2015 b : 7).

uniquement une partie de leur nourriture avant de recevoir les compensations matrimoniales du lendemain.

Le 24 septembre, bien qu'elle fût censée attendre la venue des proches de la promise à Seaside Solwota, la famille de Jimmy se rendit sur le terrain de la « Communauté des femmes de Seaside Tongoa » pour « l'achat » de Dora (Figure 60). Les deux fiancés étaient présents mais n'étaient pas au cœur de l'action. Ils se fondaient au milieu de leurs familles respectives et même étaient parfois tenus à l'écart. À Seaside Tongoa, si le mariage coutumier témoigne aujourd'hui d'une entente entre deux individus, il consiste surtout en une alliance entre deux groupes sociaux. Il faut noter ici les similitudes entre les rituels de mariage et les cérémonies de réconciliation coutumières que j'ai pu observer en cas de viol. Dans le chapitre 10, nous verrons qu'une femme violée n'est souvent pas présente lors des rituels visant à restaurer l'harmonie entre sa famille et celle de son agresseur, de même que les futurs mariés sont en retrait lors du versement de la compensation matrimoniale dont l'un des buts est, selon mes interlocuteurs, de séparer la femme et ses enfants de leur ancien *nakamal* (voir chapitre 3, page 139) et d'affilier ceux-ci au groupe du marié (la filiation étant patrilinéaire)[33].

Figure 60. La compensation matrimoniale destinée à la famille de Dora, 24 septembre 2009

Alors que les deux familles se trouvaient de part et d'autre de la compensation matrimoniale disposée sur le sol, un homme du *nakamal* de Jimmy prit la parole pour décrire

[33] Mes interlocuteurs parlent d'un départ de la femme de son groupe d'origine et d'une affiliation à celui de son mari. Sur l'île de Tongoa, les femmes sont ainsi enterrées sur la terre de leur époux, mais lorsqu'elles habitent à Port-Vila, elles le sont au cimetière municipal. Cependant, le mariage ne crée pas de rupture totale entre l'épouse et son groupe d'origine. Concrètement, si la femme est en conflit avec sa belle-famille, elle peut demander de l'aide à ses frères. Elle peut aussi rendre visite à ses parents et participer aux cérémonies dans son groupe d'origine, à condition d'obtenir l'accord de son mari.

en bislama la composition des trois ensembles de dons et annoncer à qui ils étaient destinés. Tout d'abord, pour « le lait de la mère » de la fiancée, les proches de Jimmy donnèrent un petit cochon noir préalablement égorgé, deux bottes de manioc, un régime de bananes, une botte de kava, de la canne à sucre, un paquet de dix nattes, trois robes, deux pièces de tissu et 10 000 vatus (76 €). Ensuite, pour le départ de Dora, ils offrirent à Leikav une génisse, de la canne à sucre, six taros, deux bottes de manioc, deux régimes de bananes, une botte de kava, un paquet de dix nattes, trois robes, deux pièces de tissu ainsi que 10 000 vatus (76 €). Enfin, pour le départ des enfants du couple, Jeannette et John, leur arrière-grand-mère (remplaçant leur grand-père déjà décédé) se vit offrir un paquet de dix nattes, deux robes, deux pièces de tissu et 10 000 vatus (76 €).

La compensation matrimoniale visa ainsi, d'une part, à dédommager la mère de Dora pour l'avoir nourrie et élevée ; et d'autre part, à compenser la perte de plusieurs membres d'un même *nakamal* − une femme et ses deux enfants nés avant mariage (voir aussi Kelly, 1999 : 96-97). C'est la « valeur érotique, économique et procréative » d'une jeune femme, en l'occurrence ici celle de Dora, qui est ainsi échangée entre les deux groupes (voir Jolly, 1997 [1994] : 116).

La famille de Dora accepta les présents versés par les membres du *nakamal* de Jimmy, mais certains critiquèrent la taille des dons. Dans cet échange de sœurs entre des personnes originaires de deux villages entretenant de forts liens sociaux du fait de leur proximité géographique et de nombreux antécédents d'alliances, les montants et biens engagés furent en effet moins conséquents que ceux escomptés par certains. Lorsque les familles sont toutes deux originaires de l'île de Tongoa, de moins grosses sommes d'argent et une plus grande quantité de têtes de cheptel tendent ainsi à être offertes à Seaside Tongoa (voir aussi Bowie, 1995 : 18)[34]. Un habitant de la communauté m'expliqua cependant que le montant des transactions dépend non seulement du lieu d'origine de la fiancée, mais aussi de la générosité et de l'intensité des relations que l'on souhaite créer avec l'autre groupe[35].

Les réflexions de la tante et de l'oncle paternels de Dora reflètent à la fois l'importance du cheptel et celle de l'argent dans cet échange. Ainsi, selon la tante paternelle de la mariée, il aurait fallu apporter une vache ou un cochon supplémentaire pour « payer » (*pem*) les enfants. L'oncle Tom pensait quant à lui qu'une somme de 50 000 vatus (382 €) allait leur être attribuée. Cependant, les nattes et la nourriture qui accompagnent systématiquement la vache

[34] Entretiens du 13 août 2012 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années et du 17 août 2012 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.
[35] Entretien du 1er juillet 2012 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années.

ou le cochon afin, me dira-t-on, que la « femme comprenne qu'elle doit planter ces différentes espèces une fois mariée », sont également des éléments essentiels au « paiement » de la fiancée[36]. Une femme de Seaside Tongoa m'expliqua que « la canne à sucre, comme le kava, ça se partage, ça représente l'unité. Ce qu'on se rappelle d'un mariage, c'est qu'on a bu du kava et manger de la canne à sucre ensemble[37] ».

Tom remercia les visiteurs venus « payer » (*pem*) Dora et annonça qu'elle serait emmenée dans leur famille le lendemain, à la fin de l'office religieux. Après les remerciements et la prière, les deux familles se serrèrent la main en file indienne. Puis, l'homme de leur *nakamal* qui portait le titre *Ataimat* (voir chapitre 3, page 141) éloigna les esprits qui se trouvaient dans les dons apportés par les visiteurs, en tournant autour d'eux et en les touchant un par un, afin que les proches de Dora puissent déplacer les présents en toute sécurité.

Deux heures après être venue déposer ses dons pour le « paiement » de Dora, la famille de Jimmy retourna sur le terrain de la « Communauté des femmes de Seaside Tongoa », pour chercher les présents visant à « payer » (*pem*) Flora et ses enfants. Mais avant ce versement, les deux groupes participèrent à une danse au cours de laquelle une poignée d'hommes tentèrent de voler des tiges de croton tenues par d'autres (*Codiaeum variegatum*)[38]. Cette danse semblait correspondre à un simulacre de combat pour conserver la fiancée et ses enfants et pourrait constituer les vestiges du mariage par capture décrit par Félix Speiser, l'un des premiers ethnographes à avoir travaillé aux Nouvelles-Hébrides, au début du XX^{e} siècle (1996 [1923] : 263). Cependant, n'ayant pas trouvé trace de cette danse dans la description réalisée par Kelly (1999) au début des années 1990 à Tongoa, nous pouvons aussi imaginer qu'il s'agissait peut-être ici d'une élaboration ou d'une revivification d'une pratique coutumière, en contexte urbain (voir Lindstrom, 2011 a : 260 pour la remise à l'honneur de la cérémonie du premier rasage à Port-Vila).

Les proches de Charley avaient programmé de faire un plus grand nombre de dons cérémoniels que ceux de Jimmy. Ils avaient à leur disposition davantage d'argent, de nattes, de pièces de tissu, de robes, d'animaux, de fruits et de légumes pour « payer » Flora et ses enfants, mais ils décidèrent de donner exactement la même quantité et le même type de présents, non pas pour « effacer la dette », mais pour « équilibrer » l'échange (Godelier, 2008 [1996] : 61 ; Figure 61). Le versement de dons cérémoniels à la famille de Flora fut

[36] Entretien du 30 juillet 2012 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.
[37] Entretien du 22 août 2012 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.
[38] Pendant cette danse, le nombre d'hommes tenant une tige de croton correspond au nombre de personnes quittant le *nakamal*. Dans ce cas-ci, ils étaient trois pour représenter la fiancée et ses deux enfants.

également suivi de remerciements, d'une prière, de poignées de main et de l'intervention de l'*Ataimat* du *nakamal* des parents de cette dernière pour chasser les esprits présents dans les dons cérémoniels[39].

Figure 61. La compensation matrimoniale versée pour Flora, 24 septembre 2009

L'étape du « paiement » dans le cadre de cet échange de sœurs consista donc dans le versement d'une même quantité de biens et d'argent visant à dédommager chacune des deux familles pour la perte d'une femme et de ses enfants nés hors mariage. Cette étape n'est pas exclusivement une affaire d'hommes à Seaside Tongoa et la capacité d'engendrement de la jeune mariée n'est pas uniquement transférée à son époux, mais aussi à l'ensemble des membres de son *nakamal*. Une habitante de la communauté me raconta ainsi qu'il y a plusieurs décennies, une femme mariée de Seaside Tongoa qui entretenait une relation extra-conjugale fut jugée devant un tribunal coutumier. Les « vieux » (*olfala*) lui dirent alors : « nous avons payé (*pem*) ta vulve pour Perry. Nous avons payé ta vulve pour faire des enfants. Nous avons payé le droit d'utiliser ta vulve pour que Perry ait des enfants. Tu ne dois pas aller voir ailleurs[40] ».

Même si de tels propos ne furent pas tenus en ma présence dans cette communauté, il aurait cependant été très mal vu qu'un homme tente de verser à lui seul la compensation matrimoniale destinée à l'« achat » de sa femme. En septembre 2009, les futurs mariés restèrent donc en retrait au moment de ce « paiement », mais la dernière étape du mariage coutumier les mit sur le devant de la scène.

[39] Mes interlocuteurs ne me donnèrent pas davantage d'informations sur ces esprits.
[40] Entretien du 18 juillet 2012 avec une femme âgée de quatre-vingt-cinq ans : « *yumi pem natutu blo yu* ».

4.2.5 Le transfert de la jeune mariée

Après la célébration religieuse du 25 septembre (voir pages 175-178), se déroula la dernière étape du mariage coutumier (*nori* en namakura). Dora s'assit sur un coffre en bois qui lui avait été offert la veille par ses cousins croisés et sa tante paternelle, après que celle-ci lui eut enfilé une nouvelle robe. Le coffre, rempli par ses proches et les connaissances de Leikav, contenait un grand nombre d'objets visant à l'installation du couple, bien que celui-ci vécût déjà en concubinage depuis plusieurs années (Figure 62). La liste, inscrite dans le carnet d'organisation par l'oncle Tom, recensait les choses suivantes :

> « 10 000 vatus (76 €), 24 robes, 9 cuillères, 32 fourchettes, 3 cuillères à soupe, 6 cuillères à riz, 2 petits couteaux, 4 casseroles, 30 verres à boire, 24 tasses à thé, 54 assiettes, 3 bols en verre, 8 plats, 2 poêles, 3 plats en plastique, 1 bouilloire à thé, 2 rouleaux de tissu, 1 carton de bols, 2 conteneurs en plastique, 2 grosses cocottes, 4 bassines, 3 grands plats, 4 petits plats en plastique, 1 couverture et 1 balai local ».

Figure 62. L'inventaire du coffre destiné à la jeune mariée, 25 septembre 2009

Kelly note que, dans le passé, les proches de la mariée offraient des paniers, des coquillages ou des pinces en bois utilisés pour la cuisson des aliments (1999 : 294). Au moment de mes recherches à Seaside Tongoa ou de celles de Kelly dans le village de Purau, les objets contenus dans le coffre étaient essentiellement en plastique, en verre ou en métal. Cela étant dit, quels que soient les types de biens et de matériaux, et donc hier comme aujourd'hui, la jeune mariée est tenue de conserver la liste des donneurs ayant rempli son coffre et de participer aux collectes organisées par ces derniers lors de futurs mariages

coutumiers. Un transfert des relations d'entraide et de dettes de Leikav était ainsi encore une fois mis en place en direction de sa petite-fille Dora.

Une fois assise sur le coffre placé sur une natte, on lui noua un mouchoir blanc en bandeau sur sa tête de manière à former deux pointes ascendantes latérales[41]. L'un de ses oncles maternels vint à sa rencontre, portant de 100 à 150 pièces de tissu attachées ensemble. Chaque étoffe, de 3 à 5 yards (2,7 à 4,6 m) de long, avait été préalablement achetée et nouée par les membres de la famille matri et patrilatérale de la mariée. L'assemblée se mit à pleurer et à chanter pour montrer sa tristesse. Plusieurs hommes aidèrent l'oncle maternel à enrouler Dora dans la masse d'étoffes. Une tante paternelle classificatoire – fille d'un homme membre du même *nakamal* que le grand-père paternel de Dora – remit à la jeune mariée un titre coutumier en apposant sa main sur le sommet de sa tête (voir chapitre 3, pages 142-143). Cette dernière reçut un plat de légumes cuits à l'étouffée dans des feuilles de bananiers (*bougna*) en remerciement.

Figure 63. La distribution de nattes, de robes et de pièces de tissu par la jeune mariée, 25 septembre 2009

Puis, Dora commença à distribuer des nattes, des robes et des pièces de tissu aux membres de son groupe natal, au fur et à mesure que l'un de ses oncles maternels appelait les noms inscrits sur le cahier d'organisation (Figure 63). Quelques heures auparavant, Leikav avait en effet établi une liste des personnes qu'elle souhaitait remercier pour leur participation

[41] Notons que les bandeaux en feuilles tissées utilisés pendant les cérémonies d'ordination masculine dessinent eux une pointe ascendante frontale unique (Figures 55 page 140 et 56 page 143).

au déroulement de la cérémonie coutumière : celles ayant fait acte de présence, nettoyé la place et préparé les repas. Les simples donneurs n'y furent pas systématiquement inscrits.

Cinq chefs appartenant au groupe que la jeune femme quittait et à celui qu'elle intégrait ainsi que leurs épouses respectives furent tout d'abord appelés. Chaque homme reçut une natte déployée et chaque femme une robe ou une pièce de tissu dépliée, en serrant la main ou en enlaçant Dora. De nombreux pleurs se firent entendre. Quarante-huit personnes d'Itakoma, village d'origine de Leikav, furent ensuite invitées à se présenter. Enfin, après que Dora eut été emmenée chez son mari en emportant avec elle le coffre en bois et les objets qui ne pouvaient y entrer, dix-sept personnes de Matangi, qui habitaient pour la plupart à Seaside Tongoa, se virent offrir une natte, ou une pièce de tissu selon leur sexe. Dora fut ainsi symboliquement détachée de son *nakamal*, puis attachée à celui de son mari (voir Kelly, 1999 : 299-300).

Dora se déplaça de l'abri du terrain de la « Communauté des femmes de Seaside Tongoa » à la maison située sur la parcelle communautaire de Seaside Selembanga, encerclée par ses proches qui chantaient et portaient une natte dépliée au-dessus d'elle. Les sœurs et les mères de Dora l'aidèrent à marcher tandis que celle-ci était encore enroulée dans la « corde de l'oncle » qui la rendait lourde et difficile à transférer (voir Kelly, 1999 : 296). Notons qu'avant l'arrivée des missionnaires occidentaux et des professeurs polynésiens dans l'île de Tongoa, la femme n'était pas enveloppée dans les étoffes, mais apportait sous son bras des nattes qu'elle distribuait aux chefs du village de son mari[42]. Le serpentin d'étoffes enveloppant Dora fut déroulé par les parents de Jimmy qui effectuèrent alors à leur tour des dons à ceux originaires des villages de Matangi et d'Itakoma qui avaient aidé à l'organisation des noces. Lors des remerciements, certaines des personnes appelées, en particulier les chefs, glissèrent un billet de 200 ou 500 vatus (2 ou 4 €) dans la main de Dora en récupérant leur bien. La cérémonie se termina par le discours d'un Ancien (*Elder*) de l'église presbytérienne qui rappela la nécessité du respect entre époux et pria, avant que les deux groupes en file indienne se serrent une dernière fois la main.

Par l'intermédiaire des nattes, des pièces de tissu et des robes, Dora fut donc définitivement détachée de son groupe natal et attachée à celui de son époux. Elle emporta avec elle des objets qu'elle redistribua en partie par la suite à la famille de son nouveau mari. Ce moment marqua en même temps l'élargissement du réseau de ses relations dans lequel elle était désormais obligée. Le mariage n'engendra pas d'enrichissement économique (plus

[42] Entretien du 17 août 2012 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.

d'argent) ni même simplement matériel (plus d'objets) de ses organisateurs. La masse d'argent et de biens récoltés fut en effet, petit à petit, redistribuée ou collectivement consommée. Si les rituels de mariage que je viens de décrire étaient qualifiés de coutumiers par les habitants de Seaside Tongoa, j'ai également indiqué que ces échanges étaient ponctués de prières chrétiennes. Or, la frontière entre le coutumier et le religieux n'était pas toujours clairement délimitée dans la communauté, même s'il existait un *kastom mared* et un *mared blong jos*.

4.2.6 La cérémonie religieuse

J'ai déjà indiqué qu'à Seaside Tongoa, plusieurs mois ou années pouvaient s'écouler entre la célébration du mariage religieux et celle du mariage coutumier d'un même couple. Chaque année, les Anciens de l'église presbytérienne de Seaside Selembanga encourageaient les personnes non mariées à s'unir devant Dieu, en particulier celles ayant déjà plusieurs enfants. Néanmoins, les couples qui acceptaient de célébrer un *mared blong jos*, en grande partie financé par les associations chrétiennes de la communauté, n'étaient pas toujours entourés de proches en capacité d'organiser un *kastom mared* dans le même temps. Si seules trois ou quatre femmes furent « payées » en septembre 2009, onze couples furent mariés dans l'église de Seaside Selembanga.

Figure 64. Les futurs mariés et leurs enfants d'honneur avant la cérémonie chrétienne, 25 septembre 2009

Avant le déroulement de la cérémonie chrétienne du 25 septembre, une semaine d'instruction sur la vie maritale fut organisée par un pasteur presbytérien qui recommanda, en

autres, la fidélité conjugale et l'entraide entre époux[43]. La journée commença par une longue séance de préparation des vingt-deux futurs mariés, de leurs témoins et de leurs enfants d'honneur. L'apparence et l'attitude des fiancés contrastaient tout particulièrement avec celles de la veille. Ainsi, alors que Dora portait le jour de l'échange coutumier une jupe longue et un T-shirt publicitaire orange, le lendemain, elle se maquilla, se lissa les cheveux et revêtit une robe blanche, un voile, des chaussures à talons et des bijoux en perles (Figure 64). La robe de Dora, comme celle de la plupart des mariées originaires de l'île de Tongoa, avait été recouverte de mouchoirs en coton multicolores. Chacune de ces petites pièces de tissu avait été cousue par une femme de la famille de Dora ou de Jimmy pour symboliser leur joie et enjoliver la robe. Les fiancés portaient, quant à eux, des costumes de smoking noirs, des cravates et des chemises blanches et étaient plutôt souriants, bien que solennels.

Figure 65. La récitation des vœux pendant la cérémonie religieuse, 25 septembre 2009

Les couples arrivèrent en cortège jusqu'au terrain de la « Communauté d'Itakoma » transformé en place de réception pour l'occasion. Le programme de la journée fut annoncé et un groupe de musique *string band* se mit à jouer, en accompagnant la foule jusqu'à l'église presbytérienne. Les onze couples s'installèrent debout sur des nattes disposées devant l'estrade. Et la centaine de personnes que ce petit bâtiment pouvait contenir s'entassa dans l'église et alentour. Le pasteur lut le verset 4 du chapitre 13 de la Lettre aux Hébreux, un passage de la Bible consacré à la fidélité entre époux. Par groupe de deux ou trois, les hommes puis les femmes récitèrent leurs vœux (Figure 65). Et les couples se passèrent les

[43] Entretien du 21 août 2012 avec une jeune mariée âgée d'une quarantaine d'années.

anneaux. Une longue prière à genoux fut suivie de la signature du registre d'état civil par les mariés et par leurs témoins et d'une file indienne de poignées de main à la sortie de l'église.

Figure 66. La découpe des gâteaux à la crème après l'office, 25 septembre 2009

À la fin du service, l'ensemble des participants retourna sur le terrain de la « Communauté d'Itakoma » pour partager un repas financé et préparé par différents groupes religieux et communautaires de Seaside Tongoa : la *Presbyterian Youth Organization*, la *Sunday school*, la *Confessional Lutheran Church* (CLC), la *Presbyterian Women's Missionary Union* (PWMU), le *Property tax committee*, etc (voir chapitre 3, page 135). Les onze couples découpèrent ensemble deux énormes gâteaux crémeux et burent une coupe de vin pétillant australien (Figure 66). Auparavant, c'était une igname symbolisant la fertilité de l'union qui était brisée en deux par les nouveaux époux (voir aussi Kelly, 1999 : 293-294)[44]. Un homme qui portait un titre de statut élevé rappela ensuite à l'assemblée que les dons versés lors des mariages coutumiers célébrés la veille ne symbolisaient pas « l'achat » de la femme et qu'un respect mutuel devait être maintenu. Le pasteur pria et invita les jeunes mariées à apporter à manger à leurs nouveaux époux. Tout au long de ce rituel religieux, des acteurs de l'Église et de la coutume tout à la fois évoquèrent les devoirs de l'homme et de la femme. L'accent fut particulièrement porté sur la fidélité, mais aussi sur le respect entre conjoints et le fait que la femme devait être au service de son mari en lui fournissant ses repas, par exemple[45].

[44] Entretien du 19 juillet 2012 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.
[45] Malgré le lien réalisé par les membres de certaines ONG entre le versement des compensations matrimoniales et le droit pour un homme d'avoir des comportements violents envers son épouse, soulignons ici qu'aucun discours local ne fit un tel lien.

On peut dire que les mariages coutumiers sont plus complexes à organiser que les mariages religieux et, par conséquent, ils sont célébrés moins souvent. Les rituels coutumiers impliquent en effet une série d'échanges nécessitant la mobilisation de réseaux relationnels élargis. Malgré la présence d'argent dans les compensations, les *kastom mared* engendrent le maintien et la mise en place de liens à l'échelle de la communauté de Seaside Tongoa, de la ville de Port-Vila, mais aussi entre les zones urbaines et rurales de l'archipel. Des personnes vivant à Tongoa se déplacent ou envoient des biens pour participer aux mariages coutumiers dans le quartier de Seaside. À l'inverse, les cérémonies religieuses seules ne donnent pas lieu à une telle mobilisation. Les principaux acteurs des onze mariages religieux organisés en 2009 dans la communauté furent ainsi les associations presbytériennes et les proches des futurs époux vivant à Seaside Tongoa ou dans d'autres quartiers de la capitale.

Contrairement aux rituels coutumiers, les cérémonies religieuses sont célébrées dans la joie et mettent essentiellement l'accent sur les nouveaux liens entre les conjoints, ainsi que sur la relation que le couple crée avec Dieu (voir Hess, 2009 : 82). Le religieux et le coutumier ne sont pas totalement cloisonnés (prières et rappels des rôles de l'homme et de la femme dans les deux cas), mais seul le *kastom mared*, et en particulier l'étape du « paiement », est considéré comme une cérémonie aux fortes conséquences sur la vie du couple et de leurs familles, parce qu'il enlève et sépare définitivement la femme, ainsi que ses enfants déjà nés, de son groupe natal et de son lieu de résidence[46]. L'épouse conserve des liens avec son clan d'origine, mais elle devient par ce « paiement » un membre à part entière du *nakamal* de son époux auquel sa capacité productive et reproductive est transférée. Même si un couple vit en concubinage depuis plusieurs années et est marié à l'église, l'union ne devient absolue qu'après le versement de la compensation matrimoniale (Kelly, 1999 : 94-96 ; Jolly, 1997 [1994] : 128). Contrairement aux mariages religieux, les cérémonies coutumières détachent et surtout attachent des personnes (en l'occurrence, des femmes et des enfants) à des groupes et à des lieux et engendrent de nouveaux rapports entre les familles. Dans les prochains chapitres, nous verrons également que le versement de la compensation matrimoniale par le groupe du mari modifie les manières dont le viol, l'adultère et la sexualité transactionnelle ou commerciale sont considérés à Seaside Tongoa.

[46] J'ai déjà indiqué dans le chapitre 3 que le *nakamal* est une unité patrilinéaire et patri-virilocale. Une fois mariés, Dora et Jimmy déménagèrent avec leurs deux enfants de la maison située à Seaside Selembanga, dans laquelle ils résidaient avec la mère de Dora, pour s'installer au bord du lagon près de la famille de Jimmy (Figure 42, page 118). À Seaside Tongoa, de nombreux couples avec enfants vivaient également chez les parents de l'homme, même s'ils n'étaient pas mariés.

Je vais maintenant me pencher sur des rituels qui ont souvent été comparés par mes interlocuteurs de Seaside Tongoa aux mariages coutumiers, même s'ils n'ont pas nécessairement subi les mêmes critiques de la part de certains membres d'organismes gouvernementaux et d'ONG. Il s'agit des rituels mortuaires qui, dans cette communauté comme ailleurs dans l'archipel, impliquaient des cycles d'échanges permettant de détacher ou de rattacher des personnes et de nourrir ou de créer des relations d'entraide et de dépendance.

4.3 Les funérailles

4.3.1 L'exposition du corps et les premiers échanges

Lorsqu'à Seaside Tongoa, une personne est atteinte d'une maladie jugée sérieuse ou qu'elle agonise, ses proches se réunissent pour l'assister et l'entourer. Bernard Vienne note qu'au nord du Vanuatu, les habitants de l'île de Motlav enveloppent la personne qui va mourir de leur présence et de leurs pleurs, afin de la « protéger contre l'action des esprits et la malveillance des sorciers » (1984 : 104-105). Si le malade s'en sort, sa famille prépare un repas et offre du kava à tous ceux qui l'ont veillé, comme ce fut le cas en octobre 2011, après le séjour à l'hôpital central d'un homme de Seaside Tongoa âgé d'une soixantaine d'années. Si la personne meurt, une série plus complexe d'échanges débute alors.

Au cours de mes recherches à Seaside Tongoa, j'ai eu l'occasion d'assister à plusieurs rituels mortuaires (*mat* en namakura ou *ded* en bislama) : ceux organisés pour un enfant mort-né, une jeune fille handicapée, une femme de 71 ans. Mais c'est en août 2012, pendant les funérailles du représentant, à Port-Vila, du *paramount jif* du village de Matangi, Bubu Tobby, que j'ai recueilli les données les plus complètes quant au déroulement et à la signification de ces cérémonies entourant la mort.

Le samedi 11 août 2012, l'annonce du décès de Bubu Tobby fut diffusée auprès de toutes les familles du Vanuatu qui connaissaient le vieil homme. Le *paramount jif* du village de Matangi, qui résidait à Port-Vila, fut le premier à aller pleurer son propre représentant. Le corps du défunt était étendu sur deux nattes au milieu du salon de sa maison, située sur la parcelle privée 11/OC33/024 de Seaside Tongoa (Figures 67 et 43, page 120). Une femme m'expliqua que le mort avait été préalablement lavé et habillé de quatre à six sous-vêtements ainsi que d'une même quantité de chemises et de pantalons, avant d'être paré d'un costume de smoking gris foncé, d'une cravate noire et d'une chemise blanche. Tous les habits étaient neufs. Dans sa poche de veste, de l'argent avait été placé :

> « De 1 000 à 2 000 vatus » (de 8 à 15 €) me dit mon interlocutrice, « de 20 000 à 30 000 vatus » (de 153 à 229 €) me rétorqua une seconde. « Cet argent, tout comme les vêtements, il n'en aura pas l'utilité. Ils sont destinés à pourrir avec son corps » me dit-elle. « Mais Bubu Tobby, il a légué plein de choses à ses enfants : une maison, un business. Ça, c'est l'argent qu'on lui laisse[47] ».

Le mort fut donc non seulement enterré avec des textiles, mais aussi avec une somme conséquente d'argent, équivalente à celle offerte dans une compensation matrimoniale. Vienne indique qu'à Motlav, une « petite main de monnaie » ou « quelques fragments de nourriture, plante ou objet représentatifs des propriétés » léguées par le mort étaient également jetés dans sa tombe afin de sceller le transfert des droits (1984 : 101-109). Tous les biens du défunt (cochons, jardins, objets) étaient ensevelis, détruits ou rachetés par ses proches. Le mort quittait ainsi son lieu de vie en compagnie d'objets et d'argent enfermés dans son cercueil[48].

Figure 67. L'exposition et le recouvrement du corps de Bubu Tobby, 11 août 2012

Le cadavre de Bubu Tobby, « indemne de plaies qui auraient pu accélérer sa putréfaction » (voir note 44), fut exposé dans le salon pendant plus de 24 heures. Ses sœurs, ses filles et ses petites-filles se situaient au plus près du corps du défunt, le serrant dans leurs bras et pleurant à chaudes larmes. Les visiteurs arrivaient par groupes composés généralement de membres d'un même *nakamal* et se mettaient à sangloter bruyamment sitôt franchie la démarcation de la parcelle appartenant au défunt. Ils apportaient des présents du même type

[47] Entretien du 12 août 2012 avec deux femmes âgées d'une cinquantaine d'années.
[48] D'une manière similaire, nous avons vu que la jeune mariée quittait le lieu de résidence de ses parents accompagnée d'un coffre rempli d'objets.

que ceux qui étaient offerts lors des mariages coutumiers pour « payer » (*pem*) la fiancée ou nourrir le groupe de convives (sucre, riz, nattes, vêtements). Certains d'entre eux prenaient dans leurs bras ou touchaient le cadavre, le recouvrant dans un même élan d'habits et d'étoffes dépliés. Le fils du défunt se tenait à l'extérieur de la maison et notait sur un cahier qui apportait quoi, afin d'être en mesure de remercier ultérieurement les donneurs (Figure 68). Puis des jeunes femmes apportèrent à chaque visiteur une assiette garnie d'aliments cuits (riz, chou chinois et viande de bœuf).

Figure 68. L'enregistrement des dons faits par les visiteurs sur le cahier d'organisation, 2012

Les présents étaient souvent offerts au nom d'un *nakamal* ou d'une association particulière, telle la branche de l'église adventiste de Seaside, mais même lorsqu'un don était enregistré sur le cahier sous le nom d'un seul individu, ce dernier avait généralement reçu en amont l'aide de ses proches, pour que sa participation « ait davantage de poids » (*mekem hevi*). Chaque sous-groupe de donneurs avait de ce fait préalablement relevé les noms de ses contributeurs afin d'assurer plus tard le bon fonctionnement de la redistribution au sein même de ces petites entités (voir aussi Kelly, 1999 : 283-284). Des transactions furent ainsi à la fois réalisées à un niveau individuel et collectif.

Pendant mes recherches à Seaside Tongoa, l'ampleur des échanges effectués lors d'un décès dépendait du statut social du défunt. Les funérailles d'un mort-né ou celles d'une jeune femme handicapée rassemblaient moins de personnes et impliquaient moins de dons que celles d'un homme titré de 93 ans ou d'une femme de 71 ans ayant eu des enfants. En 2009, les funérailles d'un garçon de Seaside Tongoa mort à la naissance impliquèrent le don de quelques nattes seulement, alors que selon le carnet tenu par le fils de Bubu Tobby,

photographié le 18 août 2012, 96 personnes ou groupes de personnes effectuèrent un don pour le décès du vieil homme : 73 nattes, 73 pièces de tissu dont 4 de 20 yards (18,3 m), 42 couvertures, 1 drap de lit, 4 pantalons, 3 chemises, 2 caleçons, 1 costume, 7 bœufs, 3 cochons, 7 paniers de légumes, 100 kg d'ailes de poulet, 3 boîtes de poisson, 463 kg de riz, 28 paquets de farine, 70 kg de sucre et 118 500 vatus (905 €) furent collectés. Comme lors des mariages coutumiers de septembre 2009, rares furent ceux qui se contentèrent de donner de l'argent pour la mort de Bubu Tobby. Les vatus étaient souvent accompagnés en effet d'autres types de biens : nattes, couvertures, pièces de tissu, etc. Les donneurs étaient principalement originaires des villages de Matangi (45 %), d'Itakoma (14 %) et de Mangarisu (11 %) et résidaient pour la plupart à Seaside. Certains d'entre eux habitaient néanmoins dans d'autres quartiers de Port-Vila ou même ailleurs dans l'archipel et envoyèrent leurs présents ou firent le déplacement, s'ils en avaient les moyens, pour pleurer la mort du vieil homme.

Des transactions annexes eurent également lieu au cours de ces funérailles. Un neveu du mort profita de l'occasion pour serrer pour la première fois la main de celui qui lui avait donné son prénom (voir chapitre 5, page 226-227). Et la famille du mari de l'une des filles du vieil homme qui n'avait jamais versé la compensation matrimoniale pour cette dernière, alors qu'ils s'étaient unis devant Dieu le 25 septembre 2009 (voir page 163), vint régler la situation. À Seaside Tongoa, les funérailles constituent en effet un moment propice pour honorer le mort et solder toutes les relations de dette et de crédit avec celui-ci. Il s'agit de s'assurer que le défunt ne puisse disposer d'aucun prétexte pour venir troubler la tranquillité des vivants (voir Vienne, 1984 : 102-104). Néanmoins, les funérailles, tout comme les mariages, permettent également de renforcer et de créer des relations de dette entre ceux qui restent : entre les divers contributeurs ou entre les enfants du mort et les personnes venues honorer la mémoire de leur père, par exemple (voir Rio, 2007 a ; Hess, 2009 : 98). Notons que des « cérémonies satellites » peuvent aussi être organisées dans d'autres îles du Vanuatu ou du Pacifique par des groupes de parents différents qui souhaitent exprimer leur tristesse et réorganiser les relations qu'ils entretiennent avec le mort (Rio, 2007 a : 74). En octobre 2013, une femme ni-Vanuatu scolarisée au campus de l'Université du Pacifique Sud de Suva, m'invita à une cérémonie orchestrée dans la capitale des îles Fidji pour pleurer le décès d'un *man Tongoa* survenu à Port-Vila.

Les funérailles de Bubu Tobby comme le mariage coutumier de Dora impliquèrent donc des échanges au sein de la famille restreinte et élargie dont les membres résidaient dans divers lieux de la capitale et de l'archipel. Ces échanges visaient à transmettre et à ouvrir de nouvelles relations entre les participants, mais aussi, dans le cas d'un décès, à clôturer des

liens sociaux pour éviter que le mort interagisse avec les vivants, en les rendant par exemple malades.

4.3.2 La mise en terre du cadavre

De nombreux parents passèrent la nuit sur le terrain de Bubu Tobby. Les femmes passèrent le plus clair de leur temps à veiller le corps tandis que les hommes discutaient et buvaient du kava à l'extérieur de la maison, rentrant pleurer le mort par intermittence. Le lendemain matin, ses frères et ses fils préparèrent son « lit », composé de deux nattes, deux pièces de tissu blanc et deux couvertures dépliées. Une femme m'indiqua qu'un nombre identique des différents textiles devait être disposé sous peine de provoquer une nouvelle mort[49]. Une fois le corps installé sur cet empilement, il fut recouvert du plus grand nombre possible de morceaux de tissu, de couvertures et de vêtements neufs apportés la veille et fut enroulé dans un linceul blanc, avant d'être déposé dans un cercueil en bois. Une pièce de tissu et une couverture fleurie furent ajoutées, avant que le couvercle ne soit scellé. Auparavant, lorsque les habitants de l'île de Tongoa ne disposaient ni de tissu ni de cercueil, les morts étaient enveloppés dans 20 à 30 nattes. Notons que ce traitement du corps n'est pas uniquement réservé aux êtres humains, puisqu'une femme me raconta qu'elle venait de mettre son chien en terre, auquel elle tenait tout particulièrement, et qu'elle avait enroulé celui-ci dans deux nattes, deux pièces de tissu et deux couvertures[50].

L'enveloppement-recouvrement du corps est un thème cher aux spécialistes de l'Océanie. Plusieurs anthropologues firent ainsi la description de cadavres, de nouveaux mariés, de jeunes circoncis ou de nourrissons, enveloppés ou recouverts par des étoffes afin de réaliser des « conjonctions symboliques », des « attachements » et des « détachements » (voir par exemple, Jolly, 1997 [1994] : 130, 164 ; Kelly, 1999 : 312-113 ; Rio, 2007 a : 77-78 ; Tcherkézoff, 2013). J'ai déjà indiqué que Dora fut transportée dans la famille de son nouvel époux enroulée dans une « corde » de pièces de tissu et recouverte d'une natte dépliée. Dans sa thèse de doctorat, Kelly note qu'à Tongoa, les morts sont enroulés dans des nattes afin de les séparer des lieux (*ples*) et des relations patrilatérales et matrilatérales qui les constituent. Les nattes remplissent une fonction symbolique forte. Elles permettent de faire et de défaire des liens entre les mondes visible et invisible (1999 : 312-313). Lorsqu'un homme doté d'un nom coutumier auquel sont attachées des parcelles de terre décède sans que l'on puisse retrouver son corps, son fils se voit transmettre le titre par l'intermédiaire de nattes et

[49] Entretien du 12 août 2012 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années
[50] Entretien du 22 août 2012 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.

d'autres étoffes. Le 23 juin 2012, suite au décès de Seoule, disparu en mer, son fils reçut ainsi son nom coutumier en se tenant debout à la tête du « lit » mortuaire (voir chapitre 3, page 140). Notons cependant qu'à Tongoa et à Seaside, les hommes transmettent généralement leurs titres de leur vivant. Comme les êtres humains, les nattes et les autres textiles sont des entités mobiles qui se déplacent le long de « routes » (*rod*) entre des lieux et des événements (Kelly, 1999 : 313).

Le cercueil de Bubu Tobby fut amené en corbillard jusque dans la petite église presbytérienne de Seaside Selembanga. Installé sur deux bancs recouverts des deux nattes sur lesquelles reposait auparavant le corps, le cercueil était recouvert par deux pièces de tissu : l'un était jaune et symbole de joie, l'autre blanc, symbole du Christ. Une couronne de fleurs artificielles surplombait le tout. Après les quelques mots du pasteur, le fils du défunt lut un texte en bislama qu'il avait préalablement écrit, dans lequel il retraçait la vie du mort et les accomplissements de son existence. Bubu Tobby avait ainsi ouvert des commerces, développé la communauté de Seaside Tongoa, enseigné le catéchisme, travaillé en tant que représentant du chef, élevé des animaux, et il laissait derrière lui 8 enfants, 25 petits-enfants et 11 arrière-petits-enfants. Le pasteur reprit la parole pour inciter l'auditoire à prendre exemple sur le vieil homme et à faire des choses importantes dans la vie. Les funérailles comme les rituels de mariage constituent ainsi des moments propices pour évoquer les devoirs sociaux d'un homme ou d'une femme, en particulier, celui de produire et de se reproduire.

Figure 69. L'enterrement de Bubu Tobby au cimetière municipal, 12 août 2012

À la fin de l'office religieux, l'assemblée se rendit au cimetière municipal de Port-Vila à bord de bus et de camions affrétés pour l'occasion. Les corps des *man Tongoa* qui vivaient à

Seaside ne sont pas ou plus rapatriés dans leur village d'origine mais enterrés dans la capitale (voir Lindstrom, 2011 a : 264). La fosse avait été préalablement creusée par les employés du cimetière. Le pasteur presbytérien pria, puis la foule se mit à sangloter tandis que les employés descendaient le cercueil installé sur deux nattes et recouvert de deux pièces de tissu, deux couvertures, des deux draps jaune et blanc présents à l'église et de deux nattes supplémentaires (Figure 69). Un sac d'habits du mort fut jeté dans la fosse. Des branches de croton et de fleurs en plastique furent fixées sur la tombe afin de la protéger de toute profanation et de la décorer (voir aussi Vienne, 1984 : 107). La cérémonie s'acheva par une longue file de poignées de main et d'accolades, bercée de bruyants sanglots.

Le cadavre de Bubu Tobby fut donc mis en terre, enroulé et recouvert par des textiles plus ou moins coutumiers, afin que celui-ci soit détaché de ses relations et de ses lieux, tels l'île de Tongoa et Seaside Tongoa. Néanmoins, cet enveloppement-recouvrement du corps ne pouvait empêcher totalement le mort d'entrer en contact avec les vivants.

4.3.3 Le Cinquième jour

Après l'enterrement de Bubu Tobby, des dizaines de proches, enfants, petits-enfants et frères et sœurs du mort, restèrent dormir sur place pendant une semaine, pleurant et mangeant avec les visiteurs retardataires. Dans plusieurs îles du centre et nord du Vanuatu, l'esprit du mort erre autour de la maison pendant cette période et doit être chassé, au cinquième ou dixième jour, en soufflant dans des conques (Codrington, 1957 : 267 ; Tonkinson, 1968 : 33 ; Vienne, 1984 : 99 ; Bonnemaison, 1986 : 185). Ces coquillages sont également utilisés dans la communauté de Seaside Tongoa, afin de faire fuir les esprits des morts, très présents en fin d'année du fait, me dit-on, de l'augmentation de l'épaisseur de la végétation pendant la saison des pluies[51], mais leur son ne se fit pas entendre lors du décès de Bubu Tobby.

Le « cinquième jour » (*nambongin ilim* en namakura), qui fut célébré pour des raisons pratiques six jours après la mise en terre du cadavre, c'est-à-dire un samedi, les membres de la famille proche du vieil homme organisèrent une distribution de viande de bœuf – à défaut de cochon – destinée à remercier toutes les personnes qui avaient cuisiné en continu, pleuré le mort et dormi sur le terrain pendant six jours. Un homme m'indiqua qu'une première redistribution de viande avait eu lieu en début de semaine pour remercier les personnes qui avaient apporté des présents, mais ne pouvaient rester à Seaside Tongoa jusqu'au samedi[52]. Notons qu'en 2009, lors des funérailles d'une femme de 71 ans nommée Leipakoa, tous les

[51] Entretien du 20 juillet 2012 avec un homme âgé d'une soixante d'années.
[52] Entretien du 18 août 2012 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.

morceaux de bœuf avaient été distribués le même jour. La pièce de viande offerte dans le cadre de ces redistributions était plus ou moins proportionnelle aux dons effectués par les participants. Les chefs reçurent les plus gros morceaux, tels les pattes. Les vêtements, nattes et pièces de tissu collectés revinrent également aux hommes portant des titres de statut élevé, ainsi qu'aux personnes restées à dormir et à cuisiner avec le groupe[53]. La distribution de viande pour le décès de Bubu Tobby, comme pour celui de Leipakoa, ne fit pas l'objet d'un discours solennel. Les morceaux regroupés sur des feuilles végétales et étiquetés par les fils du mort furent apportés chez leurs propriétaires de Seaside ou dans d'autres quartiers de Port-Vila (Figure 70). Les bénéficiaires inscrits sur le cahier d'organisation partagèrent, par la suite, ces morceaux de viande avec les personnes qui les avaient aidés à accumuler des biens.

Figure 70. La distribution de morceaux de viande pour les funérailles de Leipakoa, 8 septembre 2009

Ce rituel du cinquième jour fut non seulement marqué par les redistributions, mais aussi par une visite au cimetière municipal. Un groupe d'hommes composé principalement de parents matrilatéraux du défunt se rendit au cimetière pour installer un cadre en bois, des coraux séchés et une croix sur la tombe du défunt[54]. À cette occasion, les femmes disposent généralement des fleurs sur la sépulture mais la tombe ayant déjà été fleurie lors de la mise en terre, je fus la seule femme à aller au cimetière cet après-midi-là.

Après que les hommes eurent arrangé la tombe, un frère de Bubu Tobby pria et versa une lampée de whisky au pied de la croix, marquant de la sorte l'emplacement de la tête (Figure 71). Chaque participant but ensuite une gorgée près de la tombe, trinquant ainsi avec

[53] Entretien du 8 septembre 2009 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.
[54] Dans le passé, une pierre jouait le rôle assigné à la croix chrétienne aujourd'hui.

le mort. Un homme m'expliqua qu'il s'agissait de montrer au défunt, si jamais celui-ci nous observait encore, que l'on pensait à lui. Il me raconta qu'un vieil homme de la communauté qui avait perdu sa fille l'année dernière venait chaque semaine boire du kava et verser de la limonade sur sa tombe. Un soir, il omit de jeter la fin de son verre sur la sépulture voisine et entendit un claquement de dents. Il comprit alors que l'homme enterré là protestait de ne pas avoir reçu de kava. Mon interlocuteur me dit qu'un jour qu'il avait grand-soif, il but la limonade placée sur la tombe de cette même jeune femme. La nuit suivante, il vit en rêve la défunte, qui lui reprochait d'avoir consommé quelque chose qui lui appartenait. Prenant peur, il s'empressa d'aller au cimetière le lendemain pour placer une nouvelle bouteille sur sa sépulture[55].

Figure 71. La consommation de whisky sur la tombe de Bubu Tobby, 18 août 2012

Même si les cadavres sont enveloppés et recouverts d'étoffes et que les échanges permettent de régler les relations avec le défunt, ces récits témoignent de la capacité attribuée aux morts d'entrer en contact avec les vivants. Lamont Lindstrom note qu'à Tanna, boire du kava et cracher permet de communiquer avec les ancêtres (1980 : 232-234). Néanmoins, il semblerait qu'en contexte urbain, d'autres boissons peuvent à présent remplacer le kava comme moyen de médiation avec les morts. Plus que le breuvage, c'est la salive humaine qui détiendrait ainsi ce pouvoir de mise en relation. Dans le chapitre 8, nous verrons que les spécialistes de la médecine locale et de la divination de Seaside Tongoa utilisent leur salive pour entrer en contact avec les ancêtres et tenter de guérir leurs patients.

[55] Entretien du 18 août 2012 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.

4.3.4 Les commémorations et les restrictions

En raison de son coût, le « dernier repas » du défunt organisé le cinquième jour marque généralement, à Seaside Tongoa, la fin des prestations monétaires ainsi que la clôture du grand rassemblement. Les proches se regroupent néanmoins en plus petit comité pour échanger des aliments et manger ensemble à la mémoire du mort, au « dixième jour », au « centième jour » et au « un an ». Rio indique qu'à Ambrym, ces prestations de nourriture sont mises en place pour effectuer un dernier « paiement » du mort à ses parents (2007 a : 78). Notons que le défunt, comme la fiancée, est « payé » à ses proches, même si les ONG locales ou internationales revendiquant l'application des droits de l'homme au Vanuatu ne critiquent pas les échanges ayant lieu dans le cadre des funérailles, parce qu'elles pensent qu'ils n'ont pas le même sens.

À Seaside Tongoa, la période de deuil est marquée par une série d'interdits et de restrictions relatifs au corps. Pendant les cinq premiers jours suivant l'enterrement, les participants sont tenus de ne pas se laver et de ne pas changer d'habits ou, du moins, en ville, de ne pas porter de beaux vêtements, jusqu'à ce qu'un bain de mer collectif soit organisé. Les hommes laissent également pousser leur barbe. Lors de la levée de deuil organisée en 2012 un an après le décès d'un *paramount jif* du nord de l'île d'Efate, plusieurs dizaines d'hommes dont certains habitants de la communauté de Seaside Tongoa se firent raser la barbe. Et l'interdit qui pesait sur les activités de pêche depuis la mort du chef fut suspendu[56].

Vienne note que les restrictions sur les déplacements, la consommation d'aliments ou les soins corporels qui accompagnent un décès à Motlav ont pour objectif « d'exorciser la jalousie du défunt en lui donnant à croire que l'on partage son destin » (1984 : 109-110). Il s'agit non seulement de montrer sa tristesse vis-à-vis de sa disparition, mais aussi de ne pas donner de raison à un mort envieux d'intervenir dans le monde des vivants. Sabine Hess révèle quant à elle que sur l'île de Vanua Lava, les interdits choisis par chacun des proches du mort portent sur des aliments et des activités que celui-ci avait pour habitude de partager avec le défunt. Les pratiques de deuil y marquent la transformation des relations d'échange entre le mort et ses proches : les échanges matériels cessent, même si l'esprit du mort peut influencer le bien-être des vivants (2009 : 101-103).

Quelles que soient les interprétations de ces interdits et de ces restrictions à Seaside Tongoa, il est intéressant de noter qu'au moment de mes recherches dans cette communauté, les personnes endeuillées pensaient pouvoir continuer à être en contact avec le mort plusieurs

[56] Entretien du 11 septembre 2012 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.

mois après son décès. En outre, certains êtres humains étaient reconnus pour leur capacité à se rendre dans l'au-delà.

4.3.5 Les conceptions de l'esprit humain et de l'au-delà

Plusieurs anthropologues mélanésianistes soulignèrent l'importance des restrictions respectées et des prestations mortuaires effectuées par les parents du défunt pour faciliter le passage de l'esprit du mort vers l'au-delà (Rio, 2007 a ; Jolly, 1997 [1994] : 166). À Seaside Tongoa, les conceptions de l'esprit humain et la destinée de cet esprit après la mort étaient plurielles et contradictoires.

En namakura, l'esprit d'un être humain décédé est appelé *naetamat* (« ancêtre ») mais le terme *naininin* désigne l'esprit d'un mort lorsqu'il se promène dans la communauté juste après son décès. Le vocable *naatan* traduit en anglais par le terme *spirit* fait quant à lui référence à l'esprit humain, ou non-humain, en tant que force vitale insufflée par Dieu (*nasum*). *Naatan nakiri* signifie ainsi « l'esprit du chien », *naatan nauur*, « l'esprit de l'île », *naatan navat*, « l'esprit de la pierre ». Toutes les pierres n'ont pas un *atan* ; c'est seulement le cas de celles qui abritent de petites créatures non humaines, créées par Dieu, appelées *navat*. Ces pierres constituent des « pierres taboues », des « esprits sacrés » (*naetatam*). À Seaside Tongoa, l'île ou la terre étaient quant à elles considérées comme ayant un *atan* parce que, me dit-on : « Dieu a créé Adam à partir de cet élément »[57]. Lorsque je demandais que l'on me conte le récit de la création du monde et de la naissance de l'humanité, mes informateurs faisaient référence à la Genèse et à l'origine hiérosolymitaine des habitants du Vanuatu[58]. Selon Kelly, l'histoire du volcan Kuwae dont l'explosion donna naissance aux îles Shepherd représente pour les habitants de l'île de Tongoa « le commencement du monde » (1999 : 55). Si cette histoire me fut racontée, elle n'était pas ou plus considérée à Seaside comme un récit originel. Dans cette communauté de Port-Vila, je n'ai pu entendre aucun mythe d'origine local, tel que ceux collectés par Codrington (1957 : 156-167), Vienne (1984 : 79-83) ou encore Bonnemaison (1986 : 183-184).

Toutes les personnes interrogées à Seaside Tongoa concevaient l'esprit de l'homme (*naatan*) comme existant indépendamment de son corps (*nabatokon*). L'*atan* peut ainsi quitter son enveloppe corporelle sans nécessairement provoquer la mort de la personne (Speiser,

[57] Entretiens du 23 octobre 2011 avec une femme âgée d'une soixantaine d'années, du 13 novembre 2011 avec une femme âgée de quatre-vingt-cinq ans, du 30 octobre 2011 avec un groupe de jeunes hommes âgés d'une vingtaine d'années du 27 juillet 2011 avec un homme âgé d'une soixantaine d'années et du 15 septembre 2011 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.

[58] Entretiens du 27 juillet 2011 avec un homme âgé d'une soixantaine d'années, du 23 octobre 2011 avec une femme âgée d'une soixantaine d'années et du 13 novembre 2011 avec une femme âgée de quatre-vingt-cinq ans.

1996 [1923] : 289). Une spécialiste de la divination (*namunua*) m'expliqua un jour, après l'office dominical, qu'un homme peut être malade lorsque son esprit est retenu dans l'autre monde par un ancêtre (*naetamat*) : « l'homme n'a alors plus d'esprit », me dit-elle. Quelques mois auparavant, cette même spécialiste m'avait pourtant tenu un discours quelque peu différent, en affirmant que l'esprit (*naatan*) d'un enfant malade se trouve à la fois dans son corps, dans l'autre monde et dans la pièce de monnaie que l'enfant lui offre (voir chapitre 8, pages 347-348). Face à mes nombreuses questions liées à mes difficultés d'entendement de la capacité de détachement et d'ubiquité de l'esprit humain, mon interlocutrice s'en alla l'air quelque peu fâché. Un homme ayant écouté notre conversation prit alors le relais et m'indiqua qu'il existe, selon lui, deux types d'esprits à l'intérieur de l'enveloppe corporelle humaine : l'« esprit physique » (*naatan naat*, littéralement « l'esprit de l'homme ») et l'« esprit spirituel » (*naatan ani Iova*, littéralement « l'esprit de Jésus »). Il me dit ainsi :

> « L'esprit physique est celui qui nous permet d'aller à l'école, de penser, de savoir écrire. L'esprit spirituel, c'est l'Esprit saint, celui que Dieu nous a donné, c'est notre souffle de vie. Celui que l'on acquiert lors du baptême ou celui qu'un enfant mort avant d'être baptisé obtient lorsque ses proches prient pour lui en l'enterrant. L'esprit qui peut être kidnappé par un *etamat* de l'autre monde, c'est l'esprit physique, et non l'esprit spirituel[59] ».

Cet homme me présenta ainsi l'esprit humain comme double et partiellement détachable, tandis que la spécialiste de la divination me fit la description d'une entité unique, entièrement muable ou possédant un don d'ubiquité.

La destinée de l'esprit une fois le décès de l'homme avéré était, elle aussi, sujette à polémique dans la communauté. Certains de mes interlocuteurs m'indiquèrent que l'esprit d'un mort monte au ciel aussitôt que l'homme a fermé les yeux, alors que d'autres avancèrent qu'il reste parfois ou systématiquement parmi les êtres humains pour une période plus ou moins déterminée[60]. Une habitante de Seaside Tongoa me dit ainsi :

> « Tous les esprits des morts ne viennent pas voir les vivants. Mais ils sont sur terre, dans le même monde que nous. Lorsque Jésus reviendra, ils seront tous jugés et iront soit en enfer, soit au paradis, en fonction de s'ils ont été bons (*gud*) ou non[61] ».

Un membre de cette même communauté m'expliqua que « seuls les esprits des hommes mauvais (*man no gud*) restent sur terre [en attendant la venue de Jésus], les autres vont

[59] Entretiens du 13 novembre 2011 avec une femme âgée de quatre-vingt-cinq ans et un homme âgé d'une quarantaine d'années.
[60] Entretiens du 27 juillet 2011 avec un homme âgé d'une soixantaine d'années et du 15 septembre 2011 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.
[61] Entretien du 15 septembre 2011 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.

directement au paradis[62] » (voir les conceptions locales du *gud* [*fala*] *man* dans le chapitre 5, pages 240-241).

Celui de mes interlocuteurs qui considérait l'être humain comme doté de deux *atan* m'indiqua quant à lui que « l'Esprit spirituel remonte auprès de Dieu, lorsqu'on meurt, tandis que l'esprit physique reste sur terre[63] ».

Les conceptions de l'au-delà, comme celles de l'esprit et de sa destinée, étaient complexes et diverses à Seaside Tongoa, comme ailleurs au Vanuatu. Vienne indique que les gens de l'île de Motlav croient en l'existence de trois mondes :

> « Le *marama*, l'univers visible des êtres vivants, habité par les hommes ; le *panoi*, l'univers invisible où résident les morts, les *tamate* ; et le *rono*, l'univers immatériel des forces surnaturelles, peuplé de *vui* [des esprits qui n'ont jamais été des hommes] » (1984 : 67-98).

Le monde des morts y est considéré comme souterrain mais composé d'arbres, de maisons et de nourriture. Le caractère agréable de l'existence des esprits dans ce monde est vu comme principalement dû à leurs conduites morales passées. Selon Codrington (1957 : 264), la croyance en un monde souterrain appelé *panoi* est répandue des îles Salomon à l'île de Pentecôte au Vanuatu (voir aussi Speiser, 1996 [1923] : 289-294). Bien que je n'aie pas trouvé trace du terme *panoi* à Seaside Tongoa, mes interlocuteurs me parlèrent néanmoins de croyances prémissionnaires, selon lesquelles Dieu vivrait dans la terre : « c'était un esprit qui faisait pousser les plantes et nourrissait les animaux. Il n'avait pas forme humaine » me dit un homme[64].

Si les habitants de Seaside Tongoa considéraient Dieu comme un résident du ciel (*rikitilag* en namakura, Sperlich, 1991 : 377), certains parlaient néanmoins de l'existence d'un autre monde ressemblant au lieu de vie des humains, dans lequel les esprits des morts menaient les mêmes types d'activités que les vivants. Cet espace était également parfois considéré comme « l'autre côté » du monde, la partie invisible de l'univers des hommes[65]. À ma question sur le nom de cet espace où vivaient les *etamat* et où « marchaient » parfois en rêve les êtres humains, un habitant de Seaside Tongoa me répondit qu'il n'existait, selon lui, qu'un seul monde appelé *maraman*[66]. Les « esprits sacrés » (*naetatam*) tels les *navat* ou les *natutu* (voir chapitre 8, pages 343-344), habitaient eux les « lieux tabous » du *maraman*.

[62] Entretien du 20 juillet 2012 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années.
[63] Entretien du 13 novembre 2011 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.
[64] Entretiens du 16 juillet 2011 et du 19 novembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[65] Entretiens du 25 octobre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années et du 13 novembre 2011 avec un groupe d'hommes et de femmes âgés de cinquante ans et plus.
[66] Entretien du 16 novembre 2012 avec un homme âgé d'une soixantaine d'années.

Au moment de mes recherches à Seaside Tongoa, les conceptions de l'au-delà, de l'esprit humain et de sa destinée après la mort étaient donc plurielles et parfois contradictoires. Elles semblaient être en partie investies par le « travail d'imagination » de mes interlocuteurs qui s'appropriaient activement les informations diffusées selon de multiples sources (voir Appadurai, 2015 [1996] : 32-37). Mais, pour comprendre certaines des représentations des maux (*sik*) conçus localement comme liés à la sexualité que je vais présenter dans le chapitre 7, il est essentiel de noter que les espaces des hommes, des *etamat* et des *etatam*, qu'ils constituent ou non des mondes différenciés, étaient considérés comme perméables (Bonnemaison, 1986 : 184 ; Tonkinson, 1968 : 32 ; Codrington, 1957 : 266 ; Vienne, 1984 : 73-75). Si les êtres humains, et en particulier les spécialistes de la médecine locale (*kleva*) et de la divination (*namunua*), entraient en communication avec les esprits des morts et les créatures non humaines en se rendant dans leurs espaces de vie, ces derniers pouvaient eux aussi venir rendre visite aux hommes et manifester leur présence de différentes manières, en provoquant des maux (*sik*) chez les êtres humains, par exemple (voir chapitres 7 et 8).

À Seaside Tongoa, les funérailles et les rituels de mariage coutumier impliquent un grand nombre d'objets et d'argent échangés. Le détachement du mort – comme l'attachement et le détachement de la fiancée et de ses enfants nés hors mariage – de son lieu de résidence et de son groupe d'origine sont ainsi non seulement permis par les échanges de nattes, de pièces de tissu, de vaches et de cochons, mais aussi de billets de banque qui ne sont jamais donnés seuls. Ce rituel ne signifie cependant nullement que le défunt ou la jeune mariée ne puisse plus entrer en contact avec son lieu et son groupe d'origine. Le mort peut venir visiter les vivants, de la même manière que la jeune mariée peut rendre visite à ses parents. L'esprit du mort et la fiancée sont l'un comme l'autre localement considérés comme des agents. Cela étant dit, le bon déroulement de leur retour nécessite la présence d'un intermédiaire. Ainsi, lorsque l'esprit du défunt entre en contact avec une personne vivante sans la médiation d'un spécialiste de la divination (voir chapitres 7 et 8) ou lorsque la fiancée rend visite à ses parents sans obtenir l'autorisation préalable de son époux, dans le premier cas une maladie survient et dans le second, une dispute entre les groupes.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons vu qu'en dépit du fait que certains membres d'organisations gouvernementales et non gouvernementales souhaitent l'abolition de la pratique de la

compensation matrimoniale ou de l'utilisation de l'argent dans les cérémonies coutumières au Vanuatu, les rituels de mariage et les funérailles orchestrés à Seaside Tongoa sont essentiels à la vie de la communauté : parce qu'ils permettent la création et l'entretien du lien social entre les zones urbaines et rurales de l'archipel, ainsi qu'au sein même de ces espaces. Les échanges, qui impliquent non seulement des objets mais aussi de l'argent, permettent de détacher ou de rattacher des personnes (vivantes ou décédées) à d'autres groupes et à d'autres lieux (*ples*), en réglant des dettes et en nourrissant ou générant de nouvelles relations à l'échelle de la communauté de Seaside Tongoa, de la capitale et de l'archipel. Ces rituels constituent ainsi des « techniques sociales complexes visant à inscrire la localité sur les corps », à produire ce que Arjun Appadurai nomme des « sujets locaux », c'est-à-dire « des acteurs appartenant vraiment à une communauté identifiée de parenté, de voisins, d'amis et d'ennemis » (2015 [1996] : chapitre VIII).

Ces rituels constituent également des instants privilégiés pour rappeler des comportements valorisés au sein du couple ou de la communauté, tels l'importance du respect (*respek*) et de la fidélité entre conjoints, du partage (*sea*) de l'argent et de la nourriture entre les enfants et les parents, de la reproduction du groupe *via* la mise au monde d'enfants, de l'entretien de relations de dette et d'entraide entre les individus et entre les groupes, etc.

J'ai indiqué en introduction que le secrétaire général du Conseil national des chefs du Vanuatu souhaitait interdire l'utilisation de l'argent dans le cadre des rituels coutumiers, parce que certaines familles rencontraient des difficultés pour collecter les sommes nécessaires aux échanges. Les *kastom mared* étaient fréquemment célébrés à une date éloignée de celle des *mared blong jos* dans le quartier de Seaside comme à Tongoa. J'ai montré néanmoins que ce décalage temporel n'était pas uniquement lié à la présence d'argent, mais également à celle de bovins et de cochons qui n'étaient pas nécessairement achetés en milieu rural. Il est également intéressant de relever que la monétarisation des rituels ne fut pas critiquée par mes interlocuteurs de Seaside Tongoa alors que cette communauté urbaine était considérée comme relativement pauvre (voir chapitre 3, pages 126-132). Au contraire, les proches de Dora décrièrent la faible quantité d'argent et de viande offerte en septembre 2009 lors du « paiement » de la fiancée. La peur manifestée par certains ni-Vanuatu instruits qui travaillaient pour des organismes gouvernementaux n'était pas aussi clairement exprimée par la majorité des habitants de la communauté. Seules certaines femmes de Seaside Tongoa, qui

avaient assisté à des ateliers organisés par le *Vanuatu Women's Centre*, émettaient publiquement un jugement négatif sur la pratique de la compensation matrimoniale[67].

Nous avons vu que celle-ci était critiquée par certains membres d'ONG locales et internationales parce que, étant considérée comme une transaction marchande, elle permettrait aux hommes de justifier l'utilisation de la violence envers leur épouse. De nombreux anthropologues ont démontré que le « paiement » de la fiancée ne constituait pas une telle transaction parce qu'il s'accompagnait d'échanges réciproques, notamment de nourriture, qu'il impliquait une longue série de pratiques ritualisées, qu'il faisait généralement partie d'un cycle intergénérationnel d'alliances, qu'il n'était pas effectué par un individu isolé et qu'il ne permettait pas à l'homme et au groupe de redonner la femme « payée » à d'autres. Certains chercheurs ont quant à eux relativisé la frontière entre les échanges marchands et les dons et ont souligné leur coprésence dans les compensations (Valeri, 1994 ; Jolly, 2015 : 70). Le chapitre 10 sera consacré à l'analyse des violences envers les femmes, mais il est d'ores et déjà essentiel de noter, pour aller à l'encontre des critiques émises par ces ONG, que, lors de mes recherches à Seaside Tongoa, il était légitime pour un homme de battre sa femme pour la « corriger », et cela que la compensation matrimoniale ait ou non été versée. Nous verrons dans les prochains chapitres que ce qu'on appelle aussi le « paiement » de la fiancée a des répercussions sur les représentations du viol, de l'adultère et de la sexualité transactionnelle et commerciale à Seaside Tongoa. Cette pratique ne semblait pas en revanche avoir de réelles conséquences sur les violences physiques au sein du couple, contrairement à l'opinion de certains représentants du gouvernement et de mouvements de femmes. Jolly souligne ainsi le fossé existant au Vanuatu et dans d'autres îles du Pacifique entre ces représentants et celle de la plupart des habitants de l'archipel (2005 : 150). Les raisons principalement invoquées à Seaside Tongoa pour battre sa partenaire étaient liées à un manquement dans son rôle d'épouse mais surtout de mère. On a déjà vu que le versement de la compensation matrimoniale conduit au recrutement de la fiancée et de leurs enfants dans le groupe du mari. Cependant, la femme devenant souvent mère plusieurs années avant son mariage (voir chapitre 5), elle peut être battue par le père de ses enfants avant d'avoir été « payée ». Ce n'est donc pas la pratique de la compensation matrimoniale en elle-même qui permet d'expliquer la violence au sein du couple à Seaside Tongoa.

Nous avons également vu qu'à Seaside Tongoa, les personnes entretenaient des relations de dette et d'entraide avec des individus et des groupes vivant dans d'autres lieux de la

[67] Entretien du 1er novembre 2011 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.

capitale et du Vanuatu, mais aussi avec des esprits des morts. Les rituels de mariage et les funérailles participent donc au développement des relations entre les individus et les groupes. Je vais maintenant analyser plus en détail les manières dont les personnes que l'on peut appeler « relationnelles » étaient vues comme créées dans et par la communauté.

Chapitre V. La construction de la personne fertile

Introduction

Dans le chapitre 3, nous avons vu que la densité de population de Seaside Tongoa était très élevée en comparaison avec celles d'autres quartiers de la capitale ou d'autres régions de l'archipel. J'ai indiqué que nous ne disposons pas de données démographiques précises concernant la fécondité dans cette communauté et que les jeunes générations tendaient à engendrer un nombre inférieur d'enfants par rapport à leurs aînés. Néanmoins, j'ai relevé que les femmes semblaient mettre au monde davantage d'enfants que la moyenne nationale. D'après le dernier recensement de la population, l'indice synthétique (ou conjoncturel) de fécondité était pourtant déjà relativement élevé dans l'archipel, puisqu'il était de 4,1, au Vanuatu en 2009 (VNSO, 2011 : 32), contre, par exemple, 2,0 en France, la même année[1]. Cela étant dit, les femmes de ma famille d'accueil qui, en 2012, n'étaient plus en âge de procréer avaient chacune mis au monde entre six et dix enfants.

Le rythme de la transition démographique au Vanuatu étant lent (PMO, 2011 : 44)[2], les projections réalisées en 2009 indiquaient que la population devrait doubler d'ici les quarante prochaines années. Selon les différentes estimations, l'archipel comptera entre 428 000 et 659 000 habitants en 2050, contre 234 000 lors du dernier recensement de 2009 (VNSO, 2011 : 169). Au moment de mes recherches à Port-Vila, les conséquences de l'accroissement de la population sur le bien-être et le niveau de vie des personnes constituaient l'une des principales préoccupations du gouvernement. En 2011, par exemple, le Bureau du Premier ministre du Vanuatu développa la première politique de population nationale, guidée et inspirée par des cadres internationaux, tels les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) (voir chapitre 1, pages 39-40). D'après le document, cette politique était destinée non pas à « indiquer à des familles combien d'enfants ils peuvent avoir ou vouloir contrôler le mouvement de la population à travers le pays », mais à « améliorer la qualité de vie par une planification plus efficace des efforts de développement » (PMO, 2011 : ii). Notons que si la

[1] http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T11F034, consulté le 10 novembre 2015 à 12 h 18.
[2] La transition démographique est le passage d'un quasi-équilibre entre natalité forte et mortalité forte à un quasi-équilibre entre natalité faible et mortalité faible.

première politique de population fut adoptée dans l'archipel en 2011, c'est à partir des années 1990 que les plans nationaux du Vanuatu commencèrent à présenter la croissance démographique du pays comme un problème (Jolly, 2001 b : 268).

Dans le premier chapitre, j'ai signalé que « la planification familiale » et « la santé sexuelle et reproductive des adolescents » constituaient deux des huit thématiques prioritaires de la Politique de Santé Reproductive 2008 (MoH, 2009). De même, lors de l'élaboration du Cadre d'Accélération 2014-2018 visant à atteindre plus rapidement les huit OMD adoptés par les Nations unies (voir chapitre 1, page 44), le gouvernement du Vanuatu, en collaboration avec le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD ou UNDP), choisit comme objectif cible « l'amélioration de la santé reproductive » (OMD 5b), et en particulier la « diminution du taux de natalité parmi les adolescentes » (indicateur 5.4) et la « réduction du besoin insatisfait en planification familiale » (indicateur 5.6). Ce choix fut guidé par les difficultés que le gouvernement serait susceptible de rencontrer d'ici quelques années, pour fournir les services de base à une population qui devrait doubler. En outre, la planification familiale était considérée comme importante non seulement pour contrôler la fécondité, mais aussi pour améliorer la santé maternelle et infantile : en augmentant les intervalles entre les naissances, en limitant le nombre d'enfants par femme et en prévenant les grossesses précoces ou tardives (UNDP et Servy, 2013 : 13). Notons que, d'après le recensement de 2009, le taux de natalité chez les adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans) était de 66 naissances pour 1 000 adolescentes dans le pays (77 pour 1 000 dans les zones rurales et 40 pour 1 000 en milieu urbain), contre 10 naissances pour 1 000 adolescentes en France[3] (VNSO, 2011 : 32 ; voir aussi MoH *et al*., 2014 : 58-59).

Afin d'atteindre les objectifs décrits dans ces documents, les organismes de la santé sexuelle et reproductive conduisaient non seulement des actions de prévention des IST, mais également des actions de sensibilisation autour des questions d'enfantement et de contraception. On a vu dans le chapitre 2 que des pièces de théâtre, des émissions radiophoniques, des posters, des bandes dessinées, etc. étaient produits par ces organismes. Pendant l'atelier d'information sur la santé sexuelle et reproductive mené dans la communauté de Seaside Tongoa du 1er au 3 novembre 2011, plusieurs heures furent consacrées au système reproductif, aux grossesses précoces et aux méthodes de planification. Ces actions, principalement conduites en milieu urbain, présentaient les fonctions des organes sexuels féminins et masculins et les différents moyens de prévention des grossesses

[3]http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.ADO.TFRT?page=1&order=wbapi_data_value_2009%20wbapi_data_value&sort=asc, consulté le 11 novembre 2015 à 10 h 38.

disponibles au Vanuatu (abstinence, préservatifs, injections de Depo-provera, etc.). Mais elles définissaient également une tranche d'âge d'accès à la sexualité et à l'enfantement pour les femmes ni-Vanuatu (18-35 ans ou 20-35 ans), ainsi qu'un nombre maximal d'enfants (quatre) (voir chapitre 6, page 247)[4].

Les messages délivrés en 2011-2012 en vue de contrôler la fécondité et d'améliorer la santé maternelle et infantile au Vanuatu faisaient cependant parfois face à des résistances. Certaines pratiques et représentations locales autour de la contraception et de la conception de la personne, qu'elles soient celles des habitants ou celles des intermédiaires intervenant à Port-Vila, pouvaient en effet entrer en conflit avec les informations délivrées dans le cadre de ces actions. Je vais ici m'intéresser aux manières dont mes interlocuteurs de Seaside Tongoa pensaient que les personnes fertiles étaient constituées, ainsi qu'aux rapports entre ces représentations et les informations délivrées par les organismes de la santé sexuelle et reproductive de Port-Vila. Je vais tout d'abord me pencher sur l'utilisation des méthodes contraceptives, puis j'analyserai les représentations de la conception de l'être humain et de sa croissance *in utero*. Enfin, j'étudierai les premiers rituels, et plus particulièrement les incisions péniennes, contribuant selon les habitants de Seaside Tongoa, au développement de la personne.

5.1 L'utilisation des méthodes contraceptives

5.1.1 Des grossesses rapprochées, précoces ou tardives mal considérées

J'ai déjà indiqué que se reproduire, et permettre de ce fait l'engendrement de nouveaux membres de la communauté, était considéré comme une obligation sociale et morale pour les hommes et les femmes de Seaside Tongoa. Néanmoins, les grossesses rapprochées ou tardives, qui sont vues comme mettant en danger la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi et surtout les grossesses précoces, étaient mal considérées, même si la virginité féminine ou masculine n'était pas sacralisée et qu'il était toujours possible pour un nouveau-né d'être adopté (voir chapitre 4, pages 151-152). J'ai signalé que mes interlocuteurs jugeaient souvent problématique qu'une jeune fille donne naissance à un enfant sans que le père de celui-ci soit connu ou souhaite s'en occuper. Pour la jeune fille, le développement d'une grossesse marque

[4] Atelier du 8 juin 2011 organisé par l'hôpital central de Port-Vila à la prison pour femmes ; atelier du 17 juin 2011 organisé par *Wan Smolbag* dans la communauté d'Ohlen Nabanga ; séance du 2 novembre 2011 de l'atelier de trois jours organisé par *Wan Smolbag* à Seaside Tongoa ; formation du 10 mai 2011 organisée par *Save the Children* pour le personnel du Centre de Santé de Nduidui, sur l'île d'Ambae, etc.

généralement la fin de sa scolarité et l'impossibilité d'obtenir un emploi mieux rémunéré dont elle et sa famille auraient pu bénéficier (voir chapitre 4, pages 160-161).

Pendant l'atelier d'information mené à Seaside Tongoa en novembre 2011, les participants répartis en petits groupes firent la liste des problèmes que les jeunes parents et leur nouveau-né peuvent rencontrer. Tout d'abord, pour la jeune mère, ils écrivirent :

> « Difficultés pour accoucher ; ne sait pas bien s'occuper de son bébé ; dépend [économiquement] de ses parents ; le père de son enfant l'a quittée ; inquiétudes ; est encore intéressée par les jeux (*pleplei*), mais doit rester avec son enfant ; difficultés à allaiter ; n'a pas d'argent pour acheter le lait en poudre pour son bébé, parce qu'elle ne travaille pas ; est confrontée aux reproches de ses parents ; sa relation avec ses sœurs se détériore parce qu'elles la disputent d'avoir gâché l'argent que leurs parents ou leurs frères et sœurs ont dépensé dans sa scolarité ; donne naissance à un enfant prématuré ».

Ensuite, pour le jeune père, ils notèrent :

> « Son corps n'est pas encore prêt à travailler, mais il doit nourrir sa famille ; ses idées ne sont pas matures pour devenir père ; inquiétudes ; ne peut plus profiter de sa jeunesse ; ne sait pas s'occuper d'un enfant ; la famille de la mère de son bébé ne l'accepte pas parce qu'il est trop jeune. Ils peuvent lui demander de payer une pension et s'il ne peut pas, il sera emprisonné ; s'il va encore à l'école, cela affecte sa scolarité ; il ne peut plus se promener avec ses amis ; si la mère de son enfant vient d'une autre île, son oncle va le frapper [parce que le mariage préférentiel est celui avec la cousine croisée et que les mariages interinsulaires coûtent plus chers, voir chapitre 4, page 169] ».

Enfin, ils décrivirent les problèmes auxquels l'enfant issu d'une grossesse précoce peut être confronté :

> « La mère ne sait pas quels aliments manger pour que le bébé grandisse ; il peut rester en couveuse, être jaune parce que sa mère n'a mangé que du sucre [pendant sa grossesse] ; pas d'argent pour se vêtir ; les veines (*string*) de sa mère ne sont pas prêtes pour avoir du lait ; pas d'argent pour acheter du lait en poudre ; pas de père ou celui-ci ne rend pas visite à son bébé ; sa mère va en boîte de nuit et laisse son bébé pour aller trouver un autre partenaire ; quand l'enfant devient plus grand, il n'a pas de bonnes choses à manger, car sa mère ne travaille pas, n'a pas d'argent ; il ne peut pas aller à l'école ; la mère peut chercher à tuer le bébé, il peut mourir ou être handicapé ; si la mère prend de l'alcool ou des drogues, l'enfant peut mourir »[5].

Par conséquent, les grossesses précoces sont jugées problématiques non seulement parce qu'elles peuvent avoir des conséquences directes sur la santé de la mère et de l'enfant, mais

[5] Séance du 2 novembre 2011 de l'atelier de prévention mené à Seaside Tongoa pendant trois jours par *Wan Smolbag*.

aussi et surtout parce qu'elles engendrent des frais supplémentaires dans un contexte urbain où l'argent est à la fois nécessaire pour se nourrir, se vêtir et préparer l'avenir. Ainsi, les grossesses n'étaient pas encouragées chez les jeunes gens de Seaside Tongoa, sauf si ces derniers avaient une situation financière adaptée à l'arrivée d'un enfant et un partenaire approuvé par leurs familles respectives.

J'ai signalé que les organismes de sensibilisation de Port-Vila prônaient une tranche d'âge d'accès à la sexualité et à l'enfantement (18-35 ou 20-35 ans) pour les femmes. Les supports distribués pendant la séance de prévention du 2 novembre 2011 insistaient sur les conséquences physiques du développement d'une grossesse chez une jeune fille au corps considéré comme immature. Les pages d'information distribuées aux participants indiquaient que « la planification familiale est importante [pour] empêcher les jeunes filles [de moins de 18 ans] d'être enceintes, alors que leur corps n'est pas encore prêt » et que les grossesses précoces conduisent à des « problèmes lors de l'accouchement », à de « l'anémie », à « l'arrêt de la scolarité », à « l'avortement » et à « la parentalité ». Néanmoins, plus que l'âge de la jeune femme, l'immaturité de son corps ou son statut marital, c'est le contexte socio-économique dans lequel la grossesse est menée qui pouvait être jugé inapproprié par mes interlocuteurs de Seaside Tongoa.

5.1.2 Un « besoin insatisfait en planification familiale » ?

D'après le rapport du Bureau du Premier ministre sur les OMD, le Vanuatu ne disposait en 2010 d'aucune donnée statistique récente concernant le « besoin insatisfait en planification familiale » (*unmet need for family planning*) des habitants de l'archipel. Une étude nationale conduite en 1996 indiquait que 24 % des femmes mariées interrogées n'utilisaient pas de méthode contraceptive, y compris une méthode dite traditionnelle, même si elles ne désiraient plus avoir d'enfants au moment de l'enquête et étaient en capacité de se reproduire (PMO, 2010 : 51)[6]. Le rapport du développement annuel 2010 mentionnait, quant à lui, que le taux de prévalence des contraceptifs – c'est-à-dire la proportion de femmes en âge de se reproduire utilisant (ou dont le partenaire utilisait) une méthode contraceptive – connaissait depuis ces dernières années une progression relative : passant de 28 % en 1999 à 30 % en 2005 et à 38 % en 2007. Cependant, le dernier taux de prévalence n'était pas considéré comme fiable, parce

[6] La *Demographic and Health Survey* 2013 menée au Vanuatu auprès de 2 508 femmes âgées de 15 à 49 ans et 1 333 hommes âgés de 15 à 54 ans avance, elle aussi, que 24 % des femmes mariées du Vanuatu avaient un « besoin insatisfait en planification familiale » (traduction officielle des Nations unies), c'est-à-dire qu'elles ne désiraient plus d'enfants ou souhaitaient attendre deux ans ou plus avant d'être enceintes, mais n'utilisaient pas de moyen de contraception (MoH *et al.*, 2014 : 97).

qu'il incluait toutes les formes de contraception, y compris l'abstinence périodique (Government of Vanuatu, 2011 ; UNDP et Servy : 2013 : 23).

En 2011, seul le système d'information sanitaire[7] indiquait le nombre de patients utilisant un contraceptif oral (5 810), des injections de Depo-provera (6 255), un stérilet (215), des préservatifs féminins (904) ou masculins (4 518), ou ayant subi une ligature des trompes (135) ou une stérilisation chirurgicale masculine (72). Ces données, en raison du faible taux d'établissements de santé ayant fait parvenir leur rapport d'activité, n'étaient cependant pas représentatives de la situation nationale. Elles n'indiquaient pas l'âge des utilisateurs de méthodes contraceptives, ni leur lieu d'habitation exact ou leur statut de parent ou de personne sans enfant (UNDP et Servy, 2013 : 22-23)[8]. Au moment de mes recherches, aucune donnée statistique précise sur le « besoin insatisfait en planification familiale » ou sur l'utilisation des méthodes contraceptives à Seaside Tongoa n'était donc disponible.

Annie Walter note que, dans les années 1980, la contraception œstroprogestative n'était pas massivement utilisée au Vanuatu du fait de ses effets secondaires (1988 : 82-86). Les méthodes contraceptives préférées étaient alors l'abstinence périodique (pendant la grossesse et jusqu'au sevrage), la stérilisation définitive à l'aide de préparations végétales et l'avortement par procédé mécanique ou grâce à la pharmacopée locale. Avant l'arrivée des Occidentaux dans les îles du Pacifique, l'infanticide et l'isolement périodique des femmes et des hommes dans des maisons séparées constituaient également des moyens efficaces pour contrôler les naissances (Walter, 1988 : 82-86 ; Jolly, 2001 b : 267 ; Speiser, 1996 [1923] : 253-257, 267 ; Baker, 1928 : 288, 292 ; Harrisson, 1937 : 42, 266 ; Codrington, 1957 : 229 ; Bonnemère, 2009 : 37). Mais sous l'influence des missionnaires et des forces coloniales, la cessation des guerres, la destruction des maisons des hommes, le raccourcissement des périodes d'allaitement, l'interdiction de la polygamie et les conceptions récentes du corps de la femme comme appartenant à son mari ont engendré une augmentation des contacts intimes entre époux et une diminution de l'abstinence périodique (Dureau, 2001 : 240-242 ; Jolly, 2001 a : 196 ; 2001 b : 278 ; voir aussi plus loin).

[7] Le « système d'information sanitaire » (*health information system*) est un dispositif constitué d'acteurs, d'outils et de méthodes et dont le rôle est « de produire, d'analyser et de diffuser de telles données ». http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/abouzahrabstract0805/fr/, consulté le 20 octobre 2016 à 10 h 55.

[8] La *Demographic and Health Survey* indique un taux de prévalence des contraceptifs au Vanuatu de 38 % en 2013 : 29 % des femmes âgées de 15 à 49 ans usaient d'une méthode contraceptive moderne et 9 % d'une méthode dite « traditionnelle ». Les méthodes les plus utilisées en 2013 étaient la stérilisation féminine (8 %) et la pilule contraceptive (8 %), suivies par les injections de Depo-provera (7 %) et l'abstinence périodique (5 %) (MoH *et al.*, 2014 : 66).

Au moment de mes recherches au Vanuatu, les interruptions volontaires de grossesses hors raison médicale et les infanticides étaient interdits et passibles de peines d'emprisonnement. Ces actes étaient en outre mal considérés du point de vue de la morale chrétienne. Plusieurs de mes interlocuteurs de Seaside Tongoa présentèrent le partage de la chambre à coucher du couple avec ses enfants en bas âge comme un moyen d'empêcher ou de diminuer la fréquence des rapports sexuels. Cela étant dit, ils soulignèrent que les jeunes gens de la communauté respectaient de moins en moins les périodes d'abstinence et donnaient naissance à des enfants à des intervalles qu'ils jugeaient trop courts[9]. Des femmes de Seaside Tongoa m'expliquèrent qu'elles encourageaient les jeunes filles à utiliser le calcul des cycles menstruels pour éviter les grossesses[10]. Des membres d'ONG ou des spécialistes de biomédecine (infirmières ou sages-femmes des établissements de santé) leur avaient ainsi indiqué, en consultation ou lors de séances d'information, la manière d'établir les périodes « sans danger » (*sef*), c'est-à-dire « sans risque » de grossesse (voir le chapitre 9 page 360, pour l'analyse du concept de risque). Cependant, les informations transmises par ces femmes de la communauté aux jeunes filles étaient bien souvent erronées[11]. Certaines personnes âgées connaissaient encore l'existence de plantes contraceptives ou abortives à Seaside Tongoa mais les plus jeunes de mes interlocuteurs déclaraient que leurs mères et leurs grands-mères ne souhaitaient plus leur enseigner l'usage de ces plantes, parfois contraire aux prescriptions religieuses[12].

Les contraceptifs modernes présentés lors des ateliers de prévention et délivrés par les établissements de santé étaient donc les seules méthodes envisageables pour de nombreux habitants de Seaside Tongoa, et en particulier pour les jeunes de la communauté qui avaient un « besoin insatisfait en planification familiale ». Néanmoins, il existait des barrières à leur accès et à leur utilisation.

5.1.3 Les obstacles à l'accès et à l'utilisation de contraceptifs modernes

Nous avons déjà vu qu'il existait plusieurs obstacles à la prestation et à l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive au Vanuatu, tels l'éloignement géographique, la

[9] Entretiens du 18 septembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années et du 30 juin 2012 avec un couple âgé d'une cinquantaine d'années.
[10] Entretiens du 25 octobre 2011 avec une femme âgée d'une quarantaine d'années, du 28 juin 2012 avec une femme âgée d'une soixantaine d'années et du 22 août 2012 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.
[11] La *Demographic and Health Survey* 2013 montre que seules 14 % des femmes âgées de 15 à 49 ans interrogées au Vanuatu ont su correctement identifier le milieu du cycle menstruel comme étant la période où la femme est la plus fertile (MoH *et al*., 2014 : 70-71).
[12] Entretiens du 4 juin 2011 avec deux hommes âgés d'une vingtaine d'années et du 21 juin 2012 avec une femme âgée d'une vingtaine d'années.

pénurie en personnel de santé, l'association VIH/ville et les ruptures de stock. Ces barrières touchaient essentiellement les habitants des zones rurales de l'archipel. Une enquête par grappes à indicateurs multiples réalisée par l'UNICEF et le ministère de la Santé, en 2007, indiquait ainsi que le taux d'utilisation des contraceptifs au Vanuatu était plus élevé en ville (41,4 %) qu'en milieu rural (37,5 %). L'enquête montrait également que ce taux variait en fonction des niveaux scolaires. La proportion de femmes utilisant des contraceptifs était en effet plus forte chez celles ayant été dans une école secondaire (42 %) que chez celles n'ayant jamais été scolarisées (21 %) (UNICEF et MoH, 2008). Alors que le taux de scolarisation était aussi plus élevé en ville que dans les zones rurales de l'archipel (voir chapitre 2, page 82), d'autres obstacles concernaient les citadins, et en particulier les jeunes sans revenus.

La consultation médicale et les moyens de contraception étaient payants dans certaines cliniques du Vanuatu, y compris dans certains des établissements de santé destinés aux jeunes de Port-Vila que j'ai déjà présentés. En 2011, *Vanuatu Family Health Association* facturait la consultation dans sa clinique de Port-Vila 200 vatus (2 €), la plaquette de pilules 100 vatus (1 €), le stérilet 600 vatus (5 €), l'injection de Depo-provera 400 vatus (3 €), les trois préservatifs 20 vatus (0.15 €), les 15 100 vatus (1 €) et les 30 300 vatus (2 €). Les services et les contraceptifs de la clinique de *Wan Smolbag*, *Kam Pusum Hed*, étaient, à l'inverse, entièrement gratuits, tandis qu'une contribution de 200 vatus (2 €) était demandée aux utilisatrices du service de santé féminine de l'hôpital central de la capitale. Notons qu'il était également possible d'acheter des préservatifs masculins dans les pharmacies privées, les magasins d'alimentation (Au Bon Marché), ou auprès de vendeurs du programme de marketing social *Score* mené au Vanuatu par *Save the Children Australia* (voir chapitre 1, pages 53-54). Cependant, la plupart des jeunes rencontrés à Seaside Tongoa ou dans d'autres quartiers de Port-Vila étaient réticents à acheter des préservatifs (UNFPA et Servy, 2014 : 39).

Dans ces établissements de santé, on ne faisait pas usage du terme « contraception » (*contraception*), mais de celui, plus restrictif parce qu'excluant les jeunes célibataires, de « planification familiale » (*family planning*) (Jolly, 2001 b : 272). Certaines cliniques, y compris celles destinées aux jeunes, portaient aussi des noms faisant référence à la maternité ou à la famille, tels *Vanuatu Family Health Association*. Dans les supports d'information, les contraceptifs étaient parfois présentés comme des méthodes utilisées par les couples pour espacer les naissances et non comme un moyen d'éviter une première grossesse. Une brochure distribuée en 2011-2012 par *Vanuatu Family Health Association* et présentant les différentes méthodes contraceptives disponibles dans l'archipel titrait ainsi : « Comment faire

pour espacer les enfants[13] ». La photographie de couverture mettait en scène un homme et une femme d'une trentaine d'années accompagnés de leur fils et de leurs deux filles (Figure 1).

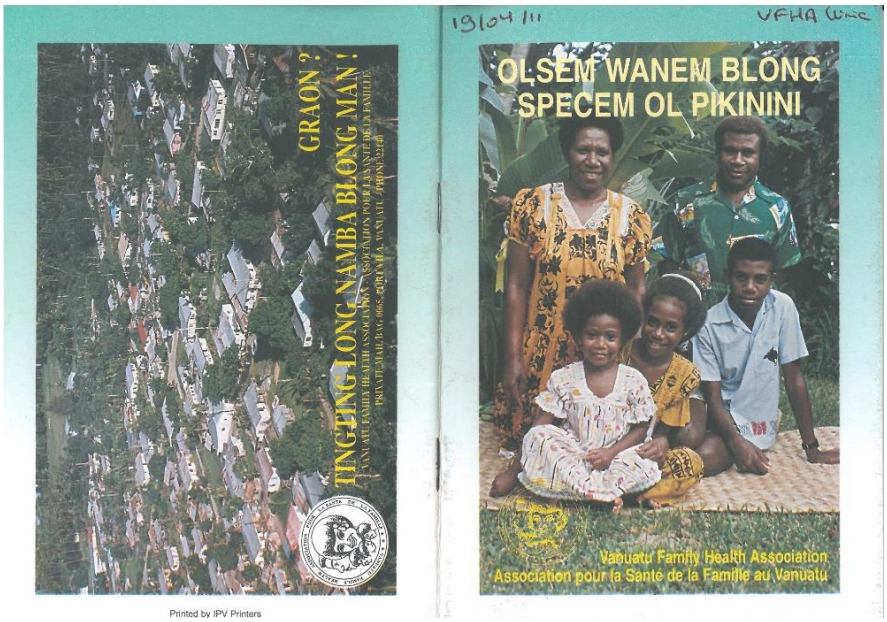


Figure 72. La brochure *Olsem wanem blong specem ol pikinini* distribuée par la *Vanuatu Family Health Association*

D'après mes observations, les clientes des établissements de santé destinés ou non aux jeunes de Port-Vila avaient déjà dans leur très grande majorité un enfant[14]. Une jeune éducatrice de *Wan Smolbag* me rapporta que l'infirmière qu'elle alla consulter en 2010, alors qu'elle était âgée de 18 ans, refusa de lui délivrer un moyen de contraception sous prétexte qu'elle était trop jeune et n'avait pas encore d'enfant. Un an plus tard, elle mit au monde une petite fille et commença dès lors à prendre une pilule contraceptive fournie par ce même établissement[15].

Les propos de cette infirmière rapportés par mon informatrice contredisent les messages délivrés par les éducateurs dans le cadre des ateliers de sensibilisation conduits en 2011-2012 à Port-Vila. Ils font cependant écho aux discours sur les dangers de l'utilisation de contraceptifs chez les nullipares que j'ai pu entendre à Seaside Tongoa (voir aussi Foy, 1993 : 127). Pendant l'atelier d'information sur la santé sexuelle et reproductive mené dans la communauté du 1er au 3 novembre 2011, les pairs éducateurs de *Wan Smolbag* présentèrent les différentes méthodes de planification familiale et expliquèrent que les jeunes filles sans

[13] *Olsem wanem blong specem ol pikinini*.
[14] D'après la *Demographic and Health Survey* 2013, seules 16 % des femmes âgées de 15 à 49 ans interrogées ont commencé à utiliser un moyen de contraception alors qu'elle n'avait pas encore eu d'enfant. Et 79 % des femmes âgées de 15 à 19 ans interviewées n'avaient jamais fait usage d'une méthode contraceptive en 2013 (MoH *et al.*, 2014 : 70).
[15] Entretien du 13 octobre 2011 avec une femme âgée de dix-neuf ans.

enfant pouvaient utiliser la plupart de ces méthodes, y compris la pilule contraceptive. À la pause déjeuner, un jeune participant de Seaside Tongoa me dit néanmoins :

> « La planification familiale ce n'est que pour les mères qui ont déjà un enfant. C'est pour espacer les naissances. La pilule ou les injections abîment l'utérus et les ovaires. Si une jeune fille de 16 ans prend la pilule alors qu'elle n'a pas d'enfant, elle ne pourra jamais en avoir. Elle n'a pas le corps d'une mère. C'est comme lorsqu'on boit de l'alcool trop tôt et que notre corps n'est pas encore prêt. Les docteurs nous disent aussi que les mères ne doivent pas prendre la pilule pendant plus de 3-4 ans. Si elles la prennent trop longtemps, elles deviennent stériles. La concentration de pilule ou de Depo-provera dans leur utérus devient trop forte. Et les spermatozoïdes de l'homme ne pourront plus jamais rencontrer l'œuf de la femme[16] ».

Nombre de mes interlocuteurs considèrent que les contraceptifs modernes présentés pendant les actions de prévention sont dangereux non seulement pour la fertilité des femmes, mais aussi pour leur santé, celle de leurs fœtus comme celle de leurs partenaires (voir chapitre 7, page 303). Certains estimaient, par exemple, que les préservatifs masculins ou les stérilisations chirurgicales peuvent engendrer des cancers utérins, que les stérilets provoquent des tuberculoses ou que les méthodes contraceptives conduisent à la naissance d'enfants handicapés[17]. Une vieille femme m'expliqua également que la pilule ou les injections de Depo-provera bloquent le sang menstruel à l'intérieur de l'utérus. Les partenaires des femmes utilisant ces contraceptifs peuvent aussi « manquer de sang » après les rapports sexuels[18].

De la même façon, les infirmières rencontrées à Port-Vila étaient parfois réticentes à prescrire des pilules contraceptives d'urgence, en particulier lorsque la patiente était jugée trop jeune. En 2012, la pilule *Postino* était incluse dans l'*Essential Drug List* qui répertoriait tous les médicaments approuvés par le gouvernement du Vanuatu (voir chapitre 2, page 58), mais elle n'était pas encore inscrite dans le formulaire de commandes utilisé par les centres médicaux et les dispensaires. Par conséquent, seuls les hôpitaux gouvernementaux et les cliniques privées de la capitale délivraient *Postino,* essentiellement aux victimes de viol se rendant à l'hôpital central. Cette pilule était également disponible dans les pharmacies privées de Port-Vila pour celles en mesure de débourser 2 680 vatus (20 €) en échange de ce contraceptif du lendemain. Cependant, rares étaient les personnes à en connaître l'existence bien que *Wan Smolbag* ait créé et diffusé à partir de 2009 une bande dessinée intitulée *Mi no*

[16] Entretien du 2 novembre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années. Des propos similaires ont été tenus le 27 juin 2012 par une femme âgée de dix-neuf ans.
[17] Observation du 2 novembre 2011, lors d'un atelier de prévention organisé à Seaside Tongoa, du 16 juillet 2012 avec un groupe de femmes âgées d'une quarantaine d'années, du 20 novembre 2011 avec une femme âgée de quatre-vingt-cinq ans et du 18 septembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[18] Entretien du 20 novembre 2011 avec une femme âgée de quatre-vingt-cinq ans.

wantem gat bel ! (« je ne veux pas être enceinte ! ») présentant la pilule contraceptive d'urgence. *Mi no wantem gat bel !* raconte l'histoire d'une jeune citadine violée à la sortie d'une boîte de nuit et obtenant la pilule contraceptive d'urgence auprès d'une infirmière d'un établissement de santé qui lui rappelle qu'il n'est pas bon de prendre ce médicament régulièrement et qu'il est préférable d'utiliser un contraceptif oral ou un préservatif.

Le « Manuel des recommandations pratiques nationales fondées sur des preuves pour les travailleurs de santé » (*Vanuatu Evidence Based Guidelines in Family Planning for Health Workers*) donne la posologie des pilules contraceptives Microgynon et Microlut pour que celles-ci fonctionnent comme contraceptif d'urgence (UNFPA et WHO, 2006). De nombreux membres du personnel médical du Vanuatu ignoraient cependant cette utilisation ou refusaient d'en faire usage par peur d'effets secondaires chez leurs patientes (UNDP et Servy, 2013 : 39-41). En avril 2011, une infirmière d'un établissement situé à Port-Vila expliqua ainsi à une jeune fille désirant une contraception d'urgence :

> « La pilule d'urgence, ce n'est pas une méthode de planification familiale. C'est pour les filles qui se sont fait violer (*repem*). L'effet est fort. Ça peut faire que ton utérus soit tout cassé. Ça peut causer beaucoup de problèmes. Tu peux perdre beaucoup de sang et mourir. Si on suit la règle, la pilule d'urgence on ne la donne qu'une seule fois. Après on n'a plus le droit. Toi, c'est déjà la troisième fois. À la pharmacie, ils te la donnent parce qu'ils veulent ton argent. Ils se fichent de ses effets sur ton corps. Tu vas penser que je ne suis pas gentille (*no gud*), mais on a un protocole. Tu n'as que 18 ans. Tu es jeune. Tu peux avoir un cancer de l'utérus (*kansa blo basket blo pikinini*). Tu peux perdre beaucoup de sang. Si tu veux avoir des relations sexuelles régulières, tu prends des préservatifs ou la pilule ».

La jeune fille rétorqua : « je suis déjà venue à la clinique pour demander à l'infirmière de me donner la pilule, mais elle m'a dit de revenir la voir lorsque j'aurai mes règles ». « Et tu es revenue ? ». « Non ». L'infirmière lui tendit alors un sachet de comprimés de Microgynon et lui dit : « voici huit pilules : tu en prends quatre ce soir à 19 h et 4 à 7 h demain matin[19] ».

Ce dialogue recueilli dans un établissement de santé destiné aux jeunes de la capitale montre non seulement les réticences du personnel médical à prescrire des contraceptifs d'urgence, mais aussi les précautions prises lors de la délivrance de méthodes contraceptives autres que les préservatifs. Bien que l'OMS recommande l'introduction d'une simple liste de questions pour s'assurer que les candidates à l'utilisation de pilules contraceptives, d'injections de Depo-provera ou de dispositifs intra-utérins ne sont pas enceintes, les infirmiers continuaient, en 2012, à exiger de leurs patientes qu'elles soient en période de menstruation lorsqu'elles venaient en consultation pour leur première prescription (UNDP et

[19] Observation du 27 avril 2011 dans un établissement de santé destiné aux jeunes de Port-Vila.

Servy, 2013). Le personnel des établissements de santé de Port-Vila avait tendance à ne pas faire confiance à leurs patientes. Il cherchait en outre à garder le contrôle sur la fertilité de ces dernières, en privilégiant l'administration d'injections de Depo-provera tous les trois mois, plutôt que la prescription de pilules que leurs patientes pourraient oublier de prendre (voir aussi Jolly, 2001 c : 22, 25 ; 2001 b : 295). Même si les documents officiels, tels la Politique de Santé Reproductive 2008 et le Cadre d'Accélération 2014-2018, soulignent l'importance de diminuer le taux de natalité parmi les adolescentes et de réduire le « besoin insatisfait en planification familiale » au Vanuatu, certains intermédiaires, comme cette infirmière, restreignaient l'accès aux contraceptifs qui permettent pourtant « l'autonomisation de la sexualité vis-à-vis de la procréation » (Bozon, 2013 : 22).

En outre, si ces méthodes contraceptives réversibles étaient proposées sans qu'une autorisation du conjoint ou d'un parent soit nécessaire, lorsqu'une femme souhaitait, en 2012, se faire ligaturer les trompes à l'hôpital central, elle devait préalablement obtenir l'accord écrit de son conjoint ou d'un parent proche. Si nous avons vu que les capacités reproductives d'une femme à Seaside Tongoa étaient transférées au groupe de son époux *via* le paiement de la compensation matrimoniale, seul l'accord de celui-ci et non de son groupe était nécessaire pour réaliser une stérilisation définitive. Un homme de la communauté âgé d'une trentaine d'années me signala également avoir signé le formulaire de consentement pour l'opération de sa petite amie à l'hôpital central, sans être marié avec celle-ci. Il me dit :

> « J'ai fait opérer (*katem*) ma femme, car je ne voulais plus d'enfants. J'ai déjà une fille et un garçon. Tu sais, la vie est dure ici. Tout est cher en ville. J'ai aussi adopté le bébé qu'Évelyne [une jeune fille de Seaside Tongoa âgée de 18 ans] a eu avec un jeune oncle à moi. C'est une preuve d'amour de ma femme d'avoir accepté d'être *katem* alors qu'elle n'était pas mariée. Sa famille ne le sait pas, parce que je n'avais pas le droit (*raet*) de lui demander ça, alors que je ne l'ai pas encore payée[20] ».

Mon interlocuteur de Seaside Tongoa mentionne l'importance du « paiement » de la fiancée, mais cet extrait d'entretien révèle néanmoins que les représentations autour du transfert des capacités reproductives de la femme dans la communauté tendaient à être modifiées : celles-ci étaient davantage présentées comme appartenant à l'époux plutôt qu'à l'ensemble de son groupe.

Lors d'une émission radiophonique d'avril 2011 ayant pour thème l'utilisation de contraceptifs en l'absence d'autorisation du conjoint, plusieurs auditeurs appelèrent le studio

[20] Entretien du 5 décembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.

pour faire part de leur mécontentement face à cette pratique[21]. Une femme de Seaside Tongoa d'une quarantaine d'années m'expliqua également qu'après la naissance de son premier enfant, il y a 23 ans, elle prit la pilule contraceptive jusqu'à ce que sa famille la convoque pour la réprimander et lui indiquer que seul Dieu devait décider du nombre d'enfants auxquels elle allait donner naissance[22]. Pendant mes recherches dans cette communauté, je n'ai pas assisté à de telles réunions, mais certaines de mes interlocutrices me rapportèrent avoir été battues par leur petit ami parce qu'elles utilisaient une méthode contraceptive à leur insu (voir chapitre 10, page 418). Les principales raisons qui me furent indiquées à Seaside Tongoa pour légitimer la violence conjugale liée à la stérilité temporaire ou définitive d'une femme furent la volonté divine de voir l'humanité se multiplier, la nécessité d'avoir une descendance pour un homme doté d'un titre et la peur qu'une femme utilisant une méthode contraceptive puisse multiplier le nombre de ses conquêtes[23]. Dans un pays où la solidarité intergénérationnelle était encore forte et où les souscripteurs d'une assurance-vie généreuse étaient rares, élever plusieurs enfants représentait un investissement primordial pour l'avenir, surtout en milieu urbain (voir chapitre 3, page 130)[24]. Craig Lind indique pareillement qu'une personne qui utilise un moyen de contraception dans la communauté de Seaside Paama ou sur l'île de Paama et refuse de ce fait de se reproduire peut être jugée égoïste parce qu'elle empêche la création ou l'entretien de « routes » (*rod*) entre les groupes (2014 : 85-86 ; voir chapitre 4, page 160). Lors de mes séjours à Port-Vila, certains membres du personnel médical étaient donc tout particulièrement vigilants dans leurs prescriptions de contraceptifs, afin de ne pas être accusés d'avoir rendu stérile une jeune fille nullipare, en lui délivrant un médicament de « Blancs » considéré comme diminuant le contrôle du groupe, mais aussi de plus en plus interprété comme altérant le contrôle de l'homme sur la fertilité de sa femme.

L'engendrement de nouvelles personnes était considéré comme une obligation morale et sociale à Seaside Tongoa, mais mettre au monde un enfant pouvait également constituer une stratégie individuelle ou conjugale. De nombreux jeunes gens de la communauté m'indiquèrent ne pas s'être rendus dans des établissements de santé et ne pas avoir utilisé de moyen de contraception dans le but d'instituer leur couple par la naissance d'un enfant. Plusieurs habitants me rapportèrent ainsi avoir volontairement provoqué une grossesse, afin

[21] Observation du 20 avril 2011 dans les studios de diffusion radiophonique de 107 FM, émission de 19 h animée par *Vanuatu Family Health Association*.
[22] Entretien du 29 octobre 2011 avec une femme âgée d'une quarantaine d'années.
[23] Entretiens du 2 novembre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années, du 30 juillet 2011 avec une femme de dix-huit ans, du 16 juillet 2012 avec un groupe de femmes âgées d'une quarantaine d'années et du 18 septembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[24] Entretien du 27 septembre 2012 avec un groupe de jeunes hommes âgée d'une vingtaine d'années.

de convaincre leurs familles respectives de ne pas les obliger à mettre fin à leur relation. Une fois l'enfant né, celles-ci se voyaient quasi obligées d'accepter leur mise en couple afin que la prise en charge financière du nourrisson ne soit pas problématique. Cette stratégie pouvait également relever du choix d'un seul des deux partenaires qui espérait, du fait d'une grossesse, créer une « connexion » et maintenir sa ou son bien-aimé(e) à ses côtés. De nombreux hommes et femmes de la communauté déclarèrent ainsi ne plus aimer leur partenaire mais rester avec ce dernier par amour pour leurs enfants. Certains jeunes hommes utilisaient cette stratégie pour forcer leurs petites amies aimant « traîner » (*wokbaot*), en centre-ville ou dans la communauté, à rester à la maison pour s'occuper de leur bébé[25]. Une femme d'une cinquantaine d'années m'expliqua également que l'utilisation de contraceptifs pouvait pousser un homme à être infidèle parce que sa femme ne donnait pas ou plus naissance à des enfants. Dans la communauté, l'homme était en effet souvent considéré comme celui qui devait décider du nombre d'enfants que son épouse allait mettre au monde : puisque les capacités reproductives de cette dernière lui avaient été transférées (ainsi qu'à son groupe) au moment du versement de la compensation matrimoniale ; et qu'il était à la tête de sa famille nucléaire et monogame du fait des doctrines chrétiennes et coloniales (Jolly, 2001 b : 297)[26]. Jolly note ainsi que, dans le passé, les femmes n'avaient pas besoin de l'accord de leur mari ou du personnel médical pour prendre une méthode contraceptive ou pour avorter mais que, sous l'influence des missionnaires, elles ont perdu leur autonomie reproductive (2001 b : 296 ; voir aussi Dureau, 2001 : 239 pour les îles Salomon).

D'autres jeunes couples ne faisaient pas usage de méthodes contraceptives sans pour autant espérer la venue d'un enfant. Les rapports sexuels à Seaside Tongoa n'avaient pas pour unique objectif de se reproduire (voir Clark, 1997 pour l'étude du concept de sexualité chez les Huli de Papouasie-Nouvelle-Guinée). Une jeune femme m'indiqua ainsi être tombée enceinte involontairement parce qu'elle pensait, tout simplement, que cela ne pouvait pas lui arriver[27]. Lors de la séance du 2 novembre 2011, la « frime » (*show off* ou *mekem flas* en bislama) – c'est-à-dire le fait pour une femme de se maquiller et de porter des vêtements voyants, comme le pantalon (voir chapitres 9, page 397 et 10, pages 467-468) – fut la première raison donnée par les participants pour expliquer les grossesses précoces non

[25] Ces propos m'ont été rapportés par des personnes d'âges divers et de sexe différent. Entretiens du 6 août 2012 avec un groupe de jeunes âgés d'une vingtaine d'années, du 20 octobre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années, du 29 octobre 2011 avec une femme âgée d'une quarantaine d'années du 25 octobre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années, du 13 août 2012 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années et du 18 septembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[26] Entretien du 22 août 2012 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.
[27] Entretien du 6 août 2012 avec une femme âgée de dix-neuf ans.

désirées. Les jeunes filles qui n'étaient pas officiellement en couple étaient ainsi fréquemment présentées comme coupables de l'arrivée d'une grossesse, alors que les hommes étaient souvent considérés comme responsables du nombre d'enfants du couple (voir chapitre suivant, pages 247-248). Cela étant dit, l'abus d'alcool et de drogues, les croyances religieuses ou coutumières, la non-planification des rapports sexuels, le viol, la désobéissance aux parents, la confiance dans la fidélité du partenaire, la volonté de ne pas utiliser une méthode réduisant le plaisir sexuel, le désir de ne pas être labellisé infidèle par son partenaire, le manque de connaissances et de confiance dans les contraceptifs (et en particulier, dans le préservatif, souvent présenté par les intervenants comme un moyen ne garantissant pas à 100 % la prévention des grossesses non désirées et des IST) furent des raisons également avancées par mes jeunes interlocuteurs de Seaside Tongoa pour expliquer l'absence de recours aux méthodes contraceptives modernes, et en particulier la non-utilisation de préservatifs. De nombreux jeunes hommes et femmes de la communauté associaient ainsi la sexualité non seulement à la reproduction, mais aussi au désir et au plaisir (voir UNFPA et Servy, 2014 ; Jolly, 2007)[28].

Même si les grossesses précoces préoccupaient officiellement les membres du gouvernement et les organismes de prévention, ainsi que les habitants de Seaside Tongoa, les cliniques délivrant des méthodes contraceptives et des informations sur les IST, qu'elles soient ou non adaptées aux jeunes gens, étaient essentiellement accessibles à et utilisées par des femmes et des jeunes filles ayant déjà un enfant. Les raisons en étaient qu'il existait des peurs entourant l'utilisation des méthodes contraceptives biomédicales, que l'enfant instituait le couple ou que certains infirmiers refusaient de délivrer des contraceptifs aux nullipares. L'association entre sexualité, procréation et conjugalité et la « résistance sociale à l'autonomie des jeunes femmes célibataires » étaient encore fortes au moment de mes recherches à Port-Vila (Bozon, 2013 : 30-31).

Si, pour les habitants de Seaside Tongoa, il est important d'avoir une progéniture nombreuse, l'engendrement de nouvelles personnes ne doit pas se réaliser dans n'importe quelles conditions. Les grossesses précoces, tardives ou rapprochées n'étaient ainsi pas nécessairement bien vues dans la communauté. La présence de deux parents et leur capacité à assumer économiquement la venue au monde de leur enfant étaient en particulier considérées comme cruciales dans la capitale, alors que les organismes de prévention de Port-Vila mettaient, eux, l'accent sur l'âge et l'immaturité du corps. On a vu que les méthodes

[28] Séance du 2 novembre 2011 de l'atelier de prévention d'une durée de trois jours organisé à Seaside Tongoa par *Wan Smolbag* et entretiens collectifs des 14 et 15 novembre 2013.

contraceptives ou abortives dites traditionnelles étaient de moins en moins utilisées par les jeunes habitants de Seaside Tongoa. Or, il existait des obstacles à l'accès et à l'utilisation des contraceptifs modernes prônée par les organismes de prévention, que ceux-ci soient internes ou externes (restrictions imposées par certains intermédiaires, impératifs sociaux de reproduction, stratégies et choix plus individuels liés à la sexualité, à la mise en couple ou à l'engendrement). En outre, j'ai souligné que certaines des idées restreignant l'usage des contraceptifs modernes étaient partagées par les habitants de Seaside Tongoa et par des spécialistes de biomédecine exerçant à Port-Vila. Les représentations des infirmières des établissements de santé n'étaient donc pas nécessairement étrangères à celles des membres de cette communauté. Dans la prochaine section de ce chapitre, je vais plus particulièrement m'intéresser aux représentations entourant la conception et la croissance *in utero* à Seaside Tongoa et je révélerai la multiplicité des sources d'information auxquelles ont accès les gens de cette communauté.

5.2 La conception et la croissance *in utero*

5.2.1 La formation et le développement de l'embryon

Nombre de mes interlocuteurs de la communauté de Seaside Tongoa déclarèrent ignorer le processus de formation de l'embryon et du fœtus humains et me conseillèrent d'interroger des spécialistes du soin (voir chapitre 8). Au cours d'une séance de prières collectives qui s'est tenue en août 2012 dans la chambre d'une jeune habitante de la communauté venant tout juste d'accoucher, une femme d'une cinquantaine d'années déclara ainsi : « on ne sait pas comment les bébés se forment, c'est toi, Seigneur, qui les crée[29] ».

Lors de l'atelier sur la santé sexuelle et reproductive organisé à Seaside Tongoa du 1er au 3 novembre 2011, la découverte de schémas représentant les appareils reproducteurs féminin et masculin suscita de nombreux commentaires parmi les participants. Une jeune femme d'une vingtaine d'années, déjà mère de deux enfants et ayant été scolarisée, déclara par exemple en pointant du doigt la vessie de l'homme : « ça, c'est l'œuf des femmes ». Puis, observant le schéma de l'appareil féminin, elle indiqua que l'œuf se forme dans un ovaire et va grandir dans l'autre[30]. Certains des participants à l'atelier, peu ou pas scolarisés, découvraient pour la première fois les schémas de biologie des organes reproducteurs

[29] Séance de prières du 4 août 2012.
[30] *Hemia, hemi egg blo yumi*. Séance d'information du 1er novembre 2011 pendant l'atelier de trois jours organisé à Seaside Tongoa.

humains. Cependant, des jeunes filles de la communauté qui avaient été éduquées à l'école secondaire, m'indiquèrent que les informations délivrées par les professeurs avaient été plutôt succinctes et que leurs connaissances de l'anatomie interne étaient limitées[31]. En outre, il est intéressant de noter que les schémas des organes sexuels féminins affichés dans les salles de consultation étaient volontairement occultés jusque dans le service de santé féminine de l'hôpital central de Port-Vila. De tels schémas y étaient uniquement présentés dans la salle où les frottis cervico-vaginaux étaient réalisés. Les femmes enceintes se rendant à l'hôpital central n'avaient donc pas nécessairement accès à des images de l'anatomie sexuelle féminine.

Leikav – la spécialiste de la divination (*namunua*) de quatre-vingt-cinq ans que mes interlocuteurs de Seaside Tongoa me conseillèrent d'aller consulter et qui était également l'une de mes informatrices privilégiées – me fournit des explications nettement plus détaillées et tranchées que les autres habitants quant au processus d'engendrement. Elle dessina une poche munie de deux appendices pouvant correspondre à l'utérus et aux deux ovaires et désigna l'ensemble par les expressions bislama et namakura, *basket blo pikinini* et *natorik natete*, signifiant toutes deux littéralement « panier de l'enfant » (Figure 2)[32].

Leikav m'indiqua avoir vu ce « panier » lors d'échographies faites à l'hôpital central. Sur son dessin, elle ajouta une embouchure qu'elle appela *rod blo pikinini* ou *nahal natete*, c'est-à-dire « chemin de l'enfant ». Elle m'expliqua alors que le sang des règles s'agglutinait chaque mois dans le *natorik natete* de la femme jusqu'à former une toile. Le terme *nahog*, qui signifie saletés ou déchets, était utilisé par cette spécialiste de la divination pour désigner la toile ou le placenta constitué de sang sale (*nanda kakaka* ; voir chapitre 7, pages 303-304). Notons que les *bebet* ou spermatozoïdes étaient eux aussi parfois appelés *toti* (saletés, en bislama) par la *munua*. Elle précisa que lorsqu'un homme a un rapport sexuel avec une femme, ses *bebet* – appelées *nanda nataman* (« sang de l'homme ») en namakura – pénètrent à l'intérieur du *natorik natete*, non pas vraiment par le *nahal natete*, qui constitue selon elle une voie sacrée créée par Dieu et réservée à l'expulsion de l'enfant – le vagin donc –, mais par l'un des deux appendices – ovaires – de la femme. Si les *bebet* de l'homme entrent par l'excroissance droite, l'enfant sera de sexe féminin, si elles arrivent par l'excroissance gauche, il sera de sexe masculin. La vieille femme m'indiqua que les *bebet* de l'homme grandissent ensuite pendant neuf mois dans la toile de sang de la femme. L'enfant est ainsi formé, selon

[31] Entretien du 3 novembre 2011 avec des jeunes femmes âgées d'une petite vingtaine d'années ayant participé à l'atelier d'information de *Wan Smolbag*.
[32] Entretien du 20 novembre 2011.

cette spécialiste, par la mise en relation des *nanda* masculin et féminin. Demandant par quel chemin les *bebet* de l'homme se rendent dans l'une ou l'autre des appendices, la vieille femme montra quelques signes d'agacement et répliqua que seul Dieu connaît les réponses à mes questions.

Les propos de cette spécialiste de la divination – ancienne diaconesse qui avait réalisé des accouchements et donné naissance à au moins six enfants – laissent transparaître en même temps des compréhensions ancestrales, chrétiennes et biomédicales de la conception de l'être humain (voir Jolly, 2001 b : 286). Cependant, en dernière instance, c'est à Dieu qu'elle fit référence.

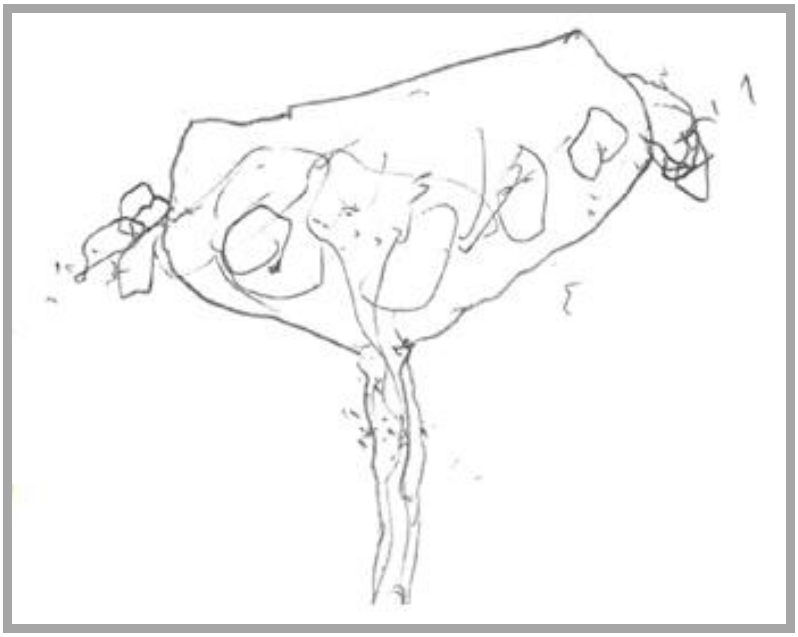


Figure 73. Un dessin d'une spécialiste de la divination représentant le « panier » et le « chemin de l'enfant » en coupe frontale, 2011

Lors de la séance d'information du 1er novembre 2011, les pairs éducateurs de *Wan Smolbag* indiquèrent aux participants que l'orifice vaginal (*vaginal opening*) servait à la fois pour l'écoulement des menstrues, l'expulsion de l'enfant et la pénétration du sexe de l'homme. Néanmoins, la croyance en l'existence de deux orifices féminins distincts, permettant l'accouchement des enfants pour l'un, et la pénétration de la verge pour l'autre, se retrouve dans le discours de plusieurs de mes interlocuteurs. Un homme originaire de l'île de Tongoa, qui avait eu essentiellement des relations sexuelles avec des personnes de sexe masculin, me dit ainsi :

> « Avant je pensais qu'il n'y avait qu'un seul trou chez la femme. C'est ce qu'un ami m'avait dit. Mais maintenant, je sais qu'elles en ont trois. Une infirmière m'a expliqué qu'elles en ont un pour uriner, un pour les hommes et un pour les bébés ».

Me montrant un schéma de l'appareil reproductif féminin qui se trouvait dans la salle d'attente de la clinique où nous discutions et où il était employé, il continua : « regarde ce dessin. Les spermatozoïdes arrivent par les ovaires et le bébé ressort par le vagin[33] ».

De même, une jeune femme ayant travaillé comme éducatrice à *Wan Smolbag* et un spécialiste de la médecine locale (*kleva*) de Seaside Tongoa m'affirmèrent, eux aussi, que l'enfant n'était pas expulsé par le même orifice que celui consacré aux relations sexuelles[34]. Le *kleva* âgé d'une quarantaine d'années me dit ainsi :

> « L'endroit utilisé par l'homme pour avoir du sexe, le *naasang natutu,* c'est de la simple chair. C'est un endroit sale où l'homme joue. C'est aussi par là que sortent l'urine et le sang menstruel. Alors que le *nambatin natutu* [la "dent de la vulve"], le *bek blo parot* [le "bec de perroquet", c'est-à-dire le clitoris], il est imberbe, propre, sain. Il est tabou. C'est une grotte, une pompe. Lorsque le *nambatin* de la femme est ouvert, elle ressent du plaisir et un liquide en sort. L'homme peut alors entrer dans ce trou. Le *nambatin* attire le sperme masculin à l'intérieur du panier de l'enfant et la femme tombe enceinte. Lors de l'accouchement, le bébé est expulsé du panier par le *nambatin* avant de passer par le *naasang*. Le *naasang* et le *nambatin* ont un tuyau en commun. Mais le bébé ne sort pas par l'endroit où l'homme a des relations sexuelles[35] ».

Devant mes difficultés d'intelligibilité, le spécialiste de la médecine locale alla chercher la feuille d'une plante, ressemblant d'après lui à une vulve, et m'en fit plusieurs dessins, afin que je comprenne comment le *naasang* et le *nambatin* étaient reliés (Figure 3).

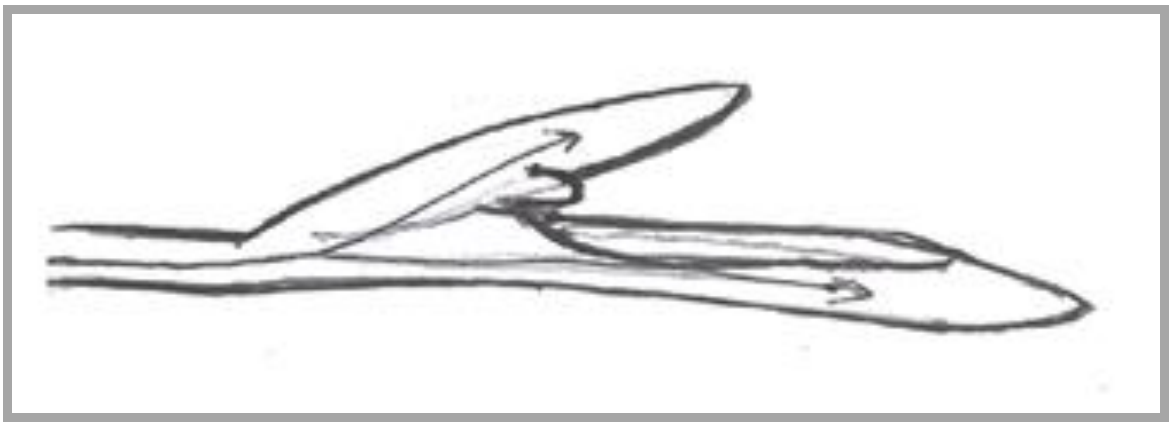


Figure 74. Un dessin d'un spécialiste de la médecine locale représentant une vulve, 2011

Si les explications de mes interlocuteurs différaient en certains points, on retrouve dans leurs conceptions de l'engendrement une forte réticence à associer la voie de l'accouchement et celle de la procréation. Je ne peux pas être sûre du rôle joué par la religion, par les croyances prémissionnaires, par l'école ou par les discours des acteurs de santé sexuelle et

[33] Entretien du 19 décembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[34] Entretien du 21 juin 2012 avec une jeune femme âgée d'une vingtaine d'années.
[35] Entretien du 11 décembre 2011 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.

reproductive dans la construction de ces représentations, mais il faut souligner ici le jugement moral qui sous-tend ces discours. Si les habitants de Seaside Tongoa ne niaient pas la corrélation entre l'acte sexuel et la grossesse, certains refusaient néanmoins de considérer que des fluides sexuels masculins et féminins conçus comme sales empruntent un orifice corporel pensé comme sacré[36].

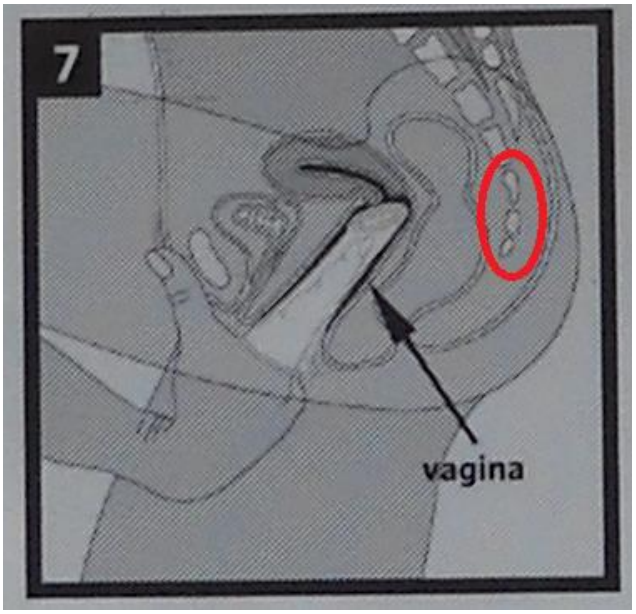


Figure 75. Les « trois jets » de sperme représentés, selon un spécialiste de la médecine locale, sur la couverture du *Safe Sex Kit* féminin, 2011

Les discours que j'ai recueillis à Seaside Tongoa au sujet de la composition du fœtus étaient eux aussi imprégnés de considérations morales. Si la spécialiste de la divination (*namunua*) resta quelque peu évasive quant à la formation et au développement de l'embryon, le spécialiste de la médecine locale (*kleva*) m'en fournit une description détaillée, mais parfois confuse. Selon lui, l'enfant est formé par le sperme chaud, la *tabu wota* (« eau taboue ») de l'homme, qui éjacule en « trois jets » : le premier constitue la tête, le second, le dos, et le troisième, les viscères et les jambes. Mon interlocuteur sortit de son sac la couverture cartonnée d'un *Safe Sex Kit* produit par l'agence UNFPA et me montra l'un des dessins renseignant sur la mise en place du préservatif féminin (Figure 4). Désignant trois vertèbres schématisées, il m'indiqua qu'elles représentaient les « trois jets » de sperme dont il venait de parler. Le sang de la femme, non pas celui des règles mais celui apporté par l'intermédiaire du cordon ombilical (*nabiton*), permet selon lui de maintenir ensemble ces « trois jets » et de nourrir l'« œuf de l'homme » (*naatol nataman*) ainsi constitué.

[36] Voir le chapitre 7 (pages 303-306) pour une analyse plus détaillée des discours autour de la contamination par les fluides sexuels.

D'après ce guérisseur traditionnel, le cordon ombilical est composé de trois vaisseaux : le premier transporte le sang de la mère jusqu'au cœur, au foie et aux grosses veines du fœtus ; le second conduit le sang jusqu'aux petites veines ; et le dernier apporte le sang alimentant l'enfant. Un autre vaisseau convoie de plus le liquide amniotique (*nariniti*) jusque dans le « panier du bébé ». Notons que, d'après cet homme, l'être humain est ainsi composé de plusieurs « sangs » (*nanda*), de plusieurs liquides vitaux différenciés :

> « Celui qui est dans la chair et qui coule lorsqu'on se coupe ; celui du cœur qui va dans les grosses veines ; celui qui est blanc et se trouve dans les jointures [*nariniti*, c'est-à-dire le liquide synovial et amniotique] ; celui des menstrues chez la femme et celui du sperme chez l'homme ».

Même si mes interlocuteurs de Seaside Tongoa distinguaient unanimement le sang menstruel du sang « propre » circulant dans le corps, plusieurs rejetèrent la théorie différenciant les sangs des petites et des grosses veines, présentée par ce spécialiste local[37].

Selon ce dernier, l'enfant est protégé du contact avec le sang menstruel et le liquide synovial servant à le maintenir au chaud, par une barrière étanche (*malalalang*). Ce spécialiste de la médecine locale minimisa ainsi le rôle joué par le sang menstruel dans la formation du fœtus humain, même s'il mentionna les fonctions nourricières et agglomérantes du sang maternel convoyé par le cordon ombilical. Leikav ne mit pas en doute la fonction primordiale jouée par les menstrues, mais elle n'apprécia guère que je souligne le fait qu'elle considère l'enfant, créé à l'image de Dieu, comme un être constitué de liquides qualifiés de sales.

Le rôle de Dieu dans la formation de l'enfant a été souligné par bon nombre de mes interlocuteurs de Seaside Tongoa (voir aussi Mallett, 1995 pour la Papouasie-Nouvelle-Guinée). Deux jeunes femmes de la communauté déclarèrent que l'esprit (*naatan*, voir chapitre 4, pages 189-190), le souffle de vie, était donné par Dieu lorsque l'embryon prenait forme humaine : « avant trois mois, ce n'est que de l'eau et du sang » me dirent-elles, « mais c'est Dieu qui a mis ça dans ton ventre. Donc si tu avortes, tu iras en enfer[38] ».

Un Ancien (*Elder*) de l'église presbytérienne et un pasteur de l'église adventiste m'expliquèrent, quant à eux, que l'esprit de Dieu était dans l'enfant, même s'il se trouvait encore à l'état liquide dans le ventre de sa mère. Les deux hommes me racontèrent également que l'être humain débutait à la « rencontre de l'ovule et du sperme »[39]. L'intervention de l'esprit divin était donc considérée comme indispensable à l'engendrement d'un être humain

[37] Entretiens du 20 novembre 2011 avec une femme âgée de quatre-vingt-cinq ans et du 29 novembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années, en l'occurrence deux spécialistes.
[38] Entretien du 21 juin 2012 avec deux femmes âgées d'une vingtaine d'années.
[39] Entretiens du 1er juillet 2012 avec un Ancien presbytérien âgé d'une quarantaine d'années et du 3 juillet 2012 avec un pasteur adventiste âgé d'une trentaine d'années.

(voir Walter, 1988 : 50), mais je montrerai dans le chapitre 7 que certains « esprits sacrés » (*naetatam*) pouvaient également être vus comme à l'origine d'une grossesse, bien que celle-ci atteignît rarement son terme.

Walter note que la plupart des sociétés du Pacifique affirment que le fœtus se forme à partir de la gélification du sang menstruel matriciel, l'homme ayant alors essentiellement pour rôle de bloquer ce liquide (1988 : 46-48 ; voir aussi Jolly, 1997 [1994] : 143-144). J'ai cependant montré plus haut que dans les deux principales interprétations de la fécondation que j'ai recueillies à Seaside Tongoa, c'est le sperme qui se solidifie par le biais du sang maternel, ombilical ou menstruel, et par celui d'une intervention divine. Contrairement aux croyances rapportées par Walter (1988 : 48), Jolly (1997 [1994] : 144) ou encore Speiser (1996 [1923] : 253), cette alchimie était vue à Seaside Tongoa comme pouvant se réaliser après un acte sexuel unique. L'engendrement d'un être humain n'était pas considéré comme nécessitant le déroulement de plusieurs rapports sexuels. En outre, à l'inverse des données collectées dans la plupart des sociétés de Papouasie-Nouvelle-Guinée, le sang maternel et le sperme n'étaient pas explicitement considérés à Seaside Tongoa comme générant des parties différentes du corps du fœtus, telles que la chair *versus* les os (Gibbs, 1977 : 168 ; Bonnemère, 1996 : 228). J'ai en effet indiqué que la formation de chacun des organes et des fluides du corps de l'enfant était conçue comme nécessitant le mélange de substances masculines (le sperme) et de substances féminines (le sang maternel), ainsi que la volonté divine.

Dans la vision de la grossesse et du développement intra-utérin présente à Seaside Tongoa, la femme n'était donc pas vue comme un simple réceptacle, comme cela fut rapporté dans certaines parties de la Papouasie-Nouvelle-Guinée (Godelier, 2003 [1982]). Elle était conçue comme agglomérant, alimentant le fœtus et constituant, du moins en partie, son sang. Le sperme n'était pas considéré comme nourrissant ou contribuant à la croissance de l'enfant, à l'inverse de ce que pensaient par exemple les Baruya étudiés par Maurice Godelier (2003 [1982] : 90). À Seaside Tongoa, les relations sexuelles avec une femme enceinte étaient prohibées à partir du moment où les « trois jets » de sperme étaient assemblés. Le spécialiste de la médecine locale m'indiqua ainsi qu'avoir un rapport sexuel avec une femme enceinte de plus de trois mois risquerait de disjoindre l'embryon et de provoquer une expulsion prématurée (voir aussi Bonnemère, 1996 : 228 pour la Papouasie-Nouvelle-Guinée)[40].

[40] Entretiens du 11 décembre 2011 et du 29 novembre 2011 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.

Les habitants de Seaside Tongoa pensaient donc que l'engendrement *in utero* nécessitait une intervention divine et que l'être humain possédait, dès sa conception, deux types de substances : il est relié à son père par le biais de substances masculines et à sa mère par le biais de substances féminines. Le spécialiste de la médecine locale qui me présenta sa vision de la formation et du développement de l'embryon m'expliqua que, bien que le fœtus fût à la fois constitué de substances maternelles et paternelles, l'enfant pouvait hériter les attitudes ou l'apparence d'un seul de ses deux parents, en fonction de la force et de la vitalité de leurs substances. Par l'incorporation d'un sang maternel « fort » au stade prénatal, l'enfant peut se voir transmettre les traits physiques ou de caractère de sa mère ou au contraire ceux de son père. Le développement du fœtus et de l'enfant était donc vu comme dépendant de la vitalité des substances qui le compose, mais les comportements de ses parents pouvaient également influencer le bon déroulement de sa croissance.

5.2.2 La vulnérabilité du fœtus et du nouveau-né

Dans de nombreuses sociétés du Vanuatu, la femme enceinte, mais aussi parfois le futur père de l'enfant, était dans le passé soumise à des interdits et des prescriptions alimentaires. Lors de mes recherches à Seaside Tongoa, ces recommandations étaient essentiellement émises par le personnel du service de santé féminine de l'hôpital central de Port-Vila, qui conseillait aux femmes enceintes de consommer davantage de fruits et de légumes verts qu'à l'ordinaire (Figure 5). Alexandra Widmer note que dans les années 1950-1960, les infirmières de Port-Vila fournissaient déjà des conseils aux femmes enceintes et aux jeunes mères dans les soins à apporter à leurs enfants (2011 : 105). Mais en 2011-2012, les sages-femmes et les infirmières pouvaient également présenter aux femmes les types d'aliments à consommer pour choisir le sexe de leur bébé ou leur indiquer de se renseigner elles-mêmes sur Internet[41].

Notons qu'avoir des enfants des deux sexes était considéré comme primordial pour la grande majorité de mes interlocuteurs de la communauté[42]. Dans les chapitres précédents, on a vu que la transmission des titres et des terres se faisaient souvent de père en fils, tandis qu'avoir une fille permettait de créer et d'entretenir des relations *via* son mariage et de disposer d'une aide pour s'occuper de la maison[43].

[41] Observation du 15 juillet 2011 dans un établissement de santé de Port-Vila.
[42] Et si ce n'était pas le cas, des garçons étaient préférés à des filles.
[43] Entretiens du 13 août 2012 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années, du 3 août 2012 avec une jeune-fille de dix-huit ans et du 4 juin 2011 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.

Figure 76. L'une des salles de consultation du service de santé féminine de l'hôpital central, 2011

Le spécialiste de la médecine locale de Seaside Tongoa qui me décrivit la formation de l'embryon m'expliqua que les femmes enceintes devaient également éviter de manger ce qui était trop « dur », tel les tubercules cuits sur les braises. Aucun de mes interlocuteurs de la communauté ne m'indiqua l'existence de restrictions entourant la consommation de viande ou de poisson, alors qu'elles portaient principalement sur ce type d'aliments dans les autres régions de l'archipel[44]. La roussette, le crabe de cocotier, le coquillage, la tortue ou la pieuvre étaient souvent bannis de l'alimentation des femmes enceintes des autres îles, afin de ne pas entraver l'accouchement ou provoquer chez l'enfant des symptômes rappelant les particularités physiques ou les habitudes de ces animaux (Walter, 1988 : 52-58 ; Jolly, 1997 [1994] : 144 ; Speiser, 1996 [1923] : 253 ; Codrington, 1957 : 228 ; Hess, 2009 : 71-72). Walter souligne néanmoins, dès les années 1980, que ces interdits alimentaires étaient peu respectés et que certaines croyances étaient d'ores et déjà oubliées (1988 : 52-58).

Les nouveau-nés comme les fœtus étaient considérés comme des êtres particulièrement perméables et vulnérables. Ainsi, des restrictions alimentaires étaient autrefois recommandées aux femmes allaitantes. Sur l'île de Tongoa, les jeunes enfants devaient de préférence rester au village pour ne pas risquer d'être attaqués par des « esprits de la forêt » (*bus spirit*) (voir chapitre 7, pages 313-316 ; voir aussi Walter, 1988 : 76-80 ; Jolly, 2001 a : 182). De même, au moment de mes recherches à Seaside Tongoa, les nourrissons ne pouvaient pas être conduits dans les jardins situés en zone périurbaine, à moins d'avoir été préalablement

[44] Entretiens du 11 décembre 2011 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années, du 25 octobre 2011 avec une femme âgée d'une quarantaine d'années et du 19 juin 2012 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.

baptisés à l'église presbytérienne. Le baptême, qui marque le début officiel de la relation d'échange avec Dieu, leur assurait ainsi une protection contre les esprits occupant la forêt[45]. Les mères allaitaient leurs nouveau-nés jour et nuit, sauf s'ils avaient été confiés à une autre femme de la communauté, lorsque la première travaillait, par exemple. Notons que quelques jeunes pères sans emploi s'occupaient également de leur bébé à Seaside Tongoa, leur donnant à boire du lait de croissance en poudre acheté dans le commerce, mais ces derniers tendaient à ne pas apprécier de se charger de ces tâches jugées féminines (voir page 224)[46].

À l'âge de six mois, les enfants de la communauté commençaient à être alimentés de « légumes racines » que leurs mères, ou un autre parent, avaient finement prémâchés. Selon plusieurs de mes interlocuteurs, le mélange de la salive avec les tubercules, et de manière générale, la consommation d'*aelan kaka*e (« nourriture de l'île ») – c'est-à-dire d'aliments ayant poussé localement, tels le manioc, l'igname ou le taro – constituait un moyen efficace de renforcer le corps. Par contraste, la nourriture importée, dont la consommation était à présent généralisée à Seaside Tongoa (riz, conserves, nouilles instantanées), était considérée comme engendrant l'affaiblissement et l'amenuisement corporel des habitants de la communauté[47]. Dans le chapitre précédent, nous avons vu que la préparation, l'échange, le partage et la consommation de nourriture lors des rituels de mariage et des funérailles, permettaient d'établir ou de réaffirmer des relations entre les groupes et de constituer la personne en tant qu'être fondamentalement relationnel et que sujet ancré dans un lieu. Or, l'incorporation d'aliments spécifiques permettait également d'acquérir une qualité particulière à un niveau plus individuel : la force physique (voir Hess, 2009 : 75-80).

En résumé, les représentations des habitants de Seaside Tongoa de la conception et du développement intra-utérin sont multiples et reflètent l'influence de différentes sources d'information : les établissements de santé, les actions de prévention, la religion, les savoirs ancestraux, les nouvelles technologies d'information et de communication, etc. Néanmoins, j'ai montré que la personne à Seaside Tongoa était principalement considérée comme composée du mélange *in utero* de substances maternelles et paternelles, ainsi que d'un souffle de vie divin. On peut d'ailleurs supposer que la représentation du fœtus comme sacré allait à l'encontre de l'application des messages de prévention et d'espacement des naissances diffusés à Port-Vila. Notons que la religion a marqué avec force les conceptions du vagin (*rod blo pikinini*). Même si les organismes de prévention expliquaient que l'orifice vaginal servait

[45] Entretien du 14 octobre 2012 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.
[46] Entretien du 14 octobre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[47] Entretien du 27 juin 2012 avec une femme âgée d'une vingtaine d'années et du 22 juillet 2012 avec une femme de quatre-vingt-cinq ans.

à la fois à l'expulsion du nourrisson et à la pénétration du pénis, mes interlocuteurs de Seaside Tongoa persistaient à distinguer les voies de l'accouchement et de la procréation, séparant *de facto* l'enfant créé à l'image de Dieu et les plaisirs de la chair. L'utérus et la voie de l'accouchement continuaient ainsi à être considérés comme sacrés, même si la femme avait été en contact avec des liquides sexuels qualifiés de sales. J'ai indiqué aussi que le fœtus et le nouveau-né étaient vus comme vulnérables et perméables tant qu'une relation d'échange avec Dieu n'avait pas été clairement amorcée et que le corps récemment constitué n'avait pas été renforcé par la consommation de nourriture issue du lieu (*ples*). L'intervention divine était donc jugée comme particulièrement importante dans l'engendrement et la bonne santé de l'être humain. Du fait de cette intervention, l'enfant qui naissait à Seaside Tongoa était déjà considéré comme une personne parce que créé à l'image de Dieu. L'avortement et l'infanticide étaient décriés dans la communauté, alors que ces actes n'étaient pas nécessairement condamnés dans d'autres sociétés mélanésiennes moins christianisées (voir, par exemple, Bonnemère, 2009). Dans la prochaine section de ce chapitre, nous allons cependant voir que les rituels liés à la naissance et à l'enfance étaient également considérés à Seaside Tongoa comme primordiaux dans la construction de personnes fertiles et perçues comme intrinsèquement relationnelles.

5.3 Les rituels entourant l'enfance

5.3.1 L'accouchement et la fête de la naissance

À Seaside Tongoa, les femmes enceintes étaient suivies par le personnel du service de santé féminine et accouchaient à la maternité de l'hôpital central. Les parturientes attendaient généralement la dilation quasi complète de leur col utérin avant de franchir les portes de l'hôpital, où elles mettaient au monde leur enfant avec l'aide d'une sage-femme ou d'une infirmière, sans péridurale. Une mère ou une sœur pouvait les accompagner. J'ai également observé en juillet 2011 un homme assister son épouse et une femme soutenir sa belle-sœur en train d'accoucher, mais ces individus ne faisaient pas partie de la communauté (Figure 6)[48]. En attendant le moment propice pour se rendre à la maternité, les parturientes restaient à Seaside Tongoa et buvaient de l'eau sur laquelle une spécialiste de la divination (*namunua*) avait soufflé et prié (voir chapitre 7, pages 347-348). Certaines femmes consommaient également du kava pour faciliter la décontraction de leur corps. La *munua* qui leur fournissait

[48] Observation du 13 juillet 2011 à la maternité de l'hôpital central de Port-Vila.

de l'eau était souvent celle qui les avait massées et qui avait aidé leur fœtus à se retourner la tête vers le fond de l'utérus à la fin de leur grossesse (voir aussi Walter, 1988 : 60, 92-93).

Même si Seaside Tongoa était limitrophe de l'hôpital central, les accouchements des femmes de cette communauté n'impliquaient donc pas uniquement le personnel de santé. Des guérisseurs locaux (*namunua* ou *kleva*) intervenaient également, dans une certaine mesure, auprès des femmes enceintes. En 2011-2012, la fête entourant la naissance d'un enfant à Seaside Tongoa n'avait néanmoins plus comme objectif de remercier les femmes de la communauté qui avaient aidé à l'accouchement et vu les « parties intimes » (*tabu pat*) de la parturiente, puisque la phase d'expulsion avait dorénavant le plus souvent lieu à l'hôpital central. La fête de naissance visait principalement à commencer l'intégration progressive de l'enfant dans un réseau d'échanges.

Figure 77. La salle d'accouchement de la maternité de l'hôpital central, 2011

Lors de son terrain de recherche dans le village de Purau sur l'île de Tongoa, Susanna Katharine Kelly indique que les échanges de nourriture, mais aussi d'objets, et en particulier de nattes, qui avaient lieu dix jours après la naissance d'un enfant, représentaient le commencement de sa vie en tant qu'individu social, ou, pourrait-on dire, que personne (1999 : 292). Au cours de mes séjours à Seaside Tongoa, les enfants participaient également, dès leur naissance, à des échanges. Sitôt sortie de la maternité, une fête fut organisée en l'honneur de Johi. La mère de ce petit garçon résidait habituellement sur l'île de Tongoa, mais elle était venue s'installer quelques mois auparavant dans la communauté afin de bénéficier des soins de sa grand-mère maternelle Leikav, ainsi que de ceux du service de santé féminine de l'hôpital central de Port-Vila. Le 5 juillet 2012, Johi était tout juste âgé de 24 heures. Les

membres de ses familles maternelle et paternelle qui vivaient à Seaside Tongoa apportèrent des aliments crus à ses grands-mères et tantes maternelles. Celles-ci les cuisinèrent et redistribuèrent la nourriture cuite aux différents donneurs dont les noms avaient été préalablement inscrits sur un cahier. Le père de Johi resté à Tongoa fit parvenir du kava que les oncles maternels du nouveau-né résidant à Seaside préparèrent pour la soirée[49].

Les échanges réalisés à l'occasion d'une naissance à Seaside Tongoa ressemblaient fortement à ceux qui ont lieu lors de funérailles. Nous avons vu (chapitre 4) que, lors du décès de Bubu Tobby, ses proches apportèrent des objets et de la nourriture crue et reçurent en échange une assiette d'aliments cuits, ainsi qu'au « cinquième jour » des portions de viande. Aucune redistribution de morceaux de viande crue ne fut réalisée lors de la fête de naissance de Johi, mais les visiteurs qui avait apporté des conteneurs ou de grandes assiettes vides repartirent ou se virent livrer des portions de *bougna* – ce plat à base de tubercules cuit à l'étouffée dans un four à pierres chaudes.

Des habitants de Seaside Tongoa m'expliquèrent qu'autrefois, sur l'île de Tongoa, ce type de fête était organisé cinq ou dix jours après la naissance de l'enfant. La femme accouchait chez elle, avec l'aide d'une grand-mère maternelle ou paternelle. La parturiente pouvait être entourée de mères ou de sœurs, mais en aucun cas de tantes classificatoires, dont la présence aurait été interprétée comme un manque de respect (*respek*) (voir chapitre 4, page 153). Lorsqu'une femme accouchait à la maison, celles qui se trouvaient à ses côtés – tout comme celles qui encore aujourd'hui veillent le mort à l'occasion de funérailles[50] – ne pouvaient en aucun cas s'éloigner de la hutte. D'autres personnes lavaient leur linge, se rendaient au jardin, cuisinaient et apportaient à manger à la femme en couche et à ses assistantes. Un feu était allumé au-dessus de l'emplacement où le placenta était enterré. La vieille femme qui avait aidé à la mise au monde de l'enfant dormait auprès de ce foyer. Au moment de la mise en terre du placenta, la grand-mère tapait des pieds en chantant en ancien namakura *vareo, vareo* (« *nakamal, nakamal* », voir chapitre 3, page 139), s'il s'agissait d'un garçon, ou bien *esumo, esumo* (« maison, maison »), s'il s'agissait d'une fille. Elle annonçait ainsi à toute la communauté le sexe du nouveau-né en faisant référence à une division sexuée du village[51]. Margaret Jolly (1997 [1994] : 53) et Lissant Bolton (2003 b : 53-56) ont montré qu'au Vanuatu, l'identification des espaces masculins comme « publics » et des espaces

[49] Observation directe et entretien du 5 juillet 2012 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.
[50] Comparaison entre l'accouchement et les funérailles réalisée le 19 juillet 2012 par l'une de mes interlocutrices, une femme âgée d'une trentaine d'années.
[51] Entretiens du 22 juillet 2012 avec une femme âgée d'une trentaine d'années, du 22 juillet 2012 avec une femme de quatre-vingt-cinq ans et du 19 juillet 2012 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.

féminins comme « domestiques » n'était pas propre à toutes les sociétés, mais que sous l'influence d'expatriés, les représentations eurocentrées de la division spatiale ont eu tendance à se répandre. Les missionnaires chrétiens ont ainsi essayé de « domestiquer » les femmes ni-Vanuatu en redirigeant leur activité des jardins à la maison et en faisant la promotion d'une forme d'identité féminine basée sur la maternité (Jolly, 1997 [1994] : 53). Les agents du Condominium ont, quant à eux, établi de nouvelles inégalités entre les sexes dans les structures coloniales, sur la base d'une distinction entre public et privé (Bolton, 2003 b : 56).

Au cours de mes recherches à Seaside Tongoa, le sexe de l'enfant n'était plus annoncé en utilisant les termes *esumo* ou *vareo*, mais les tâches qui me furent décrites comme féminines étaient les suivantes : nettoyer la maison, préparer les repas quotidiens, laver le linge, donner naissance à des enfants, prendre soin de la famille, aller au jardin, etc. Même s'il n'était pas interdit à un homme de participer à ces activités, elles restaient majoritairement réservées, dans les faits et dans les discours, à l'autre sexe. L'homme devait couper le bois, dépecer une vache, saigner un cochon et accompagner sa femme au jardin afin de réaliser les tâches les plus physiques[52]. Notons cependant que dans la communauté, se promener (*wokbaot*) avec sa femme ou engager avec elle de longues conversations en public engendrait généralement de vives moqueries. Un couple ne se montrait ainsi ensemble dans les ruelles de Seaside Tongoa que s'il se déplaçait dans un but précis : aller au magasin ou à l'église, par exemple[53].

Au cinquième jour suivant la naissance, de petites incisions étaient réalisées sur le corps du nourrisson, quel que soit son sexe, afin d'évacuer le « mauvais sang » et rendre souples ses articulations, pratique qui était encore quelquefois réalisée en 2011-2012 à Seaside Tongoa. La mère et l'enfant étaient ensuite lavés avec de l'eau de mer et un repas était organisé dans le but de « payer » toutes les personnes restées recluses et venues en aide à la nouvelle mère. Des paniers, des pièces de tissu et de l'argent leur étaient également distribués[54].

5.3.2 Les noms personnels et l'interdiction d'entrer en contact physique avec son homonyme

Au moment de mes recherches à Seaside Tongoa, lorsqu'un enfant naissait, ses parents ne choisissaient généralement pas son prénom. Quelques heures ou quelques jours après sa

[52] Entretiens du 17 août 2009 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années, du 13 août 2009 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années, du 29 octobre 2009 avec un homme âgé d'une trentaine d'années, du 18 novembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années, séance du 1er novembre 2011 de l'atelier de prévention mené à Seaside Tongoa, etc.
[53] Entretien du 14 décembre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années et observations quotidiennes.
[54] Entretiens du 22 juillet 2012 avec une femme de quatre-vingt-cinq ans et du 8 août 2012 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.

naissance, la sœur de son père si le nouveau-né était de sexe féminin, le frère de sa mère s'il était de sexe masculin, venait lui apporter un cadeau, un vêtement, par exemple, et lui donnait à cette même occasion l'un des prénoms qu'il portait lui-même (Figure 7). La tante paternelle et la nièce allaient alors s'appeler toutes les deux Annie, mais ce schéma de transmission demeurait quelque peu théorique. Dans les faits, les grands-parents ou les multiples tantes et oncles classificatoires de la communauté pouvaient, s'ils le souhaitaient, donner leur prénom au nouveau-né, quel que soit le sexe de ce dernier. Cela étant dit, je n'ai entendu aucun prénom mixte à Seaside Tongoa, même si la plupart des prénoms masculins disposaient d'équivalents féminins : Pakoa/Leipakoa, Alick/Alice, Daniel/Daniela, etc. Un nouveau-né pouvait également prendre le prénom d'une personne qui avait marqué les esprits ou partagé du temps avec ses proches, comme un missionnaire, une anthropologue ou un joueur de football à la renommée internationale. Le choix des prénoms pouvait ainsi y être influencé par le programme de télévision, même si ce cas de figure demeurait rare et critiqué par mes interlocuteurs, car donner le prénom d'une célébrité à un enfant ne lui permettait pas d'établir une relation concrète avec son homonyme. Mais, de toute façon, l'enfant se voyait attribuer plusieurs prénoms, ainsi qu'un prénom biblique lors de son baptême religieux. Ses parents choisissaient ensuite de quels prénoms ils souhaitaient faire usage et dans quels contextes : l'un pouvait par exemple être utilisé dans la communauté, un autre employé à l'école. Mais étant donné qu'un même prénom était souvent porté par plusieurs résidents de la communauté, les différents prénoms d'une personne pouvaient être accolés, pour raison de clarté.

Jusque dans les années 1980, de nombreuses petites filles de Seaside Tongoa, ou de l'île de Tongoa, recevaient à la naissance un prénom composé de la marque du féminin *Lei* (Leikav, Leibununa, Leisande). Et de nombreux petits garçons étaient nommés Pakoa[55]. En 2011-2012, *Lei* et *Pakoa* étaient des termes qui servaient encore à appeler une personne de sexe féminin ou masculin avec respect en namakura. Il fut également un temps à la mode de faire usage des prénoms à consonance biblique. Seaside Tongoa comptait ainsi plusieurs personnes prénommées Sera, Esther, Ruth, Marie, Amos ou encore Joseph. Depuis quelques années, les habitants de la communauté ont cependant commencé à créer de nouveaux prénoms en agençant les lettres ou les syllabes de prénoms déjà existants. Né au début des années 2000, Lino tenait par exemple son nom de la sœur adoptive de sa grand-mère paternelle, Lili, et de la voisine originaire du village de Purau, Nora, qui l'ont toutes

[55] Notons que, de la même manière, sur l'île de Mallicolo, l'oncle maternel qui donnait, dans les années 1930, son nom à l'enfant y ajoutait le préfixe *Le*, lorsque celui-ci était de sexe féminin (Harrisson, 1937 : 42).

deux aidé à venir au monde parce que sa mère a accouché au milieu du salon, avant de pouvoir se rendre à l'hôpital central. De même, en 2011, à la naissance de leur nièce, John, Leiwia, Roy, Tom et Charline souhaitèrent chacun lui donner leur prénom. La petite-fille fut de ce fait nommée Jeroline, en utilisant le j de John, le e de Leiwia, le r de Roy, le o de Tom et le line de Charline[56]. De la même manière que les rituels de funérailles et de mariages impliquaient, au moment de mes recherches à Seaside Tongoa, davantage de donneurs et de biens qu'auparavant (voir chapitre 4, page 163), on peut supposer que le nouveau système de construction des prénoms reflète une volonté des membres de la communauté d'étendre et de diversifier les liens sociaux d'une personne pour l'avenir (Rio, 2007 a).

Figure 78. La visite de proches dans la salle de repos de la maternité de l'hôpital central, 2011

À Seaside Tongoa, les hommes et les femmes qui avaient donné leurs prénoms à un nouveau-né étaient tenus de ne pas entrer en contact physique avec lui ou elle jusqu'à ce qu'une cérémonie soit organisée. Lors de ce rituel, la personne par l'intermédiaire de son entourage apporte des présents à ses homonymes (quatre nattes, deux cochons et un bœuf) en leur serrant la main. Les personnes qui ont transmis leurs prénoms offrent alors, en retour, les mêmes dons, mais en double : ici huit nattes, quatre cochons et deux bœufs[57]. Cette cérémonie pouvait donc s'avérer onéreuse, surtout lorsqu'elle concernait un garçon[58]. Le rituel se déroulait de ce fait au moment de la première coupe de cheveux, du premier rasage, voire lors des funérailles de l'homonyme. Dans ce dernier cas, l'héritier du nom touche le défunt en

[56] Entretiens du 9 juin 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années, du 17 octobre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années, du 15 novembre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années, etc.
[57] Entretien du 13 août 2012 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[58] Mes interlocuteurs ne m'expliquèrent pas pourquoi cette cérémonie était plus onéreuse lorsqu'elle concernait un garçon.

apportant un petit présent, sans que le mort ou sa famille ait à donner quoi que ce soit en retour (voir les funérailles de Bubu Tobby décrites dans le chapitre 4, page 182). Ceci étant dit, il arrive que les deux personnes portant le même nom se touchent par inadvertance, entraînant par là même l'organisation du rituel en urgence.

Cette pratique constitue théoriquement une marque de respect vis-à-vis des personnes destinées à devenir les beaux-parents d'Ego, en l'occurrence ses oncles maternels et ses tantes paternelles, ceux qui sont aussi censés lui donner ses prénoms (puisqu'on a vu que le mariage préférentiel est celui avec la cousine croisée)[59]. Cette cérémonie contribue à intégrer le petit garçon ou la petite fille dans des réseaux d'échanges, de dons et de contre-dons avec les membres de son groupe de consanguins, ceux qui l'ont aidé à amasser les biens, et avec ses (futurs) affins, ses homonymes et leur entourage.

À Seaside Tongoa, les prénoms étaient également utilisés comme noms de famille. Ainsi, un enfant portait en guise de nom l'un des prénoms de son père. Si celui-ci ne souhaitait pas reconnaître le nouveau-né comme étant le sien ou était en conflit avec sa mère, l'enfant se voyait alors attribuer l'un des prénoms de son grand-père maternel. Lorsqu'une femme se mariait, elle cessait d'utiliser comme nom de famille le prénom de son père et endossait l'un de ceux de son mari. Néanmoins, les noms de famille étaient peu utilisés dans la communauté pour désigner ou s'adresser à une personne et davantage réservés à un usage administratif, comme à l'école ou à l'hôpital. Les prénoms pouvaient être employés pour faire référence à une personne, mais, en tant que marque de respect, un terme de parenté, tel que *pop* (« papa ») en namakura ou *anti* (« tata ») en bislama (voir chapitre 4, pages 149-157), précédait généralement le prénom de la personne désignée.

Les prénoms étaient également utilisés dans la formation des teknonymes[60]. Dans la communauté, seuls les enfants étaient appelés par leurs prénoms. En utilisant le terme bislama *blo* ou namakura *ani* (« à/de »), Ego pouvait être désigné par le biais de n'importe lequel de ses parents, comme dans *anu blo Marie* (« maman de Marie ») et *tat ani Robert* (« mémé de Robert »)[61]. Le nom personnel utilisé dans la formation d'un teknonyme n'était pas nécessairement celui du premier-né ou d'une personne de sexe masculin, mais pouvait être celui de l'individu le mieux connu par les différents interlocuteurs. En effet, la formation d'un

[59] Entretien du 3 août 2012 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.
[60] Dans *La pensée sauvage*, Claude Lévi-Strauss définit le teknonyme comme une appellation « exprimant une relation à un soi autre », comme un terme « se référant à un lien de parenté » (1962 : 254).
[61] Alors que Geertz (1973 [1966] : 377) notait qu'à Bali, les teknonymes divisaient le hameau entre les personnes avec et les personnes sans enfant, ces termes ne jouaient pas un tel rôle à Seaside Tongoa puisqu'un nouveau-né pouvait déjà être appelé *pop* (« papa »), voire *bubu* (« pépé »), du fait du système terminologique de parenté en vigueur dans sa communauté (voir chapitre 4, pages 149-157).

teknonyme ne dépendait pas uniquement de la personne qui parle et de celle qui est désignée, mais aussi du ou des interlocuteurs de la première. De plus, le teknonyme utilisé par Ego mentionnait généralement la relation que son interlocuteur, ou lui-même, entretenait avec le désigné. L'appellation *bubu ani titi Robert* (« pépé de frère Robert ») était par exemple plus fréquemment employée à Seaside Tongoa, que *bubu ani Robert* (« pépé de Robert »). La première se référait non plus à un, mais à deux liens de parenté : celui entre Robert et son « grand-père » et celui entre l'interlocuteur d'Ego, ou bien Ego, et Robert. Lorsqu'Ego parlait en présence d'un enfant ou d'une jeune personne, il tendait à utiliser les termes de parenté employés par son interlocuteur, afin qu'il apprenne les termes dont il devait faire usage dans le système de famille étendue (Pakoa, 1987 : 4-5).

Les noms de famille et les prénoms utilisés à Seaside Tongoa ne constituent donc pas des attributs « intensément privés » ou individuels, mais ils reflètent l'existence de connexions familiales *via* leurs différents modes de transmission (voir Geertz, 1973 [1966] : 370). Ces « termes relationnels » que sont les teknonymes soulignent les façons dont les personnes se perçoivent et sont perçues dans la communauté : comme des affins ou bien des consanguins (voir Lévi-Strauss, 1962 : 254). L'interdiction d'entrer en contact avec son homonyme fait écho à la relation de respect (*respek*) et d'évitement (*stewe*) qu'Ego doit entretenir avec ses oncles maternels et ses tantes paternelles, des personnes théoriquement destinées à devenir ses beaux-parents, mais dont le rôle est également de contribuer à son développement.

5.3.3 Les actions effectuées pour la première fois

Dans le chapitre 4, nous avons vu qu'à Seaside Tongoa, l'enfant appartient au *nakamal* de son père à partir du moment où la compensation matrimoniale a été versée. Ce recrutement ne signifie pas que les parents maternels cessent d'intervenir dans la croissance de l'enfant. Par exemple, la première fois qu'une petite fille ou qu'un petit garçon prend le bateau ou l'avion, son père doit théoriquement faire des dons à ses oncles maternels. En cas d'oubli, ces derniers peuvent aller chercher tout ce qu'ils souhaitent dans le jardin, l'enclos ou le magasin de ce père négligent. Un habitant de Seaside Tongoa me raconta ainsi l'histoire d'un homme de la communauté et de son fils :

> Alors qu'ils traversaient le lagon (*Ekasuvat Lagoon*) en canoë afin de se rendre dans le village d'Erakor (Figure 4, page 20), l'un des oncles maternels de l'enfant les aperçut. Réalisant que le jeune garçon voyageait en mer pour la première fois, il appela ses frères qui se rendirent dans le jardin

> de l'homme afin de prendre possession de tout ce qu'ils souhaitaient y acquérir, avant leur retour[62].

Mon interlocuteur ne me confia pas la signification de cette pratique, mais on peut imaginer que le rituel réalisé à Seaside Tongoa par les oncles maternels d'Ego lorsque celui-ci voyage pour la première fois en mer symbolise leur mécontentement face au danger encouru par l'enfant lors de son déplacement. Ils se servent dans le jardin de leur beau-frère, le père de l'enfant, pour obtenir l'équivalent d'une compensation. Ce rituel peut également refléter la volonté des oncles maternels de conserver l'enfant à leurs côtés, celui-ci étant, en vertu du mariage préférentiel entre cousins croisés, un futur affin potentiel.

Dans les années 1980, sur l'île de Pentecôte, Walter (1983 : 30) indiquait qu'une mère devait offrir une natte à la tante paternelle de son enfant à chaque fois que celui-ci réalisait quelque chose pour la première fois : lorsque sa première dent poussait, lorsqu'il faisait ses premiers pas, prononçait ses premiers mots, tissait son premier panier, cuisinait son premier *laplap* (purée de tubercules cuite dans des feuilles de bananier), etc. Mes interlocuteurs de Seaside Tongoa mentionnèrent l'existence de certains de ces rituels entourant les actions réalisées pour la première fois mais lorsque je séjournais dans la communauté, la pratique se raréfiait. Seuls les rituels de la première coupe de cheveux et du premier rasage semblaient perdurer.

À Seaside Tongoa, quand l'oncle maternel décide de couper les cheveux de son neveu (vers 4-5 ans) ou de lui raser le visage pour la première fois (vers 17-20 ans), il achète un rasoir dans un magasin et fait préparer un repas par son entourage. Si un enfant a reçu les prénoms de plusieurs de ses oncles maternels, l'acte est assuré par le premier-né d'entre eux. Celui qui effectue ce rituel n'est pas nécessairement celui qui a donné son prénom de naissance à l'enfant ou au jeune homme, mais ce dernier peut recevoir à ces occasions un autre prénom des mains de l'officiant[63]. Dans le passé, lorsque l'oncle maternel, ou parfois la tante paternelle, coupait pour la première fois les cheveux d'une petite fille, une cérémonie était organisée. À Seaside Tongoa, ce rituel pour les petites filles est cependant de moins en moins souvent organisé. Aucune explication ne m'a été donnée quant aux significations de cette pratique. Lamont Lindstrom relève que sur l'île de Tanna, la première coupe de cheveux était réalisée afin que l'enfant grandisse rapidement et sans être malade (1980 : 232). Bonnemère souligne que les cheveux des petits garçons et des petites filles ankave n'étaient pas conservés dans un même type de végétal, une fois coupés (1996 : 271-272). N'ayant pas

[62] Entretien du 15 octobre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[63] Entretien du 25 septembre 2011 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années.

recueilli d'informations à ce propos, je ne peux pas affirmer que la première coupe de cheveux représente un procédé de différenciation sexuelle. Néanmoins, nous pouvons supposer que cette cérémonie, tout comme celle du premier rasage, a pour objectif la croissance physique et sociale de l'enfant. Une fois rasé, le jeune homme obtient en effet le droit de fumer du tabac et de boire de l'alcool et du kava, et par-là même, de communiquer avec les ancêtres (Lindstrom, 1980, voir chapitre 8, page 343).

Même si, à Seaside Tongoa, l'enfant n'appartient qu'à un seul *nakamal*[64], les rituels entourant les actions effectuées pour la première fois impliquent d'apporter des compensations aux oncles maternels et aux tantes paternelles, qui sont bien souvent les conjointes des oncles maternels, étant donné le mariage par échange de sœurs. Le développement d'une personne à Seaside Tongoa nécessite ainsi l'intervention de différents parents, maternels et paternels. La raréfaction des rituels de croissance physique et sociale dans la communauté au cours de la période 2009-2012 était probablement liée au rôle grandissant accordé par les habitants à d'autres acteurs dans le développement de l'enfant, comme celui du Dieu chrétien. La plupart des enfants de Seaside Tongoa étaient en effet baptisés dès leur plus jeune âge et ils étaient assez nombreux à se rendre à l'office dominical ou aux réunions de l'association *Sunday school* (voir chapitre 3, page 135). Le dimanche 1er juillet 2012, j'ai compté 20 enfants pour 25 hommes et 27 femmes à la messe de la petite église presbytérienne de Seaside Selembanga. J'ai en outre déjà mentionné qu'une cinquantaine d'habitants de la communauté étaient devenus adventistes du Septième jour. Or, cette Église interdit les pratiques coutumières, comme consommer de la viande de cochon, danser ou chanter la *kastom*, et donc *a fortiori* pratiquer des rituels locaux liés au cycle de la vie[65].

Pour résumer, entre 2009 et 2012, les enfants de Seaside Tongoa naissaient presque tous à l'hôpital central de Port-Vila et l'annonce du sexe du nouveau-né n'était plus réalisée en faisant référence à une division sexuée de l'espace (maison *versus nakamal*). Cependant, la construction de l'enfant comme personne sexuée nécessitait toujours l'intervention de parents maternels et paternels. La fête de naissance, l'attribution des noms personnels – l'interdiction subséquente d'entrer en contact physique avec son homonyme –, l'apprentissage de l'utilisation des termes de parenté (voir chapitre 4) et des teknonymes, les rituels entourant le premier voyage, la première coupe de cheveux ou le premier rasage permettaient d'introduire

[64] L'enfant appartient au *nakamal* de son grand-père maternel tant que sa mère n'est pas mariée, puis à celui de son propre père, si la compensation matrimoniale est versée lors du mariage coutumier (voir chapitre 4, page 169).
[65] Entretien du 3 juillet 2012 avec un pasteur adventiste âgé d'une trentaine d'années.

la personne dans un réseau d'échanges et surtout de définir qui seront ses affins potentiels. Si certains de ces rituels sont de moins en moins conduits à Seaside Tongoa – sans doute du fait de la place prise par la religion –, les incisions péniennes sont toujours conçues comme indispensables à la fertilité masculine et donc encore pratiquées.

5.4 L'incision pénienne

5.4.1 Les étapes du rituel

D'après la *Vanuatu Demographic and Health Survey*, 96 % des hommes ni-Vanuatu étaient circoncis en 2013 : 97 % des habitants des milieux urbains et 95 % de ceux des milieux ruraux (MoH *et al*., 2014 : 194-195). À Port-Vila, ainsi que dans les zones rurales les moins reculées, les circoncisions étaient de plus en plus souvent réalisées dans des établissements de santé où elles coûtaient 1 000 vatus (8 €). Les dons cérémoniels ou les sacrifices de porcs attachés à ces pratiques pouvaient néanmoins perdurer dans les communautés (Rio, 2007 b : 145-154).

Les habitants de Seaside Tongoa revendiquaient, eux, la particularité de l'incision pénienne qu'ils accomplissaient et n'encourageaient que rarement les jeunes de la communauté à se faire circoncire en milieu hospitalier. Un homme me dit ainsi : « la circoncision des hommes des Shepherd est la meilleure. Dans les autres îles, ils envient notre coutume parce qu'ils retirent simplement la peau qui recouvre le gland, alors que les *man Tongoa*, ils incisent la peau jusqu'au ventre[66] ». Notons que le terme anglais *circumcision* était compris de la plupart des habitants de la communauté, mais le verbe bislama *katem* (« coupé ») était plus régulièrement utilisé. *Oli katem hem* (« ils l'ont coupé ») signifie ainsi que la verge de l'homme a été circoncise ou incisée.

De nombreux chercheurs se sont intéressés à la circoncision au Vanuatu et de façon plus générale en Mélanésie (Speiser, 1996 [1923] ; Deacon, 1934 : 246 ; Harrisson, 1937 ; Layard, 1942 ; Jolly, 2001 a ; Rio, 2007 b). Les cérémonies décrites dans l'archipel par ces anthropologues étaient pratiquées sur des enfants âgés de 5 à 12 ans, mais les incisions péniennes qui se sont déroulées à Seaside Tongoa, en septembre 2011, concernaient des garçons plus âgés : les douze jeunes gens incisés cette année-là avaient en effet entre 14 et 18 ans. D'après mes interlocuteurs, il n'existait pas de condition d'âge pour y participer. Le

[66] Entretien du 14 décembre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.

jeune homme décidait de se faire inciser lorsqu'il se sentait « prêt » (*redi*), et la situation financière de sa famille ne semblait pas entrer en ligne de compte[67].

Pendant mes recherches à Seaside Tongoa, les incisions péniennes avaient lieu chaque année entre juillet et septembre, au bord du lagon, en contrebas de l'hôpital central de Port-Vila (Figure 42, page 118). Le rituel durait une quinzaine de jours, pendant lesquels l'accès à l'endroit où se pratiquaient les incisions était protégé par des « sentinelles » (*sekiuriti*) et par des bâches ou de la végétation bloquant le champ visuel. Pendant cette période, les femmes et les enfants ne devaient pas s'approcher de l'abri en tôles et en feuilles constituant le camp, car l'on m'expliqua que les jeunes gens étaient parés d'un simple morceau de tissu et étaient parfois nus[68]. Les mères cuisinaient néanmoins pour leurs fils pendant la période de leur isolement et leur faisaient parvenir la nourriture par le biais d'intermédiaires. Les pères et les oncles maternels leur rendaient régulièrement visite, s'installant aux côtés des jeunes hommes pour discuter et boire du kava.

Étant une femme, je n'ai pas eu la possibilité de me rendre dans le camp près du lagon où les incisions péniennes étaient réalisées. Plusieurs de mes interlocuteurs, hommes et femmes, me fournirent quelques informations quant au déroulement de ce rituel, mais les détails et les significations ne m'ont été qu'en partie livrés. Un homme d'une soixantaine d'années m'expliqua :

> « Le premier jour, on ne travaille pas. On se repose. On attend que le sang s'arrête. Le deuxième jour, vers 2-3 heures de l'après-midi, le docteur coutumier (*kastom dokta*) plante un arbre nommé *narara* (*Erythrina variegata*) ou bien à Seaside un bananier, parce que ce type d'arbre ne pousse pas à proximité. Puis il commence les incisions. Sur l'île de Tongoa, les jeunes gens sont assis sur une pierre, les yeux bandés par un morceau de tissu[69] ».

L'anthropologue Kelly, qui a effectué son terrain de thèse dans le village de Purau (île de Tongoa), souligne l'importance de cette pierre qui devient « sacrée » (*tabu*) du fait de ce rituel et agit dès lors comme un marqueur spatial (1999 : 158). Cependant, d'après un jeune homme incisé au début des années 2000, à Seaside Tongoa, cet acte chirurgical ne se réalisait pas – ou plus – appuyé contre une pierre. Dans cette communauté urbaine, le garçon était adossé le long d'un arbre, bras et jambes tenus par deux hommes de son entourage.

[67] Entretiens du 16 septembre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années, du 26 septembre 2011 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années et du 23 novembre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.
[68] Entretien du 15 octobre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[69] Entretien du 26 septembre 2011 avec un homme âgé d'une soixantaine d'années.

Le *kastom dokta*, qui n'était pas nécessairement un spécialiste du soin très reconnu, mais qui savait manier le scalpel (autrefois le bambou aiguisé), travaillait à la chaîne. Il insérait un petit morceau de bois sur la partie dorsale du pénis « jusqu'au ventre » (*kasem bel*) du jeune homme. Puis il grattait la peau afin d'atténuer la douleur et incisait sur toute la longueur de la verge avec un « couteau de l'hôpital » (*naef blong hospital*). La peau tombait alors de chaque côté, exposant le gland, mais le tissu demeurait attaché à la partie inférieure de la couronne[70].

Mon interlocuteur de Seaside Tongoa incisé au début des années 2000 m'indiqua que les anciens recommandaient de pratiquer la masturbation ou d'avoir des relations sexuelles avant de se faire *katem*, afin de faciliter la mobilité de la peau lors de l'incision. Il me dit ainsi : « si tu t'en es bien servi, la peau s'enlève toute seule ». Notons ici que l'abstinence n'était pas une pratique fortement plébiscitée auprès des jeunes hommes et femmes de la communauté. Néanmoins nous avons vu plus haut que la sexualité des jeunes filles était plus contrôlée que celle des jeunes hommes par leurs proches, du fait de leur capacité à être enceinte.

Figure 79. Deux dessins de verges incisées, Seaside Tongoa, 2012

N'ayant point eu l'occasion d'observer les cicatrices des incisions péniennes réalisées à Seaside Tongoa, j'ai demandé en 2012 à deux hommes de la communauté de me les dessiner. La figure 8 présente ainsi une vue de dessus et de côté d'un sexe masculin en érection, incisé sur la partie supérieure de la hampe. D'après ces dessins, il semble s'agir d'une fente dorsale très « haute », réalisée non seulement sur le prépuce, mais aussi sur le corps du pénis. Au début du XX^{e} siècle, Félix Speiser (1996 [1923] : 183, 258-260) et John Layard (1942 : 473-

[70] Entretien du 14 décembre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années, du 26 septembre 2011 avec un homme âgé d'une soixantaine d'années, du 25 août 2012 avec deux hommes âgés d'une trentaine d'années.

490) ont recensé l'existence de plusieurs types d'« incision » et de « circum-incision » dans l'archipel, mais aucune de ces formes n'impliquait une entaille étendue sur toute la longueur de la verge (voir aussi Deacon, 1934 : 246). Le révérend William Gray (1894 : 229), qui fut missionnaire sur l'île de Tanna à la fin du XIX^{e} siècle, notait néanmoins la présence sous le pénis de ses fidèles d'une « masse de peau presque aussi large que le gland » qui pourrait ressembler à celle représentée sur le second dessin de la figure 8.

Mes interlocuteurs de Seaside Tongoa me racontèrent qu'afin d'accélérer la cicatrisation de l'incision réalisée le second jour du rituel, le garçon devait chauffer sa main près du feu et l'apposer fréquemment sur sa verge. Deux « infirmiers coutumiers » (*kastom nas*) de la communauté pansaient régulièrement les plaies péniennes avec des feuilles médicinales. Après la période d'isolement, les anciens recommandaient aux jeunes incisés d'avoir des relations sexuelles avec une femme. Cette pratique, qui pouvait s'avérer douloureuse, était réputée parfaire la cicatrisation, les sécrétions vaginales agissant, dans ce contexte, comme un médicament qui assèche les plaies péniennes, même si elles pouvaient être considérées comme une source de maladies en d'autres occasions (voir chapitre 7, pages 305-306)[71].

À Seaside Tongoa, le cinquième jour du rituel était marqué par le sacrifice d'un cochon par le *kastom dokta* pour « le sang des jeunes » (*blad blo ol yangfala*), me dira-t-on. Les nouveaux incisés et ceux qui les assistaient préparaient puis consommaient la bête. Le sixième jour, les jeunes gens se baignaient dans le lagon, en contrebas de l'hôpital, à défaut de pouvoir accéder aisément à une mer plus agitée. Un homme montait ensuite à la cime d'un arbre ou, sur l'île de Seaside, se mettait simplement en hauteur, et nommait l'un après l'autre les nouveaux incisés. Il chantait et appelait chacun d'entre eux par un prénom coutumier, qui venait s'ajouter aux autres prénoms déjà détenus par le garçon (voir pages 224-228). À l'appel de leur nouveau prénom, les jeunes s'avançaient et lançaient chacun à son tour un grand morceau de bois aiguisé telle une flèche, en direction du tronc du *narara* ou du bananier, afin que celui-ci s'y plante[72]. Si la lance tombait, le jeune réitérait son essai jusqu'à la réussite de l'épreuve, mais il était le seul à pouvoir toucher le bâton qu'il avait déjà lancé. Cet acte symbolisait un rapport sexuel avec une personne de sexe féminin. Si un homme touchait le morceau de bois envoyé par un autre, le sexe de ce dernier était menacé de ne jamais pouvoir

[71] Entretiens du 25 août 2012 avec deux hommes âgés d'une trentaine d'années et du 27 août 2012 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années. Notons que d'après Speiser (1996 [1923] : 258), sur l'île d'Ambrym, les initiés étaient également tenus d'avoir des rapports sexuels avec une veuve, dix jours seulement après leur opération (voir aussi Bonnemère, 1990 : 108, pour l'ambigüité des qualités attribuées aux substances corporelles dans les sociétés de Papouasie-Nouvelle-Guinée, où celles-ci ne sont jamais seulement positives ou négatives).

[72] Notons que cette pratique est relatée dès les années 1940. Le missionnaire Graham Miller, installé dans le village de Selembanga sur l'île de Tongoa, aperçoit sur le bord d'une route forestière un « arbre de circoncision » (*circumcision-tree*) donc le tronc était percé de plusieurs bâtons aiguisés (1978 : 7).

entrer en érection[73]. Après que chaque garçon eut planté sa lance dans le tronc d'arbre, les pères préparaient un *laplap* pour leurs fils. Les nouveaux incisés restaient isolés, pendant quelques jours encore, jusqu'à la cicatrisation de leur plaie. D'après mes observations, les jeunes commençaient à sortir du camp pendant la journée, retournant dormir près du lagon la nuit venue. Un repas était par la suite organisé au camp ou dans la communauté, afin de remercier le *kastom dokta*, les *kastom nas*, les intermédiaires et les autres personnes ayant participé au rituel, mais je n'ai malheureusement pas eu l'occasion d'y assister.

5.4.2 Les conséquences physiques et sociales

L'incision pénienne constitue une étape prépondérante dans la vie des hommes de Seaside Tongoa. L'importance de ce rituel dans la transformation du statut de la personne, de ses relations et de ses capacités était d'ailleurs marquée par l'adoption d'un nouveau prénom. Bien que nous ayons vu que les jeunes gens pouvaient être encouragés à avoir des relations sexuelles quelque temps avant d'être incisés, cet acte réalisé au bord du lagon leur conférait véritablement le droit d'amorcer leur vie sexuelle et de se reproduire. L'une des plus graves insultes que l'on pouvait adresser à un homme de la communauté était en effet *tip skin* (« peau du bout du pénis », c'est-à-dire « prépuce »). La profération de cette insulte, qui fait référence au caractère non circoncis de la verge d'un homme, me fut présentée comme pouvant être à l'origine de viols (voir chapitre 10, page 442).

Inciser le pénis afin de découvrir le gland était considéré comme une pratique aux multiples vertus. Plusieurs de mes interlocuteurs de Seaside Tongoa, hommes et femmes, soulignèrent les conséquences hygiéniques de cet acte : « le pénis ne sent pas », « il n'y a pas de saletés qui se mettent sous la peau ». Alors que « si l'homme n'est pas coupé, la femme est obligée de se laver tous les jours », « elle n'est pas en bonne santé »[74].

Lors de mes recherches au Vanuatu, des documents gouvernementaux prônaient également le recours à la circoncision pour l'hygiène, même si cette pratique était considérée comme une « violence sexuelle » par certaines agences des Nations unies (voir chapitre 10, page 424). Le Plan Stratégique National pour le VIH et les IST 2008-2012, par exemple, mentionne l'existence de preuves scientifiques récentes confirmant l'efficacité de la circoncision masculine sur la réduction du risque de transmission de VIH. Et il propose de

[73] Entretien du 16 septembre 2011 avec deux femmes âgées d'une trentaine d'années, du 26 septembre 2011 avec un homme âgé d'une soixantaine d'années et du 15 octobre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[74] Entretiens du 23 novembre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années, du 26 septembre 2011 avec un homme âgé d'une soixantaine d'années et du 25 août 2012 avec deux hommes âgées d'une trentaine d'années.

mener des recherches afin de s'assurer de la possibilité de mettre en place des services de santé pratiquant la circoncision masculine dans tout l'archipel (MoH, 2008 : 21).

À Seaside Tongoa, l'incision pénienne était également vue comme un moyen d'accroître la solidité et la robustesse de la verge, et par-là même la fertilité du couple. Une femme me dit ainsi : « un jeune homme non incisé ne peut pas avoir de rapports sexuels, car son pénis n'est pas assez dur. Il n'entre pas en érection. Mais les Blancs arrivent quand même à avoir des enfants. C'est donc que ça doit être possible » (rires)[75]. Un habitant de Seaside Tongoa me dit que les hommes non incisés peuvent avoir des enfants, mais que la peau de ces derniers sera plus terne que celle de leurs homologues issus de pères ayant été « coupés » (*katem*)[76]. Selon mes interlocuteurs, l'incision permettait non seulement de faciliter les érections péniennes mais aussi de stimuler la libido masculine et féminine :

> « Un homme incisé a tout le temps envie d'avoir du sexe », « le pénis est moins épais, c'est mieux pour nous, les femmes », « les femmes en sont folles, elles éprouvent du plaisir », « les jeunes filles sont toutes enceintes à Seaside Tongoa à cause de ça », « les jeunes appellent leur incision ne m'oublie pas (*forgetem mi not*) »[77].

Cette association entre plaisir féminin et incision se retrouve dans plusieurs contes collectés sur les îles de Mallicolo et de Pentecôte, par Speiser (1996 [1923] : 184), Harrisson (1937 : 48-49) ou encore Jolly (1997 [1994] : 150), ce qui laisse à penser que la célébration du plaisir sexuel de la femme et sa mise en relation avec l'incision du sexe de l'homme ne constituent pas des phénomènes urbains ou récents. L'histoire de Wahbo, résumée ici, explique par exemple pourquoi les hommes de l'île de Pentecôte sont circoncis :

> « La femme de Wahbo n'aimait pas le pénis de son mari parce qu'il était trop long et la rendait malade à chaque fois qu'ils avaient des rapports sexuels ; un jour, elle prit la fuite dans la forêt et grimpa en haut d'un arbre afin de lui échapper ; Wahbo dirigea son long pénis en sa direction, mais elle le coupa à l'aide d'un morceau de bambou aiguisé ; il cria, mais elle lui dit que son pénis lui donnait beaucoup de plaisir coupé ainsi »[78].

Selon mes interlocuteurs, l'incision pénienne avait également pour conséquence d'accroître la puissance globale du corps masculin, en le faisant grossir et en amplifiant sa

[75] Entretien du 23 novembre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.
[76] Entretien du 14 décembre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.
[77] Entretien du 23 novembre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années et du 26 septembre 2011 avec un homme âgé d'une soixantaine d'années. Notons qu'au moment de mes recherches à Port-Vila, une nouvelle pratique se développait depuis quelques années. De plus en plus de jeunes réalisaient des implants péniens afin d'augmenter le plaisir sexuel de leurs partenaires féminins et le nombre de leurs conquêtes (UNFPA et Servy, 2014).
[78] *Wahbo's wife did not like his penis, because it was too long and made her feel sick when they had intercourse; she fled into the bush and climbed a tree to escape him; he sent his long penis up toward her, but she cut it with a sharpened bamboo; he cried but she insisted that it gave her greater pleasure like that* (Jolly, 2001 a : 185).

force physique, tout comme la castration engendre la prise de poids chez le cochon. Jolly compare ainsi l'ablation du prépuce humain à l'opération réalisée sur les porcelets : « les garçons deviennent des hommes par la circoncision, tout comme les cochons deviennent des porcs aux dents recourbées par la castration et l'extraction des défenses inférieures » (1997 [1994] : 162). Un habitant de la communauté me dit qu'à l'inverse, « le travail réalisé par un homme non circoncis se reconnaît du fait de sa médiocrité »[79]. L'un de mes interlocuteurs justifia aussi le bien fondé de la circoncision en faisant référence au livre saint chrétien, cet acte étant selon lui indispensable à l'entrée d'un homme dans le Royaume de Dieu[80].

En bref, les habitants de Seaside Tongoa considéraient que l'incision pénienne permettait à l'homme d'avoir une verge saine et robuste, d'être fertile, de procurer et d'éprouver du plaisir et d'augmenter la force physique, tout en assurant la destinée *post mortem*. Bien que cette pratique fût qualifiée de coutumière, des références aux discours religieux et biomédicaux étaient également présentes dans la communauté.

5.4.3 La mise en parallèle avec l'accouchement

Si, à Seaside Tongoa, il existait des rituels permettant d'assurer la bonne croissance d'un enfant quel que soit son sexe, il faut néanmoins souligner l'absence de cérémonies réservées aux filles dans cette communauté comme sur l'île de Tongoa. Les premières menstruations, tout comme l'arrêt définitif des cycles menstruels, n'y étaient marquées par aucun rituel. Aucune cérémonie, telle celle du Yengfa sur l'île d'Ambrym, ne permettait aux jeunes filles d'afficher publiquement leur capacité à agir dans le monde social, en sacrifiant par exemple des cochons aux dents recourbées qu'elles auraient elles-mêmes élevés (Patterson, 2001).

À Seaside Tongoa, les incisions péniennes constituaient à ma connaissance le seul culte célébrant la fertilité humaine, et plus précisément, la « puberté sociale » du jeune homme (Van Gennep, 1981 [1909] : 78). Les incisions et les accouchements furent cependant mis en parallèle à de nombreuses reprises par les habitants de la communauté. Ces événements étaient tous deux vus comme des épreuves qui devaient nécessairement se dérouler dans la souffrance. J'ai déjà mentionné que les femmes qui accouchaient chez elles et à l'hôpital central, et les garçons qui étaient incisés au bord du lagon, ne recevaient pas d'analgésiques. Si la douleur demeurait un composant primordial de ces pratiques, les incisions péniennes ritualisées n'impliquaient néanmoins pas (ou plus) d'éléments violents ou terrorisants autres

[79] Entretien du 14 décembre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.
[80] Entretien du 26 septembre 2011 avec un homme âgé d'une soixantaine d'années.

que l'acte chirurgical en lui-même. Pendant leur isolement, les garçons n'étaient pas soumis à des punitions corporelles, à des canulars ni même à des actes d'homosexualité ritualisés, tels que ceux décrits en Papouasie-Nouvelle-Guinée ou dans certaines régions du Vanuatu (voir Allen, 2000 ; Layard, 1942 : 475 ; Tonkinson, 1968 : 29 ; Jolly, 2001 a : 205 ; Harrisson, 1937 : 46 ; Rio, 2007 b : 146 ; Bonnemère, 1990 : 110-114 ; 1996 : 300).

Si les incisions péniennes et les accouchements furent comparés à Seaside Tongoa, c'est aussi parce que ces actes nécessitaient, tous deux, l'éloignement des personnes de l'autre sexe. Bien que certains anthropologues aient souligné en Mélanésie le rôle joué par les femmes pendant les initiations (voir Bonnemère, 2004) ou par les hommes au cours de la gestation (voir par exemple le phénomène de couvade décrit par Bonnemère, 1996 : 229-238), ces activités devaient être réalisées à l'abri des regards des personnes de sexe opposé. Un homme me dit ainsi :

> « Avant, lorsque les femmes accouchaient, les hommes n'avaient pas le droit de les voir dans cet état. Elles donnaient naissance à leur enfant dans une maison spéciale et n'en sortaient qu'après cinq jours, après avoir préparé un repas pour l'occasion. Maintenant, elles accouchent à l'hôpital. Mais les hommes ne doivent toujours pas les approcher. C'est pareil pour les circoncisions. Les mères mettent au monde (*deliver*) leurs enfants à la maison et les hommes accouchent (*deliver*) des jeunes garçons lorsqu'ils vont dans la forêt ou ici au bord du lagon[81] ».

À Seaside Tongoa, les hommes offraient donc, *via* l'incision pénienne, un « nouveau » corps aux jeunes incisés, un corps fertile, masculin et puissant qui leur permettait d'engendrer à leur tour de nouvelles personnes pour la communauté. Jolly souligne de même la complémentarité, sur l'île de Pentecôte, entre les femmes qui donnent naissance de façon individuelle aux enfants et les hommes qui font collectivement « renaître » les garçons (2001 a : 183).

La venue au monde d'un enfant à Seaside Tongoa transformait l'identité de la jeune mère, tout comme celle du jeune père, avant même que leur fils ait l'âge d'être incisé. La parentalité implique en effet le développement du réseau d'échanges de chacun des parents d'un enfant, ainsi que de nouvelles responsabilités (voir aussi Jolly, 2001 b : 298 ; Widmer, 2011 : 111). J'ai indiqué plus haut que les jeunes parents de la communauté devaient être les garants de la bonne santé de leur enfant et créer des liens avec leur bébé et les personnes qui l'entourent. Dans le chapitre 10, nous verrons que l'usage de la force physique par un homme à l'encontre de sa femme était fréquemment justifié par le fait qu'il considérait que cette

[81] Entretien du 26 septembre 2011 avec un homme âgé d'une soixantaine d'années. Bonnemère note que chez les Ankave-Anga de Papouasie-Nouvelle-Guinée, les initiations masculines rejouent non seulement une naissance, mais aussi une grossesse (1996 : 345). Néanmoins, je ne dispose pas d'éléments ethnographiques pour faire une telle hypothèse dans la communauté de Seaside Tongoa.

dernière n'assurait pas suffisamment ou correctement son rôle de mère. Et cela même s'il pouvait avoir des comportements violents envers sa partenaire avant même que celle-ci ait donné naissance à un enfant.

On a vu que la circoncision masculine était présentée par les organismes de prévention des IST de Port-Vila comme un moyen de réduire les risques sexuels de transmission du VIH. La réalisation d'incisions péniennes, ou plus précisément de fentes dorsales très hautes, était également décrite comme un acte hygiénique à Seaside. Néanmoins, cette pratique originaire de l'île de Tongoa et adaptée au contexte urbain – utilisation d'un arbre pour s'adosser au lieu d'une pierre, baignade dans le lagon et non dans une mer agitée, lances envoyées sur le tronc d'un bananier au lieu d'un *narara*, incision réalisée au scalpel plutôt qu'au bambou aiguisé – avait d'autres conséquences physiques et sociales. Les habitants de Seaside Tongoa concevaient en effet l'incision pénienne et l'implication des parents maternels et paternels du jeune homme qu'elle nécessitait, comme une pratique permettant la production de garçons fertiles, robustes, capables de procurer et d'éprouver du plaisir sexuel et cela en adéquation avec les prescriptions bibliques. Il n'existait pas de rituels comparables pour célébrer la puberté des filles de la communauté, mais l'accouchement et le statut de parent engendraient, pour la jeune mère, de nouveaux liens sociaux et de nouvelles responsabilités.

Conclusion

En conclusion, je peux avancer que, lors de mes recherches à Seaside Tongoa, les habitants de cette communauté urbaine considéraient que la personne fertile était engendrée grâce à la rencontre *in utero* de substances maternelles et paternelles, à l'intervention divine, à la consommation de nourriture du lieu et à la pratique de rituels impliquant différents parents. Nous avons ainsi vu que la mère et le père d'un enfant n'étaient pas conçus comme les seuls responsables de sa croissance et de sa bonne santé. Il était important pour les membres de cette communauté que les parents maternels, et en particulier les frères de la mère, contribuent à la socialisation du garçon en lui donnant, par exemple, ses prénoms, en lui coupant pour la première fois les cheveux et la barbe ou en prenant part à son incision pénienne. De même, les tantes paternelles et les oncles maternels devaient participer à la construction de l'enfant fille comme une personne, en lui transmettant des prénoms lors de sa naissance et un titre coutumier à l'occasion de son mariage.

J'ai néanmoins signalé que certaines des pratiques en vigueur en 2011-2012 à Seaside Tongoa, comme la transmission des prénoms, n'impliquaient pas uniquement les oncles

maternels et les tantes paternelles. Il existait ainsi, dans cette communauté urbaine, une volonté de multiplier et de diversifier les liens sociaux entretenus par l'enfant et son entourage. Dans le chapitre 4, j'ai également mentionné que le montant des compensations matrimoniales et le nombre de participants aux mariages coutumiers ont eu tendance à augmenter ces dernières décennies. Or, John P. Taylor (2015 a : 43) note que le maintien des relations de parenté et d'échange permet à ses interlocuteurs originaires de l'île de Pentecôte et vivant à Luganville, de se protéger des attaques de sorcellerie liées à la jalousie et que ces pratiques ont un réel effet sur leur bien-être et leur santé. Nous pouvons donc supposer que la diversification et la multiplication des liens sociaux *via* les rituels entourant l'enfance ou le mariage coutumier permettaient aux habitants de Seaside Tongoa de faire face aux menaces, qui comme on l'a vu dans le chapitre 2, étaient considérées comme plus pesantes en milieu urbain du fait de la mixité ethnique et des inégalités économiques.

À Seaside Tongoa, l'engendrement d'une personne nécessitait le développement de relations sociales avec des êtres humains, mais aussi avec une entité divine. En effet, même s'il existait, dans la communauté, différentes idées autour de la procréation, l'intervention du Dieu chrétien était considérée comme indispensable à la formation et au développement de la personne humaine. J'ai ici encore une fois souligné des manières d'être et d'agir valorisées dans la communauté, telles que l'entretien de relations fondées sur le respect et l'évitement avec ses oncles et ses tantes, l'insertion dans un réseau relationnel élargi, la croyance en un Dieu tout puissant et la mise au monde d'enfants, même si la situation économique du couple et l'âge de la mère faisaient partie, en ville, des critères déterminant le bien-fondé de leur arrivée.

Au cours de mes recherches à Seaside Tongoa, j'ai entendu les expressions bislama *gud*(*fala*) *man* (« bonne personne ») et *rabis man* (« mauvaise personne ») à de très nombreuses reprises. Il est intéressant de noter que les habitants de cette communauté ne parlaient néanmoins pas de la bonté comme d'une caractéristique permanente ou d'un état intérieur. Ils évoquaient des comportements appropriés ou non à des situations (voir LiPuma, 2000 : 62 ; Hess, 2009 : 56-57). Demandant à l'un de mes interlocuteurs si l'expression bislama *gud*(*fala*) *man* avait été importée par les missionnaires, celui-ci me répondit que :

> « Non, en namakura *natete* signifie "enfant", *naboboal* "jeune homme", *naomati* "vieil homme" et *naetawoh* "homme d'âge moyen". Mais *naetawoh* veut dire également *gud man* en bislama parce que ce sont les hommes d'âge moyen qui doivent montrer l'exemple. On va dire ainsi "les *naetawoh* se réunissent". Ça peut être des hommes qui ont de bons ou de mauvais comportements qui se rassemblent. Mais on ne dira jamais les

> "*rabis man* (*naete vaita*) se réunissent" même si leurs comportements sont mauvais, parce que c'est interdit (*tabu*) de juger les gens, de dire cet homme est *gud* ou *no gud*. Ce ne sont pas les hommes qui sont *gud* ou *no gud* mais les choses qu'ils font »[82].

Les femmes de Seaside Tongoa qualifiaient leur partenaire de *gud*(*fala*) *man* lorsqu'ils se rendaient à l'église presbytérienne, étaient fidèles, n'étaient pas violents envers elles, s'occupaient de leurs enfants, ne buvaient pas trop de kava, leur versaient une partie de leurs payes, couvraient leurs besoins matériels et donnaient de l'argent aux membres de leur famille[83]. Une femme était, elle, appelée *gud*(*fala*) *woman* si elle s'occupait de ses enfants, lavait le linge de son conjoint, partageait sa nourriture avec son entourage, ne fumait pas de marijuana et ne buvait pas trop d'alcool[84].

Ce chapitre m'a également permis d'ajouter des éléments à ma compréhension de « l'urbain » au Vanuatu. J'ai déjà indiqué que Port-Vila constituait un espace dans lequel les incursions de l'État et des ONG dans la vie intime des habitants étaient particulièrement fréquentes. La capitale bénéficiait d'un grand nombre d'actions de prévention des IST, en comparaison avec les zones rurales de l'archipel. Nous avons vu que des actions étaient également menées à Port-Vila afin de prôner l'utilisation de moyens de contraception, de recommander une tranche d'âge d'accès à l'enfantement, un nombre maximal d'enfants, de diffuser une vision biomédicale de la conception et de la croissance *in utero* et d'inciter les hommes à se faire circoncire. J'ai montré aussi que les représentations de l'engendrement des personnes à Seaside Tongoa étaient multiples et ne correspondaient pas systématiquement à celles prônées par les organismes de la santé sexuelle et reproductive. Elles étaient en effet influencées par une diversité de sources, dont les actions de prévention, mais aussi les établissements de santé, l'école, les savoirs ancestraux, la religion et les nouvelles technologies d'information et de communication. J'ai établi que les grossesses précoces étaient mal considérées dans la communauté, non seulement à cause de l'âge et de l'immaturité du corps, mais également pour des raisons socio-économiques. Nous avons également vu que les éducateurs de *Wan Smolbag* présentaient l'orifice vaginal comme permettant l'insémination et l'expulsion du bébé, alors que mes interlocuteurs de Seaside Tongoa distinguaient les voies de l'accouchement et de la procréation. Enfin, on a vu que

[82] Entretien du 23 novembre 2013 avec un homme d'une trentaine d'années, voir aussi l'entretien du 21 juin 2012 avec cette même personne.
[83] Entretiens du 19 juin 2012 avec une femme d'une quarantaine d'années, du 21 juin 2012 avec une femme d'une vingtaine d'années, du 21 août 2012 avec une femme d'une trentaine d'années, du 18 juillet 2012 avec une femme d'une trentaine d'années, du 26 juin 2012 avec une femme d'une soixantaine d'années, du 24 juillet 2012 avec une femme de dix-huit ans et du 24 juillet 2012 avec un homme d'une trentaine d'années.
[84] Entretien du 20 juin 2012 avec une femme d'une trentaine d'années et du 21 juin 2012 avec une femme de quatre-vingt-cinq ans.

l'incision pénienne était pratiquée à Seaside Tongoa afin que l'homme soit moins susceptible de contracter une IST, mais aussi dans le but d'engendrer des garçons fertiles, robustes, sexuellement épanouis et en accord avec ce qui est écrit dans la Bible.

Dans ce chapitre, nous avons commencé à voir que les représentations des intermédiaires menant des actions de prévention n'étaient pas forcément très éloignées de celles des personnes auprès desquelles ils intervenaient. Certaines infirmières des établissements de santé de Port-Vila refusaient de prescrire une pilule contraceptive aux nullipares en avançant des raisons similaires à celles présentées par mes interlocuteurs de la communauté. Les impératifs sociaux de reproduction étaient mentionnés par ces infirmières et par les habitants de Seaside Tongoa. Il faut néanmoins signaler que l'utilisation ou non d'un préservatif ou d'un contraceptif était aussi présentée dans la communauté comme un choix résultant de stratégies individuelles ou de couple. Même si la construction, l'entretien, la multiplication et la diversification des liens sociaux étaient valorisés à Seaside Tongoa, la réalisation des désirs de l'individu en matière de mariage et de parentalité était également mise en avant, en particulier par les jeunes générations d'hommes. Rappelons-nous les propos de cet homme âgé d'une vingtaine d'années au sujet du choix de sa compagne : « en ville, nous faisons un mix entre la *kastom* et les manières de vivre des Blancs[85] ». Je vais maintenant analyser, de façon plus détaillée, les messages de prévention des IST délivrés à Port-Vila, afin de voir dans quelle mesure le discours officiel concernant ces infections était repris ou non par les intermédiaires intervenant dans la capitale.

[85] Entretien du 20 octobre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.

Chapitre VI. Des messages de prévention qui s'adressent à l'individu

Introduction

Les premiers chapitres de cette thèse m'ont permis de présenter le système de prévention des IST mis en place au Vanuatu. J'y ai montré que les habitants de l'archipel bénéficiaient d'un grand nombre d'actions de prévention, en particulier ceux vivant à Port-Vila, et que le développement de ce système était influencé par des interactions transnationales. J'ai indiqué que les messages de prévention délivrés dans la capitale cherchaient à responsabiliser les personnes et à les inciter à faire des choix vis-à-vis de leur santé reproductive et sexuelle. Le Plan National Stratégique pour le VIH et les IST 2008-2012 présente, en effet, l'implantation et le développement d'une stratégie de Communication axée sur les Changements de Comportements (CCC) – *Behavior Change Communication* (BCC) – comme un élément clé dans la réduction de la vulnérabilité de la population du Vanuatu face au VIH et aux IST. Selon le plan :

> « Toute population cible devrait avoir accès à une information appropriée pour guider ses décisions et participer à sa protection ainsi qu'à celle de sa famille, sa communauté, son pays et sa région face à l'épidémie de VIH » (MoH, 2008 : 15-16).

La CCC est une méthode très souvent mise en place dans les programmes de développement nationaux et internationaux depuis les années 1950, dont ceux concernant la santé reproductive et sexuelle en Océanie et ceux visant à réduire le tabagisme, l'alcoolisme ou le déséquilibre alimentaire en Occident (UNDP, 2010 : 7). Un rapport publié par l'ONG américaine *Family Health International Institute for HIV/AIDS* définit la communication axée sur les changements de comportements comme :

> « Un processus interactif pour le développement de messages et d'approches spécifiques utilisant une variété de moyens de communication afin d'encourager l'adoption de comportements positifs, promouvoir et soutenir le changement comportemental individuel, communautaire et sociétal et maintenir les comportements adéquats » (2002 : 5).

Le rapport précise que, dans le contexte de l'épidémie de VIH, cette méthode se fonde sur la « compréhension de faits de base concernant le virus et le sida, l'adoption d'attitudes clés, l'acquisition d'un ensemble de compétences et l'accès à des produits et services

appropriés » afin que les individus et les communautés puissent réduire « leur niveau de risque » ou « changer leurs comportements » (Family Health International Institute for HIV/AIDS, 2002 : 5). La CCC vise par conséquent à modifier les comportements individuels, communautaires et sociétaux. Ce processus se fonde cependant sur des modèles sociaux cognitifs qui ne considèrent pas le « social » comme les « relations entre différents acteurs sociaux », mais l'envisagent comme une « mesure de la capacité d'action (*agency*) individuelle réagissant face à de multiples variables extérieures » (Lepani, 2012 : 16 ; Kippax et Crawford, 1993 : 255). De ce fait, afin de contrôler les épidémies à une échelle plus globale, la CCC se focalise sur les changements de comportements à l'échelle de l'individu.

Dans ce chapitre, je vais étudier en de plus amples détails les actions de prévention des IST menées à Port-Vila afin de déterminer dans quelle mesure les messages véhiculés dans la capitale du Vanuatu en général, et dans la communauté de Seaside Tongoa en particulier, mettent l'accent sur l'individu et sur la modification des comportements individuels. Je commencerai par analyser les procédés de communication, puis je me pencherai sur les méthodes de prévention prônées dans le cadre de ces actions. Enfin, j'étudierai le développement du sentiment de peur (*fraet* en bislama ou *matak* en namakura) vis-à-vis de la mort biologique ou sociale, suscité par les supports et activités de prévention.

6.1 Les procédés de communication

6.1.1 L'utilisation de la deuxième personne du singulier

Dans le chapitre 2, j'ai présenté différents supports utilisés par les organismes de prévention des IST au Vanuatu. L'analyse des posters, des brochures et des bandes dessinées collectés permet de constater que la plupart s'adresse aux lecteurs à la deuxième personne du singulier : *yu*, en bislama. Lors de l'atelier d'information sur la santé sexuelle et reproductive mené à Seaside Tongoa du 1er au 3 novembre 2011, les animateurs parlaient aux participants en utilisant, la majeure partie du temps, la première personne du pluriel inclusive *yumi* (« nous »), sauf par exemple lors de la simulation de test VIH (voir pages 282-283). Cela étant dit, la plaquette qui fut distribuée pendant l'atelier emploie, elle, le pronom personnel *yu*. Il est ainsi écrit sur la première page de ce document :

> « Il est très important pour toi (*yu*) de savoir qu'est-ce que sont les IST et comment l'homme et la femme peuvent avoir ces maladies, ainsi que ce que

ces maladies peuvent faire sur ton corps et comment tu peux te protéger pour ne pas les attraper[1] ».

De même, la brochure et l'affiche de la marque de préservatifs *Score* distribués à Port-Vila ont pour titre : « avant de penser à… Tu dois d'abord te procurer les bonnes informations[2] ». La brochure de *Wan Smolbag Ol fact blong ol STI* explique également « ce que tu dois faire » et ce qu'il arrive « si tu ne traites pas les IST rapidement[3] ». Dès la première page de la bande dessinée *AIDS Bee Seminar* distribuée par l'Église presbytérienne du Vanuatu, l'abeille à queue de serpent qui fait office de narrateur s'adresse au lecteur en déclarant : « salut, je suis l'Abeille qui apporte le SIDA. Je ne peux pas te nuire si tu écoutes mes propos et m'obéis. Mais si tu n'obéis pas, je peux gâcher ta vie ! Tu es averti ![4] ».

À la fin des bandes dessinées créées par *Wan Smolbag*, l'un des personnages, ou un texte de conclusion, interpelle généralement le lecteur. *Storian Blong Enos* (2004), par exemple, se termine ainsi : « si tu as peur d'attraper le VIH/SIDA, utilise un préservatif ou reste tranquille[5] ». En 2011-2012, de nombreux messages de prévention diffusés à Port-Vila mettaient l'accent sur l'individu en l'interpellant personnellement, alors que les intermédiaires intervenant dans le cadre d'ateliers avaient, eux tendance à utiliser le « nous ».

Cette pratique de communication autour des IST se retrouvait dans d'autres pays de l'Océanie. Lors de l'analyse stratégique 2013 visant à améliorer la distribution et l'usage des préservatifs masculins et féminins au Vanuatu, aux îles Salomon et aux îles Kiribati (voir chapitre 2, page 62), j'ai pu observer de nombreuses affiches de prévention utilisant la deuxième personne du singulier dans les établissements de santé et dans les espaces publics de ces archipels. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, Richard Eves (2012 : 67) et Katherine Lepani (2012 : 26) relevèrent également la présence de panneaux haranguant les passants : « Protège-toi du SIDA »[6].

6.1.2 L'usage du champ lexical du choix et de la responsabilité

De nombreux messages de prévention des IST circulant à Port-Vila mettaient en avant la capacité individuelle de prise de décisions : non seulement en utilisant la deuxième personne du singulier, mais aussi en faisant usage du champ lexical de la responsabilité et du choix.

---

[1] *Hemi veri impoten blong yu save wanem ia STI mo olsem wanem man mo woman i save kasem sik ia, mo wanem sik ia i save mekem long bodi blong yu mo olsem wanem yu save protektem yu blong no kasem sik ia.*
[2] *Bifo yu tingting blong…Yu mas finemaot, stret informesen fastaem.*
[3] *Wanem yu mas mekem. Supos yu no tritim STI kwiktaem.*
[4] *Hello, Mi mi Bee ia we mi stap karem sik ia AIDS. Mi no save spolem yu sapos yu harem save toktok mo obei. Be sapos yu no obei, mi save spolem laef blong yu! You are warned!*
[5] *Sapos we yu fraet blong kasem HIV/AIDS, yu yusum kondom o stap kwaet.*
[6] *Lukautim yu yet long AIDS* ou *Protect yourself from AIDS*.

Figure 80. Le poster *Be Responsible, Plan Your Family !* a été créé par la Communauté du Pacifique et l'agence UNFPA et trouvé au *Saupia Health Center* au nord de l'île d'Efate

Dans le chapitre 2, nous avons vu que les intervenants de l'atelier *Men and boys* organisé par *Vanuatu Family Health Association* en septembre 2012 incitaient les participants à « faire les bons choix »[7]. Dans le cadre de la séance d'information organisée par *Wan Smolbag* à Seaside Tongoa le 2 novembre 2011, une animatrice s'adressa de même aux jeunes filles présentes en leur indiquant que la protection de leur corps était « entre leurs mains » parce que c'étaient à elles de « dire oui ou non au sexe ». Le Manuel national d'éducation par les pairs et le Programme d'éducation à la vie familiale en vigueur au Vanuatu indiquaient la nécessité d'aider les jeunes gens de l'archipel pour qu'ils soient en mesure de « prendre la décision de changer [leurs] comportements concernant la santé reproductive, le VIH et les IST » (MoH, 2010 b : 19) et pour qu'ils soient en capacité « de prendre des décisions réfléchies et de résoudre des problèmes afin que leur vie soit saine et pleine de sens » (MoE Curriculum Development Unit, 2012 : 8). Dans la bande dessinée *Sori Susie* créée par *Wan Smolbag* en 2004, le personnage de Kalo invite ses amis à prendre leurs « responsabilités » face au VIH et à se faire dépister. Et dans la pièce de théâtre *Come back tomorrow* écrite par la cofondatrice de *Wan Smolbag* au début des années 2000, une infirmière remercie son jeune patient d'avoir pris ses « responsabilités » en effectuant un test de dépistage du VIH. Un poster produit par la Communauté du Pacifique et l'agence UNFPA en 2000, et affiché dans le Bureau de santé de

[7] Entretien du 27 septembre 2012 avec un participant de l'atelier *Men and boys* âgé d'une vingtaine d'années.

la province Shefa au moment de mes recherches à Port-Vila, déclare également en bislama : « ta famille dépend beaucoup de tes décisions : tu n'as qu'une seule vie, tu n'as qu'une décision à prendre, utilise un préservatif, réfléchis bien avant[8] ».

Notons que le champ lexical du choix et de la responsabilité était aussi utilisé au Vanuatu et dans d'autres îles du Pacifique pour promouvoir la planification familiale. Une série de posters créés en 2005 par la Communauté du Pacifique et UNFPA, annoncent ainsi en anglais : « es-tu prêt pour la parentalité ? Les choix avisés sont source de bonheur ![9] », ou bien encore « Sois responsable, planifie ta famille ![10] » (Figure 80). Cependant, les personnes présentées comme responsables ou vulnérables face à la contraction d'une IST ou à l'arrivée d'une grossesse variaient d'un support de prévention à l'autre.

6.1.3 La responsabilisation de l'individu face à la santé sexuelle

Dans le chapitre précédent, j'ai mentionné qu'à Seaside Tongoa une jeune fille était fréquemment présentée comme responsable de l'arrivée d'une grossesse non désirée, dans le cas où elle n'était pas officiellement en couple, alors que l'homme était souvent considéré comme responsable du nombre d'enfants mis au monde par sa compagne même si nous avons vu que le développement de l'utilisation de contraceptifs modernes tendait à diminuer sa capacité à contrôler la fertilité de son couple (sauf dans le cas de la ligature des trompes où l'accord écrit de l'époux est obligatoire). De même, l'analyse des posters et des brochures promouvant la santé maternelle et l'espacement des naissances à Port-Vila révèle une tendance des organismes de prévention à souligner la passivité et la vulnérabilité sexuelle de la femme dans le cas où elle est en couple, mais à insister sur sa capacité à faire des choix lorsqu'elle est célibataire. Le poster « Sois responsable, planifie ta famille ! » s'adresse aux pères de famille ; il représente un homme aux poches vides, avec à ses côtés une femme et trois enfants (Figure 80). Une affiche produite par le département de la Santé du Vanuatu interpelle également les hommes, en déclarant :

> « Lorsque tu veux avoir des enfants, pense à l'âge de la mère. Moins de 18 ans, elle est trop jeune ! Plus de 35 ans, elle est trop vieille ! 18-35 ans c'est le bon moment pour avoir des enfants. Pour construire une famille heureuse et en bonne santé ! Participe à la santé de la famille[11] ».

[8] *Famili blong yu i dipen plante long ol desisen blong yu : yu gat wan laif nomo, yu gat wan desisen nomo, yusum wan kodom wan taem tingting gud faesteam.*
[9] *ARE YOU READY FOR PARENTHOOD ? Wise choices Bring Happiness !*
[10] *Be Responsible, Plan Your Family !*
[11] *Taem Yu Wantem Gat Pikinini Tinkbaot Yia Blong Mama. Anda 18 yia, Hemi Yangfala Tumas! Ova 35 Yia, Hemi Olfala Tumas! 18-35 Yia Hemi Gudfala Taem Blong Karem Pikinini. Blong Mekem Wan Hapi Mo Helti*

À l'inverse, les supports de prévention destinés aux célibataires insistent sur la responsabilité des jeunes filles pour ne pas avoir de rapports sexuels et ne pas être enceintes. Bien que l'affiche « Es-tu prêt pour la parentalité ? Les choix avisés sont source de bonheur ! » représente à la fois une fille qui se déclare trop jeune et un garçon qui souhaite avoir un emploi stable avant de mettre au monde un enfant, la grande majorité des documents créés pour les célibataires s'adressent aux jeunes filles et les montrent en capacité de décider de leur vie. Une affiche du département de la Santé du Vanuatu représentant une jeune citadine derrière un grillage, annonce ainsi : « lorsque tu es trop jeune, le corps n'est pas encore prêt à avoir un enfant, réfléchis bien avant[12] ». Dans la bande dessinée de *Wan Smolbag* intitulée *Storian blong Rachel* (2008), une jeune fille tombée enceinte après avoir eu une relation sexuelle sans lendemain, déclare en couverture : « les filles ! Ne laissez pas les garçons vous gâcher la vie ![13] ».

Dans ces supports de promotion de l'espacement des naissances et de la prévention des grossesses non désirées, les hommes sont eux toujours présentés comme des agents autonomes susceptibles de décider pleinement de leur sexualité. Si, en 2001, Margaret Jolly indiquait que les hommes des îles du Pacifique étaient souvent exclus des programmes gouvernementaux et des recherches démographiques sur la planification familiale (2001 b : 264-265), il faut noter néanmoins que les nombreuses actions de prévention menées en 2011-2012 au Vanuatu, visaient à engager les hommes, et en particulier les jeunes, dans la santé reproductive et sexuelle (comme les posters ou les ateliers *Men and boys*, par exemple). En dix ans, le public ciblé par les actions de prévention a eu tendance à se modifier. Un rapport posté en décembre 2015 sur le site Internet du Bureau régional pour l'Asie et le Pacifique d'UNFPA, témoigne d'ailleurs de la volonté des agences locales et internationales de pérenniser l'engagement des hommes autour de ces questions (NZPPD, 2015).

Depuis la signature de la Déclaration du Millénaire par les Nations unies et l'adoption des huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000, le genre (*gender*) et l'émancipation (*empowerment*) sont devenus des concepts clés dans la plupart des projets de développement nationaux et internationaux. L'OMD 3 vise ainsi à « promouvoir l'égalité des sexes et l'émancipation des femmes »[14] (Lepani, 2012 : 85 ; voir aussi chapitre 1, pages 39-40). Néanmoins, dix ans avant l'adoption des OMD, certains posters de prévention des IST diffusés à Port-Vila mettaient déjà en avant la responsabilisation et l'autonomisation des

Famli! Sapotem Famli Helt.
[12] *Taem yu yangfala tumas bodi i no redi yet blong karem bebi, tingting gud faestaem*.
[13] *Ol Gel ! No letem ol boe oli spolem laef blong yu !*
[14] http://www.un.org/fr/millenniumgoals/, consulté le 22 juin 2013 à 15 h 33.

femmes[15]. Une affiche de 1992 intitulée « Prévention du VIH SIDA aux écoles de Vanuatu », met en scène Jack et Lilly, deux jeunes gens qui décident de s'isoler au cours d'une soirée festive (Figure 81)[16]. Jack n'ayant pas de préservatif, Lilly lui dit : « c'est pas bien Jack ! J'ai peur, peur du SIDA. Si pas de KONDOM ! Pas d'amour… ». Dans ce poster, qui fut également présenté en anglais en Papouasie-Nouvelle-Guinée, la responsabilité féminine est soulignée (Hammar, 2010 a : 200). Un poster du Conseil sida de Nouvelle-Galles-du-Sud de 1991, qui présente une photographie de deux jeunes Australiennes non aborigènes accoudées devant un motel, annonce : « maintenant nous voulons du sexe sans risque ! Pour toutes sortes de raisons[17] ». Ce poster affiché à Port-Vila souligne à la fois l'association entre rapports sexuels et risque (voir chapitre 9, page 369), le désir sexuel féminin et la capacité de ces deux jeunes filles à prendre des décisions concernant leur sexualité.

Figure 81. Le poster *Prévention du VIH SIDA aux écoles de Vanuatu* a été trouvé dans les locaux de la *Vanuatu Family Health Association*

Des affiches créées en 2005 à partir du film de *Wan Smolbag Mr Right Guy* insistent sur les choix et les initiatives que peuvent prendre les jeunes filles. Sur l'une d'entre elles, l'héroïne de *Mr Right Guy* brandit un préservatif. Le texte annonce : « les filles peuvent emporter des préservatifs. Protège-toi[18] ». Un second poster questionne les jeunes lectrices et les met en garde sur les substances qui pourraient altérer leurs prises de décision concernant

[15] Notons que selon Jolly (2001 b : 264-265), la volonté d'émanciper les mères se retrouve dans les discours coloniaux et postcoloniaux sur la dépopulation des îles du Pacifique, dès la fin du XIX^{e} siècle, et dans ceux sur la surpopulation de ces archipels, depuis le début des années 1990.
[16] Ce poster a d'abord été conçu en anglais par le département de la Santé de Papouasie-Nouvelle-Guinée, puis adapté par le service d'éducation sanitaire du Vanuatu.
[17] *We want safe sex… now ! For all sorts of reasons*
[18] *Girls can carry condoms. Protect yourself*

leurs pratiques sexuelles : « Boire ? Réfléchis. Où tes choix vont-ils te conduire ?[19] » L'héroïne et le chanteur avec lequel elle a des relations sexuelles dans le film y apparaissent saouls. Un troisième poster présentant un préservatif emballé met en garde l'héroïne de *Mr Right Guy* : « peux-tu lui faire confiance ? Es-tu sûre ? Tu ne peux pas en juger selon les apparences ! [20] »

Figure 82. Le poster *Brata yumi nidim gud helt,* créé par la *Vanuatu Family Health Association*

Dans les différents supports de prévention diffusés à Port-Vila, les jeunes filles sont donc appelées à prendre leurs responsabilités face à la contraction des IST, mais on a vu plus haut que des actions de prévention menées dans la capitale sont destinées aux jeunes hommes, comme les ateliers *Men and boys*, par exemple, ou à un public mixte. Des posters, que j'ai vu affichés dans des établissements de santé de Port-Vila, incitent les jeunes hommes à être responsables et à agir pour leur santé reproductive et sexuelle. L'affiche de la Figure 82 annonce ainsi : « Frère, nous avons besoin d'être en bonne santé. Nous devons diminuer les maladies comme : les problèmes urinaires ; l'impossibilité de faire des enfants. Pour en savoir plus, visite la clinique maintenant ou appelle gratuitement le 087777 ». Un autre poster, qui représente une jeune fille tendant un préservatif à son partenaire, déclare : « Les garçons… réfléchissez à ce qu'est le VIH/sida dans le Pacifique aujourd'hui. Le préservatif peut bloquer cette maladie. Pour en savoir plus, va au *Kam Pusum Hed Senta*, derrière *Wan Smolbag* ou dans une clinique ou un hôpital près de chez toi[21] ». Les organismes de prévention tendaient à

[19] *Drink ? Think. Where will your choices take you ?*
[20] *Can you trust him ? Are you sûre ? You can't tell by looking !*
[21] *Ol boe… tingabaot se : HIV/AIDS istap long pacific tede. Kondom I save blockem sik ia. Blong save mo. Go long kam Pusum Hed Senta bihaen long Wan Smolbag Haos o long wan klinik o hospital klosap long yu.*

responsabiliser les jeunes filles et les jeunes hommes du Vanuatu, à les inciter à agir en tant qu'agents autonomes.

Il est intéressant de noter que, si les hommes et les jeunes gens apparaissaient rarement comme des sujets passifs dans les supports de prévention des IST, les femmes mariées étaient, à l'inverse, fréquemment présentées comme victimes des infidélités de leur conjoint. Dans le chapitre 2, j'ai signalé que les personnages vivant avec le VIH dans la bande dessinée *Sorie Susie* (2004), le film *Positive* (2002) ou la série télévisée *Love Patrol* (2007-2015) sont des femmes infectées après que leur partenaire a eu des relations sexuelles avec des prostituées.

Dans les supports de prévention diffusés à Port-Vila, lorsqu'une femme transmet une IST à son nouveau-né, comme dans la bande dessinée *HIV i Stap Long Blad Blong Yu ?* (2005), c'est le père du bébé qui est présenté comme le vecteur du virus. Cependant, la responsabilité individuelle des femmes mariées est mise en avant dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH – *Prevention of Mother-to-Child HIV transmission* (PMTCT) – ou d'autres IST. Au moment de mes recherches dans le service de santé féminine de l'hôpital central de Port-Vila, les femmes enceintes qui souhaitaient réaliser un test de dépistage du VIH, de la syphilis ou de l'hépatite B devaient répondre à une série de questions concernant leurs pratiques sexuelles, leurs partenaires et leurs « prises de risque ». Les futurs pères se rendaient très rarement dans ce service. Un échantillon d'urine était systématiquement collecté afin de dépister les infections gonococciques et à Chlamydiae. Soulignons qu'au Vanuatu comme dans la plupart des pays océaniens, les femmes enceintes fréquentant les services de santé périnataux constituaient un indicateur épidémiologique majeur pour estimer les prévalences du VIH et des autres IST dans la population générale. Dans le chapitre 1, j'ai mentionné, par exemple, que l'enquête *Second Generation Surveillance,* réalisée en 2008, indiquait qu'un quart des femmes enceintes testées à l'hôpital central de Port-Vila souffraient d'une infection à Chlamydiae (SPC et Vanuatu MoH, 2008 : 33).

En résumé, on peut dire que, dans les différents slogans utilisés à Port-Vila, les femmes étaient à la fois présentées comme vulnérables face à la contraction d'IST lorsque leurs conjoints étaient infidèles, et responsables lorsqu'elles étaient engagées dans des activités prostitutionnelles, des relations sexuelles avec un partenaire non officiel ou, parfois même, lorsqu'elles transmettaient le VIH à leur nouveau-né. Les hommes n'apparaissaient jamais comme des victimes passives ayant contracté une IST suite aux infidélités de leur partenaire. La responsabilité individuelle masculine était toujours soulignée, même si quelques supports de prévention, telle la bande dessinée *Sori Susie*, évoquent l'influence du groupe de pairs dans le déroulement de rapports sexuels extra-conjugaux en boîte de nuit ou bien la responsabilité

des parents ou de la communauté dans l'accès des jeunes aux préservatifs et aux informations sur les IST.

6.1.4 La responsabilisation de l'individu dans la diffusion des informations

Au moment de mes recherches à Port-Vila, de plus en plus d'organismes de prévention cherchaient à impliquer les leaders religieux et coutumiers, les familles et les groupes de pairs dans la diffusion des informations sur la santé reproductive et sexuelle en adoptant une approche de prévention dite « communautaire » – *community-based approach* (voir Lepani, 2012 : 29 pour la Papouasie-Nouvelle-Guinée). La notion d'approche communautaire a été développée à la fin des années 1980 en Amérique du Nord, notamment pour traiter les questions sanitaires dans les zones en voie de développement. Cette approche s'est ensuite répandue dans la plupart des pays et dans des contextes impliquant l'intervention d'organismes extérieurs, tel celui de la gestion de la crise post-séisme de 2010 en Haïti (Corbet, 2012 : 11).

L'une des premières définitions de la notion fut apportée par la travailleuse sociale canadienne, Marie Drolet (1986 : 418). Selon elle, « l'approche communautaire, c'est se soucier de la communauté, lors de la distribution de services et lors de l'intervention visant à produire un changement social ». Les organismes nationaux et internationaux qui ont utilisé cette approche ont souvent décliné leur propre définition du concept, mais le pilier de cette notion est « la participation des populations concernées à la mise en place d'une action dont l'initiative revient à une ONG » (Corbet, 2012 : 11). L'implication des populations peut concerner différents aspects du projet : le diagnostic, la conception, la mise en œuvre, le suivi ou l'évaluation (Corbet, 2012 : 12). D'après un manuel élaboré par le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés :

> « Le but de l'approche communautaire est de renforcer la dignité et l'estime de soi des personnes […] et d'autonomiser tous les acteurs afin de travailler ensemble pour soutenir les différents membres de la communauté dans l'exercice et la jouissance de leurs droits humains » (UNHCR, 2008 : 16).

Si cette approche est qualifiée de communautaire, son objectif semble néanmoins similaire à celui de la stratégie de communication axée sur les changements de comportements présentée plus haut. Il s'agit, là encore, de contribuer à émanciper, à responsabiliser et à modifier des comportements à l'échelle de l'individu.

Un ancien infirmier de la *Vanuatu Family Health Association* me fit part des difficultés rencontrées auparavant par les organisations lorsqu'elles souhaitaient parler de sexualité et du

préservatif dans l'archipel. Les ONG étaient parfois chassées avec violence. Observant une affiche datant de 1994 accrochée en mai 2011 sur le mur d'un poste de secours de l'île d'Ambae (voir page 275), l'ancien infirmier m'expliqua que sur ce vieux poster le terme « préservatif » (*kondom*) est remplacé par l'euphémisme *plastik* et le vocable *sex* par « coucher avec » (*slip wetem*), afin qu'on puisse plus facilement le placarder dans les communautés[22].

Dans le chapitre 3, j'ai indiqué qu'à Seaside Tongoa comme dans la plupart des groupes du Vanuatu, une personne pouvait parler de sexualité avec certains de ses proches et dans certains contextes seulement. Du fait du système des relations à plaisanterie toujours en vigueur (*tok fani*), les blagues, les attouchements et les insultes à connotation sexuelle étaient des pratiques courantes entre amis et entre cousins croisés. En outre, les discussions furtives sous forme de commérages et de spéculations sur la vie sexuelle d'autrui étaient très fréquentes dans la communauté, en particulier dans les bars à kava (voir aussi Cummings, 2008 : 134 ; Lepani, 2012 : 39). À l'inverse, il était formellement interdit de plaisanter en présence de son oncle maternel ou de sa tante paternelle. De même, des parents n'étaient pas censés parler de sexualité avec leur fils ou leur fille[23]. Néanmoins, selon le sexe de l'enfant, la sœur du père ou le frère de la mère, en particulier celui ou celle qui lui a donné son prénom (voir chapitre 5, page 225), était supposé aborder les questions de sexualité avec lui ou elle[24].

Au cours de l'atelier sur la santé sexuelle et reproductive organisé en juillet 2011 dans le village périurbain de Mele, un leader religieux déclara :

> « Ceux qui disent qu'il est tabou de parler de ces choses-là à la maison, ils ne connaissent pas bien leur coutume (*kastom*). Car si les parents ne peuvent pas en parler avec leurs enfants, il y a toujours une personne qui est censée en discuter avec eux, comme l'oncle maternel ou le grand-oncle, en fonction des différentes *kastom*[25] ».

Sur l'île de Pentecôte, Annie Walter note que, dans le passé, les deux époux recevaient une éducation sexuelle succincte de la part de leurs tantes paternelles réciproques la nuit de leur mariage (1988 : 35).

Même s'il existait, à Seaside Tongoa et dans la plupart des groupes du Vanuatu, une interdiction théorique de parler de sexualité avec certains de ses proches, et en particulier avec ses propres enfants, certains supports de prévention utilisés à Port-Vila appelaient les individus à aller à l'encontre de leurs pratiques coutumières. Au milieu des années 1990, une

[22] Entretien du 21 mai 2011 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années.
[23] Entretien du 11 juin 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.
[24] Entretien du 9 juin 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[25] Atelier d'information pour les leaders religieux organisé à Mele sur l'île d'Efate, du 18 au 20 juillet 2011.

affiche produite par la Communauté du Pacifique annonçait ainsi en plusieurs langues océaniennes : « le VIH/SIDA ne respecte ni la tradition, ni la culture, ni la religion ». Ce poster, que j'ai trouvé dans les réserves de la *Vanuatu Family Health Association*, et auquel Lepani fait référence pour ce qui est de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, souligne à la fois la vulnérabilité de la région océanienne face au VIH et la nécessité de parler de sexualité malgré les tabous qui l'entourent (2012 : 19).

Au cours de mes recherches sur la prévention des IST à Port-Vila, plusieurs actions furent planifiées ou développées dans le but d'inciter les représentants des communautés à aider à sensibiliser la population. Pour diminuer les peurs et les incompréhensions qui pourraient empêcher la bonne exécution du programme d'éducation à la vie familiale, par exemple, le Cadre d'Accélération 2014-2018 propose la mise en place de séances d'information destinées aux parents et aux membres des comités scolaires (voir chapitre 1, page 44 ; UNDP et Servy, 2013 : 52-53).

De même, plusieurs supports de prévention développés par l'ONG *Wan Smolbag* évoquent les interdits culturels et religieux entourant les discours sur la sexualité, ainsi que les conséquences sanitaires du respect de ces interdits. La pièce de théâtre *Shame and Ignorance* (2009) décrit explicitement les implications que la honte et le manque de connaissances engendrent sur la santé sexuelle des personnages. Ces derniers développent des IST ou ont un enfant parce qu'ils n'utilisent pas de préservatifs et ne consultent pas de médecins. Dans la pièce de théâtre *Will they hear us ?* (qui date du début des années 2000), des leaders religieux et coutumiers s'opposent à l'intervention d'éducateurs dans leur village par peur qu'un atelier sur la sexualité incite les jeunes gens non mariés à passer à l'acte. Dans *Coming home* (1999), les villageois menacent l'institutrice de ne plus la laisser exercer si elle persiste à vouloir parler du sida et de la reproduction humaine à ses élèves. Deux affiches de 2004 créées par *Wan Smolbag* affirment que « ce ne sont pas les préservatifs qui font que je veux avoir des relations sexuelles. Nous en avons déjà ! ». Sur l'une d'elles, un père est représenté en train de menacer une infirmière qui tend une boîte de préservatifs à un jeune homme. La seconde partie du slogan annonce qu'« interdire les préservatifs peut permettre au VIH/sida d'arriver dans ton village[26] » (Figure 83). Dans la bande dessinée *Storian blong Frank* (2006), un infirmier est critiqué par les villageois, là-encore, pour avoir procuré des préservatifs à un jeune homme. L'infirmier explique que le ministère de la Santé autorise cette distribution et

[26] *I no kondom we i mekem se mi wantem sex. Yumi stap mekem finis ! Be BLOKEM kondom i mekem se HIV/AIDS i save kam insaed long vilij blong yu*

que ce ne sont pas les préservatifs qui conduisent les jeunes à être enceintes ou à avoir des IST, mais leur non-utilisation et leur manque de connaissances.

Figure 83. Le poster *I no kondom we i mekem se mi wantem sex*, créé par *Wan Smolbag*

En 2011-2012, certaines des actions de prévention conduites à Port-Vila cherchaient non seulement à permettre aux organismes d'agir au sein des communautés, mais aussi à impliquer les membres de celles-ci. Dans le chapitre 2, j'ai mentionné qu'un atelier fut organisé en juillet 2011 dans le but d'inciter les responsables religieux à parler eux-mêmes de sexualité avec leurs jeunes fidèles. L'objectif était que ces derniers ne cherchent pas les réponses à leurs questions *via* d'autres moyens d'information, comme Internet[27]. De la même façon, plusieurs posters retrouvés à Port-Vila mettent en avant la nécessité pour les parents d'écouter et de parler à leurs enfants. L'utilisation de la deuxième personne du singulier et de verbes à l'impératif témoigne d'une volonté de responsabiliser et de motiver les individus dans la diffusion d'informations sur les IST. Sur l'une des affiches de *Wan Smolbag* issue du film *Mr Right Guy* (2005), une mère et sa fille sont représentées en train de se téléphoner (Figure 84). À côté d'un préservatif emballé, il est écrit : « est-elle sortie ce soir ? Sois sûre qu'elle sait comment se protéger[28] ». Sur un poster de 2008 affiché dans la clinique *Kam Pusum Hed* de *Wan Smolbag*, une jeune femme marche à contresens du reste du groupe. Au

[27] Atelier d'information pour les leaders religieux du 18 au 20 juillet 2011, tenu dans le village périurbain de Mele.
[28] *Is she out tonight ? Make sure she knows how to stay safe*

bas de l'affiche, il est inscrit : « n'aie pas peur d'en parler. Fais le premier pas et parle du VIH et des autres IST avec ton partenaire, ta famille et ta communauté[29] ». De même, une habitante de Seaside Tongoa me rapporta avoir parlé de santé sexuelle et reproductive avec sa fille alors âgée de 19 ans, suite à l'intervention de « médecins » venus dans la communauté pour encourager les parents à discuter avec leurs enfants[30].

Figure 84. Le poster *Is she out tonight ?*, créé par *Wan Smolbag*

Les organismes de prévention des IST présents à Port-Vila tentaient d'inciter les individus à parler de sexualité avec les membres de leur communauté, de leur Église ou avec leurs enfants, afin que ces derniers modifient leurs comportements individuels. L'objectif était de responsabiliser les individus face à la diffusion des informations sur les IST, et cela même si ces pratiques allaient à l'encontre de leur *kastom*. Il faut noter cependant qu'en comparaison avec d'autres pays du Pacifique, comme Tonga, les jeunes de Port-Vila présentaient moins souvent les membres de leur famille ou de leur Église comme des barrières à l'accès aux préservatifs et aux informations sur la santé sexuelle et reproductive (McMillan et Worth, 2011 b : 321).

On peut donc dire que les actions, et en particulier les supports de prévention des IST, mises en place à Port-Vila mettent l'accent sur l'individu en utilisant la deuxième personne du

[29] *No fraet blong toktok, tekem step festaem, tokbaot HIV mo ol narafala rabis sik wetem patna,family mo community blong yu*
[30] Entretien du 25 octobre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.

singulier, en faisant usage du champ lexical du choix et en présentant la femme, ou l'homme selon les cas, comme responsable de la contraction ou de la prévention d'une infection et de la bonne diffusion des informations. Je vais maintenant me pencher sur les méthodes de prévention des IST prônées dans le cadre de ces actions. Nous verrons qu'entre 2009 et 2012, ces moyens étaient soit présentés isolément, soit sous la forme du slogan ABC (*Abstinence, Be faithful, use a Condom*) déjà mentionné et qui est fondé sur la stratégie de Communication axée sur les Changements de Comportements (CCC).

6.2. Les méthodes de prévention recommandées

6.2.1 Le slogan ABC

La stratégie ABC est une politique d'éducation à la sexualité qui prédomine dans le système de prévention du VIH, ainsi que des autres IST, en Mélanésie (Eves et Butt, 2008 : 19). L'histoire du développement de cette stratégie constitue un bon exemple de la globalisation des discours de santé, déjà évoquée dans les premiers chapitres. Dès la fin des années 1980, l'accent sur l'abstinence et la fidélité du plan ABC séduisit quelques gouvernements africains et organisations américaines qui le mirent en place dans leurs pays respectifs. L'*United States President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR) versa d'importantes sommes d'argent à l'Ouganda pour lui permettre de développer une campagne de prévention fondée sur cette approche. Le taux d'infection par le VIH diminua fortement dans le pays : passant de 15 % au début des années 1990 à 5 % en 2001. Cette exceptionnelle diminution fut interprétée par plusieurs spécialistes comme directement liée au plan de prévention ABC. Le cas de l'Ouganda fit école malgré l'efficacité controversée de cette approche. Dans les années 2000, le PEPFAR accrut sa capacité de financement, augmenta le nombre de pays africains et asiatiques bénéficiaires et conditionna l'octroi de ses fonds à la mise en œuvre de plans ABC (Murphy *et al*., 2006 ; Parikh, 2007 ; Luker, 2004 : 10). Aucun pays océanien ne bénéficia de l'aide du PEPFAR, mais l'approche ABC fut cependant prônée en Mélanésie par les Nations unies et adoptée par la plupart des pays de la région (Lepani, 2005 : 4).

Le premier poster ABC que j'ai trouvé à Port-Vila est une affiche de la Commission du Pacifique Sud datant de 1992. Elle représente un couple mixte se promenant enlacé sur la plage. La jeune femme de couleur blanche est vêtue d'une robe courte, en partie déboutonnée. En bas de cette affiche intitulée « Aimer avec soin » est indiqué un message en anglais plutôt contradictoire : « Être en sécurité, Être fidèle, Utiliser des préservatifs, S'abstenir et en

bénéficier[31] ». Le lecteur est ainsi invité à ne pas avoir de rapports sexuels, à n'avoir qu'un seul partenaire et à utiliser des préservatifs sans qu'aucun mot de liaison ne vienne expliquer cet enchaînement de directives incohérentes. Notons qu'elle associe en outre les IST aux femmes blanches (voir chapitre 2, pages 60, 61, 80 et 98).

Plusieurs posters qui se trouvaient affichés à Port-Vila en 2011-2012 reprennent le slogan ABC recommandé par les Nations unies. L'un d'entre eux, datant de 2009, déclare en bislama : « reste tranquille… [ce qui sous-entend, n'aie qu'un seul partenaire ou ne sois pas pressé de faire l'amour], patiente d'abord ou utilise un préservatif. Tu n'auras pas le VIH ou une autre IST[32] » (Figure 85).

Figure 85. Le poster *No kik… wet fes taem o usum KONDOM*, créé par la Communauté du Pacifique

Coming Home, *History of AIDS*, *Will they hear us ?*, *Storian Blong Brian*, *Storian Blong Enos* et *Kleva i save winim AIDS ?* sont des pièces de théâtre et des bandes dessinées créées par *Wan Smolbag* au début des années 2000, qui recommandent également aux personnes d'être fidèles ou d'utiliser des préservatifs. *Storian Blong Brian* (2002), qui raconte l'histoire d'un homme ayant contracté le VIH après avoir eu des rapports sexuels avec des femmes rencontrées dans des bars à l'étranger, se termine par exemple ainsi : « si j'étais resté

[31] *Love with care. Be safe, Be faithful, Use condoms, Abstain and Gain*.
[32] *No kik… wet fes taem o usum KONDOM. Bae yu no save kasem HIV mo ol narafala rabis sik*.

tranquille ou si j'avais utilisé des préservatifs, je ne serais pas malade comme je le suis maintenant. Je n'aurais pas peur d'avoir rendu ma femme malade[33] ».

Les brochures les plus fréquemment distribuées par *Wan Smolbag* et *Vanuatu Family Health Association* en 2011-2012 contiennent également des messages de prévention fondés sur l'approche ABC. *Ol fact blong ol STI* explique ainsi la signification des lettres A, B et C, tandis que la brochure de l'association *Vanuatu Family Health*, intitulée *STIs*, invite le lecteur à « dire "non" à un homme ou une femme qui t'aime juste pour le sexe », à « rester uniquement avec un partenaire fidèle » et à « utiliser un préservatif à chaque fois que tu as un rapport sexuel avec un homme ou une femme que tu viens juste de rencontrer »[34].

Le message ABC était par ailleurs diffusé à la radio. Pendant son émission radiophonique du 1er juillet 2009, la *Vanuatu Family Health Association* expliqua ainsi aux auditeurs qu'ils devaient :

> « Éviter les activités sexuelles qui pourraient leur transmettre le VIH ou des IST, être fidèles à leur partenaire, éviter d'avoir des relations sexuelles avec beaucoup de partenaires » et que « les personnes qui prennent des risques dans leurs activités sexuelles doivent utiliser des préservatifs pour prévenir les transmissions[35] ».

Dans le cadre de formations et d'ateliers de prévention organisés à Port-Vila ou dans d'autres parties du Vanuatu en 2011-2012, les intermédiaires de *Wan Smolbag*, de *Vanuatu Family Health Association* ou de *Save the Children Australia* présentèrent également l'approche de prévention ABC à leurs auditoires. Lors de l'atelier mis en place à Seaside Tongoa du 1er au 3 novembre 2011 par *Wan Smolbag*, un pair éducateur déclara que :

> « Pour prévenir la transmission du VIH, A : Il faut s'abstenir d'avoir des relations sexuelles, tout comme les sœurs et les pères catholiques. B : Il faut être fidèle à une Marie ou à un John dans les bons comme les mauvais moments. C : Il faut utiliser des préservatifs ou D : avoir des pratiques moins risquées : vous savez… [comme la fellation, la masturbation] ou parler du futur[36] » (sourire).

Dans cet exemple, l'éducateur énonça clairement la signification des lettres A, B et C, tout en faisant référence à l'Église catholique dont il était l'un des fidèles. L'approche ABC n'était

---

[33] *Sapos we mi bin stap kwaet o mi bin yusum ol kondom, bae mi no sik olsem naoia. Bae mi no fraet se mi bin spolem woman blong mi.*

[34] *Talem "no" long man o woman we I lavem yu jes from sex, Stap wetem wan fetful patna nomo, iusum condom everi taem yu gat sex wetem man o woman we yu jes mitim hem blong fes taem.*

[35] *A-Avoidem sekual activities we I save kosem transmission blong HIV mo STI's. B-Being faithful long patner blong yu, avoidem seksual intakos wetem plante patners. C-Condomised emi minim se ol pipol we oli kat risk long ol sekual activities. Oli sud usum kontom blong preventem olgeta.*

[36] Observation du 3 novembre 2011 lors de l'atelier de prévention de trois jours organisé à Seaside Tongoa par *Wan Smolbag*.

cependant pas enseignée au seul personnel des ONG. Les élèves infirmiers du *Vanuatu College of Nursing Education* (VCNE), ainsi que les agents de santé communautaire formés à la *Korvan Mission School* de Port-Vila apprenaient également ce slogan[37].

Lors de la formation destinée au personnel du centre médical du village de Nduidui, sur l'île d'Ambae, menée en mai 2011, avant l'ouverture du service de santé destiné aux jeunes, les intervenants présentèrent, là-encore, la signification des lettres A, B et C, en insistant sur l'utilité de :

> « Dire aux jeunes patients d'attendre que leur corps et leur esprit soient prêts à devenir parents et qu'ils soient financièrement capables d'en assumer les conséquences, avant d'amorcer leur vie sexuelle. Si ces derniers étaient incapables de se contrôler, s'ils n'étaient ni chastes ni fidèles, il faudrait alors leur dire d'utiliser des préservatifs en leur rappelant qu'ils ne protègent pas contre toutes les IST telles que l'herpès ou les poux pubiens ».

Les intervenants évoquèrent également la signification d'autres lettres : « D : Durex pour les personnes allergiques au latex ; E : Éduque-toi pour prévenir les maladies ; F : Réalise (*Face*) que le VIH existe au Vanuatu ; G : Fais-toi tester (*Get tested*) ; H : Aide (*Help*) les personnes vivant avec le VIH »[38].

Dans son ouvrage intitulé *Sin, Sex and Stigma,* Lawrence Hammar indique que les lettres *D, E, F, G, H,* utilisées à travers le monde dans la prévention du VIH et des autres IST, recouvrent différentes significations en fonction des pays considérés (2010 a : 38). Lors de mon séjour de 2013 aux îles Kiribati et aux îles Salomon, je n'ai pas observé d'actions de prévention utilisant les lettres DEFGH, mais de nombreux supports mettaient en avant l'approche ABC. Par exemple, à l'aéroport international de Honiara, capitale des îles Salomon, un panneau accroché au-dessus de la porte d'embarquement indiquait en anglais :

> « Ta santé & celle de tes partenaires relève de ta responsabilité. Protège-toi du VIH & SIDA. Abstiens-toi d'avoir des rapports sexuels jusqu'au bon moment. Sois fidèle à un partenaire. Utilise un préservatif correctement & systématiquement[39] ».

Le slogan ABC était donc préconisé dans le cadre de nombreuses actions de prévention des IST menées en 2011-2012 à Port-Vila, ainsi que dans d'autres régions de l'archipel et du Pacifique. Néanmoins, l'abstinence, la fidélité et le port du préservatif étaient également prônés isolément.

---

[37] Entretiens du 29 et 31 août 2012 avec des professeurs de la *Korvan Mission School* et du *Vanuatu College of Nursing Education.*

[38] Atelier de formation (8-23 mai 2011) par des intervenants de *Save the Children Australia*, du ministère de la Santé, de l'hôpital référent de Luganville et de la *Vanuatu Family Health Association*.

[39] *Your health & your partners health is your responsibility. Protect yourself from HIV&AIDS. Abstain from sex until the right time. Be faithful to one partner. Use condom correctly & consistently.*

6.2.2 L'oubli du préservatif

Bien que le premier poster ABC que j'ai trouvé à Port-Vila date de 1992, la plupart des supports de prévention utilisés dans la capitale du Vanuatu jusqu'au début des années 2000 ne mentionnent pas l'existence du préservatif. Ils font la promotion de l'abstinence et du retardement des premiers rapports sexuels pour les jeunes. Un poster en anglais de 1992 incite par exemple à prendre soin des personnes que l'on aime en pratiquant le « sexe à moindre risque » (*safer sex*), tel que les baisers, les caresses, les câlins, soit des activités qui n'impliquent pas l'échange de fluides sexuels. Sur une affiche de la *Vanuatu Family Health Association*, un groupe mixte de jeunes citadins se tenant par la main comme pour unir un pacte, déclare :

> « Je respecte mon corps et j'ai le droit de dire non au sexe », « Je connais bien les IST, donc je dois faire attention ! », « Ce n'est pas parce que mes amis ont des relations sexuelles que moi aussi je dois en avoir ! », « Je me contrôle. C'est moi qui dois être fort ! » [40].

Soulignons, là-encore, l'accent mis sur les responsabilités et les choix individuels par l'utilisation de la seconde personne du singulier, ainsi que de certains termes, comme « se contrôler ». Dans cette affiche de prévention des IST, le droit de dire « non » est en outre présenté comme une capacité universelle, malgré la prépondérance des rapports sexuels forcés (voir chapitre 10, pages 431-432).

De même, parmi les bandes dessinées créées par *Wan Smolbag* au début des années 2000, certaines (*Storian Blong Mary*, 2006 ; *Storian Blong Angela*, 2002 ; *Storian Blong Monika*, 2002) évoquent les conséquences sociales et biomédicales de la contraction du VIH sans mentionner l'existence des préservatifs. En 2011-2012, ces bandes dessinées n'étaient cependant plus distribuées par l'ONG dans les communautés ou les écoles de Port-Vila, peut-être parce qu'elles ne prônaient pas l'utilisation de cette protection.

L'absence du préservatif dans certaines actions de prévention des IST fut également remarquée au début des années 2000, par des chercheurs travaillant dans d'autres pays d'Océanie, comme la Papouasie-Nouvelle-Guinée. Dans l'ouvrage collectif *Making sense of AIDS*, par exemple, Naomi McPherson fait l'analyse d'une pièce de théâtre interprétée en 2003 pendant un rassemblement religieux, dans un village de l'ouest de la Nouvelle-Bretagne (2008 : 224, 228). La pièce met en scène un villageois qui se rend régulièrement en ville et entretient des relations sexuelles avec des prostituées. Le temps passe et l'homme finit par

[40] *Mi RISPECTEM Bodi blong mi, mo mi gat raet blong talem no long sex. Mi save gut long ol SIK ia STI, so mi mas lukaot ! Ino from se ol fren oli stap mekem SEX se mi tu bae mi mas mekem olsem ! MI CONTROLEM mi. Mi iet mi mas stanap strong !*

mourir du sida dans les bras de sa femme, mais à aucun moment les personnages de cette pièce ne tentent de négocier l'usage du préservatif ou mentionnent son existence.

Si j'ai indiqué qu'en 2011-2012 les supports de la *Vanuatu Family Health Association* ou de *Wan Smolbag* qui ne préconisaient pas le port du préservatif n'étaient généralement plus distribués à Port-Vila, certaines actions de prévention menées par les Églises adventiste et presbytérienne du Vanuatu continuaient néanmoins à promouvoir uniquement l'abstinence et la fidélité entre époux. Ainsi, la bande dessinée *AIDS Bee Seminar*, distribuée par l'Église presbytérienne, ne mentionne pas l'existence du préservatif. Elle recommande de « ne pas avoir de relations sexuelles avant le mariage » et « d'être seulement fidèle au conjoint avec lequel tu t'es marié ». Cette bande dessinée dit également au lecteur :

> « Fais toujours un test sanguin avant d'avoir des relations sexuelles ». « N'utilise pas de seringues ou d'aiguilles sales ». « Ne reste pas seul avec un garçon ou une fille à un endroit isolé jusqu'à ce qu'il fasse nuit ». « Ne sois pas trop saoul ou ne prends pas de drogues, car cela pourrait altérer ton jugement ». « Trouve quels sont le plan et l'objectif de Dieu pour ta vie ». « Tu dois apprendre à dire "NON" lorsqu'un homme/une femme [avec qui tu n'es pas marié-e] veut coucher avec toi »[41].

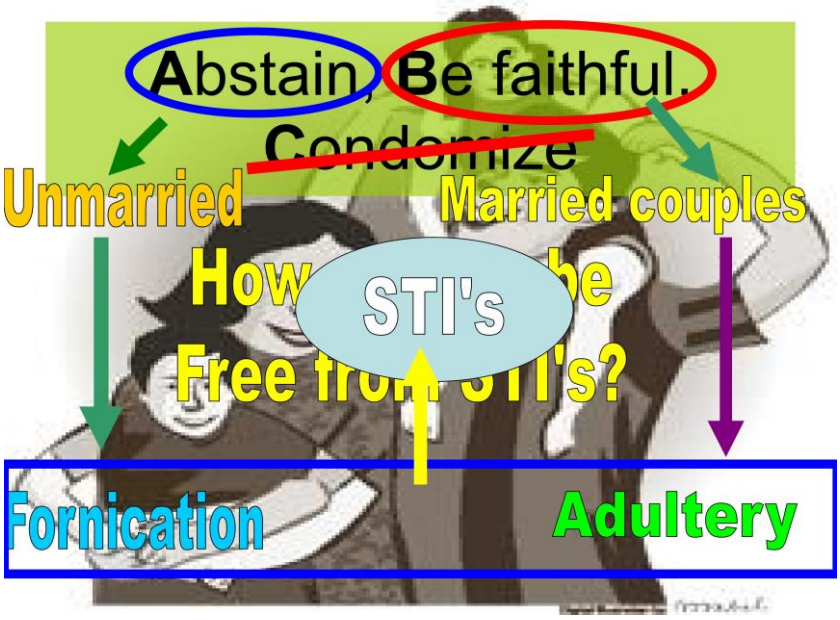


Figure 86. Une diapositive *Powerpoint* conçue par la mission adventiste du Vanuatu

De même, pendant les séances d'information sur la santé organisées à Port-Vila par la mission adventiste du Vanuatu, les IST étaient présentées comme « le prix à payer pour les

[41] *Yu no mas gat sex bifo yu maret mo yu feitful long maret patna blong yu nomo. Oltaem testem blad fastaem bifo yu tekem. No usum ol nidel mo ol stik meresin we i no kiln. No stap yu wan wetem wan boe o gel long wan ples we i nogat man kasem leit naet. No drong tumas o teke mol drag from oli save spolem jajmen blong yu. Faenem wanem nao plan mo pepos blong Papa God long laef blong yu. Yu mas lan blong talem « NO » taem wan man/woman (we i no maret patna blong yu) i wantem silip wetem yu.*

infidèles » (voir chapitre 7, pages 317-318)[42]. Pour prévenir leur apparition, cette Église prêchait l'abstinence pour les personnes célibataires et la fidélité pour les personnes mariées. La présentation *PowerPoint* utilisée en mai 2012 dans la communauté de Seaside Tongoa, comporte ainsi une diapositive intitulée : « Comment ne pas avoir d'IST ?[43] ». Tandis que les termes *Abstain* et *Be faithful* y sont mis en relief, le mot *Condomize* est barré (Figure 86).

Les affiches de prévention des IST et des grossesses non désirées de la Mission adventiste du Vanuatu, collectées en 2012 à Port-Vila, mettent également en avant l'abstinence. Elles appellent à la pureté et revendiquent que « les bonnes choses arrivent à ceux qui attendent ». Le *f* de *safe sex* (« sexe sans risque ») est remplacé par un *v* pour former *save sex* (« préserve le sexe », c'est-à-dire « abstiens-toi jusqu'au mariage ») (Figure 87)[44].

Figure 87. Le poster *Good things come to those who wait* conçu par la Mission adventiste du Vanuatu

Pendant mes recherches dans l'archipel, l'usage du préservatif n'était donc pas officiellement encouragé par les Églises adventiste et presbytérienne du Vanuatu. Celles-ci ne souhaitaient pas paraître promouvoir la fornication et l'adultère auprès de leurs membres. Néanmoins, en 2011-2012, plusieurs leaders religieux et fidèles exerçant dans des établissements de santé interrogés à Port-Vila soutenaient son utilisation comme méthode contraceptive au sein des couples mariés et comme moyen de prévention du VIH pour les personnes ne suivant pas les principes chrétiens. Il est intéressant de relever que certains

[42] *The price tag of infidelity*.
[43] *How can we be free from STIs ?*
[44] *Good things come to those who wait. Saf(v)e sex. Keep love pure.*

intermédiaires des organismes de prévention et responsables religieux passaient outre les discours officiels des Églises adventiste et presbytérienne du Vanuatu.

Je me suis intéressée aux Églises adventiste et presbytérienne du fait des orientations religieuses des habitants de Seaside Tongoa (voir chapitre 3, page 134), mais certains leaders religieux de Port-Vila, en particulier catholiques, s'opposaient fermement à l'utilisation du préservatif par leurs fidèles. En 2011, une nonne qui travaillait comme infirmière dans une clinique de la capitale refusait, par exemple, de délivrer des préservatifs et des contraceptifs à ses patients du fait, me dit-elle, « de [ses] convictions personnelles et non des prescriptions papales ». Elle encourageait l'utilisation des méthodes dites « naturelles » et ne souhaitait pas faciliter la fornication et l'adultère en distribuant des préservatifs[45].

Plusieurs anthropologues ayant travaillé en Mélanésie ont remarqué eux aussi l'accent mis sur l'abstinence et la fidélité par les Églises locales, au détriment de la promotion du préservatif. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, Hammar (2010 a : 2) et Eves (2012 : 68) ont indiqué que certains groupes chrétiens, voire séculiers, remplaçaient le *Condom* du slogan ABC par les termes « engagement » (*Commitment*), « valeurs chrétiennes » (*Christian values*) ou bien « doctrine religieuse » (*Church doctrine*). Lors de l'atelier organisé en juillet 2011 à l'intention des responsables religieux de Port-Vila, plusieurs participants soulignèrent les différentes significations que le C pouvait prendre en dehors de *condom*[46]. Or, plusieurs spécialistes de la Papouasie-Nouvelle-Guinée (Hammar, 2008 : 67 ; Eves, 2008 : 215 ; Luker, 2004 : 11) montrent que, malgré leur opposition à l'usage du préservatif, certains chefs religieux, confrontés au fort taux de prévalence du VIH enregistré dans ce pays, encourageaient désormais leurs fidèles à les utiliser.

6.2.3 Encourager l'utilisation de préservatifs et les dépistages

Alors que la plupart des actions de prévention des IST préconisaient le slogan ABC quand elles étaient conduites par des ONG, ou l'abstinence et la fidélité lorsqu'elles étaient menées par des Églises, quelques messages diffusés en 2011-2012 à Port-Vila mettaient uniquement l'accent sur l'usage du préservatif et la nécessité du dépistage. En effet, dès les années 1990, des posters centrés sur le préservatif ont été conçus par des organismes étrangers et distribués à Port-Vila. Même s'ils n'étaient plus affichés sur les murs, j'ai trouvé plusieurs de ces posters dans les réserves de la *Vanuatu Family Health Association*. En 1991 et 1993, le département de la Santé du Commonwealth a par exemple publié deux affiches présentant des

[45] Entretien du 1er mai 2011 avec une nonne infirmière catholique.
[46] Atelier d'information pour les leaders religieux du 18 et 20 juillet 2011 à Mele.

dessins de préservatifs. L'une indique « Protège-toi du SIDA[47] » et l'autre « Si ce n'est pas OK, ce n'est pas OK[48] ». Un personnage préservatif portant une pancarte « Arrêtez le SIDA et les maladies vénériennes[49] » occupe l'espace d'un poster originaire des îles Salomon, qui paraît dater de la même période (Figure 88). Une affiche néo-zélandaise de 1997, présentant la photographie d'un préservatif déballé, a pour slogan : « lorsque tu le couvres, tout est OK. Les préservatifs fonctionnent[50] ». D'anciennes affiches publicitaires des marques australiennes *Glyde* et *Four Seasons Condoms* furent également trouvées dans les réserves de la clinique *Vanuatu Family Health Association.* Ces publicités mettent en scène des personnages préservatifs burlesques qui font la promotion du *safe (r) sex*, c'est-à-dire du sexe sans ou à moindre risque (voir page 261).

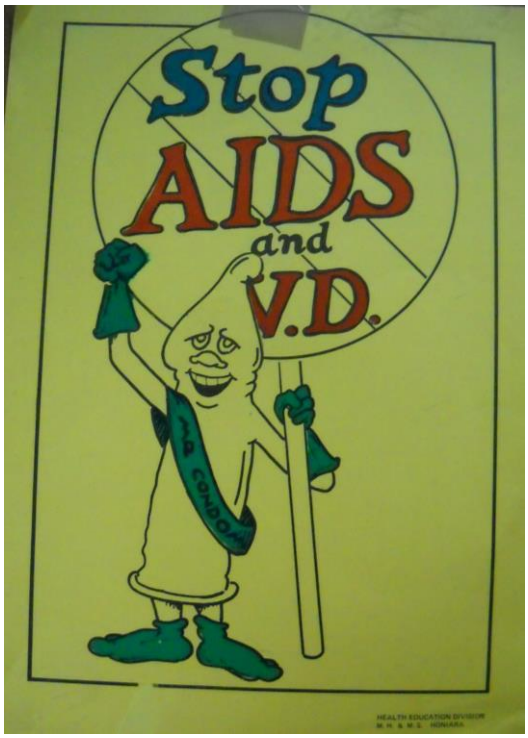


Figure 88. Le poster *Stop AIDS and V.D.* originaire des îles Salomon trouvé dans les locaux de la *Vanuatu Family Health Association*

Même si la plupart des messages de prévention diffusés en 2011-2012 par *Wan Smolbag*, mentionnaient l'importance de la fidélité, de l'abstinence et des préservatifs comme dernier recours, quelques-unes des pièces de théâtre, des bandes dessinées et des brochures produites par cette ONG insistent particulièrement sur l'usage du préservatif. La pièce de théâtre *Use me !*, écrite en 1996 mais réinterprétée en 2011 au sein de communautés et d'écoles de l'île

[47] *Cover yourself against AIDS.*
[48] *If it's not on, it's not on.*
[49] *Stop AIDS and V.D.*
[50] *When you've got it covered, you're sweet as. Condoms work.*

d'Efate, met par exemple en scène un homme-préservatif face à la gonorrhée, à la syphilis, à l'herpès et au sida. Les bandes dessinées *Storian Blong Frank* (2006) et *Esta mo Teresa* (2006) ne prônent pas l'abstinence ou la fidélité, mais encouragent l'usage du préservatif chez les jeunes, ainsi que chez les femmes qui ont des relations sexuelles en échange de biens ou d'argent. En 2011, un volontaire de *Peace Corps* déguisé en *Super Condom* distribua des préservatifs féminins et masculins aux passants du centre-ville de la capitale sans parler d'abstinence ni de fidélité. Et cela à plusieurs reprises.

Notons en outre que quelques rares supports de prévention utilisés en 2011-2012 à Port-Vila mettent l'accent sur la nécessité de se faire dépister. Un poster de *Wan Smolbag* représentant trois femmes dans une rue de la capitale annonce ainsi : « une personne sur trois a une IST. Les hommes comme les femmes peuvent en attraper. Viens à la clinique et vérifie si tu n'en as pas contracté une[51] ». La pièce de théâtre de *Wan Smolbag, VCCT play* (*Voluntary Confidential Counseling and Testing Centers play*, 2003), ainsi que les bandes dessinées *HIV i stap long blad blong yu ?* (2005) et *Sori Susie* (2004), insistent elles aussi sur le préservatif et la nécessité du dépistage des IST. Sur la quatrième de couverture de *HIV i stap long blad blong yu ?*, un message indique : « si tu penses aller faire un test sanguin, contacte n'importe quelle clinique : *KPH Klinik, Vanuatu Family Health Association, Northern Care Youth Clinic*[52] ».

En bref, on peut dire qu'en 2011-2012, les actions préconisant uniquement le port de préservatif ou le dépistage demeuraient rares et qu'elles étaient destinées avant tout aux jeunes et aux femmes engagées dans des activités prostitutionnelles, des individus qui, comme on l'a vu, étaient souvent présentés comme responsables de la contraction des IST.

6.2.4 Les critiques de l'approche ABC et de ses composantes

L'approche ABC et ses composantes ont été critiquées à de nombreuses reprises par les anthropologues s'intéressant à la prévention des IST en Mélanésie ou dans d'autres régions du monde. Ce discours globalisé a été accusé de ne pas prendre en considération la nature des relations sociales dans les groupes où il est proposé. Le slogan ABC est un message non sexué qui ne tient pas compte des spécificités culturelles des relations entre les sexes ou des relations de parenté. Par exemple, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, la normativité du multi-partenariat sexuel, la forte mobilité géographique des hommes et les violences sexuelles

[51] *1 aot long 3 man I gat rabish sik. Rabish sik i save kasem man mo woman. Go long klinik mo jekem se yu no kasem wan.*
[52] *Sapos yu stap tingbaot go from wan blad test, yu kontaktem eni klinik olsem* : *KPH Klinik, Vanuatu Family Health Association, Northern Care Youth Clinic.*

rendent l'abstinence, la fidélité ou le port du préservatif difficiles à respecter. Plusieurs auteurs ont montré que les femmes de ce pays n'ont pas forcément le pouvoir de négocier le déroulement des rapports sexuels ou de s'assurer de la fidélité de leur compagnon (Hammar, 1998 : 287 ; 2008 : 76-77 ; 2010 a ; voir aussi Hirsch *et al.*, 2009 : 13-16). Les africanistes Gill Seidel et Laurent Vidal ont de même noté que les discours de prévention appelant à l'émancipation et à la responsabilisation des femmes dans les pays africains, à l'instar du slogan ABC, sont basés sur un modèle individualiste qui ne prend pas en compte les relations de pouvoir, les violences et les contraintes sexuelles exercées à leur encontre (1997 : 68-70). D'après ces discours, les femmes sont censées convaincre leurs partenaires d'utiliser des préservatifs mais elles peuvent être blâmées ou battues par ces derniers si elles tentent de communiquer ou s'en vouloir à elles-mêmes si elles n'arrivent pas à leur en parler. Lepani note qu'en dépit du fait que les femmes des îles Trobriand (Papouasie-Nouvelle-Guinée, toujours) ont moins souvent la possibilité de négocier l'usage du préservatif que leurs homologues masculins, elles se considèrent néanmoins comme des partenaires actifs, capables d'exercer un certain contrôle sur leur sexualité (2005 : 18).

Nous avons vu plus haut qu'au moment de mes recherches à Port-Vila, les actions de prévention fondées sur l'approche ABC ne s'adressaient guère aux femmes en couple, qui étaient souvent présentées comme vulnérables. Les politiques conduites en 2011-2012 par les organismes de prévention de Port-Vila semblaient davantage tenir compte de la position différente de chacun au sein du couple que celles décrites pour certains pays africains ou la Papouasie-Nouvelle-Guinée. La diffusion du message ABC auprès des filles et des garçons du Vanuatu ne prenait néanmoins pas en considération le type de relations existant entre ces derniers. Les pratiques sexuelles forcées étaient fréquentes, par exemple, chez les jeunes gens de Seaside Tongoa, alors que le slogan ABC suppose que l'individu soit en capacité de négocier et de prendre des décisions. Dans le chapitre 5, j'ai relevé que le déroulement des rapports sexuels et l'utilisation ou non de préservatifs dans la communauté étaient non seulement liés à des stratégies et à des choix individuels, mais aussi à des impératifs sociaux de reproduction. Les liens de parenté et la nécessité de créer ou d'entretenir des relations entre les groupes pouvaient ainsi influencer la capacité des personnes à suivre l'approche ABC. Dans un article récent, Karen McMillan et Heather Worth notent l'importance du groupe de pairs dans l'accès et l'utilisation des préservatifs chez les jeunes hommes du Vanuatu (2011 b : 320). Selon elles, les amis constituent un appui ou un frein par leur accompagnement ou leurs moqueries. D'après l'enquête « Connaissances, Attitudes, Pratiques » 2008-2009 menée auprès de 510 jeunes du Vanuatu habitant Port-Vila ou dans les

îles de Mallicolo et de Tanna, les amis constitueraient la deuxième source principale d'information et de conseils sur le VIH des 15-24 ans, bien qu'elle ne soit que la cinquième source préférée par eux (UNICEF, 2010 a : 97). D'après une jeune femme de Seaside Tongoa qui a travaillé comme éducatrice à *Wan Smolbag*, les filles ne parlent cependant jamais de préservatifs entre elles. L'influence du groupe de pairs dans l'utilisation de l'approche ABC semble plus marquée chez les garçons de la communauté que chez les filles[53].

Plusieurs chercheurs ont montré que l'approche ABC est fondée sur une construction occidentale hautement idéalisée de la relation de couple. Les deux partenaires seraient ainsi non seulement des individus égaux, bénéficiant des mêmes droits, mais aussi des compagnons sociaux partageant une intimité sexuelle et émotionnelle (Hirsch *et al.*, 2009 : 10). Holly Wardlow note que cet idéal marital n'est en rien universel (2007 : 1006). Elle indique que la plupart des hommes huli de Papouasie-Nouvelle-Guinée ne considèrent pas la fidélité sexuelle comme indispensable au succès et au bonheur de leur mariage. Les relations extra-maritales y sont même jugées appropriées à certains moments de la vie conjugale. En Ouganda, Shanti Parikh montre pareillement que les compréhensions locales de la fidélité et du risque diffèrent des concepts occidentaux véhiculés par les organismes de santé publique (2007 : 1298, 1201). Un homme ougandais est considéré comme « fidèle » tant qu'il soutient économiquement sa femme et maintient sa bonne réputation publique en gardant secrètes ses relations extra-maritales. En Ouganda, le risque associé à la sexualité est davantage vu comme social que biomédical. L'infidèle a en effet plus peur de se faire disputer publiquement par sa femme et d'être sujet aux moqueries que d'attraper une IST. Le *safer sex* peut ainsi être localement considéré non pas comme la sexualité monogame, mais comme la sexualité qui apparaît socialement monogame (Hirsch *et al.*, 2009 : 19).

Avant l'arrivée des missionnaires, la pratique de la polygynie était commune au Vanuatu (Jolly, 1997 [1994] : 123 ; Speiser, 1996 [1923] : 261). Un habitant de Seaside Tongoa m'expliqua que, dans le passé, chaque homme se mariait avec plusieurs femmes sur l'île de Tongoa[54]. Lors de mes recherches dans la communauté, la pression exercée par l'entourage des jeunes filles pour les empêcher de commencer leur vie sexuelle était forte. Cela étant dit, les discussions entourant le développement de grossesses précoces non désirées donnaient un aperçu du nombre de partenaires intimes que certains jeunes pouvaient avoir. En juin 2012, plusieurs interlocuteurs me racontèrent ainsi qu'une poignée de garçons de Seaside Tongoa

[53] Entretien du 21 juin 2012 avec une femme âgée d'une vingtaine d'années.
[54] Entretien du 13 août 2012 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.

était susceptible d'être le père de l'enfant porté par une jeune fille de 15 ans[55]. Parallèlement, un jeune homme d'une vingtaine d'années fut accusé d'avoir mis enceintes deux jeunes habitantes de la communauté à seulement quelques mois d'intervalle[56].

Lors de la *Demographic and Health Survey 2013* menée auprès de 2 508 femmes et 1 333 hommes du Vanuatu, 3,6 % des femmes et 7,1 % des hommes âgés de 15 à 49 ans déclarèrent avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des douze derniers mois précédant l'enquête : 3,7 % des jeunes filles et 16,2 % des jeunes hommes de 15-24 ans, 2,6 % des femmes et 8,8 % des hommes de 25-29 ans, 1,5 % des femmes et 1,0 % des hommes de 30-36 ans et 0,3 % des femmes et 2,2 % des hommes de 40-49 ans. D'après ces déclarations, qui peuvent avoir été influencées par la peur des jugements sociaux souvent plus sévères sur les comportements sexuels des femmes que sur ceux des hommes (Bozon, 2013 : 67-68)[57], les taux de multi-partenariat sexuel étaient donc globalement plus élevés chez les enquêtés les plus jeunes et de sexe masculin. Néanmoins, ces taux dépendaient également de la zone d'habitation et du statut conjugal : 3,6 % des femmes et 9,3 % des hommes de 15 à 49 ans résidant en milieu urbain déclarèrent ainsi avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, contre 1,3 % des femmes et 5,8 % des hommes habitant en zone rurale. Et 6,1 % des femmes et 19,9 % des hommes n'ayant jamais été marié, contre 1,3 % des femmes et 2,2 % des hommes mariés ou vivant avec leur partenaire firent de telles déclarations (MoH *et al*., 2014 : 190-192).

Même si, d'après la *Demographic and Health Survey 2013*, les personnes mariées ou vivant en concubinage étaient peu nombreuses à déclarer avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, les infidélités au sein des couples mariés semblaient une pratique courante à Seaside Tongoa. Un membre de la communauté me dit ainsi :

> « Il y a plein d'hommes qui ont deux ou trois femmes ici. Et leurs femmes sont au courant. Mais ça affecte la *kastom*, pas la *kastom* d'autrefois, car avant les hommes avaient plusieurs femmes. Mais ça affecte la *kastom* de maintenant, ça contredit ce que le Conseil [National] des Chefs [du Vanuatu] a dit. Et ça contredit ce que dit l'Église : une seule femme par homme. Mais la loi dit que l'on est libre. Un ami est venu me demander conseil hier, car il a une femme et il en voudrait une deuxième. Je lui ai dit

[55] Entretiens du 20 juin 2012 avec une femme âgée d'une trentaine d'années et du 4 juillet 2012 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.
[56] Entretien du 27 juin 2012 avec une femme âgée d'une vingtaine d'années et une femme âgée d'une cinquantaine d'années.
[57] Le sociologue Michel Bozon indique que l'asymétrie dans les comportements sexuels des hommes et des femmes ne découle pas d'une différence biologique, mais constitue « l'une des expressions, dans la sphère de l'intime, de la recomposition incessante des inégalités de sexe dans le monde social » (2013 : 75).

> que s'il travaille et qu'il a assez d'argent pour payer la nourriture et tout ce dont ses deux femmes ont besoin, il n'y a pas de soucis (*i stret nomo*). Les femmes ont aussi plusieurs hommes. Mais elles le cachent alors que les hommes ils "friment" (*mekem flas*), ils sont fiers. Les hommes sont à la tête (*hed*). Ils disent qu'ils ont plein de femmes pour montrer leur pouvoir[58] ».

Certains hommes de Seaside Tongoa me parlèrent ainsi de leurs aventures extra-conjugales avec facilité, faisant usage de blagues et d'expressions codées, telles qu'« aller rôtir une poule » (*go rusum faol*) ou « manger la lumière » (*kakae laet*)[59]. Mes interlocutrices me confièrent plus rarement être engagées dans de telles pratiques. Un habitant stipula qu'il est normal qu'un homme trompe sa femme si ce n'est pas lui qui l'a choisie[60]. Un second justifia la relation que son frère entretenait avec une autre femme par les positions sexuelles, inspirées des films pornographiques, que celle-ci était supposée effectuer (voir Servy, 2013)[61]. Dans le chapitre 5, j'ai également indiqué que nombre de mes interlocuteurs déclaraient ne pas – ou ne plus – éprouver de sentiments amoureux pour leur partenaire, mais qu'ils ne souhaitaient pas se séparer de lui ou d'elle par amour pour leurs enfants, même si la communauté comptait, dans les faits, des dizaines de bambins sans père pour les élever.

À Seaside Tongoa, les infidélités conjugales ne remettaient généralement pas en question la pérennité du couple. Le problème était fréquemment réglé par la violence ou par la tenue d'un tribunal coutumier lorsque le couple était marié (voir aussi Walter, 1988 ; Jolly 1997 [1994] : 12). Un homme qui avait lui-même trompé son épouse à de nombreuses reprises m'expliqua qu'il n'est pas nécessaire de battre sa femme si elle trompe son mari seulement une ou deux fois, mais si l'action se répète, l'homme n'a pas le temps d'oublier, de la pardonner et il « doit » la frapper, « parce que c'est sa femme ». Mon interlocuteur me raconta ainsi la façon dont, en août 2012, avec l'aide de ses frères classificatoires, il frappa l'épouse de l'un des membres de sa famille alors que celle-ci entretenait une relation extra-conjugale avec un homme de Seaside Paama depuis presque trois ans :

> « Nous sommes allés chez Joseph à Freswota parce qu'il nous a demandé de venir battre sa femme. J'ai attrapé Meri, d'une main, par la ceinture, et de l'autre, je lui ai tenu la nuque. Et je l'ai cognée cinq fois contre le mur. Comme elle a tourné la tête, c'est sa mâchoire qui s'est cassée. Je l'ai cognée contre le mur, jusqu'à ce que sa nuque soit molle. Elle s'est mise à trembler. Je l'ai posée, et on lui a mis des coups dans le ventre. Si John [son amant] avait été avec elle, on l'aurait battu à mort. Mais il n'était pas là, donc on a juste frappé Meri. Puis, on a essayé de trouver John à Seaside

[58] Entretien du 27 août 2012 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.
[59] Entretien du 31 juillet 2012 avec deux hommes âgés d'une trentaine d'années.
[60] Entretien du 30 octobre 2012 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.
[61] Entretien du 18 septembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.

Paama. On l'a poursuivi. Mais il s'est caché dans le [magasin] *mini market*. Donc on n'a pas pu bien le battre[62] ».

Figure 89. L'annonce de la sentence lors d'un tribunal coutumier organisé pour statuer sur un adultère, Seaside Tongoa, 2012

Quelques jours après que Meri fut sortie de l'hôpital, un tribunal coutumier s'organisa sur le terrain de la « Communauté des femmes de Seaside Tongoa » (Figure 89). Une discussion de plus de 4 heures eut lieu pour déterminer les raisons qui conduisirent Meri et John à se fréquenter alors qu'ils étaient tous les deux mariés (voir chapitre 7, page 310). Au terme de la séance, chacun des deux amants fut condamné à verser au conjoint de l'autre 5 000 vatus (38 €), deux nattes, un cochon et la nourriture qui l'accompagne, ainsi que 5 000 vatus (38 €) et deux nattes à son propre conjoint. En outre, John et Meri furent condamnés à offrir de plus petites quantités de nattes et d'argent aux six membres du conseil et aux chefs présents. On notera qu'il s'agit de compensations importantes, à la mesure de la durée de la relation entre les deux amants. Pendant la séance du tribunal, plusieurs participants déclarèrent que, si Meri n'avait trompé Joseph qu'une seule fois, personne ne lui aurait rien reproché. Mais que là « tout le monde va dire, regarde Joseph, sa femme couche avec John ». C'est donc la répétition et le caractère public de l'affaire qui conduisirent à une telle violence et à la réunion d'un tribunal coutumier. Les infidélités sexuelles, en particulier chez les hommes, étaient souvent tolérées par les partenaires et la communauté. L'idéal marital, sous-entendu par l'approche de prévention ABC, n'était donc pas pleinement partagé par les habitants de Seaside Tongoa. La fidélité faisait néanmoins partie des comportements

[62] Entretien du 13 août 2012 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.

cités, dans cette communauté, pour définir la « bonne personne » (*gudfala man*). Et nombre de mes interlocuteurs considéraient que les pratiques adultères pouvaient nuire à la santé (voir chapitre 7 page 316, par exemple)[63].

Alison Dundon remarque que l'approche ABC est préconisée en Papouasie-Nouvelle-Guinée sans que l'existence d'autres pratiques déjà mises en place pour contrôler la sexualité soit prise en compte (2009 : 183). Elle indique que le préservatif est bien souvent localement considéré comme accentuant l'épidémie de VIH parce qu'il permet aux personnes de se dérober à leurs responsabilités et de ne pas suivre les comportements moraux prônés dans leur communauté. Grâce aux préservatifs, l'individu n'a plus besoin de se comporter correctement et de respecter les principes chrétiens de fidélité et d'abstinence pour se prémunir des maladies. Notons cependant que l'approche ABC favorise l'association du préservatif et de la sexualité immorale en ce qu'elle recommande aux personnes ne pouvant rester chastes ou fidèles d'utiliser ce moyen de prévention. En Papouasie-Nouvelle-Guinée comme au Vanuatu, le préservatif est souvent considéré comme un outil aux services des individus qui ont des relations sexuelles avec des personnes dites à haut risque (partenaires occasionnels, personnes pratiquant la sexualité transactionnelle), dans des lieux stigmatisés comme à haut risque (boîte de nuit, bar, rue) (voir chapitres 2 et 9 ; Lepani, 2008 a : 262 ; 2012 : 18 ; Hammar, 2010 a : 23). Aux îles Trobriand, Lepani note que, du fait du peu de préservatifs disponibles, les jeunes hommes tendent à les garder pour les utiliser avec des partenaires extérieurs à leur réseau de relations immédiat (2008 a : 262).

Bien que l'accès aux préservatifs paraisse moins problématique à Port-Vila qu'aux îles Trobriand (Lepani, 2008 a), la plupart de mes interlocuteurs continuaient à les utiliser de manière sélective et à ne pas suivre systématiquement l'approche ABC. Au cours de l'analyse stratégique menée en 2013 dans le but d'améliorer la distribution et l'usage des préservatifs masculins et féminins au Vanuatu, aux îles Salomon et aux îles Kiribati, plusieurs jeunes gens déclarèrent ne pas souhaiter utiliser de préservatifs avec leurs petites amies parce qu'ils avaient « confiance » en elles, pensaient qu'elles étaient fidèles, ne voulaient pas les faire douter de la confiance qu'ils leur accordaient ou qu'elles remettent en question leur propre fidélité ou leurs bonnes mœurs. Mes jeunes interlocuteurs m'expliquèrent que proposer d'utiliser un préservatif, c'est risquer d'être vu comme un individu ayant de multiples partenaires. Ils ajoutèrent qu'il leur arrivait d'utiliser des préservatifs lorsqu'ils en avaient en leur possession et avaient des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels, rencontrés

[63] Entretiens du 19 juin 2012 avec une femme d'une quarantaine d'années, du 18 octobre 2011 avec une femme de quatre-vingt-cinq ans et dessins d'enfants de la *Seaside Community School* du 10 août 2012.

dans la rue ou en boîte de nuit, parce qu'à l'inverse, ils n'avaient pas confiance en ces personnes, ne savaient pas forcément qui elles étaient et si elles avaient d'autres partenaires. Ces jeunes gens, tout comme plusieurs habitants de Seaside Tongoa interrogés en 2011-2012, associaient donc l'usage du préservatif à l'infidélité et aux partenaires occasionnels extérieurs à la communauté.

Des chercheurs ont également indiqué que les messages de prévention développés à partir d'une stratégie de Communication axée sur les Changements de Comportements individuels (CCC), tel le slogan ABC, situent les croyances, les attitudes et les comportements à l'intérieur du domaine psychologique des individus. Ils supposent que ceux-ci peuvent librement choisir leurs actions, qu'ils font des calculs rationnels et agissent en fonction de leurs résultats (Kippax et Crawford, 1993 : 255 ; Lepani, 2012 : 16 ; Eves, 2012 : 67). La rationalité est la mise en accord de nos moyens et de nos fins, mais la rationalité est limitée. Aucun individu n'a une connaissance parfaite de son environnement (en l'occurrence des personnes de son entourage vivant avec une IST), de sa situation (son propre statut sérologique) et des conséquences de ses actes (peu de personnes considèrent la fellation comme un moyen de transmission d'IST, par exemple) (Ansart, 1999 : 438). En outre, différentes formes de connaissance cohabitent dans une même société. Dans le prochain chapitre, nous verrons ainsi que plusieurs interprétations des IST étaient présentes à Seaside Tongoa et que les personnes avaient, de ce fait, de multiples raisons de ne pas se sentir concernées par les messages de prévention (voir chapitre 7 ; Eves, 2012 : 67). En outre, la rationalité « en soi » ou « absolue » n'existe pas. D'après Maurice Godelier : « le rationnel d'aujourd'hui peut être l'irrationnel de demain, le rationnel d'une société peut être l'irrationnel d'une autre » (1965 : 90). Les activités considérées comme à risque diffèrent selon les groupes et les époques considérés. Nous avons aussi vu que les finalités des relations sexuelles à Seaside Tongoa étaient multiples et parfois concomitantes : plaisir, reproduction, amour, punition, alliance, cicatrisation après circoncision, etc. (voir aussi Bolton, 1995 : 295). Les comportements qui peuvent nous sembler irrationnels face au risque de contracter une IST sont, en fait, justifiables du point de vue « d'une rationalité plus large, sociale et globale », qui inclut les croyances religieuses, la nécessité économique, le besoin social d'enfanter, etc. (Godelier, 1965 : 69 ; 1974 [1966] : 179). Les contextes culturels, économiques et sociaux qui influencent les décisions des individus en matière de sexualité ne sont ainsi pas forcément pris en compte par les messages de prévention développés à partir d'une stratégie CCC. En Ouganda, Parikh montre par exemple que les femmes économiquement et socialement dépendantes de leurs partenaires rencontrent des difficultés à

négocier avec eux l'usage du préservatif ou à leur poser des questions quant à leurs éventuelles relations extra-conjugales (2007 : 1198). De surcroît, toute activité humaine n'est pas systématiquement raisonnée. Certaines activités sexuelles ont lieu par habitude ou imitation, d'autres ne sont pas consenties ou planifiées (Demeulenaere, 2003 : 102). Les messages de prévention développés à partir d'une stratégie de communication axée sur les changements de comportements individuels ne prennent pas en compte les risques secondaires associés aux comportements de ses partenaires ou le réseau social dans lequel la personne est toujours partie prenante. Plusieurs études ont ainsi montré que de nombreuses femmes mariées ou vivant en concubinage contractent le VIH du fait des liaisons extra-maritales de leurs conjoints (Parikh, 2007 : 1198).

Quatre principales critiques peuvent donc être faites à l'approche ABC. Premièrement, cette politique d'éducation à la sexualité ne prend pas en considération les inégalités hommes/femmes et les relations de parenté. Deuxièmement, elle repose sur une conception occidentale et idéalisée du couple. Troisièmement, elle ne tient pas compte des pratiques déjà en place pour prévenir les IST. Et quatrièmement, elle considère les individus comme responsables et rationnels. Une cinquième critique possible est de ne pas considérer les conceptions locales des maux (*sik*) liés à la sexualité et celles de leurs modes de transmission. Dans le prochain chapitre, nous verrons, par exemple, que l'abstinence, la fidélité ou le port d'un préservatif ne peuvent pas empêcher le développement de symptômes survenant après la rencontre d'un démon.

Notre analyse a permis de montrer que l'approche ABC et ses différentes composantes mettaient l'accent sur l'individu autonome, responsable et rationnel. En 2011-2012, ce discours globalisé était l'un des plus employés par les organismes de prévention des IST de Port-Vila. Même si les Églises du Vanuatu parlaient peu du préservatif, certains intermédiaires des organismes de prévention et responsables religieux recommandaient, eux aussi, l'approche ABC. Nous allons maintenant voir que, parallèlement à ce slogan, les actions de prévention des IST tentaient de susciter un sentiment de peur vis-à-vis de la mort biologique et sociale, afin que les individus suivent les recommandations émises par les organismes.

6.3 Le développement de la peur chez l'individu

6.3.1 La peur de la mort biologique

Dans le chapitre premier, j'ai indiqué que l'accès aux traitements antirétroviraux a été presque impossible dans la plupart des îles du Pacifique jusqu'au milieu des années 2000. De ce fait, parmi les premiers posters affichés au Vanuatu dans les années 1990, plusieurs dépeignent le sida comme une maladie mortelle, dont les victimes ne peuvent en aucun cas bénéficier de traitements. En mai 2011, dans un poste de secours de l'île d'Ambae, j'ai par exemple découvert une vieille affiche encore accrochée au mur, représentant un requin dont les lettres « *AIDSIDA* » forment le corps. Quelques mois plus tard, j'ai retrouvé ce requin couleur rouge sang sur un calendrier de l'année 1994, rangé au fin fond d'un placard de la clinique de la *Vanuatu Family Health Association* à Port-Vila (Figure 90).

Figure 90. Le poster *Sik ia AIDS i kilim man*, créé par la *Vanuatu Family Health Association*

Le texte de l'affiche annonce en bislama :

> « La maladie SIDA tue les hommes. Il n'y a pas de médicament. Cette maladie se transmet lorsqu'un homme couche avec une femme. Fais attention ! Fais barrage au SIDA. 1. Reste tranquille avec ta femme ou ton homme uniquement. 2. Si tu ne connais pas bien la vie d'un ami, l'homme doit mettre un préservatif (ou un plastique) en premier[64] ».

[64] *Sik ia AIDS i kilim man. I no gat meresin. Sik ia i pas long taem wan man i slip wetem woman. Lukaot ! Blokem sik ia AIDS. 1. Stap kwaet wetem woman o man blong yu nomo. 2. Sipos yu no save gud laef blong wan fren, man i mas putum kondom (o plastik) fastaem.*

Notons que ce poster, qui vise à susciter la peur des habitants vis-à-vis du sida, prône la fidélité et associe l'usage du préservatif aux relations sexuelles extra-maritales entretenues avec une personne aux mœurs incertaines. Ce support de prévention des années 1990, mais toujours utilisé dans certains établissements de santé du Vanuatu, réalise ainsi le même type d'associations entre le préservatif et la sexualité jugée immorale que celles effectuées par mes interlocuteurs dans le cadre de l'analyse stratégique 2013 (voir pages 272-273).

Au moment de mes recherches à Port-Vila, plusieurs posters cherchant à marquer les esprits, en suscitant la peur de la mort, étaient conservés dans les réserves de la *Vanuatu Family Health Association*. Originaires d'autres pays océaniens, ces affiches ont néanmoins été accrochées aux murs de la clinique de cette ONG, à en juger par les traces de scotch, de punaises et de Patafix qu'elles contenaient. Sur l'une d'entre elles, un crâne humain recouvert de visages d'Occidentaux et de Mélanésiens de tous âges est représenté. Le slogan encadrant le crâne déclare en pidgin salomonais : « chacun peut attraper le SIDA. Prends toi-même soin de toi »[65].

Figure 91. Le poster *Attention j'existe !*, conçu par la Communauté du Pacifique et trouvé dans les locaux de *Vanuatu Family Health Association*

Un second poster datant au plus tard du début des années 1990, puisque la Commission du Pacifique Sud qui a estampillé cette affiche a été rebaptisée Communauté du Pacifique en 1997, annonce en français : « attention j'existe ! SIDA, Océaniens ceci nous concerne tous » (Figure 91). Le texte est accompagné d'une bête aux griffes et aux dents aiguisées, tenant

[65] *Eniwan save karem AIDS. Lukaotim iu seleva.*

dans ses pattes deux dessins : l'un représentant un bras piqué par une seringue, l'autre, trois corps entrelacés. Notons que ce poster, créé pour susciter la peur, est l'un des rares supports d'information retrouvés à Port-Vila associant la transmission du VIH à l'usage de drogues et au multi-partenariat homosexuel (voir chapitre 2, pages 99-100).

Deux vignettes de la bande dessinée *Pacific Wise 1*, publiée en 1992 par la Commission du Pacifique Sud et le Programme des jeunes du Commonwealth, furent traduites de l'anglais au bislama et reproduites par un membre de la *Vanuatu Family Health Association* avant d'être entreposées dans la réserve. Le dessin est intitulé « Homme d'ici, tu veux vivre ou mourir ». En haut à droite, un médecin dit à son patient : « si tu n'utilises pas de préservatifs tu vas mourir ». En premier plan, un monstre sida pointe du doigt une tombe en s'exclamant « *Ha !* »[66]. Deux posters s'adressant aux jeunes Néo-Calédoniens soulignent également le caractère mortel du sida. Sur le fond d'une carte de Nouvelle-Calédonie sur laquelle deux yeux apeurés sont dessinés, la première affiche annonce : « le SIDA tue…… en Calédonie aussi ! Le préservatif te protège du SIDA ». Le second poster est constitué d'une photographie de jeunes à la sortie du lycée. Le slogan déclare en français : « mourir d'amour à 20 ans, c'est trop con ! Le préservatif te protège du SIDA ». Les vêtements des lycéens laissent penser que ces affiches, produites en Nouvelle-Calédonie, mais présentées à Port-Vila dans la clinique de la *Vanuatu Family Health Association*, datent, elles aussi, des années 1990.

En 2011, j'ai également découvert dans l'une des pièces du bureau de la province Shefa, une affiche de prévention créée en 1991 par des travailleurs de santé aborigènes du Queensland (Australie). Les six vignettes de ce poster racontent l'histoire d'un homme qui a une relation sexuelle avec une personne séropositive rencontrée dans un bar. Il infecte ensuite sa femme. Puis les deux tombent malades. Le dernier dessin représente quatre tombes marquées par des stèles formant le mot *AIDS*. Tout en suscitant la peur face à ce virus mortel, la transmission du VIH y est associée à la sexualité extra-maritale pratiquée dans un lieu stigmatisé, en l'occurrence ici un bar (voir chapitres 2 et 9).

Notons que l'existence d'affiches datant des années 1990 et insistant sur le caractère mortel du sida, fut également remarquée par des anthropologues travaillant dans d'autres pays d'Océanie, et notamment en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Dans l'un des posters analysés par Hammar dans son ouvrage intitulé *Sin, Sex and Stigma*, le S du mot AIDS est représenté sous la forme d'un serpent, symbole biblique du diable tentateur, avec la gueule grande ouverte

[66] *Man ples yu wantem dead o life. Sipos yu no usum condom bae yu dead. Ha !*

(2010 a : 200). Le texte de l'affiche associe, selon lui, « le sida, les préservatifs et la sexualité moralement répréhensible ».

Le VIH est présenté comme une affection mortelle contre laquelle aucun traitement n'existe. C'est le cas non seulement sur les affiches produites à l'étranger dans les années 1990, mais aussi sur certains supports conçus par des organismes locaux de prévention. Ainsi, parmi les bandes dessinées écrites par la cofondatrice de *Wan Smolbag* au début des années 2000, j'en possède six qui associent le VIH et la mort. Dans *Storian blong Brian* (2002), par exemple, un docteur annonce à un homme d'affaires qui entretient des relations extra-maritales avec des femmes rencontrées dans les bars au cours de ses voyages qu'il a le sida et qu'il n'existe aucun médicament pour le soigner. *Storian blong Monika* (2002) présente la même histoire du point de vue de la femme de Brian. Un docteur annonce à Monika que son mari infidèle a le sida. Sur l'une des vignettes, Brian palpe les fesses d'une autre femme devant l'entrée d'une boîte de nuit. La dernière scène de la bande dessinée se déroule au cimetière. Monika et sa fille, Angela, se demandent alors ce qui va leur arriver. *Storian blong Angela* (2002) raconte l'histoire de la fille de Brian après le décès de ce dernier. Les camarades d'Angela ont peur qu'elle leur transmette le VIH et insulte son père en le traitant de « Satan ». Cette bande dessinée expose les modes de transmission et de non-transmission du VIH, tout en soulignant le caractère mortel du sida et la stigmatisation dont peuvent être victimes les proches d'une personne infectée. Dans *Storian blong Enos* (2004), un Ancien (*Elder*) d'une église rurale presbytérienne demande à sa fille Nina de se rendre en ville pour gagner de l'argent. Nina se met à voler et l'Ancien répudie sa fille. Six ans plus tard, il se rend en ville et apprend que Nina est gravement malade. Il pense tout d'abord que seules les mauvaises personnes (*rabis man*) ont le sida. Puis il finit par admettre, juste avant que Nina meure, qu'il aurait dû la soutenir. Dans *Kleva i save winim AIDS ?* (2005), Vira, qui a eu des relations sexuelles avec Nina à la sortie d'un bar, tombe malade. Le guérisseur ne parvient pas à le soigner. Il est conduit à l'hôpital où le docteur lui annonce qu'il est séropositif. Vira a alors peur d'avoir transmis le VIH à sa femme et à son enfant. *Storian blong Mary* (2006) met en scène Vira agonisant et sa famille faisant face à la stigmatisation et à des difficultés économiques. Un docteur explique que le « SIDA » se transmet par le sexe, le sang et de la mère à l'enfant, mais aucune vignette ne fait référence à la fréquentation par le mourant de lieux stigmatisés, comme les boîtes de nuit. Quatre bandes dessinées sur les six présentées ici stigmatisent les boîtes de nuit et les bars urbains comme des lieux propices au déroulement de pratiques sexuelles conduisant à la transmission du VIH et à la mort de l'individu. Notons que bien que ces bandes dessinées fussent toujours consultables sur le site

Internet de *Wan Smolbag* en septembre 2013, elles n'étaient plus distribuées dans les communautés ou les écoles, lorsque je me trouvais à Port-Vila[67].

L'association entre la mort et le VIH se retrouve également dans la plupart des pièces de théâtre dont le but était de sensibiliser les habitants du Vanuatu à ces questions. Dans le chapitre 2, j'ai indiqué que la cofondatrice de *Wan Smolbag* a écrit, entre 1989 et 2012, sept pièces de théâtre portant sur la prévention des IST. On a vu que la sexualité transactionnelle, les relations extra-conjugales, la fréquentation de boîtes de nuit, la consommation d'alcool et les rapports sexuels entretenus avec des personnes se déplaçant à l'étranger y sont souvent présentés comme des situations propices à la contraction d'IST. Aucune de ces pièces ne met en scène le décès de l'un de ses personnages, mais lorsqu'il est évoqué, le sida apparaît généralement comme une affection létale. Ainsi, six des sept pièces de théâtre ne signalent pas l'existence de moyens empêchant l'évolution du VIH. *Come back tomorrow* (datant du début des années 2000), ainsi que *Use me !* (1996) et *Shame and ignorance* (2009), les deux uniques pièces jouées en ma présence (voir chapitre 2, pages 80-81), mentionnent le traitement des IST hors VIH. Néanmoins, seule la pièce *History of Aids* (2003), qui raconte l'histoire de la pandémie, indique l'existence de médicaments destinés à aider les personnes séropositives à contrôler le virus. L'un des personnages de *History of Aids* précise néanmoins qu'il est impossible pour le gouvernement d'assumer les coûts de ces traitements. La plupart des pièces de théâtre jouées à Port-Vila jusqu'au début des années 2000 tentent de susciter la peur des spectateurs vis-à-vis de la mort liée à la contraction du VIH, tandis que les deux œuvres représentées, en 2011-2012 au Vanuatu, signalent l'existence de traitements uniquement pour les autres IST.

Dans le chapitre 2, nous avons vu que les films éducatifs qui étaient diffusés pendant mes recherches à Port-Vila, c'est-à-dire *Positive* (2002), *Sori Susie* (2004), *Mr Right Guy* (2005) et la série *Love Patrol* (depuis 2007), mettent, eux aussi, en relation la contraction d'IST avec la fréquentation de boîtes de nuit et de bars à kava, la consommation d'alcool, les transactions sexuelles et les infidélités masculines. Cependant, seul le film le plus ancien, *Positive*, présente le SIDA comme une affection mortelle pour laquelle aucun médicament n'est disponible. *Sori Susie* et *Mr Right Guy* parlent davantage des autres IST. Dans l'épisode 8 de la saison 1 de *Love Patrol*, Jennifer explique à Elizabeth qu'elle n'est « pas en train de mourir », qu'être « séropositive, c'est avoir le virus, mais rester en bonne santé ». Jennifer lui dit aussi qu'il existe des « médicaments qui peuvent empêcher le virus d'évoluer ainsi que des

[67] http://www.wansmolbag.org/DynamicPages.asp?cid=9&navID=2, consulté le 5 septembre 2013 à 9 h 58.

traitements adaptés à la grossesse qui protègent le bébé contre le VIH ». Contrairement aux supports de prévention présentés jusqu'ici, l'épisode 8 de la saison 1 de *Love Patrol* ne cherche pas à susciter la peur. Il tente au contraire de rassurer les spectateurs, de les encourager à se faire dépister et à prendre, si besoin est, un traitement thérapeutique.

Certaines émissions radiophoniques diffusées au Vanuatu sur *Capitol FM 107* mettent également en avant l'existence des antirétroviraux. Les émissions du 16 septembre 2009 et du 17 mars 2010, animées par la *Vanuatu Family Health Association*, soulignent l'importance de l'accès aux traitements dans la réduction des peurs et des stigmatisations et dans l'augmentation des dépistages volontaires. Néanmoins, ces émissions pointent aussi du doigt certains lieux et groupes. Le 17 juin 2009, les animateurs de l'association présentèrent « les boîtes de nuit, les écoles, le festival de musique *Fes Napuan*, les fêtes de l'indépendance et la fête de la musique », comme des « lieux à risque » (*risk ples*) pour les jeunes individus parce qu'ils peuvent y avoir des relations sexuelles sans utiliser de préservatifs[68].

Des actions de prévention observées à Port-Vila en 2011-2012 continuaient de centrer leurs messages préventifs sur le sentiment de peur, bien que les traitements fussent désormais plus facilement accessibles. La bande dessinée *AIDS Bee Seminar* diffusée par l'Église presbytérienne du Vanuatu ne fait ainsi pas mention des antirétroviraux et associe clairement le virus à une mort prématurée et douloureuse. Plusieurs photographies de personnes vivant avec le VIH, agonisantes ou décédées, y sont présentées et les relations sexuelles extra-conjugales sont présentées comme des vecteurs infectieux. Lors d'un atelier organisé par *Wan Smolbag* en juin 2011 dans la communauté d'Ohlen Nabanga, à Port-Vila, des photographies-chocs représentant des parties génitales infectées par des IST furent affichées. Les éducateurs annoncèrent que de nombreuses personnes meurent au Vanuatu à cause d'une infection uro-génitale à Chlamydiae, de verrues génitales, d'une hépatite B, de la syphilis ou du sida parce qu'il n'existe pas de médicaments pour soigner ces IST ou que les méthodes utilisées à l'hôpital central de Port-Vila sont inefficaces. Or, les verrues génitales dues à certaines variantes du papillomavirus humain ne conduisent pas nécessairement à un cancer du col de l'utérus. Une infection uro-génitale à Chlamydiae non traitée peut avoir des conséquences sur la santé de l'homme, de la femme et du nouveau-né (infertilité, infections des yeux et des poumons), mais ne peut en aucun cas entraîner la mort. Les éducateurs n'évoquèrent pas l'existence d'antirétroviraux et annoncèrent que si tous les habitants du Vanuatu faisaient un test VIH, la moitié des individus seraient déclarés séropositifs[69]. Ces photographies-chocs

[68] *I kat Janis blong yu mitim wan gel o wan boy afta I end yutufala I silip tuketa mo no ususm ol protection.*
[69] Atelier de prévention du 17 juin 2011 dans la communauté d'Ohlen Nabanga.

furent également montrées à des élèves de 10e année (Grade 10, voir page 82), lors d'un atelier organisé en juin 2011 dans les locaux de *Wan Smolbag*. Les éducateurs insistèrent, là encore, sur le caractère létal de certaines IST et mentionnèrent la mort sociale dont fut victime Irène Malachi. On se souvient qu'après avoir annoncé sa séropositivité en 2002, plus personne ne souhaitait s'approcher d'Irène et de sa famille. À la question posée par un élève, « combien d'années vit-on avec le VIH ? », les éducateurs répondirent : « cela dépend. Si la personne continue à boire du kava, fumer des cigarettes, de la marijuana et aller en boîte de nuit, elle ne tiendra pas cinq ans ». À aucun moment, les éducateurs ne parlèrent des traitements empêchant le virus d'évoluer[70]. Lors de l'atelier mis en place du 1er au 3 novembre 2011 à Seaside Tongoa, les éducateurs de *Wan Smolbag* ne présentèrent pas ces photographies-chocs et mentionnèrent l'existence des antirétroviraux uniquement en réponse à la question d'un participant. Néanmoins, ils précisèrent que ces traitements très onéreux ne pourraient nullement être financés par le gouvernement. Les éducateurs racontèrent également qu'en Afrique les personnes séropositives sont enterrées vivantes par manque de lits dans les hôpitaux, ce qui suscita l'effroi des participants de Seaside Tongoa[71].

Si, au moment de mes recherches au Vanuatu, l'association entre la mort biologique et le VIH était moins présente dans les supports de prévention utilisés que dans ceux diffusés dans les années 1990-2000, les intermédiaires qui agissaient en 2011-2012 à Port-Vila dans le cadre d'ateliers, continuaient à vouloir frapper les esprits. Ils cherchaient à susciter, chez l'individu, non seulement la peur de la mort biologique, mais aussi et peut-être surtout la crainte d'une mort sociale.

6.3.2 La peur de la mort sociale

Nous avons vu que certaines actions de prévention, sous la forme de la bande dessinée *Storian blong Mary* (2006) ou de l'atelier mené en juin 2011 auprès d'élèves de Grade 10, ont mis l'accent sur la stigmatisation et l'isolement social dont peuvent être victimes les personnes vivant avec le VIH et leur entourage. C'est en novembre 2011 que j'ai néanmoins entendu clairement parler de mort sociale dans un message de prévention des IST. À la fin de la troisième journée de l'atelier d'information organisée à Seaside Tongoa, les éducateurs organisèrent en effet un jeu de rôles quelque peu effrayant. Ils demandèrent aux participants de se mettre d'un côté ou de l'autre de la salle, en fonction de leur souhait d'effectuer ou non

[70] Atelier de prévention du 23 juin 2011 avec un groupe d'enfants de 10e année.
[71] Atelier d'information du 1 au 3 novembre 2011 à Seaside Tongoa.

un test de dépistage du VIH. Une musique religieuse se fit entendre. Et l'un des éducateurs commença à raconter d'une voix solennelle :

> « Tu as assisté à cet atelier pendant trois jours. Tu as entendu beaucoup d'informations sur la planification familiale, la santé reproductive, le VIH. Le temps est passé et à présent tu veux faire un test de dépistage. Tu marches lentement jusqu'à la clinique et tu vas voir une infirmière qui te fait un prélèvement sanguin. Tu attends, attends, attends… Puis arrive le jour d'aller chercher tes résultats. Tu marches doucement. Tu n'as pas pris de petit-déjeuner, car tu ne te sens pas bien ce matin. Tu marches lentement, lentement jusqu'à apercevoir la clinique. Tu entres. Tu laisses passer les autres patients. Tu attends jusqu'à ce que cela soit ton tour. Tes résultats sont là, dans les mains de l'infirmière… Maintenant, je vais vous demander de vous lever, les uns après les autres et de venir chercher un petit bout de papier plié en deux sur lequel il est écrit positif ou négatif. Tu marches doucement. Avant d'ouvrir ce papier, tu penses à tes amis avec qui tu flânais auparavant. Pense à tes enfants. Quel va être leur avenir si tu as attrapé le VIH ? Et ta femme, ou ton petit ami, va-t-il encore t'aimer si tu as le VIH ? Comment ta famille va-t-elle te traiter maintenant ? Est-ce qu'elle va te rejeter ? Et ta communauté… ? Maintenant, tu peux regarder ce qui est inscrit sur ton papier. Si c'est négatif, c'est que tu n'as pas le VIH et tu peux te mettre sur le côté de la salle [avec ceux qui n'ont pas voulu effectuer le test]. Ceux qui ont un papier avec le signe positif, restez assis devant moi ». L'éducateur s'avança et dit à un jeune homme : « Voilà, tu as le VIH. Est-ce que tu te sens bien maintenant ? Est-ce que tu penses que ta famille va t'aimer comme avant ? Que ta femme va encore t'aimer ? Que tes enfants vont encore t'aimer ? ». Tout penaud, le jeune homme répondit « Non ». « Qu'est-ce que tu vas ressentir si tes parents te jettent dehors ? ». « Je ne vais pas me sentir bien ». « Est-ce que tu vas rester dans ta communauté ? Où vas-tu aller ? ». « Non, je vais partir dans la forêt et rester tout seul ». L'éducateur se tourna vers une jeune fille et lui demanda : « Que vas-tu ressentir lorsque l'infirmière va t'annoncer que tu as le VIH ? ». Elle rétorqua : « Je vais être désolée pour ma famille ». « À qui vas-tu l'annoncer en premier ? ». « À mes parents ». « Et si tes parents te rejettent, où vas-tu aller ? ». La jeune fille ne répondit pas. « Tu vas rester quelque part, toute seule ? ». Elle acquiesça.

L'éducateur, un fidèle de l'Église adventiste, remercia les participants et leur indiqua en dernier lieu que : « le VIH est une punition de Dieu (*punishment*) pour ne pas avoir fait ce qui est écrit dans la Bible : avoir une seule femme et rester fidèle ». L'atelier se termina sans qu'aucun éducateur rappelle l'intérêt de faire un dépistage du VIH, comme par exemple celui de bénéficier le plus tôt possible de traitements visant à préserver une bonne qualité de vie ou à prendre des mesures pour éviter de contaminer ses partenaires. Dans le cadre de ce jeu de rôles, le virus ne fut pas associé à la mort biologique, mais à l'isolement par rapport aux proches et à la communauté qu'une personne vivant avec le VIH peut subir. En outre, il faut souligner que, pendant cette activité, l'éducateur employa le pronom personnel *yu* (« tu ») et

s'adressa individuellement à certains des participants, alors qu'au cours des trois journées de l'atelier, les animateurs utilisaient la première personne du pluriel inclusive *yumi* (« nous ») (voir page 244).

Notons que ce jeu de rôles organisé par *Wan Smolbag* dans la communauté de Seaside Tongoa reprend plus ou moins les questions posées dans les services de conseils et de dépistage volontaires et confidentiels du VIH de Port-Vila. Avant de réaliser un prélèvement sanguin, les infirmières de *Wan Smolbag*, de la *Vanuatu Family Health Association* et du service périnatal de l'hôpital central de Port-Vila demandaient ainsi : « Comment te sentirais-tu ou comment réagirais-tu si le résultat était positif ? » ou « Donne les noms de personnes qui pourraient te soutenir »[72]. Les infirmières parlaient également de la stigmatisation dont fut victime Irène et refusaient de réaliser un test de dépistage auprès des personnes venues accompagnées à la clinique de peur que le secret médical soit rompu. Elles précisaient néanmoins à leurs patients qu'il existe des médicaments à prendre lorsque l'on est séropositif et que les personnes vivant avec le VIH sont soutenues par l'équipe médicale.

Ainsi, même si les supports de prévention des IST utilisés à Port-Vila ne cherchaient plus guère à jouer sur la peur, les intermédiaires rencontrés en 2011-2012 continuaient à diffuser des messages mettant l'accent sur la mort de l'individu, ainsi que sur la perte des liens sociaux qui, comme je l'ai indiqué dans les chapitres précédents, étaient essentiels à la constitution de la personne à Seaside Tongoa, et plus généralement au Vanuatu. Pourtant, l'inefficacité des actions de prévention des IST focalisées sur le sentiment de peur a été démontrée à travers le monde, par de nombreux auteurs. Lepani indique par exemple que les habitants des îles Trobriand ne veulent pas se faire dépister et préfèrent rester dans l'incertitude de leur statut sérologique parce que les campagnes d'information présentent le VIH comme une maladie mortelle et parce que le manque de confidentialité engendre la peur d'être stigmatisé (2012 : 173). D'après l'enquête « Connaissances, Attitudes, Pratiques » réalisée en 2008-2009 auprès de 510 habitants du Vanuatu âgés de 15 à 24 ans (dont 326 sexuellement actifs), seuls 13 % des jeunes sexuellement actifs interrogés déclaraient avoir déjà réalisé un test VIH et avoir obtenu leurs résultats (UNICEF, 2010 a : 46). Notons qu'ils étaient respectivement 7 % aux îles Salomon et 19 % aux îles Kiribati (UNICEF, 2010 c : 47 ; UNICEF, 2010 d : 44). Ce taux peut paraître élevé par rapport à celui des îles Salomon, mais on doit noter que d'après l'un des enquêteurs ni-Vanuatu avec lequel j'ai discuté, seuls 9 % des jeunes ayant réalisé un test VIH connaissaient leur statut sérologique, bien souvent par peur d'aller chercher leurs

[72] *Bambae yu filim o react olsem wanem sapos result blong yu i positive ? Givim name blong man we i save sapotem yu.*

résultats et de faire face aux conséquences sociales du dévoilement de leur séropositivité[73]. Au bout du compte, si le développement du sentiment de peur *via* les messages préventifs visait à inciter les individus à utiliser l'approche ABC, dans les faits, elle conduisait souvent les personnes à ne pas se faire dépister et à associer les IST, et le VIH en particulier, à certains groupes et à certains lieux dits à risque.

Conclusion

Ce chapitre m'a permis d'établir que les actions de prévention des IST conduites en 2011-2012 à Port-Vila, y compris dans la communauté de Seaside Tongoa, se focalisaient essentiellement sur les comportements individuels et présentaient la personne comme un individu responsable, autonome et rationnel (stratégie internationale dite CCC). Au Vanuatu, la mise en œuvre de cette méthode dans le cadre de la prévention des IST se traduisait généralement par l'emploi de la deuxième personne du singulier et du champ lexical du choix, par la responsabilisation des individus face à leur santé sexuelle et à la diffusion des informations, par l'usage de l'approche ABC et par le développement du sentiment de peur vis-à-vis de la mort, à la fois physique et sociale. Cependant, il existait des différences entre les messages de prévention circulant au sein des ONG officiellement laïques et ceux émis par les Églises. À Port-Vila, certaines actions conduites par les Églises adventiste et presbytérienne du Vanuatu continuaient à promouvoir uniquement l'abstinence et la fidélité entre époux plutôt que l'approche ABC.

J'ai montré aussi que les intermédiaires intervenant à Port-Vila ne tenaient pas nécessairement le même discours que celui, plus officiel, présenté dans les supports de prévention des IST. Les pairs éducateurs tendaient ainsi à utiliser la première personne du pluriel plutôt que la deuxième du singulier. Ils continuaient à vouloir marquer les esprits en associant le VIH, voire les IST, à la mort physique et surtout à la perte de relations sociales, alors que cette corrélation était moins effectuée dans les supports de prévention. Certains représentants adventistes et presbytériens recommandaient l'approche ABC, tandis que leurs Églises ne souhaitaient pas encourager l'utilisation des préservatifs. Nous avons aussi vu que tant les habitants de Seaside Tongoa que les intermédiaires agissant en milieu urbain étaient exposés à diverses sources d'information et que leurs comportements et leurs messages étaient donc diversement influencés.

[73] Entretien du 10 mai 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.

Quelles seraient les raisons qui pousseraient les intermédiaires à ne pas forcément reprendre le discours officiel en vigueur ? Vu l'importance des liens sociaux entretenus aux différentes étapes de construction de la personne à Seaside Tongoa, et au Vanuatu en général, les éducateurs – majoritairement originaires de l'archipel et ainsi au fait des manières d'être et d'agir valorisées localement – considéraient comme essentiel le fait que les messages soulignant la mort sociale des personnes vivant avec le VIH soient transmis. Rappelons ici que les habitants de Seaside Tongoa et les éducateurs intervenus en novembre 2011 dans la communauté étaient tout autant, voire davantage, préoccupés par les conséquences sociales et économiques du développement d'une grossesse précoce que par les conséquences physiques.

J'ai également présenté les différentes critiques de la stratégie CCC et de l'approche ABC en particulier. Nous avons ainsi vu que cette politique d'éducation à la sexualité mise en place au Vanuatu afin de prévenir la transmission des IST ne prenait pas en compte la nature des relations de parenté ou les inégalités entre les hommes et les femmes, tout particulièrement chez les jeunes générations. J'ai montré que l'approche ABC se fondait sur une vision occidentale et idéalisée du couple et sur une représentation de l'être humain comme un individu rationnel et responsable. Cette politique ne prend pas non plus en considération les stratégies déjà en place pour prévenir la contraction d'une IST et contribue à associer le VIH à des groupes et à des lieux particuliers (voir chapitres 2 et 9). Nous allons maintenant voir qu'il existait néanmoins à Seaside Tongoa de multiples représentations des maux (*sik*) conçus localement comme liés à la sexualité, ainsi que des discours sur les personnes susceptibles de les contracter.

Chapitre VII. L'identification des *sik* liées à la sexualité

Introduction

Comme on l'a vu dans le chapitre précédent, il est possible de faire la critique des stratégies visant à modifier les comportements individuels dans la prévention des IST. J'ai montré, par exemple, que l'approche ABC mise en place au Vanuatu ne prenait pas en compte les représentations de la distinction de sexe ni les conceptions locales du couple et de la personne. Le slogan ABC contribue à mettre en corrélation les préservatifs, la sexualité jugée immorale et les IST. Cette politique d'éducation à la sexualité a en outre été développée pour prévenir les affections correspondant uniquement à la catégorie biomédicale d'IST et à un mode de transmission sexuelle. L'approche ABC présuppose en effet que les vecteurs des IST sont les partenaires sexuels des individus, et ne prend pas en considération les conceptions locales des agents et des processus pathogènes ou, plus généralement, des interactions entre les vivants et les morts, des interventions divines ou de la sorcellerie. Or, la participation active de membres de Seaside Tongoa au cours de l'atelier de prévention conduit du 1er au 3 novembre 2011 m'a fait prendre conscience que la compréhension de la catégorie IST, plébiscitée sur le plan international, n'allait pas nécessairement de soi dans cette communauté.

Après que les éducateurs de *Wan Smolbag* eurent présenté les symptômes et les répercussions corporelles de la gonorrhée (*gonorea*, *sot pis*), de l'infection à Chlamydiae (*klamidia*), de la syphilis (*sifilis*), de l'herpès génital (*jenitol hepis*), des condylomes (*jenitol wots*), de la trichomonase (*trikomonaisis*), de l'hépatite B (*hepataetis B*), du VIH (*HIV/AIDS*), des poux pubiens (*public laus*), de la gale *(sikras*) et de la mycose vaginale (*kandidaisis*) – notons au passage que ces affections ne sont pas toutes des IST –, un habitant de Seaside Tongoa prit la parole :

> « Vous les Blancs, vous parlez seulement des maladies qui sont dans le sang. Mais si les parties intimes de l'homme disparaissent, si elles vont à l'intérieur, on peut aussi en mourir. Plein d'hommes ont ça ici, surtout les hommes des îles Shepherd (*man Shepherd*) ». Un second renchérit : « C'est une maladie qui arrive lorsqu'on porte des choses trop lourdes, lorsqu'on boit trop de kava ou lorsqu'on se retient d'uriner. Et les femmes aussi

> peuvent avoir cette maladie. Leur utérus (*basket blo pikinini*) peut sortir si elles portent des choses trop lourdes ou lorsqu'elles accouchent[1] ».

Même s'ils ne présentèrent pas explicitement la descente d'organes du pelvis masculin ou féminin comme une affection transmise sexuellement, les deux hommes associèrent ces symptômes à la catégorie biomédicale d'IST. À la suite de leur intervention, un troisième participant, âgé d'une vingtaine d'années et ayant obtenu un diplôme de professeur des écoles, leur répondit que la descente d'organes ne pouvait pas être qualifiée d'« IST ». La confusion, chez certains habitants de Seaside Tongoa, autour de la définition de la notion d'« IST » fut ainsi mise en avant lors de cette discussion menée pendant l'atelier de prévention.

En tout cas, il est essentiel de noter ici que la catégorisation biomédicale des problèmes de santé humaine repose sur des normes arbitrairement définies et fréquemment critiquées[2]. Afin de rendre compte des données de mortalité et de morbidité des pays et des populations, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a élaboré une Classification Internationale des Maladies (CIM). Dans la dixième édition de la CIM, la plupart des maux en lien avec la sexualité sont classés dans la catégorie des « maladies infectieuses et parasitaires »[3]. Or, regrouper ces affections en fonction de leur mode de transmission plutôt qu'en fonction des organes touchés, par exemple, relève de choix arbitraires. Ainsi, la mycose vaginale, provoquée par la prolifération de champignons appelés *Candida Albicans*, n'est pas classée avec la gonorrhée ou la syphilis dans le groupe des IST, parce qu'elle se développe suite à un déséquilibre de la flore vaginale et non après contacts sexuels avec une personne infectée. La mycose vaginale affecte pourtant bien les organes génitaux.

Au cours de mes recherches à Seaside Tongoa, il m'a alors paru important d'identifier les affections (*sik* en bislama) conçues localement comme liées à la sexualité[4], au lieu de restreindre mon étude au concept biomédical d'IST, tel que les actions de prévention menées au Vanuatu tentaient de le véhiculer. Ainsi, pour reprendre des termes de l'anthropologie de la santé, je ne me suis pas uniquement penchée sur les IST en tant que *diseases*, c'est-à-dire en tant qu'entités nosologiques reconnues par la biomédecine. J'ai également analysé les *illnesses* – les affections subjectivement vécues – et les *sicknesses* – les affections socialement reconnues – associées à la sexualité (voir Young, 1982 : 270 ; Kleinman, 1988 : 3-6 ;

[1] Intervention de deux hommes âgés d'une trentaine d'années le 3 novembre 2011, lors de l'atelier de prévention organisé à Seaside Tongoa.

[2] Voir Dumit, 2012 : 145-147, pour le rôle joué par les industries pharmaceutiques dans la définition de la dépression aux États-Unis, par exemple.

[3] http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/I et http://www.who.int/classifications/icd/en/, consultés le 12 janvier 2016 à 16 h 06.

[4] Par la suite, j'utilise l'expression « *sik* liées à la sexualité » pour désigner les *sik* conçues localement comme liées à la sexualité.

Zempléni, 1985 : 14). Dans son article intitulé « Les représentations des maladies : des modules ? », Jean-Pierre Olivier de Sardan souligne le « piège médical » de l'anthropologie de la santé qui consiste à vouloir sans cesse rabattre les pratiques et représentations populaires de la maladie sur des catégories biomédicales (1999 b : 15-16). Pour tenter d'éviter moi aussi cette erreur, je me suis laissée guider par les événements morbides survenus au fil de mes dix-huit mois de terrain à Seaside Tongoa. Je me suis donc intéressée à tous les discours sur les affections (*sik*) et la sexualité, qu'il s'agisse de maladies désignées par un « terme générique discriminant » ou d'un « langage des symptômes » (Olivier de Sardan, 1999 b : 21, 26).

Dans ce chapitre, je vais ainsi m'attacher à exposer les représentations largement partagées des *sik* liées à la sexualité, telles que j'ai pu les identifier ou les solliciter dans les discours des habitants de Seaside Tongoa. Les savoirs populaires présentés ici ont été recueillis « en miettes » (Olivier de Sardan, 1999 b : 35) auprès de différentes personnes (malades, observateurs ou spécialistes du soin) et en différentes occasions (après, avant ou pendant la maladie). Les paroles collectées se réfèrent à des cas particuliers d'affections ou bien relèvent d'un effort de généralisation.

Même si j'expose un nombre fixe d'interprétations, je n'ignore pas pour autant que les représentations des membres de cette communauté sont « dynamiques » et « temporelles » (Jaffré et Olivier de Sardan, 1995 : 774). Lors de mes recherches, les habitants de Seaside Tongoa disposaient d'un ensemble de « ressources conceptuelles (*ideational*) et d'habitudes de pensée à propos de la moralité, du genre, de la sexualité et de l'étiologie de la maladie » qu'ils utilisaient pour comprendre les *sik* liées à la sexualité de façon « créative, imprévisible et changeante » (Wardlow, 2002 : 167). S'il existait des caractéristiques fondamentales partagées par tous, les interprétations personnelles des affections étaient variables. Nous avons vu dans le chapitre 3 qu'en 2011-2012, les habitants de Seaside Tongoa avaient un niveau économique et de qualification plus ou moins similaire. Néanmoins, chaque personne n'interprétait pas nécessairement les *sik* liées à la sexualité de la même manière. Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan ont montré que les représentations des affections et les itinéraires thérapeutiques sont influencés par des contraintes enchevêtrées en un « dispositif » : les contraintes « physiques » (le corps et ses souffrances), « épidémiologiques » (la prévalence des maladies) et « sociales » (générationnelles, sexuées, statutaires, relationnelles, économiques, biographiques) (Jaffré et Olivier de Sardan, 1995 : 786, 792 ; Olivier de Sardan, 1999 b : 34 ; Jaffré, 1999 : 63-4).

Je vais analyser ici les façons dont les *sik* liées à la sexualité sont identifiées à Seaside Tongoa, ce qui me permettra en même temps de présenter certaines conceptions locales de la

magie, de la sorcellerie et des relations avec des entités spirituelles. Je commencerai par étudier les représentations générales de la morbidité dans cette communauté, puis je détaillerai les différentes interprétations des *sik* localement associées aux pratiques sexuelles que j'ai pu identifier.

7.1 Les représentations de la morbidité

7.1.1 Les *sik* en présence

Au moment de mes recherches au Vanuatu, les données statistiques des établissements de santé des différents niveaux – hôpitaux, centres de santé, dispensaires, postes de secours – étaient collectées par le ministère de la Santé et publiées dans un rapport officiel chaque année. Selon le rapport 2011, les infections respiratoires (angine, grippe, otite, rhume, affection bronchique et pneumopathie), les infections cutanées (gale, varicelle, furoncle), les troubles diarrhéiques, les blessures et les troubles neurologiques étaient les affections les plus souvent diagnostiquées. Le paludisme, la dengue, les infections sexuellement transmissibles, les hépatites virales et la rougeole étaient également des affections très présentes dans l'archipel. Les infections néonatales (septicémie, méningite, pneumonie) et les maladies non transmissibles (diabète, cancer, affections respiratoires chroniques, maladies cardio-vasculaires) représentaient, quant à elles, les principales causes de mortalité enregistrées par les établissements de santé. Selon le rapport 2011, la plupart des causes de décès étaient cependant déclarées inconnues par le personnel de ces structures (MoH Planning unit, 2012 : 20-22). Par ailleurs, le recueil des informations relatives à la morbidité et à la mortalité des patients faisait face à de nombreuses difficultés : un environnement insulaire, des moyens économiques, matériels, humains et de communication limités, etc. Le financement et la coordination nécessaires à la collecte de données de qualité devaient donc être améliorés. De nouveaux formulaires et une nouvelle base de données étaient ainsi en cours d'élaboration à la fin de l'année 2012 (voir UNDP et Servy, 2013).

Comme déjà indiqué, je ne dispose pas de données chiffrées sur les problèmes de santé dont souffraient les habitants de Seaside Tongoa. Les membres de la communauté ayant à leur portée une multitude d'établissements de santé répartis à travers la capitale, il aurait été difficile d'analyser les cahiers de consultation de chacune de ces structures. En outre, cette étude n'aurait nullement rendu compte des affections traitées par automédication, ou bien par un spécialiste de la médecine locale (*kleva*), de la prière (*faith healer*) ou de la divination (*namunua*) (voir chapitre 8). Pour ces raisons, j'ai réalisé en août 2012 plusieurs petits

concours de dessins avec les élèves de la *Seaside Community School*[5]. Cette école, construite en 2008 avec l'aide de l'association *Evidence* (voir chapitre 3, pages 137-138), accueillait des enfants de différentes communautés de Seaside, ainsi que d'autres quartiers de Port-Vila.

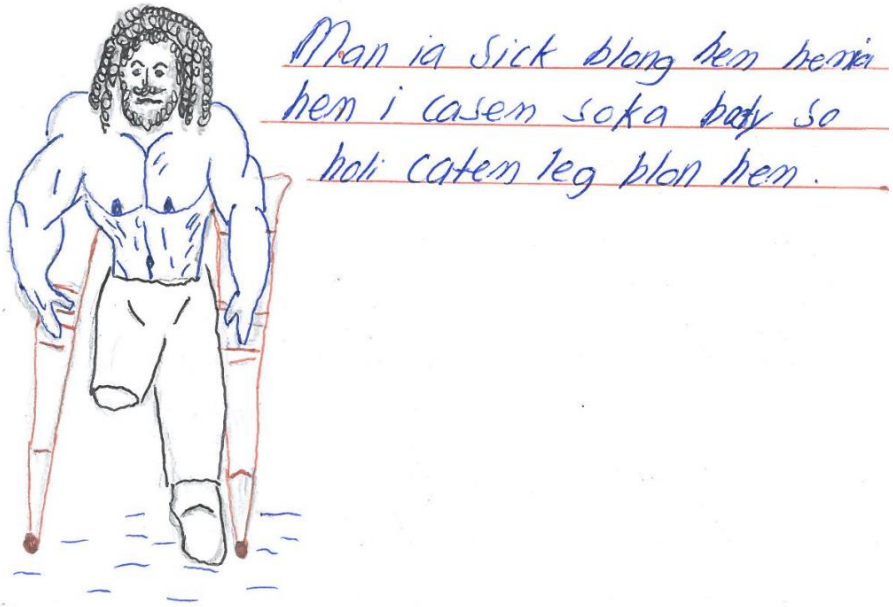


Figure 92. Dessin d'un diabétique amputé, *Seaside Community School*, Vanuatu, 2012

Le vendredi 10 août 2012, j'ai organisé un atelier sur la thématique des problèmes de santé avec vingt-quatre élèves âgés de 10 à 14 ans, inscrits en Grade 5 (équivalent du CM2 français). Huit de ces enfants habitaient Seaside Tongoa, six Seaside Paama, deux Seaside Futuna, deux Seaside Tongariki et six logeaient dans des quartiers avoisinants (Figure 42, page 118). La consigne donnée aux élèves était de lister les maladies ou les symptômes présents dans leur communauté (les *sik*), puis de dessiner un malade et de décrire sa situation. La question exacte posée était : *wanem kaen sik i gat insaed lo komuniti blong yu*[6]. Les noms des *sik* pouvaient être inscrits en anglais, en bislama ou dans toute autre langue à condition d'indiquer leurs traductions, mais aucun des vingt-quatre élèves ne choisit la troisième option. Les enfants, préalablement isolés pour éviter qu'ils ne copient les uns sur les autres, citèrent chacun entre une et onze affections. Cet exercice avait plusieurs objectifs, dont celui de connaître quelles maladies ou quels symptômes ces élèves considéraient être les plus présents dans leur communauté. Le paludisme, le diabète, la grippe et le mal de tête furent les affections les plus fréquemment citées (Figure 93). Si ce classement nous donne un vague aperçu des maladies et des symptômes qui étaient présents dans le quartier de Seaside, il ne permet néanmoins pas d'en établir précisément la fréquence.

[5] Voir Calandra, 2013, pour une discussion des apports du dessin dans le cadre d'une enquête ethnographique.
[6] « Quels sont les maladies ou les symptômes présents dans ta communauté ? »

≠	Sik	≠	Sik
17	Paludisme (*malaria*)	**2**	Varicelle (*chickenpox*)
15	Diabète (*sik blo suga*, « maladie du sucre »)	**1**	Épilepsie (*sik blong faol*, « maladie de la poule »)
15	Grippe/rhume (*flu* ou *colcol*, « froid »)	**1**	Tuberculose (*TB*, abrév. anglaise)
13	Maux de tête (*hed i soa*)	**1**	Mal de dos (*bak i soa*)
9	Asthme (*sot win*, « souffle court »)	**1**	Filariose (*big leg* : « grosse jambe »)
9	Furoncle (*boila* ou *soa*)	**1**	Fièvre (*fever*)
6	Toux (*kof*)	**1**	Gale (*sik rash*, « maladie éruption »)
6	VIH (*HIV*)	**1**	Folie (*hed i lus*, « perdre la tête »)
4	Cancer (*cancer*)	**1**	IST (*STI*)
4	Oreillons (*mumps*)	**1**	Magie noire (*spolem*, « nuire »)
4	Problème cardiaque (*heart problem*)	**1**	Coups (*pam*)
4	Hypertension (high blood pressure)	**1**	Grippe porcine (*swine flu*)
3	Mal de dents (*tut i soa*)	**1**	Maladie de boire des bières *Tusker (sik blong drink Tusker*)
3	Mal de ventre (*bel i soa*)	**1**	Maladie de fumer de la marijuana *(sik blong smokem marijuana*)
2	Handicapé (*disable*)	**1**	Malnutrition (*sik bunbun* : « maladie de la maigreur »)
2	Diarrhée (*sisit wota*, « déféquer de l'eau »)	**1**	Intoxication alimentaire (*You sick from something you eat*, « tu es malade à cause de ce que tu as mangé »)
2	Conjonctivite (*red eye*, « œil rouge »)		

Figure 93. Nombre d'élèves de Grade 5 de la *Seaside Community School* ayant cité une *sik*, 2012

Ce classement effectué par des enfants de douze ans d'âge moyen a vraisemblablement été influencé avant tout par leur vécu quotidien. Les élèves ont ainsi pu faire l'expérience directe de la grippe, des furoncles, des maux de tête, du paludisme et observé des malades vivant dans leur communauté. Plusieurs dessins d'enfants représentent ainsi des diabétiques amputés (Figure 92)[7], des patients souffrant d'hypertension artérielle (Figure 94), des fumeurs de marijuana et des buveurs de bière « perdant la tête » (Figure 96). Néanmoins, les messages de prévention que ces élèves ont pu entendre à la télévision ou lors de séances d'information organisées par le gouvernement et les ONG, ont dû également influencer ce classement. Six enfants ont ainsi mentionné le VIH comme présent dans leur communauté (Figure 95), alors que nous avons vu dans le premier chapitre que seuls neuf cas avaient été officiellement annoncés en 2012 dans tout l'archipel et qu'aucun cas ne concernait le quartier de Seaside. En outre, sous certains dessins, des phrases ressemblant à des slogans de prévention ont parfois été inscrites en bislama : « cet homme a attrapé le paludisme parce qu'il ne dort pas sous une

[7] « Cet homme, sa maladie est qu'il a attrapé le "corps sucré" donc ils lui ont coupé la jambe ».

moustiquaire[8] » ou « cet homme a du diabète parce qu'il mange tout le temps des sucreries[9] ». Il est donc possible d'indiquer ici l'influence des ONG et de la biomédecine dans les représentations des maux en présence dans les communautés.

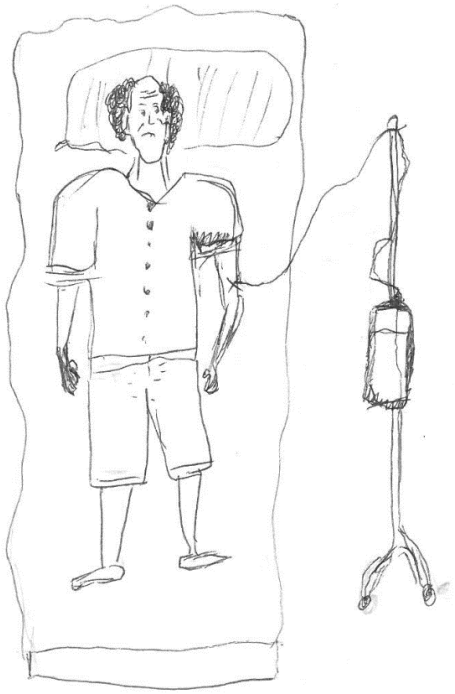


Figure 94. Dessin d'un patient souffrant d'hypertension artérielle, *Seaside Community School*, 2012

Cet atelier que j'ai conduit à la *Seaside Community School* eut également pour résultat de mettre en lumière un problème de santé que les rapports ministériels ne mentionnent guère. Une jeune fille de douze ans écrivit que, dans sa communauté, « il y a une maladie qui nuit aux hommes[10] », sous-entendu une affection liée à la sorcellerie ou à la magie malveillante. Il faut noter cependant qu'une seule élève sur vingt-quatre a mentionné la présence de ce type de *sik* et qu'aucun n'a évoqué la rencontre avec des démons. Ceci n'est pas lié, il me semble, à la diminution des « croyances » dans l'existence de ces créatures ni dans l'efficacité de la sorcellerie ou de la magie malveillante chez les plus jeunes générations[11]. Lors de mes recherches à Seaside Tongoa, les discours autour de ces attaques étaient en effet courants, même parmi les enfants (voir page 307), mais le contexte dans lequel ce concours a été organisé (une école, lieu de diffusion de savoirs scientifiques et des questions, certes posées

[8] *Man ia hemi kasem malaria from se hemi i no sleep underneath long net*
[9] *Man ia hem i kasem sik suga, hem i kakae sweets ol taem*
[10] *I gat wan sickness we oli stap spolem ol man*
[11] Voir Pouillon, 1979 et Hamayon, 2005 pour une critique de l'utilisation du terme « croyance » par les anthropologues.

en bislama, mais par une anthropologue française considérée comme blanche et connue seulement par une partie des élèves) ne favorisa probablement pas la libre expression.

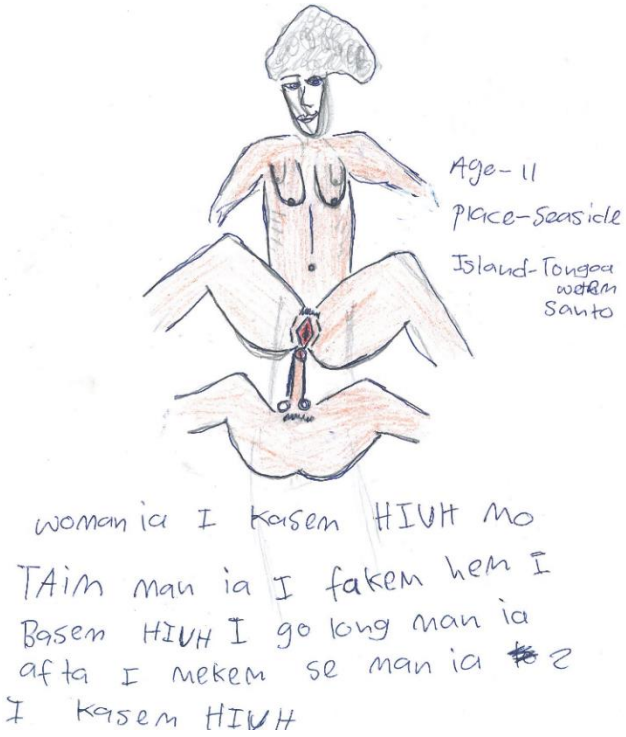


Figure 95. Dessin d'une femme transmettant le VIH à un homme au cours d'un rapport sexuel, *Seaside Community School*, 2012[12]

Le rapport du ministère de la Santé et l'atelier conduit à la *Seaside Communtiy School*, permettent d'avoir une idée des *sik* en présence dans le quartier de Seaside. Le concours de dessins nous a également donné un aperçu de l'influence des discours des ONG, des médias et de la biomédecine dans les représentations des maladies. Cela étant dit, l'atelier ne peut à lui seul rendre compte des manières dont les habitants de Seaside parlaient, distinguaient et interprétaient leurs affections.

7.1.2 Parler de la santé et des maux

En 2011-2012, les habitants de Seaside Tongoa avaient à leur disposition plusieurs termes et expressions en namakura et en bislama pour parler de la santé et des affections. En bislama, ils pouvaient dire *mi no sik* (« je ne suis pas malade »), *mi oraet nomo* (« je vais bien ») ou *mi no harem no gud* (« je ne me sens pas mal »). Le terme issu de l'anglais *helt* (santé) était également couramment utilisé dans la communauté. Lorsque les habitants souhaitaient dire en namakura qu'ils étaient en bonne santé, qu'ils ne souffraient d'aucun mal,

[12] « Âge : 11, Lieu : Seaside, île : Tongoa et Santo ». « Cette femme a attrapé le VIH et quand cet homme la "baise", le VIH va dans cet homme et après cela fait qu'il a le VIH aussi ».

ils pouvaient utiliser la négation : *te ni mahak ieh*, qui signifie : « je ne suis pas malade ». La phrase *ni abong andok* veut, quant à elle, dire « je suis bien ici » et fait référence au bien-être physique et moral. Lorsqu'un membre de Seaside Tongoa souhaitait une bonne santé à un autre, il pouvait également lui dire *namairhean awo*, ce qui signifie littéralement « bonne longue/belle vie ».

Tout comme les Apma de l'île de Pentecôte étudiés par Annie Walter (1991 : 304), les habitants de Seaside Tongoa ne disposaient pas (ou plus) de termes précis pour exprimer la santé dans leur langue d'origine. La santé était conçue comme étroitement rattachée à la vie, ainsi que comme un processus dynamique. En effet, le terme namakura *mair* ne qualifie pas un état passif : il signifie vivre, mais désigne également une façon de prier qui permet de guérir les *sik* et d'agir sur la vitesse de reproduction des végétaux et des animaux (voir chapitre 8, pages 342-343). Le concept de *mair* se rapproche ainsi de la notion de *mana* abondamment décrite dans le Pacifique. Au nord du Vanuatu, dans les îles Banks, Bernard Vienne définit le *mana* comme :

> « Une qualité attribuée aux êtres et aux choses dont l'intervention assure la réussite certaine d'une action entreprise, du fait de leur seule présence et/ou manipulation. Ce pouvoir est un attribut de la chose en acte. En ce sens le *mana* c'est le pouvoir que concède l'efficacité, la réussite, la renommée » (1984 : 77).

Nous avons vu qu'à Seaside Tongoa, et plus généralement au Vanuatu, le terme générique bislama *sik* était souvent utilisé comme nom ou comme adjectif pour désigner le domaine de la maladie et des symptômes. Une personne qui se sent mal peut dire ainsi *mi harem se mi sik* (« je sens que je suis malade ») ou *mi gat wan siknes* (« j'ai une maladie »), mais *sik* qualifie également ce qui est mauvais en général : *man ia hem i foldaon long sik blong hem fasteam* (« cet homme est retourné à ses mauvaises habitudes »). Le vocable *soa* désigne, quant à lui, la douleur et la souffrance physique : *mi harem bel blong mi i soa* (« je sens que mon ventre est douloureux »). En namakura, l'équivalent du terme générique *sik* est *ni mahak*. *Nindong inga ni mahak* signifie « je me sens malade ». Le vocable *soa* se traduit, en namakura par *bitin*. *Ni mimi ia bitin* veut dire « j'ai mal lorsque j'urine ».

Les termes utilisés par les enfants de la *Seaside Community School* et par les habitants de Seaside Tongoa pour désigner les *sik* peuvent être classés en trois catégories. Le premier groupe comprend des noms de maladies tels que la biomédecine les conçoit : cancer, *sik blo suga* (diabète), *flu* (grippe), *chickenpox* (varicelle), *sik blong faol* (épilepsie), *boila* (furoncle), *TB* (tuberculose), *big leg* (filariose), *sik rash* (gale), *mumps* (oreillons), *swine flu* (grippe porcine), etc. Ces vocables anglais ou bislama désignent des entités particulières caractérisées

par une cause, des symptômes, des signes cliniques et paracliniques, une évolution, un pronostic et des possibilités thérapeutiques propres[13]. À Port-Vila, ces termes étaient employés par les ONG et par le personnel des établissements de santé lorsqu'ils s'adressaient à leurs patients. Ils étaient également connus par de nombreux habitants de la capitale. Certaines de ces maladies possédaient une traduction namakura, telles que *bivite* (gale), mais selon mes interlocuteurs originaires de l'île de Tongoa, les « noms » des maladies en namakura étaient plutôt rares, car ceux-ci n'étaient généralement pas donnés par les guérisseurs de la communauté[14]. Les traductions en namakura correspondaient le plus souvent à une adaptation terme à terme du nom bislama de la maladie. Par exemple, le diabète se dit en bislama, *sik blo suga,* et en namakura, *namahakit asuk* : ce qui signifie littéralement dans les deux cas « maladie du sucre ».

La seconde catégorie de *sik* est désignée par un groupe de termes décrivant des symptômes : *sot win* (souffle court), *hed i soa* (maux de tête), *bak i soa* (mal de dos), *tut i soa* (mal de dents), *bel i soa* (mal de ventre), *hot* (fièvre), etc. La traduction namakura de ces termes descriptifs est généralement formée du mot *bitin* signifiant douloureux et d'un vocable précisant la localisation de l'affection, ou bien du mot *mahak* qui veut dire maladie et d'un terme apportant une précision sur son type. La fièvre est par exemple traduite en namakura par l'expression *mahak dorotor*, qui signifie « maladie chaud ». La plupart de ces termes bislama ou namakura ne correspondent donc pas à des « nominations-diagnostics », mais à un « langage des symptômes » (Olivier de Sardan, 1999 b : 21).

La troisième catégorie de termes utilisés pour nommer des *sik* regroupe des expressions causales : *sik blong drink Tusker* (« maladie de boire des bières *Tusker* ») ou *sik blong smokem marijuana* (« maladie de fumer de la marijuana », Figure 96), mais elle comprend aussi les termes namakura *su* (magie noire), *nakos* (fantôme), *natamat telame* (« le grand démon ») ou *wotalam iru* (« les deux grands chefs ») qui désignent à la fois la pratique ou l'agent pathogène et les maux qu'ils provoquent chez leurs victimes (voir plus bas). On peut considérer que le nom namakura *mahakit vaita,* qui signifie littéralement « maladie mauvaise », et ses traductions bislama, *rabis sik* ou *sik no gud,* appartiennent également à cette troisième catégorie. Ils désignent généralement les affections liées à la sexualité, mais aussi parfois d'autres types de maladies comme les cancers, parce que ces maux sont souvent associés à des comportements inappropriés et immoraux. En namakura, le même adjectif

[13] http://www.larousse.fr/encyclopedie/nom-commun-nom/maladie/67643, consulté le 20 avril 2013 à 11 h 20.
[14] Entretiens du 21 octobre 2011 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années et du 12 novembre 2012 avec une infirmière de Tongoa âgée d'une quarantaine d'années.

qualifie ainsi la « mauvaise personne » (*naete vaita)* et les affections liées à la sexualité (*mahakit vaita*). Cette appellation pourrait révéler une « hiérarchisation des organes du corps » : une maladie des poumons étant jugée moins honteuse à Seaside Tongoa qu'une maladie des parties génitales (voir aussi Sontag, 2001 [1978] : 17). Lawrence Hammar indique que les IST sont également nommées en pidgin de Papouasie-Nouvelle-Guinée « mauvaises maladies » (*sik nogut*) et que cela est lié à l'influence de la religion chrétienne dans le pays (2010 a : 213). Au Vanuatu, je ne suis pas sûre du rôle joué par les Églises dans le choix de cette dénomination, mais j'ai d'ores et déjà noté que les termes bislama et namakura désignant les organes génitaux (*tabu part*) et le sperme (*tabu wota*), ainsi que les représentations de la formation de l'embryon des habitants de Seaside Tongoa semblaient fortement marqués par la religion chrétienne.

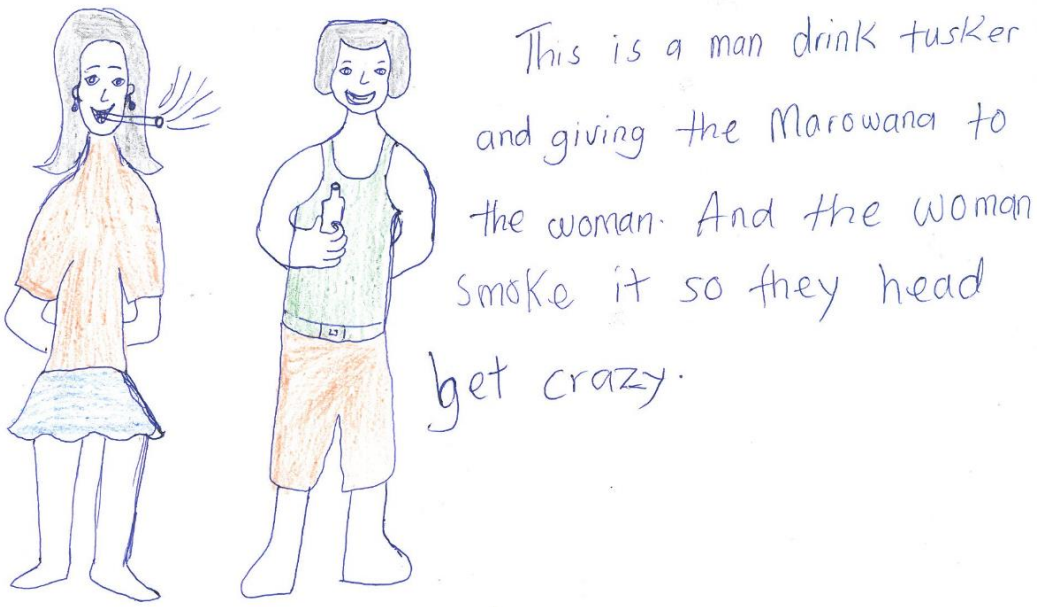


Figure 96. Un dessin de consommateurs de marijuana et de bière « perdant la tête », *Seaside Community School*, 2012[15]

En analysant les manières dont les habitants de Seaside Tongoa parlaient de leurs maux au cours de mes recherches dans cette communauté, j'ai encore une fois constaté la diversité des influences dont ils étaient l'objet. Leurs façons de nommer les *sik*, en utilisant des catégories biomédicales, en faisant usage du langage des symptômes ou en décrivant des causes, étaient ainsi marquées par la biomédecine, la coutume et la religion chrétienne. En outre, j'ai noté que la manière de parler des *sik* associées à la sexualité à Seaside Tongoa semblait tout particulièrement révéler une influence chrétienne.

[15] « C'est un homme buvant une bière *Tusker* et donnant de la marijuana à la femme. Et la femme fume ça donc ils deviennent fous ».

7.1.3 Distinguer les *sik*

Mes recherches portant essentiellement sur les *sik* liées à la sexualité, mes données sur les affections qui ne le sont pas sont moins fournies. À Seaside Tongoa, je n'ai pas remarqué de « grandes constructions théoriques » ni de « vastes systèmes classificatoires des maladies » (Oliver de Sardan, 1999 b : 17-18). Néanmoins, en étudiant les discours des spécialistes du soin comme ceux des personnes ordinaires de la communauté, j'ai pu noter que mes interlocuteurs distinguaient les *sik* de quatre façons.

La première manière de classer les *sik* est fonction du caractère endogène ou exogène que les habitants de Seaside Tongoa attribuaient aux problèmes de santé. Les produits alimentaires « occidentaux » (chips, riz, poisson et viande en boîte) étaient par exemple conçus comme à l'origine de nombreuses affections : toux, allergies, etc. (voir aussi Eves, 2003 : 255 pour les Lelet de Papouasie-Nouvelle-Guinée). Le VIH était également typiquement considéré par les habitants de la communauté comme un virus originaire d'« outremer » (*ovasi*). Des membres de Seaside Tongoa me répétèrent des variantes de la théorie largement répandue à travers le monde selon laquelle le VIH fut transmis aux Africains par contact avec des singes verts (voir aussi Eves, 2003 : 253). Un jeune homme m'expliqua aussi que le VIH avait été créé dans un laboratoire par des « scientifiques occidentaux »[16]. Mes interlocuteurs entendirent parler de ces théories sur les bancs de l'école ou lors de rassemblements organisés par des ONG, tel l'atelier de prévention conduit en novembre 2011 à Seaside Tongoa[17].

Avant que le premier cas d'infection soit officialisé au Vanuatu, le VIH était conçu comme une *sik* touchant exclusivement les étrangers (Cummings, 2008). On a vu dans le chapitre 2 que certains supports de prévention utilisés dans l'archipel avant 2002 mettaient en scène des personnages non mélanésiens. Si, dix ans après, l'anxiété à propos de la contamination extérieure était toujours présente, les préoccupations étaient plus diffuses en 2011-2012. La compréhension du VIH et des autres IST a ainsi évolué au Vanuatu à mesure que l'épidémie s'est développée et que les politiques de sensibilisation se sont mises en place (voir aussi Wardlow, 2002 : 155 pour la Papouasie-Nouvelle-Guinée). Lors de mes recherches à Port-Vila, les organismes de prévention tendaient à présenter le VIH comme un virus pouvant être contracté par tout un chacun. Le nombre de cas de VIH dépistés dans l'archipel était ainsi souvent exagéré afin d'effrayer et d'attirer l'attention de l'ensemble de la population. Cependant, j'ai également indiqué que les IST, et en particulier le VIH, étaient

[16] Entretiens du 1er août 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.
[17] Intervention d'un pair éducateur le 3 novembre 2011.

encore souvent présentées comme une menace étrangère et urbaine liée aux flux de touristes et de travailleurs saisonniers (voir chapitre 2, page 74)[18].

À Seaside Tongoa, la seconde grande façon de catégoriser les maux consiste à les placer soit dans le groupe des « maladies de l'hôpital » (*sik blo hospital*), soit dans celui des « maladies coutumières » (*kastom sik*). Certains habitants établissaient cette distinction en fonction des symptômes du malade. Une femme m'expliqua ainsi qu'avoir mal au ventre, à la tête ou à la jambe caractérisait le plus souvent une « maladie de l'hôpital », alors que les douleurs aux reins ou le gonflement du ventre témoignaient fréquemment d'une « maladie de la coutume »[19]. Selon la plupart de mes interlocuteurs de Seaside Tongoa – ainsi que selon ceux de Chihiro Shirakawa (1996 : 6, 57) qui a séjourné dans les villages de Matangi et d'Itakoma sur l'île de Tongoa – les symptômes de ces deux catégories de *sik* étaient néanmoins très semblables. Les *sik blo hospital* et les *kastom sik* étaient difficilement distinguables[20]. Il n'existait ainsi pas de systématisation ou de standardisation dans la communauté qui associerait des causes et des symptômes donnés (voir Zempléni, 1985 : 26). Une affection n'était labellisée d'origine coutumière que si le personnel soignant des établissements consultés ne parvenait pas à guérir le malade ou bien si un spécialiste de la prière (*faith healer*), de la médecine locale (*kleva*) ou de la divination (*namunua*) établissait un diagnostic allant dans ce sens (voir chapitre 8).

Richard Eves a montré que les Lelet de Papouasie-Nouvelle-Guinée distinguent les « maladies exogènes » nécessitant la prise de traitements biomédicaux des « maladies endogènes » ne pouvant être soignées que par l'administration de remèdes locaux (2008 : 208). Cette division thérapeutique n'était cependant pas aussi marquée à Seaside Tongoa. S'il est vrai que les habitants considéraient que les « maladies coutumières » n'étaient guérissables que par la prise de préparations médicinales locales, les « maladies de l'hôpital » pouvaient tout à la fois être guéries grâce aux remèdes végétaux, aux traitements biomédicaux et aux prières. Un jeune homme me dit ainsi : « il existe des cancers de l'hôpital et des cancers

[18] Notons que cette qualification du VIH comme une affection exogène se retrouve dans d'autres groupes et sociétés. Jonathan Stadler (2003 : 362) indique ainsi que les jeunes gens d'Afrique du Sud tendent à concevoir le sida comme une maladie venant de l'étranger (voir aussi Eves, 2008 : 208, pour les Lelet de Papouasie-Nouvelle-Guinée). Mais, Stadler précise que les Sud-Africains plus âgés voient le sida comme une maladie traditionnelle, connue et curable, liée à l'érosion de la tradition. Une même affection peut ainsi être classée différemment en fonction des générations.

[19] Entretien du 1er août 2011 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.

[20] Entretiens des 28 juillet 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années, du 1er août 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années, du 22 octobre 2011 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années et du 3 décembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.

coutumiers. Mais les plantes médicinales peuvent guérir ces deux types de cancer[21] » (voir aussi Shirakawa, 1999).

J'analyserai bientôt en détail les manières de donner sens et de soigner les *sik* liées à la sexualité à Seaside Tongoa, mais notons déjà, en s'appuyant sur cette citation, que les interprétations et les traitements des systèmes biomédicaux, religieux et traditionnels n'entraient pas nécessairement en contradiction pour les habitants de Seaside Tongoa. Il existait ainsi un certain « pluralisme médical » : les membres de la communauté avaient recours simultanément ou successivement à des pratiques ou à des systèmes de soins très différents[22].

La troisième façon de distinguer les problèmes de santé les uns des autres est de tenir compte de leur gravité et de leur complexité. Le VIH, le diabète, la tuberculose, les « maladies coutumières » étaient considérées comme des *strong sik* (« fortes maladies ») par les habitants de Seaside Tongoa, alors que la grippe, les furoncles étaient qualifiés de *sik noting* (« maladie de rien du tout »). Les *strong sik* étaient conçues comme des affections complexes du fait des difficultés à les soigner. Nous verrons (chapitre 8) que les « maladies coutumières » nécessitaient souvent une analyse complexe des relations sociales entretenues par le malade, afin de déterminer l'agent et l'origine du mal ainsi que les manières de le soigner.

La quatrième manière de diviser ou de regrouper les *sik* à Seaside Tongoa consiste à leur associer un genre. La descente d'organes du pelvis masculin (*sik blo man*, « maladie des hommes ») ou l'ectopie testiculaire (*tabu pat i go insaed*, « la partie taboue va à l'intérieur ») sont des affections qui étaient, bien entendu, associées aux hommes. Le cancer de l'utérus (*cancer blo basket blo pikinini*, « cancer du panier de l'enfant »), le cancer du sein (*cancer blo titi*), la descente d'organes du pelvis féminin (*sik blo woman*, « maladie des femmes »), les menstruations (*sikmun*, « maladie-lune ») constituent, quant à eux, des maux associés aux femmes. Néanmoins, quelques-uns de mes interlocuteurs hommes considéraient également les « IST » (*rabis sik*) comme des affections exclusivement féminines. Dans l'introduction de cette thèse, nous avons vu qu'une lettre à l'éditeur du *Trading post* datant du 22 octobre 2002 insistait sur la responsabilité de « la femme » dans l'arrivée du VIH au Vanuatu. Dans le chapitre 2, j'ai également indiqué que certaines actions de prévention utilisées en 2011-2012 à Port-Vila tendaient à associer les femmes, et en particulier les « femmes travailleuses du

[21] Entretien du 1er août 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.

[22] Cette notion de « pluralisme médical » est extrêmement fréquente : voir par exemple Romanucci Schwartz, 1969 ; Parsons, 1985 ; Shirakawa, 1999 ; Petrou, 2009 : 114-115 ; Bradacs *et al*., 2011 : 436 ; Vaughan, 2013 : 169 ; File et McLaws, 2015 ; Lepani, 2012 : 179 ; Taylor, 2015 a : 46.

sexe », aux « IST ». Lors de l'atelier conduit à Seaside Tongoa en novembre 2011, un homme déclara que « ce sont les femmes qui ont ces maladies », mais un participant lui répondit que « les hommes aussi ont des IST »[23]. Ainsi, même si quelques supports créés par des ONG tendaient à associer les femmes et les maux de la sexualité, les ateliers menés au moment de mes recherches à Port-Vila cherchaient, eux, à véhiculer l'idée que les IST pouvaient être portées et transmises aussi bien par les hommes que par les femmes.

Les *sik* étaient donc regroupées par les habitants de Seaside Tongoa en « paquets » (Olivier de Sardan, 1999 b : 36-37) : celui des « maladies exogènes » ou « endogènes », des « maladies coutumières » ou « de l'hôpital », des « maladies fortes » (*strong sik*) ou « de rien du tout » (*sik noting*), des « maladies des femmes » ou « des hommes ». J'ai en particulier indiqué que les « IST » étaient fréquemment associées aux femmes, tandis que le VIH était encore souvent considéré comme une *sik* originaire de l'étranger, touchant exclusivement l'Autre.

L'analyse des catégorisations des *sik* dans cette communauté révèle donc, là-encore, l'influence de différentes sources d'information : les actions de prévention, l'école, les savoirs ancestraux, la religion. Dans cette première section, j'ai montré que les manières dont les membres de la communauté urbaine de Seaside Tongoa identifiaient, parlaient et distinguaient les *sik* étaient teintées de diverses influences et que la façon de parler des affections associées aux pratiques sexuelles semblait tout particulièrement marquée par la religion chrétienne. Pour vérifier cette dernière hypothèse, je vais maintenant analyser en de plus amples détails les *sik* liées à la sexualité et la façon dont elles étaient interprétées par les habitants de la communauté.

7.2 Les interprétations des *sik* associées à la sexualité

7.2.1 Les comportements sexuels présentés comme inappropriés par les organismes de prévention

Nous avons vu dans le chapitre 6 que les messages de sensibilisation diffusés pendant mes séjours à Port-Vila associaient souvent la contraction des IST aux comportements individuels considérés comme inadaptés par rapport à la transmission des infections, tels que la sexualité prémaritale, les infidélités et les rapports sexuels sans préservatif. Lors de mes

[23] *Hemi ol woman we oli gat ol sik ia*.
Hemi no ol woman nomo. Ol man tu oli gat STIs.
Conversation du 3 novembre 2011 entre deux hommes âgés d'une trentaine d'années, lors de l'atelier de prévention de *Wan Smolbag* à Seaside Tongoa.

recherches à Seaside Tongoa, le slogan ABC (*Abstinence, Be faithful, use a Condom*) n'était jamais repris tel quel par les habitants de la communauté, et mes interlocuteurs mettaient rarement en corrélation la non-contraction d'une IST avec l'un des trois composants de ce slogan. J'ai déjà montré que la virginité masculine ou féminine n'était pas sacralisée à Seaside Tongoa, que les infidélités sexuelles, en particulier chez les hommes, étaient souvent tolérées et que l'utilisation ou non de préservatifs était non seulement liée à des stratégies et à des choix individuels, mais aussi à des impératifs sociaux de reproduction.

Si les habitants de Seaside Tongoa ne s'appropriaient pas nécessairement le slogan de prévention ABC, les messages véhiculés par les organismes de sensibilisation autour du cancer du col de l'utérus étaient, eux, fréquemment utilisés par les membres de la communauté. Les cancers de l'utérus (endomètre ou col) n'entrent pas dans la catégorie biomédicale des IST, mais les cancers du col de l'utérus sont souvent provoqués par des virus de la famille des papillomavirus humains (HPV) pouvant se transmettre par voie sexuelle. De ce fait, les organismes de prévention présents à Port-Vila fournissaient des informations sur les cancers de l'utérus, en même temps que sur les IST. Et ils mettaient en corrélation le développement d'un cancer du col de l'utérus, ou celui d'une infection sexuellement transmissible, avec des pratiques reproductives et sexuelles qu'ils jugeaient inappropriées. Par exemple, lors de l'atelier conduit en novembre 2011 à Seaside Tongoa, un pair éducateur âgé d'une vingtaine d'années déclara :

> « Si une femme a un enfant jeune, elle risque ensuite d'avoir un cancer du col de l'utérus (*cervix cancer*), parce que son utérus (*basket*) n'est pas encore prêt. Si elle force sur son utérus [alors qu'elle est trop jeune], son utérus va être tout détendu (*slak*). Il va y avoir une plaie sur son col (*cervix*). Et ensuite, elle risque d'avoir un cancer[24] ».

L'intervention de cet éducateur met clairement en association les grossesses précoces et les cancers de l'utérus.

À l'occasion des tests de dépistage réalisés au service de santé féminine (*Women's Health*) de l'hôpital central de Port-Vila, les cancers du col de l'utérus étaient également présentés comme liés à des comportements considérés comme inadéquats. Chaque nouvelle patiente désirant bénéficier d'un frottis devait en effet répondre à plusieurs questions dont le nombre de grossesses, l'âge au premier rapport sexuel, le nombre de partenaires et l'engagement dans des activités de prostitution. En mai 2011, une sage-femme en charge d'effectuer les tests de dépistage expliqua à l'une de ses patientes que :

[24] Séance du 2 novembre 2011 de l'atelier de prévention mené à Seaside Tongoa pendant trois jours par *Wan Smolbag*.

> « Le cancer vient du sexe. Il ne vient pas de la planification familiale, pas de la pilule contraceptive (*tablet*). Quand la femme est trop jeune, quand elle dort avec plein d'hommes, quand elle a plein d'enfants, quand elle a des IST non traitées, c'est comme ça qu'elle a un cancer du col de l'utérus[25] ».

Les professionnels de santé et les intervenants des organismes de prévention mettaient ainsi en corrélation les cancers de l'utérus et les comportements sexuels féminins qu'ils jugeaient inappropriés : âge aux premiers rapports précoce, nombre de partenaires et de grossesses élevés.

Bien que la virginité ne fût pas sacralisée à Seaside Tongoa et que les impératifs sociaux de reproduction y fussent forts, on a vu dans le chapitre 5 que les grossesses rapprochées ou tardives, vues comme dangereuses pour la mère et l'enfant, mais aussi et surtout les grossesses précoces étaient mal considérées dans la communauté. La responsabilité de la grossesse était soit imputée à la jeune fille lorsque celle-ci était célibataire, soit à l'homme lorsque le couple vivait ensemble. De plus, même si les infidélités masculines étaient plutôt bien tolérées à Seaside Tongoa, le multi-partenariat féminin était souvent critiqué et assimilé à des pratiques prostitutionnelles (voir chapitre 9, page 397).

Au cours de mes recherches à Seaside Tongoa, les habitants de la communauté reprenaient parfois à leur compte les associations faites par les organismes de prévention et les professionnels de santé concernant les cancers de l'utérus. Un mois après avoir assisté à l'atelier de prévention de *Wan Smolbag* mené en novembre 2011 à Seaside Tongoa, un homme d'une trentaine d'années me rapporta que « pour ne pas voir de cancer de l'utérus (*basket blo pikinini*), il ne faut pas avoir plein de partenaires[26] ». Une femme m'expliqua également qu'une jeune fille de la communauté âgée d'à peine 20 ans avait un cancer de l'utérus « parce qu'elle a commencé à avoir des petits amis (*mekem fren*) lorsqu'elle n'avait que 15-16 ans[27] ». De même, un soir, autour du feu, un homme raconta aux femmes avec lesquelles j'étais en train de dîner qu'une habitante de l'île de Tongoa avait un cancer de la « vulve » (*natutu*) parce qu'elle était sortie avec plusieurs hommes de son entourage[28].

Bien que les habitants de Seaside Tongoa aient rarement utilisé le slogan ABC, certains reprenaient les messages de prévention associant cancers de l'utérus et comportements sexuels jugés inappropriés. Ceci peut probablement s'expliquer par le fait que les messages diffusés à Port-Vila au sujet de ce type de cancers véhiculaient des normes concernant

[25] Consultation du 5 mai 2011, à 9 h 30, au service de Santé féminine (*Women's Health*) de l'hôpital central de Port-Vila. Propos tenus par une sage-femme âgée d'une cinquantaine d'années à l'intention d'une patiente de 23 ans venue se faire dépister.
[26] Entretien du 29 novembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[27] Entretien du 20 novembre 2011 avec une femme âgé d'une cinquantaine d'années.
[28] Propos du 8 août 2012 tenu par un jeune homme âgé d'une vingtaine d'années.

l'enfantement et la sexualité féminine correspondant déjà en grande partie à celles présentes dans la communauté : critique du multi-partenariat féminin et des grossesses précoces ou rapprochées. Cependant, nous allons voir qu'il existait d'autres étiologies des *sik* associées à la sexualité et que les habitants de Seaside Tongoa ne reprenaient pas uniquement les messages diffusés par les organismes de sensibilisation.

7.2.2 La contamination par les fluides sexuels féminins

J'ai d'ores et déjà noté que certains habitants de Seaside Tongoa pensaient que le cancer du col de l'utérus pouvait être engendré par l'utilisation de préservatifs masculins ou par la stérilisation chirurgicale en ce que ces méthodes modifient la circulation des fluides sexuels féminins (voir chapitre 5, page 205). Nous avons également vu que les hommes qui avaient des rapports sexuels avec des femmes utilisant la pilule contraceptive ou les injections de Depo-provera pouvaient être considérés comme « manquant de sang », parce qu'ils entraient en contact avec le sang menstruel bloqué à l'intérieur de l'utérus par l'usage de ces contraceptifs. Lors des ateliers de santé sexuelle et reproductive menés à Port-Vila, les éducateurs de *Wan Smolbag* expliquaient que le VIH se transmet par le lait maternel, le sperme, le sang incluant le sang menstruel, ainsi que par les fluides des parties intimes (*tabu pat*) féminines. Néanmoins, ils n'expliquaient pas le développement du cancer du col de l'utérus par l'immobilisation du sang menstruel ni l'anémie par le contact avec les liquides menstruels[29]. Les habitants de Seaside Tongoa possédaient donc leurs propres représentations du rôle joué par les fluides sexuels féminins dans le développement des *sik*.

Pendant mes recherches à Seaside Tongoa, une femme qui constatait un écoulement sanguin menstruel pouvait le signaler en annonçant en bislama *mi sik* (« je suis malade »), puis préciser *sik blo woman* (« maladie des femmes »), *mi luk blad* (« je vois du sang »), *mi gat manis* (« j'ai le mois »), *mi gat mun* (« j'ai la lune »), *mi stap luk sikmun* (« je suis en train de voir la maladie-lune ») ou *mi stap luk period blo mi* (« je suis en train de voir mes règles »). Elle pouvait également utiliser le namakura en déclarant *ni mahak* (« je suis malade »), *keino ni mahak nakinbati* (« je suis malade lune ») ou faire usage de l'expression quelque peu désuète *keino nindo eloh* (« je vais à la mer »), sous-entendant qu'elle va s'y nettoyer parce qu'elle a ses menstruations[30]. Dans le chapitre 5, nous avons vu que le sang des règles se nomme *blad* en bislama et *nanda kakaka* ou *nanda aha (aha)* (« sang

[29] Par exemple, lors de l'atelier de prévention mené à Seaside Tongoa du 1er au 3 novembre 2011.
[30] Entretiens du 20 novembre 2011 avec trois femmes âgées d'une quarantaine d'années et du 20 novembre 2011 avec une femme de quatre-vingt-cinq ans.

mauvais/sale ») en namakura. Par opposition au *nanda luluh* (« sang rouge »), liquide frais bénéfique pour le corps, le sang menstruel était en effet considéré à Seaside Tongoa comme un sang noir, contenant les impuretés présentes dans le bas-ventre et la *road blo toti* (« chemin des saletés »).

De nombreuses sociétés mélanésiennes conçoivent les substances sécrétées par le corps féminin soit comme sales et dangereuses, parce qu'elles sont une source de pollution, soit comme une source de vie et d'énergie (voir Gibbs, 1977 : 170 ; Walter, 1988 : 97 ; Jolly, 2001 a : 178 ; Hess, 2009 : 48). Le dégoût, la répulsion ou la peur éprouvés par les hommes vis-à-vis du sang menstruel et des sécrétions vaginales furent relevés par plusieurs anthropologues travaillant dans la région, en particulier en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Holly Wardlow indique par exemple que, dans le passé, les hommes et les femmes huli cultivaient des jardins séparés, vivaient dans des maisons différentes, se déplaçaient en utilisant des chemins distincts et cuisinaient séparément afin d'éviter une contamination féminine pouvant se révéler fatale (2002 : 157-158). Elle note qu'au début des années 2000, les fluides menstruels féminins étaient encore parfois considérés comme à l'origine d'occlusions intestinales entraînant la mort des hommes huli exposés (Wardlow, 2002 : 157-158). Chez les Baruya étudiés par Maurice Godelier, l'interdiction faite aux femmes de préparer la nourriture et leur obligation d'être confinées dans un abri provisoire en contrebas du village ne s'appliquent qu'à l'occasion des menstrues et des accouchements (2003 [1982] : 99-103). Pascale Bonnemère relève également chez les Ankave des « croyances » en la pollution féminine, mais la peur éprouvée vis-à-vis des substances sécrétées s'exprime de façon plus atténuée (1996 : 121). Si les femmes ankave accouchent à l'écart du hameau et ne peuvent pas entretenir de relations sexuelles lorsqu'elles ont leurs règles, elles continuent néanmoins de résider au village et de cuisiner pour leurs proches.

Même si la répulsion des fluides sexuels féminins n'était pas aussi forte à Seaside Tongoa qu'en Papouasie-Nouvelle-Guinée, des discours autour de la dangerosité des menstrues et des sécrétions vaginales ont de même été tenus en ma présence. Aucune trace physique ou mémorielle de chemins ou d'habitats féminins séparés ne subsistait dans la communauté ou dans les villages de l'île de Tongoa en 2011-2012, mais plusieurs personnes m'expliquèrent que les femmes menstruées ne devaient pas préparer le kava ou la nourriture de leur mari parce que leurs mains entrent en contact avec un sang sale[31]. Si cette interdiction

[31] Entretiens du 18 septembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années, du 21 octobre 2011 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années, du 20 novembre 2011 avec trois femmes âgées d'une quarantaine d'années et du 20 novembre 2011 avec une femme âgée de quatre-vingt-cinq ans.

n'était plus respectée en ville ou sur l'île de Tongoa[32], certaines personnes de Seaside Tongoa attribuaient la toux ou le gonflement anormal du ventre à l'absorption involontaire de sang menstruel. Notons qu'en règle générale, les habitants de la communauté n'ingéraient pas de sang animal ni de viande crue du fait des risques sanitaires qu'ils associaient à ses pratiques de consommation. Seuls les Blancs munis d'un système digestif particulier et les personnes faisant usage de magie noire étaient, selon eux, capables d'absorber du sang frais animal[33]. Les habitants de Seaside Tongoa considéraient ainsi les corps des Blancs et ceux de certains spécialistes comme différents des leurs (voir aussi De Castro, 2004 : 3 ; Lock et Nguyen, 2010 : 1-2).

Les rapports sexuels avec une femme ayant ses règles étaient également théoriquement interdits dans la communauté[34]. Les menstrues étaient considérées comme un poison à l'origine de divers maux. L'homme pouvait uriner du sang ou en manquer après avoir eu des relations sexuelles avec une femme menstruée, mais cette interdiction était également de moins en moins respectée. Un homme d'une quarantaine d'années m'expliqua ainsi :

> « Ça ne me dérange pas de sortir avec des femmes qui ont leurs règles. Ce sont elles qui refusent lorsqu'elles voient du sang, pas moi. Mais après avoir couché avec ces femmes, il faut tout de suite aller uriner. Sinon tu peux attraper des maladies (*sik*). C'est une technique trouvée par les *man Tongoa*. Une fois, j'ai oublié. Et ensuite, je ne pouvais plus du tout uriner. Je pissais du sang. Donc j'ai été voir un vieux qui m'a donné des plantes. Maintenant, de plus en plus de jeunes utilisent aussi des préservatifs. Comme ça, ils peuvent coucher avec une femme qui a ses règles sans tomber malades[35] ».

D'après mon interlocuteur, des méthodes étaient donc utilisées à Seaside Tongoa pour contrer les effets indésirables des règles sur l'organisme masculin.

Les sécrétions vaginales étaient, elles aussi, considérées par certains comme nocives pour l'homme. Les interdits permanents d'enjambement par une femme de la nourriture qui cuit dans le foyer se retrouvaient ainsi à Seaside Tongoa et en Papouasie-Nouvelle-Guinée, dans les trois groupes déjà mentionnés. Godelier écrit que : « du fait de la configuration de son sexe, la femme ne peut jamais totalement retenir les liquides vaginaux qui s'écoulent et qui risqueraient d'entrer en contact avec la nourriture que l'homme porte à sa bouche » (2003 [1982] : 101-103).

[32] Communication personnelle du 15 janvier 2016 de Maëlle Calandra, doctorante menant des recherches dans le village de Kurumabe sur l'île de Tongoa.
[33] Entretien du 29 novembre 2011 avec un groupe d'hommes âgés d'une trentaine à une soixantaine d'années.
[34] Entretiens du 20 novembre 2011 avec trois femmes âgées d'une quarantaine d'années, du 20 novembre 2011 avec une femme âgée de quatre-vingt-cinq ans, du 25 octobre 2011 avec une femme âgée d'une quarantaine d'années et du 25 août 2012 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.
[35] Entretien du 25 août 2012 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.

Un habitant de Seaside Tongoa m'expliqua de même qu'il n'était pas en mesure de nettoyer le linge de sa femme et de leurs enfants. D'une part, parce que cette activité est dite féminine et qu'il subirait les moqueries de ses voisins s'il s'y attelait (voir chapitre 5, page 224), d'autre part, parce que s'il lavait les vêtements de sa femme, en particulier ses petites culottes, son ventre se mettrait à gonfler, son souffle à manquer et il décéderait avant d'atteindre un âge avancé[36].

Bien que le cunnilingus semble être une pratique sexuelle de plus en plus courante à Seaside Tongoa, l'ingestion de sécrétions féminines continuait à être considérée comme une cause d'affection par certains des habitants de la communauté. Un spécialiste de la médecine locale (*kleva*) de Seaside Tongoa me dévoila ainsi les plantes à utiliser pour nettoyer la bouche d'un homme ayant « mangé les saletés de l'endroit tabou de la femme » (*kakae ol toti blo tabu pat blo woman*)[37]. Néanmoins, il est intéressant de noter que les sécrétions vaginales étaient également considérées comme des substances bénéfiques, voire médicinales. Nous avons ainsi vu que les anciens de Seaside Tongoa conseillaient aux jeunes hommes récemment incisés d'avoir des rapports sexuels avec une femme, afin que les fluides vaginaux accélèrent la cicatrisation de leur plaie pénienne (voir chapitre 5, page 234)[38]. Les fluides sexuels féminins étaient donc pensés comme responsables d'affections (*sik*) chez l'homme, mais seulement en certaines occasions. Les sécrétions vaginales et le sang menstruel étaient vus à la fois comme des sources d'énergie et de maladie.

Les organismes de sensibilisation aux questions de santé sexuelle et reproductive à Port-Vila présentaient donc les sécrétions vaginales et le sang menstruel comme des vecteurs d'IST, et en particulier du VIH. Les habitants de Seaside Tongoa considéraient eux aussi les fluides sexuels féminins comme à l'origine de *sik* liées à la sexualité, mais ces maux induits par le contact avec les sécrétions vaginales ou le sang menstruel (toux, gonflement du ventre) ne correspondaient pas nécessairement à la catégorie biomédicale d'IST.

7.2.3 Les actes de sorcellerie

D'autres *sik* liées à la sexualité évoquées à Seaside Tongoa, mais non mentionnées par les organismes de prévention de Port-Vila, sont dues à des actes de sorcellerie. En 2011-2012, il n'existait pas (ou plus) de terme générique spécifique en namakura pour parler de sorcellerie ou de magie noire. Néanmoins, les habitants de Seaside Tongoa employaient

[36] Entretiens des 18 septembre et 18 novembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[37] Entretien du 1er octobre 2011 avec un guérisseur âgé d'une quarantaine d'années.
[38] Entretien du 25 août 2012 avec deux hommes âgés d'une trentaine d'années et du 27 août 2012 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.

parfois l'expression *nalo vaita* (« quelque chose de mauvais »). Plusieurs termes bislama et anglais étaient utilisés dans la communauté pour faire référence aux phénomènes de sorcellerie : *posen*, *nakaimas*, *su*, *black magic*, *sorcery*, *spolem*, *kastom*. Ces notions étaient amalgamées et définies différemment selon mes interlocuteurs et le contexte de leur utilisation. Certains habitants employaient les termes *posen*, *su* et *nakaimas* comme des synonymes alors que d'autres les différenciaient en fonction de leurs conséquences – « avec les *nakaimas* on meurt obligatoirement » – ou leurs procédés supposés – « pour faire *su* on utilise le vent »[39]. En général, *posen*, *su* et *nakaimas* désignaient non seulement les substances particulières utilisées en sorcellerie mais aussi les intentions, les savoirs, les actes et les procédés visant à influencer magiquement les événements (voir Rodman, 1993 : 217 ; Dousset, 2011 : 4-5). En outre, le terme *nakaimas* était parfois utilisé pour désigner les personnes faisant usage des forces magiques. Un matin, j'ai ainsi surpris un groupe d'enfants de la communauté jouant et s'accusant mutuellement, dans des éclats de rire, d'être des *nakaimas* et des *posen man*[40]. Le mot *kastom* (« coutume ») et le verbe *spolem* (« nuire/abîmer ») n'étaient, quant à eux, pas propres au domaine de la sorcellerie, mais dans certains contextes, ils pouvaient être employés pour indiquer l'usage de *nakaimas* (voir aussi Rio, 2002 : 131). Nous avons ainsi vu plus haut que dire qu'une personne a été *spolem* pouvait sous-entendre qu'on a fait usage de magie noire à son encontre.

Globalement, la sorcellerie peut être définie comme « l'usage de pouvoirs magiques dans le but d'influencer des événements » (Gibbs, 2009 : 1). Ces pratiques prennent de multiples formes mais elles sont souvent divisées par les anthropologues en deux catégories : la sorcellerie « noire » (*black*) aux intentions maléfiques et la « bonne » (*good*) sorcellerie utilisée pour des objectifs positifs (Forsyth, 2006 : 2). Si une division entre magie d'attaque et magie de soin se retrouvait à Seaside Tongoa pendant mes terrains, la frontière entre « bonne » et « mauvaise » sorcelleries n'était pas aussi marquée. La magie d'attaque n'était pas toujours socialement réprouvée. Les chefs de Seaside Tongoa pouvaient théoriquement ordonner aux hommes de leur *nakamal* connaissant les sorts d'utiliser des « esprits sacrés » (*naetatam*) pour éliminer physiquement les fortes têtes et ainsi maintenir l'ordre social dans la communauté. En Mélanésie, avant qu'elle soit instaurée comme une pratique maléfique par l'Église, la sorcellerie était légitimement utilisée par les chefs et les hauts gradés et souvent considérée comme allant dans l'intérêt du bien social (voir Tonkinson, 1981 ; Rio, 2002,

[39] Entretien du 1er août 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années et une femme âgée d'une cinquantaine d'années.
[40] Observation du 1er août 2011 d'enfants âgés de 4 à 8 ans jouant à Seaside Tongoa.

2010 ; Forsyth, 2006). Selon Robert Tonkinson, les chefs du Vanuatu ont néanmoins progressivement perdu le monopole de l'usage de la sorcellerie, parce que l'intensification de la mobilité de la main-d'œuvre mélanésienne pendant la colonisation a accéléré la diffusion d'éléments culturels, dont les objets et les techniques de sorcellerie (1981 : 77).

Mes interlocuteurs de Seaside Tongoa pensaient qu'il existait deux grands chefs (*wotalam iru*), originaires de l'île d'Emae, dont la fonction était de contrôler les faits et gestes des habitants de la communauté. Ils pouvaient par exemple tuer une femme infidèle ou blesser un passant lorsqu'une dispute éclatait. Mes interlocuteurs les considéraient soit comme des êtres humains vivants spéciaux, soit comme des « esprits sacrés ». Les corps des deux grands chefs étaient invisibles, même si leur présence ne se laissait deviner que par l'émanation d'une odeur nauséabonde ou par la vue de deux cigarettes allumées flottant dans l'obscurité. Un jeune homme de Seaside Tongoa me raconta que, dans le passé :

> « Si c'était l'heure de boire le kava, plus personne ne venait fumer de la marijuana ou faire sa forte tête autour des bars à kava. Il y avait deux esprits : un gros et un petit. Si le petit te frappait, ce n'était pas trop grave. Mais si le gros s'y mettait, il pouvait te frapper jusqu'à ce que tu meures ». Il ajouta : « Un jour j'ai vu un ami être secoué comme s'il prenait des coups. Il a été projeté le long du mur sans qu'on puisse voir son agresseur. Il était complètement sonné. Sa langue pendait sur le côté[41] ».

Au moment de mes recherches à Seaside Tongoa, les habitants de la communauté distinguaient la sorcellerie utilisée par les chefs pour maintenir l'ordre social de celle pratiquée par des hommes du commun jaloux. Selon eux, cette seconde forme de sorcellerie n'est pas originaire des îles Shepherd mais d'îles plus au nord. La sorcellerie pratiquée par « jalousie » (*jalus*) utilise les esprits des morts (*naetamat*) alors que celle pratiquée par les chefs de Seaside Tongoa fait appel aux « esprits sacrés » (*naetatam* ; voir chapitre 4, page 189)[42]. Les membres de la communauté expliquaient le développement du sentiment de « jalousie » par divers motifs, tels la réussite ou le conflit professionnel, économique, politique, foncier, sportif, sentimental, etc. Demandant à un habitant de Seaside Tongoa pour quelles raisons il se déplaçait en clopinant, celui-ci me confia avoir été un grand joueur de football jusqu'à ce qu'il tombe sur le terrain en 1996 parce qu'une personne envieuse de son talent fit usage de forces magiques à son encontre[43].

[41] Entretien du 30 octobre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.
[42] Entretiens du 17 juin 2012 avec une femme âgée d'une trentaine d'années et du 24 juin 2012 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[43] Entretien du 18 octobre 2011 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années. Notons ici que, contrairement à ce qu'avancent certains anthropologues de la santé se focalisant sur les souffrances (comme Biehl et Moran-Thomas, 2009, par exemple), la personne n'est pas nécessairement altérée par sa maladie ; elle peut également se construire *via* ses symptômes, manipuler son identité, « créer et recréer son moi social » (Gregg, 2011 : 74-75 ;

Alors que dans le bocage mayennais français étudié par Jeanne Favret-Saada dans les années 1970, c'est la répétition de malheurs ordinaires qui peut laisser penser à un ensorcellement (1977 : 20), à Seaside Tongoa tout événement malheureux, même isolé, est considéré comme le signe d'une potentielle magie malveillante : un décès, une maladie, un accident, une mauvaise union, un échec professionnel, etc. Ainsi, un homme d'une cinquante d'années souffrant depuis plusieurs mois de fourmillements dans les membres et du déclin de ses forces physiques me parla de l'origine de ses maux en faisant référence à un groupe d'amis qui aurait souhaité lui nuire du fait de la réussite de son business de manches de hache[44]. De même, observant une jeune femme ayant perdu du poids et l'usage d'un œil, on me raconta qu'elle avait reçu un souffle magique destiné à son mari, alors qu'elle se trouvait assise à côté de lui dans le minibus dont il était le chauffeur[45]. Néanmoins, les habitants de Seaside Tongoa pensaient également que les actes de sorcellerie pouvaient être testés sur des victimes choisies au hasard.

Nous avons vu que les notions de *posen*, *su* et *nakaimas* recouvraient des réalités multiples. Néanmoins, la forme de sorcellerie qui me fut la plus couramment décrite, d'une manière plus ou moins confuse, par mes interlocuteurs de Seaside Tongoa est celle où son auteur prend l'apparence d'une personne connue par la victime, l'emmène dans la forêt, l'endort, lui découpe le ventre, l'éviscère, lui remplit la cavité abdominale de feuilles, puis referme la plaie de sorte que toute cicatrice disparaisse. Le corps inanimé de la victime reste en forêt tandis qu'un esprit prend son apparence et retourne au village. Les proches de la victime voient celle-ci devenir gravement malade et finir par mourir après quelques jours, alors que le corps resté en forêt revient dans la communauté (voir aussi Walter, 1991 : 323 pour Pentecôte ; Rio, 2002 : 137 pour Ambrym).

Même si ce type de récits était très fréquent à Seaside Tongoa, j'ai plutôt étudié les discours locaux qui associaient particulièrement la sorcellerie, les pratiques sexuelles et les maux. Les témoignages directs ou indirects recueillis à Seaside Tongoa font référence à la violence ou à la coercition sexuelle qui pouvaient avoir lieu *via* l'utilisation de forces magiques. Ainsi, j'ai plusieurs fois été mise en garde sur la capacité des hommes à faire usage de la sorcellerie pour rendre les femmes amoureuses. Cette forme de magie est appelée en namakura *nase*. Une femme originaire de l'île de Nguna habitant le quartier de Seaside me dit ainsi que : « il ne faut jamais boire ou manger ce qu'un homme t'apporte, car il peut y avoir

---

voir aussi Robbins, 2013 pour la promotion de l'*Anthropology of the good*). Mon interlocuteur profita ainsi de sa blessure pour se présenter comme un grand joueur de football.

[44] Entretien du 22 octobre 2011 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années.

[45] Entretien du 16 septembre 2011 avec une femme âgéé d'une trentaine d'années.

mis quelque chose de magique à l'intérieur qui fasse que tu oublies ta famille, tes amis et que tu restes avec lui[46] ».

Une habitante de Seaside Tongoa me raconta que lorsqu'elle était jeune fille, elle résidait sur l'île de Tongoa et était amoureuse d'un jeune homme qui travaillait dans la capitale et la couvrait de cadeaux. Leurs familles approuvaient leur amour. Le jeune homme lui envoya un billet d'avion financé avec l'aide de ses proches pour qu'elle vienne le rejoindre à Port-Vila, mais la jeune femme avait déjà été « marquée » (voir chapitre 4, pages 159-160). Lorsque ce promis, qui travaillait lui aussi à Port-Vila, apprit la nouvelle, il se rendit à Tongoa. La jeune femme fut alors confrontée à un choix, mais au lieu de suivre celui qu'elle aimait, elle décida de rester avec l'autre. Lui demandant *a posteriori* quelle avait été la raison de sa décision, elle me répondit qu'elle n'avait jamais aimé son mari, mais que celui-ci avait fait de la « magie » : « il a plein de bouteilles avec des choses dedans, de la cendre, il m'a ensorcelée, c'est pour cela que je l'ai suivi »[47].

En août 2012, à l'audience du tribunal coutumier de Seaside Tongoa qui s'est tenue pour traiter l'affaire d'adultère entre John et Meri (voir chapitre 6, pages 270-271), l'usage de sorcellerie fut une fois de plus mentionné. L'assemblée questionna Meri sur les raisons qui la poussèrent à tromper son mari Joseph, un *man Tongoa* ayant plutôt bien réussi professionnellement, avec John, un policier de Seaside Paama. Plusieurs hypothèses furent suggérées par l'époux et son entourage, comme le besoin d'argent et la violence physique exercée par John et Joseph, mais l'explication sur laquelle ils mirent le plus l'accent fut l'utilisation des *nakaimas* par l'amant. Un vieil homme demanda à Meri : « cet homme te donne des feuilles ou quoi ? »[48]. Le mari insista longuement pour que sa femme réponde à cette question, soulignant son importance et apportant des éléments clés pouvant étayer la thèse de l'ensorcellement, tels un téléphone portable disparaissant spontanément ou le changement d'attitude brutal de son épouse[49].

Le kava, que l'on sert généralement dans une demi-noix de coco sèche appelée *sel*, était également à l'origine des plus grandes craintes vis-à-vis de la sexualité et de la sorcellerie à Seaside Tongoa. Une femme m'avertit ainsi :

> « Si un homme te paye du kava, tu dois aller toi-même le chercher au comptoir. Si l'homme tient le *sel* dans ses mains, ne serait-ce qu'un court instant, tu ne dois pas le boire. Dès qu'il a le dos tourné, tu dois le jeter, car

[46] Entretien du 1er août 2011 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.
[47] Entretien du 29 octobre 2011 avec une femme âgée de quarante-deux ans.
[48] Propos tenus par un homme âgé d'une soixante-dizaine d'années, lors du tribunal coutumier du 4 août 2012.
[49] Voir Servy, 2013 ; Kraemer, 2013 : 178 ; Taylor, 2015 b pour le rôle de la téléphonie mobile dans les relations intimes et les attaques de magie noire au Vanuatu.

> il peut y avoir mis des cendres magiques dedans qui te feront tomber amoureuse de lui[50] ».

Mon interlocutrice m'expliqua aussi qu'une personne peut se placer dans le vent soufflant vers l'être désiré pour que celui-ci cède à ses avances. Cependant, l'individu séduit décédera après quelque temps du fait des pouvoirs maléfiques (*su*) utilisés.

Notons que, même dans le cas d'une union établie sans recourir à la sorcellerie, l'utilisation de forces magiques pour entretenir des rapports sexuels était considérée comme pouvant entraîner la mort. Le décès d'une femme m'a ainsi été expliqué par l'usage que son mari aurait fait des *nakaimas* pour voler depuis Port-Vila jusqu'à l'île de Nguna où cette dernière résidait, parce qu'il souhaitait avoir des relations sexuelles avec elle (voir note 50).

L'utilisation de la sorcellerie pour tuer ou rendre malade une personne ayant refusé des avances amoureuses a été plusieurs fois mentionné à Seaside Tongoa. Par exemple, une femme d'une trentaine d'années me raconta qu'en 1993, alors qu'elle était enceinte de huit mois, on la retrouva un matin allongée par terre, prise de convulsions et émettant des grognements de cochon. Elle se mordit la langue et l'intérieur des joues et resta inconsciente pendant plusieurs heures. Amenée à l'hôpital central de Port-Vila, les docteurs pratiquèrent une césarienne, mais son nourrisson décéda quelques mois plus tard. En 2000, lors de sa deuxième grossesse, sa jambe se mit à gonfler anormalement. Avant qu'elle puisse se rendre à l'hôpital, une spécialiste de la divination (*namunua*) l'arrêta et lui annonça l'origine magique de son mal. La femme se souvint alors de deux événements étranges qui lui étaient arrivés. Le premier s'était déroulé un matin, alors qu'elle se rendait à pied chez son employeur en compagnie d'une collègue. Elle s'aperçut qu'un homme les suivait et soupçonna celui-ci de vouloir placer un sort sur leur chemin, mais elle ne donna pas l'alerte afin de ne point affoler son amie. Le second événement concernait la façon même dont elle était tombée inconsciente en 1993. Elle se souvint qu'un Mélanésien à la silhouette allongée, était entré dans la pièce où elle se trouvait. L'homme lui tendit une main d'un blanc éclatant. Prenant peur, elle sortit précipitamment et fut retrouvée peu de temps après sans connaissance. Cette habitante de Seaside Tongoa n'avait aucune idée de qui aurait bien pu vouloir lui nuire, mais elle supposait qu'il s'agissait d'un homme dont elle avait refusé les avances amoureuses[51].

D'après mes interlocuteurs de Seaside Tongoa, une personne pouvait en outre utiliser la sorcellerie pour avoir des relations sexuelles sans que sa victime en ait conscience. Ainsi, une femme de la communauté me révéla qu'un ami de son époux, originaire de l'île d'Ambrym,

[50] Entretien du 1er août 2011 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.
[51] Entretien du 15 septembre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.

désirait avoir des rapports sexuels avec elle, mais au lieu de tenter de la séduire, le *man Ambrym* utilisa des plantes pour pénétrer en elle sans qu'elle s'en aperçoive. Un spécialiste de la divination (*namunua*) découvrit cependant le subterfuge lorsque celle-ci se mit à vomir, uriner et déféquer du sang[52]. Une autre femme de Seaside Tongoa m'expliqua que, dans le passé, ces plantes étaient uniquement utilisées pour faire des blagues aux *tawi*, les cousins croisés et par extension toute personne avec qui Ego peut se marier ou plaisanter (voir chapitre 4, page 154). Hommes et femmes pouvaient ainsi se réveiller en petite tenue, sans avoir le moindre souvenir de la façon dont leurs habits leur avaient été retirés. Elle me dit cependant que dorénavant, les hommes utilisaient la connaissance de ces plantes pour avoir des relations sexuelles non consenties. De ce fait, lorsqu'une femme refuse les avances d'un homme, mais se retrouve enceinte peu de temps après, la communauté soupçonne l'usage de la sorcellerie[53].

De cette sexualité jugée localement anormale et immorale résulte bien souvent un décès, celui de la femme abusée ou de l'enfant qu'elle porte, ou une maladie, la vulve de la femme peut devenir dure ou douloureuse, l'évacuation de l'urine peut provoquer des souffrances. Un homme originaire de l'île de Pentecôte me dit quant à lui qu'une femme enceinte de *su* accouche après 3 ou 5 mois d'un lézard, d'un crapaud ou d'un serpent. C'est pourquoi lorsqu'une jeune femme a une aménorrhée sans avoir eu de relations sexuelles, elle doit le signaler à son entourage afin qu'on lui donne à boire des plantes qui expulseront « l'animal » de son corps avant que celui-ci la tue. Le *man Pentecost* me parla également de la possibilité pour une femme de faire usage de la sorcellerie pour avoir des relations sexuelles avec un homme. Dans ce cas, « le lendemain le pénis et le ventre de l'homme sont douloureux, il a mal lorsqu'il urine, il a du mal à uriner[54] ».

Nous avons vu qu'en 2012, la prévalence du VIH dans la population était faible, puisque seuls 9 cas avaient été confirmés par le gouvernement. À ma connaissance, les habitants de Seaside Tongoa n'avaient jamais été confrontés directement à la maladie ou à la mort de personnes infectées par le virus. De ce fait, aucun décès corrélé au VIH n'avait été attribué à la sorcellerie dans la communauté, alors que dans les pays comptant un grand nombre de personnes séropositives, comme la Papouasie-Nouvelle-Guinée, l'association entre VIH et sorcellerie est fréquente (voir, par exemple, Haley, 2008 : 25).

[52] Entretien du 23 octobre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.
[53] Entretien du 23 octobre 2011 avec une femme âgée d'une quarantaine d'années.
[54] Entretien du 28 juillet 2011 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.

Pendant mes recherches à Seaside Tongoa, des décès, des fausses couches et des affections touchant les parties intimes (vulve ou miction douloureuse, sang dans les selles) ont été expliquées par des pratiques de sorcellerie. Les syndromes ne correspondaient pas toujours aux infections sexuellement transmissibles décrites par l'OMS ou par les organismes de prévention, mais dans les représentations locales, il s'agissait bien de *sik* induites par des rapports sexuels ou par des tentatives de tels rapports.

7.2.4 La rencontre avec des démons

Parmi les nombreuses créatures décrites par les habitants de Seaside Tongoa, deux types de démon ont particulièrement attiré mon attention du fait de leur relation avec les *sik* et la sexualité. Ces deux créatures se nomment *nakos* et *natamat telame*. L'existence de ces démons n'a néanmoins jamais été mentionnée au cours des actions de prévention des IST conduites en 2011-2012 à Port-Vila.

Nakos est un terme namakura semblant dériver du mot anglais *ghost* (« fantôme »). Cependant, les *kos* n'étaient pas décrits comme des revenants par mes interlocuteurs de Seaside Tongoa mais comme des « esprits de la forêt » (*bus spirit*) mis sur terre par Dieu avant les hommes. Ils distinguaient les *kos* locaux des *ghosts* occidentaux qu'ils connaissaient grâce à la presse et aux films d'épouvante. En octobre 2011, un homme me donna à lire un magazine féminin australien, *New Idea*, dont l'un des articles s'intitulait : *Evil ghosts stalk my family* (« les mauvais esprits traquent ma famille »). Chez les Apma de l'île de Pentecôte décrits par Walter, le terme *kos* désigne « un sorcier métamorphosé qui s'adonne à des relations sexuelles avec sa victime » (1991 : 311), mais selon les habitants de Seaside Tongoa, *nakos* est un esprit non humain. Les *kos* peuvent prendre l'apparence de belles personnes ou arborer le visage du conjoint de celui ou celle qu'ils tentent de séduire. Ils se déplacent sans toucher le sol. Comme la plupart des esprits, les *kos* entrent en contact avec les êtres humains essentiellement au début et à la fin de l'année, lorsque la végétation se densifie du fait des fortes pluies et qu'ils peuvent s'y cacher[55].

Ma première rencontre avec une victime de *kos* eut lieu le 23 octobre 2011[56]. C'était un dimanche après-midi. Un certain calme régnait à Seaside Tongoa jusqu'à ce qu'un groupe de jeunes gens commence à élever la voix. Un minibus provenant du village de Teuma était

[55] Entretiens du 23 octobre 2011 avec un groupe de femmes âgées d'une trentaine à une cinquantaine d'années, du 27 octobre 2011 avec un homme d'une vingtaine d'années et du 13 août 2012 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.

[56] Observation et entretien du 23 octobre 2011 avec un groupe de femmes âgées d'une trentaine à une cinquantaine d'années.

stationné sur le bas-côté. À son bord, trois *man Tongoa* tentaient de maintenir en place une femme grognant et se convulsant. Une spécialiste de la divination (*namunua*) vivant dans la communauté se mit à fouetter, à frotter et à nourrir la malade avec une préparation à base de plantes. Le mot *kos* se fit alors entendre dans la foule. Une femme m'expliqua : « Flore est rentrée de la messe à pied. Elle n'a pas réussi à arrêter un minibus et un homme l'a regardée. C'est *kos*. C'est parce qu'elle habite à Teuma. Elle habite dans la forêt. Il y a des esprits comme ça dans la forêt ».

La malade commençant à se calmer, la *munua* lui demanda ce qui lui était arrivé. Cette dernière répondit : « un homme a sauté par-dessus moi » (*wan man jump over long mi*). Plus tard dans l'après-midi, la malade ayant repris des forces, je vins discuter avec elle ainsi qu'avec le groupe de femmes qui l'entourait. Flore me dit :

> « Je rentrais de l'église et je voulais aller préparer un *laplap* à la maison [plat traditionnel à base de tubercules ou de bananes]. Je souhaitais arrêter un bus, mais il n'y en avait pas. J'ai marché, marché. Il n'y avait personne sur la route. Tout à coup, j'ai vu un homme. Il était de dos. Il était beau, beau, beau, lumineux. Il brillait comme une étoile. Il s'est mis du côté broussailleux de la route. Je ne voyais toujours que son dos. Puis il s'est retourné. Mes yeux ont été dans ses yeux. Il a sifflé et mes pensées se sont brouillées. Je ne comprenais plus ce qui m'arrivait. Je n'avais jamais vu un homme comme ça. Il était plus beau que tous les autres hommes. Il était blanc, enfin pas vraiment blanc comme toi. Mais il avait de longs cheveux jusqu'au cou, jusqu'aux fesses. Je pensais que c'était un bout de tissu. Mais non, c'était ses cheveux. De longs cheveux lisses. Je suis rentrée chez moi. Mais je n'entendais plus rien, je ne voyais plus rien. Je me suis réveillée à Seaside. Je me sentais lourde. Tu sais, nos yeux se sont juste croisés. Mais si je lui avais parlé, je serais morte. Comme il ne m'a pas touchée, je suis toujours vivante ».

D'après mes interlocuteurs de Seaside Tongoa, les *kos* sont attirés par les odeurs des femmes. Une habitante m'expliqua ainsi qu'il faut respecter les interdits fixés par les anciens : « pour éviter que les esprits viennent en nous, une femme ne doit pas se baigner à la rivière lorsqu'elle a ses règles ou aller au jardin, mais attendre une semaine que l'odeur des menstrues ait disparu ». Lorsqu'une femme va au jardin, elle doit porter une jupe longue, ne pas s'y rendre au petit jour ou à la tombée de la nuit, ne pas discuter avec son amant, avoir des rapports sexuels avec lui, car les *kos* pourraient humer ses sécrétions vaginales. Il ne faut pas non plus laisser sécher ses petites culottes dehors lorsqu'il fait nuit (voir aussi Hammar, 1998 : 267 pour la Papouasie-Nouvelle-Guinée). Le parfum industriel et l'huile de noix de coco utilisés pour apprêter (*flasem*) le corps, le faire briller et lui donner une bonne odeur, étaient de même réputés pour provoquer la venue des *kos*.

Les *kos* agissent essentiellement lorsqu'une personne de l'autre sexe pense à sa ou à son petit ami. Elle croit avoir rendez-vous avec lui dans la forêt, mais en fait c'est un démon qui prend sa place. Les victimes peuvent être des femmes ou des hommes selon le sexe de la créature. Flore, qui était mariée avec un *man Tongoa* mais était elle-même originaire de l'île d'Aniwa me raconta ainsi comment son frère avait entretenu une relation avec un « esprit » :

> « Il voulait avoir une petite amie », me dit-elle. « Il y pensait tout le temps, mais il avait peur de parler aux femmes. Un jour qu'il passait près du grand banian (*Ficus prolixa*) pour aller se baigner dans la mer, une personne le devança. Elle ne lui montra tout d'abord que son dos, puis elle se retourna. La jeune femme avait le visage de la fille de notre oncle. Ils marchèrent et discutèrent ensemble. Mais le *kos* disparut dans un recoin. Le soir même, la femme-esprit vint chercher mon frère pour s'unir à lui. Elle tomba enceinte et l'emmena dans la forêt. Mon frère revint quelque temps après au village. Mais on ne le reconnaissait plus. Il était devenu plus grand. Il avait changé. C'était un esprit. Il alla voir sa mère et lui annonça la naissance de son fils, ainsi que son intention de partir les rejoindre. C'est ce qu'il fit. Et depuis ce jour, il n'est plus jamais revenu. Lorsqu'on va se baigner dans la mer, on voit parfois un cheval sauvage nommé *mismati*. On dit au village que ce cheval est un homme et qu'il s'agit de mon frère ».

Selon mes interlocuteurs de Seaside Tongoa, la rencontre avec des démons engendre un certain nombre de *sik* et de conséquences. Un jeune homme me dit ainsi :

> « Si une très jolie femme nous provoque dans la forêt en retirant ses vêtements et que l'on a des rapports sexuels avec elle, mais qu'elle disparaît subitement, il s'agit à coup sûr d'un *kos*. On peut devenir fou. De la salive peut couler de notre bouche. Notre bouche peut ne plus pouvoir s'ouvrir. Et si l'on ne prend pas de plantes, on meurt[57] ».

Un jeune de la communauté me précisa que cela arrive souvent lorsque l'on rencontre une femme en boîte de nuit : « le lendemain matin, lorsque tu te réveilles, tu es en train d'enlacer un bout de bois, ou il y a une boîte de conserve ou un coquillage qui est accroché à toi [à ton pénis][58] ».

Certaines de mes interlocutrices de Seaside Tongoa considéraient également qu'un *kos* peut mettre une femme enceinte, mais que cette dernière ou l'enfant qu'elle porte risquaient de décéder précipitamment. Les *kos* pouvaient ainsi être pensés comme à l'origine d'une grossesse, d'un décès ou de troubles physiques et psychiques.

Le second type d'esprit maléfique qui cherche à avoir des relations sexuelles avec des êtres humains est le *natamat telame* ou *naetamat ilam* (le « grand démon »)[59]. D'après les

[57] Entretien du 27 octobre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.
[58] Entretien du 13 août 2012 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.
[59] Dans sa présentation du 27 mars 2015 dans le cadre du séminaire « Actualité de la recherche en Océanie » du CREDO, Maëlle Calandra nota, elle aussi, que ses interlocuteurs du village de Kurumabe, sur l'île de Tongoa,

habitants de Seaside Tongoa, cet « esprit de la forêt » est lui aussi attiré par les émanations féminines liées aux menstruations, aux sécrétions vaginales et à l'urine. Une femme qui a ses règles doit là-encore éviter de se baigner dans la rivière, d'aller au jardin ou même d'uriner dans la forêt, afin de ne pas rencontrer le « grand démon ». Lorsqu'une femme a des relations sexuelles en dehors du village, elle suscite l'attrait du *natamat telame*. Le démon la suit alors jusqu'à chez elle et la pénètre sans même qu'elle s'en aperçoive. Une habitante de Seaside Tongoa m'expliqua que les rapports sexuels doivent, de ce fait, avoir lieu à l'intérieur d'une maison, dans un endroit chaud (*dorotor*), à proximité d'un feu qui repousse les esprits. La forêt est un endroit froid (*mimilandin*) et inhabité où les couples ont des rapports sexuels lorsqu'ils entretiennent une relation extra-conjugale ou contre l'avis familial[60]. *Natamat telame* est donc attiré par une sexualité considérée localement comme immorale et déviante, mais à la différence des *kos*, il n'agit que sur les femmes[61].

Contrairement aux *kos* qui agissent une seule fois, mes interlocuteurs de Seaside Tongoa considéraient que *natamat telame* peut traquer et rendre malade sa victime pendant plusieurs années. Une femme me dit ainsi : « si *natamat telame* nous utilise, on peut voir (*luk*) nos règles pendant un an. On peut aussi mouiller sans arrêt nos sous-vêtements et ça sent vraiment pas bon[62] ». Demandant à une autre habitante s'il existait un lien entre les douleurs urinaires et la multiplication des partenaires sexuels, celle-ci me répondit : « oui, lorsqu'on a plein de petits amis, on les rencontre en forêt. Et dans la forêt, il y a les esprits (*spirit*). Donc on tombe malade[63] ». Au moment de mes recherches à Seaside Tongoa, des maux, tels des sécrétions vaginales abondantes et nauséabondes, une miction douloureuse ou des saignements vaginaux continus, étaient donc parfois expliqués par la pénétration du « grand démon ». Le déroulement de rapports sexuels avec le *natamat telame* était associé à des comportements inappropriés imputés aux femmes, comme aller au jardin en période de menstruation ou avoir des relations sexuelles en dehors du foyer conjugal.

Si certains habitants de Seaside Tongoa ne croyaient pas en l'existence des *kos* et du *natamat telame*, nombreux étaient ceux qui associaient l'apparition de *sik* à la rencontre de ses

---

lui ont signalé l'existence de « grands démons » (*nate mate lapa*, en nakanamanga). Ces créatures féminines ou masculines sont attirées par les odeurs corporelles et cherchent à avoir des rapports sexuels avec des êtres humains.

[60] Entretien du 25 octobre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.

[61] Les Apma étudiés par Walter estiment eux aussi que les rapports sexuels en forêt engendrent des maladies (1991 : 331). L'esprit *ma : sakut* ne pénètre pas dans la femme, mais en venant sur leur couche et en touchant les sécrétions qu'ils y ont laissées, l'homme et la femme deviennent fébriles et se mettent à souffrir de fortes céphalées (Walter, 1991 : 331). Contrairement au *natamat telame*, le *ma : sakut* touche à la fois les femmes et les hommes.

[62] Entretien du 23 octobre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.

[63] Entretien du 23 octobre 2011 avec une autre femme âgée d'une trentaine d'années.

créatures aimant avoir des relations sexuelles avec les humains. Ces *sik* semblaient parfois correspondre aux symptômes induits par le développement d'un cancer du col de l'utérus (menstruations inhabituellement longues) ou la contraction d'une IST (sécrétions vaginales abondantes et malodorantes, par exemple), mais elles pouvaient également ne pas paraître en rapport avec les phénomènes relevant de ces catégories biomédicales (salivation excessive, troubles psychiques), même si mes interlocuteurs les mettaient eux en relation avec les relations sexuelles.

7.2.5 Le péché et la punition divine

Lors de mes recherches à Seaside Tongoa, les *sik* étaient interprétées à l'aide de la Bible de deux manières différentes : soit en considérant que les maladies et les symptômes étaient la conséquence directe des comportements malsains décriés dans la Bible, soit en privilégiant l'idée que Dieu punissait les transgressions morales à travers les *sik*. Dans le premier cas, les péchés (*sin* ou *fasin no gud* en bislama) sont vus comme à l'origine des *sik*, alors que dans le second, c'est Dieu qui est présenté comme l'agent causal des maladies et des symptômes. Plusieurs études menées en Mélanésie ont montré que l'épidémie de VIH y est considérée comme symptomatique de la fin du monde et comme le signe d'une transgression morale (Haley, 2008 : 26, 35, 38 ; Wardlow, 2008 : 187, 195 ; Eves, 2003 : 255-258 ; 2008 : 212-214). Cependant, la différence entre ces deux manières d'interpréter les *sik*, comme la conséquence de mauvaises actions, d'une part, et comme une sanction divine, d'autre part, n'est pas nécessairement soulignée dans ces travaux (voir Eves, 2003 ; 2008, notamment).

La première interprétation fut principalement avancée, pendant mes recherches, par les représentants religieux rencontrés à Port-Vila. Dans les chapitres précédents, nous avons vu que les habitants de Seaside Tongoa étaient pour la plupart de confessions presbytérienne ou adventiste et que ces deux Églises menaient des actions de prévention sur les IST et les autres problèmes de santé (voir chapitre 2 pages 77-78, en particulier). Les pasteurs adventistes et presbytériens, qui possédaient pour certains des diplômes en théologie, voyaient essentiellement les IST ou toute autre maladie comme la conséquence d'un mode de vie malsain, éloigné du code de conduite chrétien. Un pasteur adventiste me dit ainsi : « la maladie, c'est la conséquence du péché (*sin*). Elle peut être liée à ton style de vie, comme pour les maladies non transmissibles par exemple[64] ». Une coordinatrice santé de l'Église adventiste – qui avait réalisé une partie des réunions d'évangélisation organisée en avril 2012

[64] Entretien du 3 juillet 2012 avec un pasteur adventiste âgé d'une trentaine d'années.

à Seaside Tongoa (voir chapitre 2, page 78) – m'indiqua que ceci est vrai aussi pour les accidents : « ce sont les péchés (*sin*) qui font qu'on meurt. Par exemple, si l'on boit et que l'on conduit, on va percuter un autre véhicule et mourir[65] ». La présidente d'un groupe de femmes adventistes m'expliqua de même que : « pour éviter d'avoir des IST, il faut être fidèle à un partenaire. Dieu ne bénit qu'une seule union. Ce sont les péchés (*sin*) qui font les IST[66] ». Quant à son homologue presbytérienne, elle me confia que :

> « Ce sont nos attitudes qui nous rendent malades. Une maladie peut venir de la nourriture si l'on mange trop. C'est un péché (*sin*) de trop manger ou de manger de mauvais aliments pour notre santé ». Elle ajouta que « lorsqu'on va rendre visite à une personne à l'hôpital, on ne lui dit pas que c'est parce qu'elle a péché qu'elle est malade. Mais si elle a un cancer de l'utérus par exemple, tout le monde sait pourquoi. Les infirmières de l'hôpital [central de Port-Vila] viennent dans toutes les églises pour parler de ce cancer. Elles disent que c'est lorsqu'on commence à avoir des rapports sexuels trop tôt et qu'on a plein de partenaires. Pour éviter les IST, il faut n'avoir qu'un seul partenaire. Si l'on a plein de partenaires, on a des IST. On a des IST quand on ne suit pas l'exemple de Dieu[67] ».

Ces extraits d'entretien montrent que les responsables religieux, aussi bien adventistes que presbytériens, mettaient en lien les IST et la transgression de la loi divine. Tous les malades n'étaient pas considérés comme des pêcheurs par les pasteurs puisque l'existence de la souffrance, de la maladie et de la mort était expliquée comme le résultat du péché originel d'Adam et d'Ève. Ils prêchaient néanmoins que si une personne ne suit pas l'exemple de Jésus, en ressentant et en promouvant l'amour, la joie, la paix et en ayant une conduite reflétant les valeurs de fidélité, d'hospitalité, de générosité, d'humilité, elle risque de connaître la maladie ou la mort du fait des conséquences psychiques et physiologiques de ces comportements. Notons que, dans leur définition de la bonne personne, les leaders adventistes incluaient, à la différence des responsables presbytériens, un code de conduite adapté à la santé et un ensemble de restrictions alimentaires. L'Église adventiste interdit ainsi la consommation des aliments « impurs » décrits dans le Lévitique comme le porc, mais aussi toutes les substances qui peuvent avoir, selon elle, un impact négatif sur la santé comme le kava, l'alcool, le tabac, la caféine ou la marijuana. Alors que les représentations presbytériennes de la bonne personne étaient focalisées sur les aspects spirituels et sociaux, pour les leaders adventistes, être une bonne personne signifiait principalement être en bonne santé physique et spirituelle[68].

[65] Entretien du 10 octobre 2012 avec une coordinatrice santé adventiste âgée d'une trentaine d'années.
[66] Entretien du 4 juillet 2012 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.
[67] Entretien du 22 août 2012 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.
[68] Entretiens du 3 juillet 2012 avec un pasteur adventiste âgé d'une trentaine d'années, du 5 juillet 2012 avec un

L'association entre les IST et le péché était véhiculée lors des actions de sensibilisation menées par les Églises adventiste et presbytérienne, telles les réunions d'évangélisation ou les services religieux hebdomadaires. Cela étant dit, cette idée se retrouvait également dans le cadre d'activités de prévention conduites par les établissements de santé ou les ONG. Le dernier extrait d'entretien mentionne ainsi l'intervention d'infirmières de l'hôpital central de Port-Vila, de confession souvent adventiste, qui mettaient en relation les cancers de l'utérus et les IST avec des pratiques décriées dans la Bible (sexualité prémaritale, multi-partenariat). Dans le chapitre 6, j'ai cependant indiqué qu'à la fin du jeu de rôles organisé en novembre 2011 à Seaside Tongoa, un éducateur de *Wan Smolbag*, lui aussi fidèle de l'Église adventiste, présenta le VIH non pas comme la conséquence directe de comportements non conformes au code de conduite chrétien, mais comme une « punition divine ». Cet intervenant parla en effet de Dieu comme d'un agent causal sévissant du fait du non-suivi des prescriptions bibliques[69].

Si les responsables adventistes et presbytériens rencontrés à Port-Vila pensaient que la sexualité prémaritale et les relations extra-conjugales étaient de mauvaises pratiques, parce que la multiplication des partenaires sexuels augmentait les risques de transmission des IST, les membres ordinaires de ces Églises, dont l'éducateur de *Wan Smolbag*, tendaient, quant à eux, à concevoir l'immoralité sexuelle ou tout autre péché comme un vecteur de *sik* parce qu'ils considéraient que la transgression provoque la punition divine. Alors que je me dirigeais en juillet 2011 vers le service de maternité de l'hôpital central de Port-Vila pour rendre visite à un nouveau-né de Seaside Tongoa qui avait des difficultés à s'alimenter, une femme de la communauté me demanda avec un grand sourire : « tu vas aller voir le bébé du *man Tanna* ? ». Remarquant mon étonnement, une spécialiste de la divination (*namunua*) – ancienne diaconesse de l'église presbytérienne de Seaside Tongoa – qui écoutait notre conversation, m'expliqua :

> « Cet enfant n'est pas de Tongoa, mais d'un homme de l'île de Tanna. Sa mère est partie de la communauté pendant quatre mois et a laissé ses enfants avec leur père. Si son bébé est malade, c'est parce que Dieu l'a punie d'avoir quitté son mari [originaire de l'île de Tongoa]. Son mari est bon. Il

homme âgé d'une trentaine d'années, Directeur de la Santé de la Mission adventiste, du 4 juillet 2012 avec la présidente d'un groupe de femmes adventistes âgée d'une trentaine d'années, du 10 octobre 2012 avec une coordinatrice santé adventiste âgée d'une trentaine d'années, en charge de la section nutrition du ministère de la Santé, du 20 août 2012 avec un homme âgé d'une trentaine d'années, coordinateur santé de l'Église presbytérienne à Vanuatu, du 11 octobre 2012 avec le président du Conseil de Santé presbytérien âgé d'une soixantaine d'années et du 22 août 2012 avec la présidente d'un groupe de femmes presbytériennes âgée d'une cinquantaine d'années.

[69] Jeu de rôles organisé le 3 novembre 2011 dans le cadre de l'atelier d'information de trois jours conduit à Seaside Tongoa.

> gratte les noix de coco, cuisine, fait bouillir de l'eau pour qu'elle puisse prendre son bain. Et elle, elle part avec un *man Tanna*. Elle n'a pas de pitié pour lui. Elle est revenue ici alors qu'elle était déjà enceinte. C'est la *kastom* de la famille de son mari qui fait que le nourrisson est malade ». Lui demandant si c'était la *kastom* ou Dieu qui rendait, en fin de compte, malade l'enfant, elle me répondit : « les deux »[70].

Mon interlocutrice présenta ainsi une vision relationnelle de la maladie du nourrisson. Au lieu de m'expliquer son affection par des comportements individuels ou des dysfonctionnements physiques, elle avança que l'enfant était malade parce qu'il avait été attaqué par Dieu et par la famille de l'époux de sa mère. Cet exemple rend compte de la perméabilité des champs explicatifs de la coutume et de la religion et montre que la *sik* d'une personne peut être expliquée par les péchés de son entourage, dans ce cas-ci l'infidélité avérée de la mère du nouveau-né. Dieu peut ainsi agir sur la personne incriminée, aussi bien que sur ses relations[71].

Cette deuxième manière d'interpréter les *sik,* à l'aide de la Bible, comme une sanction de Dieu, et non comme une conséquence directe de comportements décriés par les textes sacrés judéo-chrétiens, semblait particulièrement présente chez les habitants presbytériens de Seaside Tongoa. Le directeur de la section santé mentale du ministère de la Santé me raconta ainsi qu'en 2008, il réalisa à Port-Vila une étude par questionnaire auprès de quatre-vingt-dix personnes : trente adventistes, trente presbytériens et trente membres de l'Assemblée de Dieu[72]. L'enquête révéla que les Presbytériens étaient beaucoup plus nombreux à concevoir les maladies mentales comme résultant d'une punition divine liée au péché. Les membres de l'Église adventiste croyaient, eux, davantage en l'influence du mode de vie sur la santé et rejetaient en masse l'idée qu'il puisse exister des démons agissant sur les corps humains. Ceci peut s'expliquer par leur système de pensée religieux propre mais aussi par le contenu des programmes de promotion de la santé mis en place par l'Église adventiste. Les actions de prévention menées par cette Église à Port-Vila véhiculaient, en effet, des étiologies principalement biomédicales. Pendant les réunions d'évangélisation conduites à Seaside Tongoa en avril 2012, l'hypertension artérielle fut par exemple présentée comme en lien avec une alimentation riche en sel. En outre, l'Église adventiste interdisait à ses fidèles d'entretenir des « croyances » et des pratiques dites de la *kastom,* telles que la consommation du kava ou

[70] Observation et entretiens des 26 et 27 juillet 2011 avec une femme de quatre-vingt-cinq ans.
[71] Notons qu'à Tari, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, la mort des enfants atteints du sida est également parfois interprétée comme une punition divine infligée à leurs mères ou à leurs pères pour avoir péché (Wardlow, 2008 : 192).
[72] Entretiens des 22 août et 12 octobre 2012 avec un presbytérien âgé d'une quarantaine d'années, en charge de la section santé mentale du ministère de la Santé et collaborant avec la Mission adventiste.

la réalisation de danses coutumières (voir chapitre 5, page 230). Or, la présidente du groupe de femmes presbytériennes de Seaside Tongoa m'expliqua que :

> « C'est la coutume (*kastom*) qui dit souvent que si l'on fait mal quelque chose on va être malade (*sik*) [parce qu'un démon ou une autre personne va agir sur nous]. Mais ce n'est pas l'Église. Par exemple, si l'on promet un cochon à une personne, mais qu'on le donne à quelqu'un d'autre, cela peut nous rendre malades[73] ».

Penser que Dieu ou un autre être nous punit lorsque l'on pèche semble ainsi être une idée dérivant à la fois de la *kastom* et du moralisme chrétien (voir aussi Eves, 2003 : 257). L'Église adventiste rejetant les explications coutumières de la mort et de la maladie, nous pouvons imaginer que ses adeptes étaient, de ce fait, moins nombreux que les fidèles presbytériens à parler des *sik* en prenant en compte les relations sociales ou celle établie avec Dieu.

Alors que les responsables religieux adventistes et presbytériens interrogés à Port-Vila considéraient que ce sont les comportements décriés dans la Bible qui conduisent aux accidents et au développement de *sik*, les membres ordinaires de ces Églises, en particulier ceux de confession presbytérienne, pensaient donc qu'un agent causal, en l'occurrence Dieu, réagissait face au péché en provoquant la souffrance psychique et physique. Les leaders religieux parlaient des péchés comme étant la cause directe des symptômes et des maladies, tandis que les fidèles voyaient Dieu comme à l'origine des *sik* : Dans un cas, la personne est malade sans avoir besoin d'être en relation avec Dieu : les maux résultent uniquement du non-respect des prescriptions bibliques. Il s'agit d'une conception « intériorisante » (Zempléni, 1985 : 22) de la maladie. Dans l'autre cas, elle souffre d'une *sik* parce que Dieu la punit : elle est alors en lien avec lui. La conception de la maladie est « extériorisante »[74].

Si les responsables religieux concevaient les IST comme dues aux péchés (relations sexuelles prémaritales ou extra-conjugales), les habitants de Seaside Tongoa, majoritairement presbytériens, pouvaient présenter les *sik* qu'ils pensaient liées à la sexualité (telle la difficulté du nourrisson à s'alimenter du fait de l'infidélité de sa mère) comme la conséquence d'une attaque. Je viens de montrer en effet que les membres de la communauté interprétaient les maladies et les symptômes associés à des pratiques sexuelles comme pouvant résulter non seulement d'une sanction divine, mais aussi de la rencontre de démons (*nakos* ou *natamat telame*) ou d'actes de sorcellerie pratiqués par des êtres humains. Ainsi, alors que l'approche ABC présente les partenaires sexuels comme les vecteurs des IST, les habitants de Seaside Tongoa considéraient les agents impliqués comme plus diversifiés. Ils pensaient en outre que

[73] Entretien du 22 août 2012 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.
[74] On pourrait tout aussi dire « individuelle » et « relationnelle » respectivement.

les *sik* liées à la sexualité pouvaient être provoquées par le contact avec des fluides sexuels (sang menstruel et sécrétions vaginales) ou par des comportements présentés comme inappropriés par les organismes de prévention, mais il faut noter que les maux engendrés ne correspondaient pas nécessairement à la catégorie biomédicale d'IST.

Conclusion

Dans le chapitre premier, nous avons vu que le système de prévention développé au Vanuatu était fortement dépendant des financements et de l'expertise extérieurs. De ce fait, les actions de sensibilisation conduites en 2011-2012 à Port-Vila tendaient à se focaliser sur la catégorie biomédicale des IST. Nous savons maintenant que la compréhension de ce groupe nosologique plébiscité sur le plan international n'allait pas nécessairement de soi pour les habitants de Seaside Tongoa. J'ai souligné que les représentations de la morbidité des membres de cette communauté urbaine, comme celles de l'engendrement (voir chapitre 5), étaient influencées par diverses sources, dont les actions de prévention, mais également, l'école, les médias, les savoirs ancestraux et la religion.

La manière dont les habitants de Seaside Tongoa parlaient des *sik* associées aux pratiques sexuelles, tout comme les termes qu'ils utilisent pour désigner les organes génitaux (*tabu pat*), le sperme (*tabu wota*) ou la forte réticence à associer la voie de l'accouchement et celle de la procréation (voir chapitre 5, pages 212-215), laissaient penser que leurs conceptions étaient particulièrement marquées par la religion chrétienne : l'appellation bislama *rabis sik*, ou namakura *mahakit vaita*, signifiant littéralement « mauvaise maladie », pourrait ainsi révéler une catégorisation des organes du corps selon une échelle de valeurs influencée par la chrétienté. En outre, ces *sik* semblaient être fréquemment catégorisées comme des « maladies de femmes » et des « maladies exogènes ». Nous avons aussi vu que les représentations de la morbidité des élèves de la *Seaside Community School* suggéreraient une nette influence des actions de prévention menées dans la capitale : des élèves de l'école du quartier avancèrent que le VIH était présent dans leur communauté alors qu'aucun cas n'y avait été déclaré. Néanmoins, j'ai montré dans ce chapitre qu'il existait différentes interprétations des *sik* liées à la sexualité et que leurs conceptions de la réalité sociale (impliquant l'existence de la sorcellerie, des démons, de l'intervention de Dieu) différaient de celle véhiculée par l'approche de prévention ABC. Les *sik* pouvaient être décrites comme le fait de comportements sexuels inadaptés (sexualité prémaritale ou extra-conjugale), comme dues aux contacts avec du sang menstruel ou des sécrétions vaginales, comme résultant d'actes de

sorcellerie ou d'actions de démons ou bien encore comme une punition divine. En décrivant ces différentes conceptions, nous avons réalisé qu'à Seaside Tongoa, les affections associées aux pratiques sexuelles n'étaient pas nécessairement présentées comme féminines. Les hommes comme les femmes peuvent, par exemple, être les victimes des *kos*. Les diverses conceptions de ces *sik* n'étaient également pas toujours marquées par l'influence de l'Église ou des actions de prévention. La sorcellerie et les démons, considérés parfois comme à l'origine de *sik* liées à la sexualité par les habitants de Seaside Tongoa, n'étaient pas mentionnés par les organismes de sensibilisation ou par les responsables religieux des Églises presbytérienne et adventiste. Au début de ce chapitre, j'ai signalé que les habitants de Seaside Tongoa pouvaient nommer « IST » des affections associées à des comportements valorisés dans la communauté (la descente d'organes due à un travail physique intense) alors que les organismes de prévention mettaient ces *sik* en corrélation avec des pratiques jugées immorales ou inadaptées (voir chapitre 6).

Le chapitre précédent m'a permis d'avancer que les actions de prévention des IST menées en 2011-2012 à Port-Vila se focalisaient essentiellement sur les comportements individuels et présentaient la personne comme un individu responsable et rationnel. Ici aussi, je montre que les organismes de sensibilisation, dont les Églises presbytérienne et adventiste, diffusaient des représentations de la transmission des IST fondées également sur des comportements individuels, même si certains intermédiaires travaillant pour les organismes de prévention ne tenaient pas nécessairement le discours officiel. Nous avons vu que ces conceptions individualistes étaient parfois reprises par mes interlocuteurs de Seaside Tongoa, mais des visions plus relationnelles de la contraction des *sik* associées aux pratiques sexuelles étaient également présentes dans la communauté. Dans ce deuxième cas, l'interprétation des symptômes était corrélée au contexte socio-politique particulier dans lequel se situait le malade (voir Scheper-Hughes et Lock, 1987). On notera que ces conceptions relationnelles existent à la fois dans la *kastom* et dans la religion chrétienne, qui sont d'ailleurs aujourd'hui difficilement dissociables. Dans le prochain chapitre, je vais analyser dans quels contextes ces différentes étiologies étaient avancées, ainsi que les moyens utilisés par les habitants de Seaside Tongoa pour se soigner.

Chapitre VIII. Traiter les *sik* associées aux pratiques sexuelles

Introduction

En biomédecine, le dépistage et le soin des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) sont considérés comme des outils de prévention. Dorénavant, la Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP) ou le Traitement Post-Exposition (TPE) permettent en effet de prévenir la transmission du VIH en prescrivant des antirétroviraux à des personnes non-contaminées mais potentiellement exposées au virus, comme des partenaires sexuels ou des personnels de santé. En outre, l'action du traitement sur les personnes infectées engendre une diminution de la transmission du VIH dans la population, parce que les antirétroviraux baissent le potentiel contaminant des personnes vivant avec le virus – d'où la mise en place, dans certains pays comme la France, du Traitement comme Prévention (TasP)[1]. En 2011-2012, la PrEP, le TPE ou le TasP n'étaient pas implantés au Vanuatu, mais nous avons vu que les traitements destinés aux personnes infectées par une IST y étaient tout de même disponibles, dans une certaine mesure, en particulier en ville (chapitre 2).

À cette période à Port-Vila, les organismes de prévention recommandaient en cas de contraction d'une IST de se rendre dans un établissement biomédical. Les IST y sont généralement soignées en prescrivant des médicaments agissant sur les corps individuels : des antirétroviraux dans le cas du VIH et des antibiotiques dans le cas des autres IST. Un mémo affiché en mai 2011 dans la clinique de santé reproductive *Kam Pussum Hed* de Port-Vila indiquait ainsi :

> « Gonorrhoea – 1. Cipro [floxacin] 500 mg ; 2. Amox [icillin] 3 g ; 3. Procaïne [Penicillin] 4.8 g. Chlamydia – 1. Azithromycin 1 g ; 2. Doxy [cyclin] 100 mg ; 3. Erythro [mycin] 500 mg. Syphilis – 1. Benzathine [Penicillin] 2.4 g. Chancroid – 1. Azithromycin 1 g ; 2. Erythro [mycin] 500 mg ; 3. Co-trimoxazole. Trichomonas/anaerobes – 1. Metronidazole 2 g or 400 mg[2] ».

L'administration d'antirétroviraux ou d'antibiotiques était utilisée dans les établissements de santé pour le traitement des affections entrant dans la catégorie biomédicale des IST. Or, nous avons vu que les habitants de Seaside Tongoa interprétaient les *sik* liées à la sexualité de différentes manières où se mêlaient des conceptions centrées sur l'individu et des visions plus

[1] http://paca.lecrips.net/spip.php?article284#part4, consulté le 1er mai 2016 à 16 h 34.
[2] Mémo photographié le 7 mai 2011 dans la salle de consultation de la clinique *Kam Pussum Hed* à Port-Vila.

relationnelles des affections (chapitre 7). J'ai également mentionné que les membres de cette communauté urbaine utilisaient, simultanément ou successivement, des systèmes de soins variés. Plusieurs travaux réalisés en Mélanésie ou dans d'autres régions du monde ont ainsi montré que les personnes choisissent et font usage de différents traitements, sans que les systèmes entrent nécessairement en compétition[3].

À Seaside Tongoa, les parcours des malades à la recherche de soins et de sens à donner à leurs maux étaient bien souvent complexes et sinueux. Dans les chapitres précédents, j'ai signalé à plusieurs reprises que face à une maladie, les membres de cette communauté urbaine pouvaient se traiter eux-mêmes ou consulter différents types de spécialistes habitant ou travaillant à Seaside Tongoa, dans d'autres quartiers de Port-Vila, voire en dehors de la ville : des spécialistes de la biomédecine (docteurs et infirmiers des établissements de santé), de la prière (*faith healers*), de la médecine locale (*kleva*) ou de la divination (*namunua*).

Ce n'était pas seulement la gravité des *sik* ni leurs causes présumées qui déterminaient l'ordre dans lequel les habitants de Seaside Tongoa consultaient tel ou tel spécialiste. Les aléas des rencontres, les ressources financières, la conjoncture historique et relationnelle du groupe, la disponibilité et la facilité d'accès aux soins entraient en ligne de compte dans l'itinéraire thérapeutique suivi par le malade. Son parcours (sa route ou *rod* en bislama) était en outre influencé par la « constellation d'individus gravitant autour de lui » (Janzen, 1987 : 68). Cet ensemble de personnes engagées dans la « collection de ressources, le contrôle des émotions, la performance de la maladie (*sick*), la participation à la co-construction des narrations autour du vécu de l'affection (*illness*), la provision d'un espace pour soigner et gérer les maux (*sickness*) » est appelé « groupe de gestion thérapeutique » (*therapy management group*) en anthropologie de la santé (voir notamment, Janzen, 1987 ; Nichter, 2002). La présence de ce groupe et la sinuosité des itinéraires thérapeutiques se retrouvent dans les récits recueillis et les observations menées à Seaside Tongoa. En juillet 2011, j'ai ainsi rencontré un homme d'une cinquantaine d'années souffrant depuis plusieurs mois de fourmillements et d'insensibilité de ses membres. Dans le cadre d'entretiens étalés sur près de cinq mois, mon interlocuteur me fit état de son parcours à travers la capitale, à la recherche d'un diagnostic et d'un traitement efficace :

> Il commença par consulter un médecin privé dans le quartier de Nambatu. Celui-ci lui expliqua que ses articulations étaient lâches (*slak*), qu'elles n'avaient pas de pouvoir (*paoa*). Puis deux vieilles (*namunua*) de Seaside Tongoa le massèrent gratuitement. Mais son état de santé n'en fut pas

[3] Voir Romanucci Schwartz, 1969 ; Parsons, 1985 ; Shirakawa, 1999 ; Petrou, 2009 : 114-115 ; Bradacs *et al*., 2011 : 436 ; Vaughan, 2013 : 169 ; File et McLaws, 2015 ; Lepani, 2012 : 179 ; Taylor, 2015 a : 46.

modifié. Il alla à l'hôpital central de Port-Vila où les docteurs lui diagnostiquèrent un diabète de type II et lui interdirent de consommer tout aliment sucré ou salé, sans lui prescrire pour autant de médicament. Son état ne s'améliorant toujours pas, il testa les remèdes élaborés par des spécialistes de la médecine locale (*kleva*), originaires de plusieurs îles du Vanuatu, afin de voir si ces maux n'étaient pas liés à un acte de sorcellerie. Il se rendit, tout d'abord dans le quartier de Freswota pour rencontrer un guérisseur de l'île de Maewo qui lui donna des feuilles médicinales, en échange de 6 000 vatus (46 €). Un *kleva* de l'île d'Épi, habitant également à Freswota, lui fit tester un remède végétal, pour 3 000 vatus (26 €). Il acheta ensuite, pour la même somme, des plantes d'un homme de l'île d'Aniwa qui logeait dans le quartier de Manples. Et il consomma gratuitement un remède de l'île de Tanna préparé par une femme habitant à Namburu (Anabrou). Une vieille femme de l'île d'Ambrym qui logeait dans le quartier de Bladinière lui donna des plantes médicinales en échange de nourriture. Enfin, un remède des îles Banks lui fut offert par une jeune fille qui habitait le quartier de Blacksands. Mais aucune de ces préparations ne fut réellement efficace.

Après avoir sillonné la ville et consulté de nombreux guérisseurs, mon interlocuteur supposa que sa maladie n'était pas liée à une attaque de sorcellerie et qu'il ne lui restait plus qu'à prier Dieu pour tenter de guérir. L'homme retourna à l'hôpital central de Port-Vila. Son taux de sucre dans le sang était toujours très élevé. Son frère, ancien ouvrier du bâtiment, lui rapporta des plantes que ses collègues chinois lui avaient conseillé d'utiliser à la place du sucre dans le thé. Les propriétés médicinales de cette plante, localement appelée *nambin*, n'étaient jusque-là pas connues du vieil homme. Par la suite, celui-ci testa un remède préparé par un guérisseur (*kleva*) de Seaside Tongoa (1 000 vatus, 8 €). Puis, il se baigna pendant plusieurs jours avec une préparation à base de feuilles cueillies au bord du lagon. Mon interlocuteur n'était pas un spécialiste du soin. Mais il voulut vérifier l'efficacité de cette plante poussant en bord de mer, dont l'idée de l'utiliser lui était venue en rêve.

Quelques mois après notre première rencontre, l'homme m'annonça qu'il se sentait mieux. L'épouse de l'un de ses frères classificatoires lui avait préparé un remède pour traiter son diabète. Et puisque la préparation semblait efficace, elle lui demandait à présent 12 000 vatus (92 €) pour lui avoir procuré ce traitement. Mon interlocuteur voulut de nouveau tester son taux de sucre dans le sang à l'hôpital. Mais il attendit un mois supplémentaire parce qu'il était préoccupé par le mariage de sa fille, et qu'il attendait que le *Vanuatu National Provident Fund* (VNPF) lui versât l'argent de sa « retraite ». En novembre 2011, l'homme alla à l'hôpital central de Port-Vila et revint avec trois sachets de comprimés : du paracétamol, des vitamines et des médicaments pour le diabète. Sur chaque étiquette, il était écrit en bislama le nom du médicament et sa posologie. Cependant, l'homme me dit qu'il ne souhaitait pas prendre ces comprimés parce que les étiquettes n'indiquaient pas ce qu'ils étaient censés soigner. Il ajouta qu'il n'accordait sa confiance ni aux médicaments ni aux docteurs de l'hôpital qui les avaient prescrits. Il respecta néanmoins globalement la

> posologie indiquée par le médecin. Et l'année suivante, l'homme ayant repris des forces, il recommença à travailler dans une entreprise de sécurité[4].

L'itinéraire thérapeutique de ce malade fut donc long (plus d'un an), varié (il consulta des spécialistes de la biomédecine, de la divination, de la médecine locale et il eut recours à l'auto-médication), sinueux (il retourna à plusieurs reprises à l'hôpital) et onéreux (il dépensa plus de 25 600 vatus, soit 197 €). C'est parce que ses maux ont cessé après la prise de médicaments antidiabétiques qu'il sembla donner un sens plus ou moins définitif à sa maladie (voir aussi Petrou, 2009 : 115). Cependant, des diagnostics divergents coexistaient souvent à Seaside Tongoa, même après traitement. Ainsi, une femme de la communauté qui m'avait décrit la prise prolongée de contraceptifs comme à l'origine de son infertilité, me présenta peu de temps après son affection comme une punition divine liée à ses infidélités conjugales (voir pages 356-357)[5]. Les explications des *sik* étaient en effet non seulement multiples et non mécanistes, mais également non exclusives les unes des autres (voir aussi Augé, 1986 : 86 pour le sud Togo). Si je présente ci-après les experts qui soignaient et donnaient sens aux maux à Seaside Tongoa, notons que l'énonciation et le refus des interprétations n'étaient pas pour autant l'apanage des seuls spécialistes (voir aussi Zempléni, 1985 : 36). Sans être forcément sollicitées par les victimes ou leur entourage, les personnes ordinaires analysaient également les troubles des malades, et les commérages (*toktok blong rod* ou « dires de la route ») allaient bon train dans la communauté.

J'ai d'ores et déjà mentionné les différents spécialistes du soin que consultaient les habitants de Seaside Tongoa. Le présent chapitre va néanmoins me permettre d'étudier plus en profondeur la façon dont les membres de cette communauté urbaine établissaient un diagnostic et soignaient leurs *sik*, en particulier celles liées à la sexualité. Pour ce faire, je vais analyser les traitements visant à agir principalement sur le corps puis ceux cherchant à intervenir également sur les liens sociaux, mais nous montrerons, tout au long du chapitre, les limites de cette démarcation.

8.1 Soigner le corps

8.1.1 L'automédication

Pendant mes recherches à Seaside Tongoa, le développement d'une *sik noting* (« maladie de rien du tout ») – c'est-à-dire l'apparition de symptômes jugés non alarmants, tels ceux d'un

[4] Entretiens des 25 juillet, 1er août, 15 octobre et 16 novembre 2011 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années.
[5] Entretiens des 25 octobre 2011 et 24 juin 2012 avec une femme âgée d'une quarantaine d'années.

rhume ou d'une conjonctivite (voir chapitre 7, page 299) – entraînait souvent une séance de massage thérapeutique, la prise de traitements biomédicaux ou d'un remède végétal visant à soigner le corps. Le paracétamol (*Panadole*) est un analgésique qui était régulièrement consommé par les membres de la communauté[6]. Il était soit délivré gratuitement dans les établissements de santé de Port-Vila, après avoir payé 200 vatus (2 €) pour la consultation, soit acheté sans ordonnance dans les petits magasins chinois (10 vatus par comprimé, soit 8 c €)[7].

À Seaside Tongoa, les malades utilisaient parfois les médicaments administrés à des proches ayant développé des symptômes similaires. Par exemple, une femme de la communauté me raconta comment elle soigna la gale (*sik rash*) de sa petite-fille âgée d'un an et demi :

> « Elle en avait plein les jambes et les mains. J'ai été plusieurs fois à l'hôpital [central de Port-Vila]. Mais la lotion que les docteurs m'ont donnée n'était pas assez forte. Je me suis rendue à la clinique de Center Point. Ils lui ont fait une piqûre. Puis, j'ai été au dispensaire [du quartier de] Namburu voir la Sœur [infirmière] catholique pour avoir des médicaments français. Mais rien n'a fonctionné. Pour enlever les petites bêtes, j'ai frotté ses jambes avec une brosse à dents, des feuilles et de l'eau que j'ai trouvées en bas, près du lagon. La petite hurlait. Au final, un vieil aveugle de la communauté m'a donné le produit qu'on lui avait prescrit à l'hôpital pour soigner sa gale. Et là, ça a vraiment séché ses plaies[8] ».

Ainsi, si les traitements biomédicaux étaient principalement prodigués par les établissements de santé de la capitale, les habitants de Seaside Tongoa pouvaient également s'en procurer dans le commerce ou auprès d'anciens malades. Les spécialistes de la biomédecine n'avaient donc pas l'exclusivité de la distribution des traitements biomédicaux.

En outre, la plupart des familles de Seaside Tongoa disposaient d'un niveau de connaissance minimale des remèdes et des massages thérapeutiques qui leur permettaient de soigner certaines *sik* sans utiliser de traitements biomédicaux ni avoir recours à un médecin ou un infirmier. Un jeune homme de la communauté m'expliqua, par exemple, qu'en cas de douleurs dentaires, il fallait se rincer la bouche avec de l'urine d'enfant (ou avec sa propre urine), afin de diminuer la sensibilité et faciliter le déchaussement de la dent infectée[9]. Une

[6] Je n'ai pas recueilli de témoignage sur l'usage du *Panadole* dans l'auto-traitement des *sik* liées à la sexualité. Nous pouvons néanmoins imaginer que cet analgésique, facilement accessible dans le commerce, puisse avoir été parfois utilisé par mes interlocuteurs pour diminuer leurs douleurs.
[7] Dans son article *Dengue Fever Outbreak and the Place of Traditional Medicine among the People of Tongoa, Vanuatu*, Chihiro Shirakawa note que des analgésiques sont vendus dans les petits magasins de l'île de Tongoa (1999 : 51). Mais il précise que peu d'habitants peuvent se les procurer en raison de leur coût.
[8] Entretien du 20 juin 2012 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.
[9] Entretien du 6 décembre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.

jeune femme me raconta avoir soigné sa conjonctivite et celle de son nouveau-né en nettoyant l'œil atteint à l'aide d'un sachet de thé infusé[10]. Notons néanmoins qu'aucun de mes interlocuteurs non spécialistes du soin ne me fit part de connaissances de traitements locaux contre les *sik* considérées comme liées à la sexualité.

Les remèdes décrits plus haut étaient utilisés à Seaside Tongoa sans que le sens de la *sik* soit nécessairement recherché. Ainsi, avant même de se rendre à l'hôpital central de Port-Vila, la mère de la fillette souffrant de la gale avait diagnostiqué l'affection de son enfant, en se fondant sur les symptômes développés (démangeaisons, sillons sous la peau, lésions croûteuses), mais elle ne s'était en rien préoccupée de la cause (« le processus »), de l'agent (« le qui ou le quoi ») ou de l'origine (« le pourquoi ») supposés de la maladie pour établir ce diagnostic.

L'anthropologue de la santé Andras Zempléni considère qu'un « diagnostic comporte tout au plus quatre opérations et questions correspondantes » :

> « 1. La reconnaissance du symptôme ou de l'état de maladie et de son éventuelle nomination : de quel symptôme, de quelle maladie s'agit-il ? ; 2. La perception ou la représentation de sa cause instrumentale : comment est-elle survenue ? ; 3. L'identification éventuelle de l'agent qui en est responsable : qui ou quoi l'a produite ? ; 4. La reconstitution de son origine : pourquoi est-elle survenue en ce moment, sous cette forme et chez cet individu ? » (1985 : 21-22).

Établir un diagnostic n'implique pourtant pas toujours de se poser ces quatre questions. À Seaside Tongoa, pour bien des pathologies du quotidien, les malades tentaient de soigner leur corps ou celui de leur proche sans chercher de « grandes significations » (Jaffré et Olivier de Sardan, 1995 : 793). Jean-Pierre Olivier de Sardan parle ainsi de la forte prévalence des maladies « prosaïques » qui « ont peu ou pas de lien avec l'univers magico-religieux » (1999 a : 11). Cependant, si l'automédication demeurait inefficace ou si la *sik* était d'emblée jugée inquiétante en raison de sa virulence ou du contexte historique et social dans lequel elle se développait (comme un état de tensions au sein de la communauté, par exemple), le malade ou son groupe de gestion thérapeutique faisaient alors appel à des spécialistes.

8.1.2 La consultation de spécialistes de la biomédecine

J'ai indiqué en introduction que la biomédecine traite la plupart des IST par l'administration de médicaments. La santé publique comme la biomédecine se focalisent en effet sur les corps et les comportements des individus dans la propagation et la maîtrise de la

[10] Entretien du 6 décembre 2011 avec une jeune femme âgée d'une vingtaine d'années.

maladie (Hlabangane, 2014 : 175). Les chapitres 6 et 7 m'ont permis d'établir que les actions de prévention des IST menées en 2011-2012 à Port-Vila tendaient à présenter la personne comme un individu autonome et rationnel, à se focaliser sur les comportements individuels responsables de la transmission des IST. Néanmoins, les activités de prévention conduites dans la capitale prônaient aussi le recours aux experts en biomédecine plutôt qu'aux spécialistes de la médecine locale. Un poster conçu par *Wan Smolbag* en 2004 avance par exemple que « le docteur coutumier ne sait pas soigner le SIDA. Reste tranquille ou UTILISE UN PRÉSERVATIF » (Figure 97)[11]. Les bandes dessinées *Storian blong Brian* (2002), *Sori Susie* (2004) et *Kleva i save winim AIDS ?* (2005) écrites par la fondatrice de cette même ONG indiquent, elles aussi, que les docteurs coutumiers ne sont pas en mesure de guérir la *sik AIDS*.

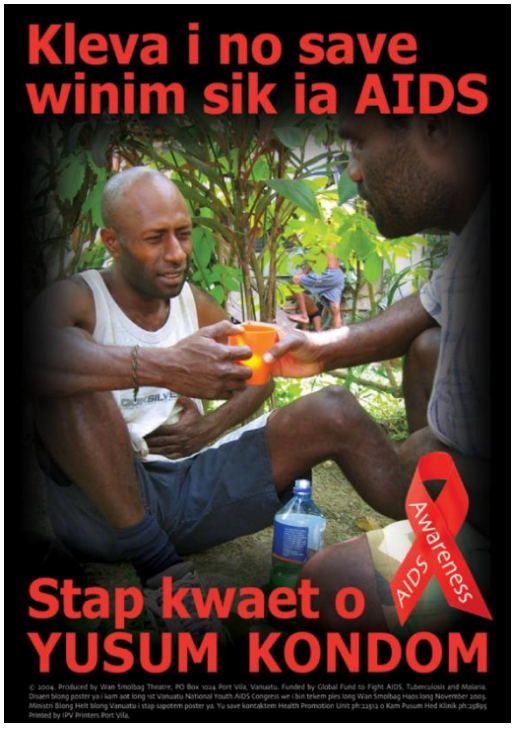


Figure 97. Le poster *Kleva i no save winim sik ia AIDS* conçu par *Wan Smolbag*

Parallèlement, les ateliers de sensibilisation menés en 2011-2012 à Port-Vila, comme celui conduit à Seaside Tongoa en novembre 2011, et la plupart des brochures diffusées par *Wan Smolbag* et la *Vanuatu Family Health Association* insistaient sur la connaissance scientifique des appareils génitaux humains, sur les signes cliniques des différentes IST et sur la nécessité de consulter un spécialiste de la biomédecine. Au dos de la brochure de *Wan Smolbag Ol fact blong ol STI*, il est ainsi écrit :

[11] *Kleva I no save winim sik ia AIDS. Stap kwaet o YUSUM KONDOM.*

> « Tu peux obtenir un traitement pour les IST ainsi que des préservatifs à : la clinique *Kam Pusum Hed* (KPH) de *Wan Smolbag*, à Tagabe, Tél. : 25894 ; à l'hôpital ; aux centres médicaux et aux dispensaires ; à *Vanuatu Family Health Association* (VFHA) en ville (derrière le commissariat de police)[12] ».

Dans la salle d'attente de la clinique *Kam Pussum Hed*, j'ai également trouvé en 2011 l'un des tout premiers posters mélanésiens suggérant l'importance d'accroître les connaissances biomédicales des populations concernant les causes et les manières de prévenir le VIH. Sur cette affiche datant de 2001, le docteur papou-néo-guinéen Clement Malau annonce :

> « Vous pouvez vous protéger vous-même du SIDA. Le SIDA constitue la menace sanitaire la plus sérieuse rencontrée par notre pays. Chaque mois, 100 papou-néo-guinéens attraperont le SIDA. Nos fils, filles, sœurs, amis sont tous à risque[13] ».

Le port de la blouse de laboratoire ainsi que la présence d'un ordinateur portable, d'un microscope et de tubes à essai viennent soutenir la légitimité des connaissances scientifiques de ce membre du Conseil National du sida (voir aussi Hammar, 2010 a : 203)[14].

Nous avons vu que les habitants des zones urbaines et rurales n'étaient pas égaux dans leur possibilité d'obtenir des traitements biomédicaux (chapitre 2). Les citadins sont en effet relativement privilégiés dans leur accès aux établissements de santé : la communauté de Seaside Tongoa est notamment limitrophe de l'hôpital central de Port-Vila (Figure 42, page 118). Néanmoins, toutes les *sik* n'étaient pas considérées par les habitants de cette communauté urbaine comme du ressort de la biomédecine. En 2009, j'ai par exemple assisté au décès d'une jeune femme lourdement handicapée résidant dans le quartier de Seaside. Elle souffrait de déficience physique et mentale depuis son enfance, mais elle ne s'était jamais rendue dans un établissement de santé. Recroquevillée sur elle-même, le visage déformé, les yeux exorbités, elle ne pouvait ni marcher ni se redresser. Pendant les funérailles, sa mère m'expliqua qu'elle ne l'avait jamais emmenée voir un spécialiste de la biomédecine parce qu'elle considérait qu'il n'aurait pas pu la soigner, s'agissant selon elle d'une « maladie coutumière » (*kastom sik*)[15].

---

[12] *Yu save karem tritmen blong ol STI mo ol Kondom long : Kam Pusum Hed Klinik (KPH) long Wan Smolbag Haos, Tagabe, Ph : 25895 ; Ol Hospital ; Ol Helt Senta mo Dispenseri ; Vanuatu Famili Helt Asosiesen (VFHA) long taon (bihaen long Polis Stesen).*

[13] *You can protect yourself from AIDS ; AIDS is the most health threat our country faces. Every month 100 Papua New Guineans will catch the AIDS virus. Our sons, daughters, brothers, sisters, wantoks are all at risk.*

[14] Cependant, j'ai montré, dans les chapitres 2 et 7, que ce type de poster conçu à l'étranger a également pu contribuer à ce que le VIH soit considéré comme une menace extérieure au Vanuatu.

[15] Entretien du 9 octobre 2009 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.

De même, dans le cas de l'attaque de *kos* du 23 octobre 2011 décrit dans le chapitre 7, la victime a immédiatement été conduite auprès d'une spécialiste de la divination (*namunua*) de Seaside Tongoa. Du fait des circonstances dans lesquelles les symptômes de Flore se sont déclenchés – elle marchait seule en lisière de forêt –, l'attaque d'un *kos* a été d'emblée soupçonnée par l'entourage de la jeune femme qui n'a pour cette raison pas souhaité l'emmener dans un établissement de santé. La *munua* qui soigna Flore m'expliqua que les victimes des *kos* ne devaient jamais être conduites à l'hôpital :

> « Les docteurs les font seulement se reposer et les piquent pour qu'elles oublient le visage du *kos*. Quand les malades se réveillent, elles ne se souviennent plus de rien. Mais leurs maux réapparaissent ensuite parce que les docteurs ne savent pas soigner les attaques de *kos* ». Sa voisine ajouta : « lorsqu'on voit une personne à l'hôpital qui se mord la langue, c'est qu'elle a vu *kos*. Mais les docteurs ne donnent pas les médicaments appropriés et lorsque la malade rentre chez elle, elle meurt peu de temps après[16] ».

D'après mes interlocutrices, certaines victimes de *kos* consultaient ainsi des spécialistes de la biomédecine, mais selon elles, seuls les *munua* étaient capables de traiter les *sik* engendrées par la rencontre de ces créatures aimant avoir des rapports sexuels avec les êtres humains.

De manière générale, les habitants de Seaside Tongoa pensaient que les spécialistes de la biomédecine n'étaient pas en mesure de soigner les maladies complexes nécessitant l'analyse des relations sociales entretenues par le malade (voir chapitre 7, page 299)[17]. Les punitions divines ou les « maladies coutumières » (*kastom sik*), telles les *sik* associées à la sexualité induites par les actes de sorcellerie ou les attaques de démons, ne pouvaient pas être traitées par eux. Certains membres de la communauté, en particulier ceux qui avaient assisté aux ateliers de prévention, considéraient la biomédecine comme capable de soigner certaines affections « simples » en lien avec les pratiques sexuelles : gonorrhée (*gonorea, sot pis*), infection à Chlamydiae (*klamidia*) ou poux pubiens (*public laus*). Mais j'ai montré que des symptômes semblant correspondre à la catégorie biomédicale d'IST n'étaient pas nécessairement étiquetés comme tels (chapitre 7). Tous les habitants de Seaside Tongoa n'allaient pas se faire dépister ou traiter dans les établissements de santé.

À Seaside Tongoa, les personnes qui effectuaient le plus souvent des tests de dépistage d'IST (hors VIH) étaient les femmes enceintes se rendant au service de santé féminine (*Women's Health*) de l'hôpital central de Port-Vila, ainsi que celles utilisant un moyen de contraception délivré par un établissement de santé de la capitale et ayant déjà dans leur très

[16] Observations et entretiens du 23 octobre 2011 avec un groupe de femmes âgées d'une trentaine à une cinquantaine d'années.
[17] Entretien du 27 septembre 2011 avec un spécialiste de la médecine locale âgé d'une quarantaine d'années.

grande majorité un enfant (voir chapitre 5, pages 204-205). Les femmes enceintes étaient en effet systématiquement dépistées pour l'infection à Chlamydiae et la gonorrhée, puis traitées si nécessaire lors de la visite suivante. Elles étaient également encouragées à effectuer des tests sanguins pour le VIH, la syphilis et l'hépatite B, même si, en 2013, seuls 27 % des patientes enceintes de l'hôpital central (367 sur 1344) ont été testées pour le VIH (MoH, 2015 : 15). Les femmes utilisant une méthode contraceptive fournie par le service de santé féminine de l'hôpital central ou par les cliniques de la *Vanuatu Family Health Association* et de *Wan Smolbag* avaient, elles aussi, accès à ces tests. Elles avaient plus de chances d'obtenir leurs résultats que les personnes n'utilisant pas de contraceptifs puisqu'elles se rendaient tous les trois mois dans l'établissement afin de recevoir leur injection de Depo-provera ou d'obtenir leurs plaquettes de pilules contraceptives. Néanmoins, j'ai signalé que les habitants de Seaside Tongoa se déplaçaient rarement jusqu'aux cliniques de *Wan Smolbag* et de la *Vanuatu Family Health Association*, préférant utiliser les services de l'hôpital tout proche.

À l'hôpital central de Port-Vila, des tests sanguins pour le VIH, la syphilis et l'hépatite B étaient réalisés de façon systématique aux donneurs de sang potentiels et aux personnes ayant besoin d'un certificat médical pour séjourner à l'étranger. De ce fait, en 2014, les hommes furent plus nombreux que les femmes (1 350 contre 718) à réaliser un test de dépistage pour le VIH (MoH, 2015 : 15). Les résultats des tests n'étaient pas systématiquement donnés aux patients : soit parce que ne souhaitant plus que l'on collecte leur sang, ils ne revenaient pas au laboratoire[18], soit parce que les résultats étaient directement envoyés à l'organisme étranger dans lequel ils voulaient travailler ou étudier. En outre, le personnel de l'établissement ne disposait pas toujours des coordonnées des patients ou du temps nécessaire pour chercher un moyen de les contacter en cas de résultat positif.

Au service des urgences de l'hôpital central de Port-Vila, les patients volontaires pour effectuer un test VIH étaient rares. En juillet 2011, un homme se plaignant d'une souffrance chronique vint faire un bilan de santé. L'étudiante en médecine qui le reçut lui dit qu'il devait tester sa glycémie et son foie par un test hépatite B. Elle nota aussi sur l'ordonnance destinée au laboratoire « Test syphilis » sans en parler au patient. Puis, sous mon regard insistant, elle lui proposa sans grande conviction un test VIH. L'homme haussa alors le ton et lui répondit :

[18] Lorsqu'une personne hospitalisée à l'hôpital central de Port-Vila avait besoin d'une transfusion sanguine, le personnel demandait à ses proches de se rendre au laboratoire pour effectuer des tests permettant de déterminer la compatibilité entre le sang de ces donneurs potentiels et celui du receveur ainsi que la sécurité infectieuse du don de sang. Mais si la personne hospitalisée décédait ou si l'un de ses proches décidait de quitter l'hôpital sans donner son sang, ce dernier ne recevait pas les résultats des tests.

« non, je ne pense pas que j'ai cette maladie… le VIH, non… je n'ai jamais été stupide, je suis stable. Tous mes enfants ont déjà plus de 30 ans[19] ».

L'homme refusa donc le test de dépistage du VIH en associant le virus aux infidélités conjugales et à la jeunesse, même si son test syphilis, réalisé sans son accord explicite, se révéla positif. Le patient ne cita pas la source de ses connaissances sur le VIH, mais notons que ses propos font clairement écho aux messages délivrés par les organismes de prévention qui mettent en relation la contraction d'IST avec les infidélités et tendent à cibler les jeunes générations (voir chapitres 2 et 6).

En 2011-2012, les femmes enceintes de Seaside Tongoa ou celles utilisant un moyen de contraception bénéficiaient donc plus fréquemment que les hommes des dépistages et des traitements biomédicaux des IST (hors VIH). Ces derniers semblaient préférer consulter les spécialistes de la médecine locale (voir pages 335-345). En outre, les intermédiaires travaillant dans les organismes de prévention représentaient parfois un frein à l'accès aux services délivrés par les établissements de santé. J'ai déjà analysé (chapitre 5) les réserves de certaines infirmières à la prescription de contraceptifs d'urgence, ainsi que les précautions prises lors de la délivrance de méthodes contraceptives, mais certains personnels des établissements de santé étaient également parfois réticents à la réalisation d'un test VIH. En avril 2011, j'ai assisté à la séance de consultation d'un homme âgé d'une trentaine d'années désirant faire « tester son sang », dans un lieu de la capitale dont je ne précise ici volontairement pas le nom. Après qu'il eut expliqué la raison de sa visite, l'infirmière lui annonça :

> « Tu dois revenir quand tu auras bien réfléchi, car tu n'auras plus d'amis [si tu as le VIH]. Tu dois réfléchir à quel type d'homme tu es ? Est-ce que tu es fidèle ? Est-ce que tu utilises des préservatifs ? Si je teste ton sang [maintenant], mais que tu n'es pas à haut risque, on perd notre temps. Si tu veux venir, tu dois bien réfléchir. Si tu es le sixième cas de VIH [seuls cinq avaient été officiellement annoncés à cette date], il faut te préparer pour que tu ne te réveilles pas un matin sans savoir quoi faire[20] ».

Après que le patient eut quitté la salle de consultation sans avoir réalisé de test ou être passé à l'« aveu » (voir Foucault, 1976 : 87 ; Bozon, 2013 : 23), l'infirmière m'expliqua lui avoir demandé de revenir plus tard, afin qu'il soit sûr de sa décision et pour ne pas perdre de temps avec un patient dont le test serait négatif. Tout en évaluant sa prise de risque, l'infirmière lui rappela le sens que le VIH avait pour elle : un virus affectant un type d'homme bien particulier, une *sik* liée à la promiscuité sexuelle. Face à la suspicion d'une affection

[19] Observations du 8 juillet 2011 au service des urgences de l'hôpital central de Port-Vila.
[20] Observation du 28 avril 2011 dans un établissement de santé de Port-Vila.

souvent asymptomatique, cette professionnelle n'encouragea donc pas la réalisation d'un test permettant d'affirmer ou d'infirmer la présence d'un agent pathogène dans le corps de son patient : le virus de l'immunodéficience humaine. Pour établir le diagnostic d'absence du VIH, elle posa uniquement des questions fondées sur l'origine présupposée de celui-ci : l'immoralité sexuelle (voir chapitre 6). Lors de mes recherches à Port-Vila, certains spécialistes de la biomédecine ne cherchaient pas seulement à connaître l'entité nosologique, le mécanisme et la cause des IST, mais leur donnaient également un sens, qu'ils communiquaient à leurs patients.

Comme le recommandent les messages des organismes de prévention de Port-Vila, les habitants de Seaside Tongoa pouvaient donc dépister et soigner leurs *sik* associées à la sexualité (IST ou maux liés à la rencontre d'un *kos,* par exemple) en se rendant dans un établissement de santé. Les femmes enceintes et celles utilisant régulièrement une méthode contraceptive constituaient les personnes de la communauté qui effectuaient le plus souvent des tests IST (hors VIH) et qui recevaient, si nécessaire, des traitements biomédicaux. Les organismes de prévention recommandaient principalement le recours aux spécialistes exerçant dans les établissements de santé, mais il est essentiel de noter que la biomédecine à Port-Vila n'était pas cloisonnée. Lors d'une séance de révision des Recommandations pratiques pour les centres VCCT (voir chapitre 1, pages 42-43), un infirmier de la *Vanuatu Family Health Association* proposa d'ajouter à la liste des conseils à prodiguer à une personne venant d'apprendre sa séropositivité les conseils spirituels[21]. Une habitante de Seaside Tongoa me raconta comment il y a une vingtaine d'années une infirmière de l'hôpital central de Port-Vila pria avec elle pour l'aider à avoir un enfant[22]. Si au moment de mes recherches, je n'ai pas observé de membres des établissements de santé de la capitale prier avec leurs patients (même si les prières collectives étaient courantes pendant les ateliers de prévention menés en 2011-2012 à Port-Vila), nous allons voir maintenant que des groupes religieux et des spécialistes de la divination (*namunua*) ou de la médecine locale (*kleva*) se rendaient fréquemment à l'hôpital.

8.1.3 Le recours aux experts en médecine locale

D'après les résultats de deux enquêtes de santé publique conduites à l'hôpital central de Port-Vila auprès de 150 membres du personnel et patients des services de médecine et de

[21] Réunion de travail du 26 mai 2011 pour la révision des Recommandations pratiques pour les services de conseils et de dépistage volontaires et confidentiels du VIH.
[22] Entretien du 20 novembre 2011 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.

chirurgie, le nombre d'individus déclarant avoir déjà utilisé des « médicaments traditionnels » (massages, infusions ou applications de plantes par exemple [Figure 98]) passa de 86 % en 2003 à 59 % en 2013 : 61 % (contre 32 %) en avaient fait usage dans l'année passée et 9 % (contre 4 %) alors qu'ils étaient hospitalisés (Maden *et al*., 2003 ; Lai et Grace, 2014). En outre, le recours aux spécialistes de la médecine locale (*kleva*) dans l'administration de ces traitements a nettement diminué, selon ces deux études : passant de 50 % en 2003 à 15 % en 2013. En 2013, les massages, infusions ou applications de plantes étaient davantage auto-prescrits et auto-procurés. En une décennie, l'utilisation à Port-Vila des médicaments qualifiés de « traditionnels » par cette étude aurait donc fortement chuté. Et l'enquête 2013 conclut que l'usage de ces traitements risquerait, à très court terme, de disparaître, par manque de transmission des savoirs entre les générations (Lai et Grace, 2014 : 142).

Figure 98. Une application de plantes réalisée par un *kleva* de Seaside Tongoa, 2012

Je ne dispose pas de données quantitatives pour présenter l'évolution diachronique de l'utilisation des remèdes locaux et de la consultation des *kleva* à Seaside Tongoa. Néanmoins, je peux affirmer que la plupart des habitants de cette communauté urbaine continuaient, en 2011-2012, à faire usage de ces traitements agissant sur les corps et, parfois, sur les relations : soit *via* l'auto-médication, soit après avoir consulté un spécialiste de la médecine locale. Quelques personnes résidant à Seaside Tongoa ne croyaient plus en l'efficacité des *kleva*, mais les guérisseurs avaient encore de nombreux clients. L'un d'entre eux se vanta d'en recevoir entre 30 et 40 par jour, chez lui ou à son travail[23]. Plusieurs anthropologues ont ainsi montré que l'utilisation des « médicaments traditionnels » ne diminuait pas nécessairement

[23] Entretien du 22 octobre 2011 avec un guérisseur âgé d'une quarantaine d'années.

avec la diffusion de la biomédecine (Shirakawa, 1999). Dans sa thèse portant sur la santé et la maladie dans le village de Tautu, sur l'île de Mallicolo au Vanuatu, Ashley Vaughan avance, par exemple, que malgré la proximité de l'hôpital référent du village de Norsup (distant d'1.5 km), ses interlocuteurs combinaient l'utilisation de médicaments biomédicaux et d'autres types de traitements (2013 : 30).

J'ai indiqué plus haut que les hommes de Seaside Tongoa bénéficiaient moins souvent des dépistages et des traitements biomédicaux des IST (hors VIH) que les femmes enceintes ou celles utilisant un contraceptif. D'après l'enquête de santé publique menée à l'hôpital central de Port-Vila en 2003, les hommes étaient plus nombreux que les femmes à faire usage des traitements « traditionnels » pour soigner leur *sik*. Cependant, l'étude de 2013 révèle des prévalences équivalentes : le sexe, l'âge et le niveau d'éducation ne constituaient plus des variables significatives. Le fait d'avoir suivi des études dans l'enseignement supérieur augmentait légèrement cette prévalence : peut-être, avancent les auteurs de l'enquête, parce que l'utilisation des traitements « traditionnels » était onéreuse (voir pages 325-327) et que les personnes ayant un niveau de scolarité plus élevé étaient généralement mieux rémunérées (Maden *et al*., 2003 : 23 ; Lai et Grace, 2014 : 141). Ces études de santé publique ne précisent pas cependant pour quels types de *sik* les patients et les personnels des services de médecine et de chirurgie interrogés faisaient ou non usage des médicaments « traditionnels ». Par conséquent, je ne peux pas avancer de données chiffrées concernant l'utilisation de ces traitements dans les cas des différentes *sik* liées à la sexualité.

En 2011-2012, Seaside Tongoa comptait plusieurs guérisseurs (*kleva*), experts en massages et en préparations thérapeutiques. Ces spécialistes soignaient principalement des affections « simples » ou « complexes » qu'ils considéraient appartenir au groupe des « maladies de l'hôpital » (*sik blo hospital*), comme la gonorrhée, la syphilis, les fractures, les cancers, ou le diabète de type II, mais aussi parfois des maladies qu'ils jugeaient « coutumières » (*kastom sik*), telles les attaques de sorcellerie. Si nous avons vu que les habitants de cette communauté urbaine pensaient que les spécialistes de la biomédecine n'étaient pas capables de traiter les affections liées à la *kastom*, ils jugeaient à l'inverse que les *kleva* étaient eux en mesure de soigner, voire de prévenir, les maladies diagnostiquées dans les établissements de santé[24] (voir aussi Viney *et al*., 2014 ; Vaughan, 2013 : 41). Un guérisseur de Seaside Tongoa me raconta ainsi comment il était parvenu à guérir un patient de l'hôpital central de Port-Vila souffrant d'une maladie du foie : « il était tout jaune. Je lui ai

[24] Entretiens des 25 et 27 juillet 2011 avec deux femmes âgées d'une cinquantaine d'années.

donné des médicaments que j'avais préparés et il est redevenu de la bonne couleur[25] ». Au cours de l'entretien, le *kleva* mit en avant son libre accès à l'hôpital central et m'expliqua que les docteurs et les infirmiers des services de médecine et de chirurgie faisaient appel à lui lorsqu'ils ne parvenaient pas à soigner leurs patients : « ils savent que s'ils n'ont pas les médicaments, ils doivent demander de l'aide aux docteurs coutumiers (*kastom dokta*)[26] ».

S'il n'existait pas de loi interdisant l'utilisation des remèdes végétaux à Port-Vila, l'usage de ces derniers n'était pas nécessairement approuvé par les personnels des organismes de prévention et des établissements de santé. Nous avons vu plus haut que les activités de sensibilisation menées en 2011-2012 à Port-Vila ne recommandaient pas le recours aux *kleva* pour traiter les IST. Une sage-femme m'indiqua que les docteurs de l'hôpital central précisaient à leurs patients qu'ils ne devaient pas consommer de plantes du fait des risques d'interaction avec les traitements biomédicaux[27]. Néanmoins, une infirmière me confirma que les docteurs de nationalité ni-Vanuatu sollicitaient parfois les *kleva* de Port-Vila lorsqu'ils ignoraient de quelle maladie souffrait leur patient ou ne pouvaient plus rien faire pour le soigner, si celui-ci était en phase terminale d'un cancer par exemple[28].

Dans un article de 1999, Chihiro Shikarawa affirme que la reconnaissance de l'efficacité des remèdes « traditionnels » au Vanuatu fait partie de la réévaluation positive de la *kastom* qui a débuté avec le mouvement indépendantiste (1999 : 59). Pendant des décennies, les habitants du Vanuatu ont en effet intériorisé des idées négatives à propos de l'époque préchrétienne. À la fin des années 1970, les leaders indépendantistes ont pourtant renoué avec certains aspects de la coutume – ceux n'entrant pas en conflit avec la chrétienté – et ont choisi le concept de *kastom* pour symboliser l'unité des ni-Vanuatu contre les pouvoirs coloniaux (Tonkinson, 1982 : 57-59). Shikarawa note également que la valorisation des « médicaments traditionnels » dans le traitement des *sik blo hospital* a été confortée par les messages diffusés par certains médias et projets de santé publique. Lors de l'épidémie de dengue survenue au Vanuatu en 1989-1990, les habitants de l'île de Tongoa ont par exemple utilisé une plante nommée *nambangaban* en namakura (ou *physalis angulata* en latin), après que des membres du gouvernement et un botaniste fidjien eurent recommandé son usage dans le journal *Vanuatu weekly*.

[25] Entretien du 27 septembre 2011 avec un guérisseur âgé d'une quarantaine d'années.
[26] Entretien du 27 septembre 2011 avec un guérisseur âgé d'une quarantaine d'années. L'expression *kastom dokta* englobe les *kleva* et les autres spécialistes de la médecine non biomédicale, tels que les *munua* (voir ci-dessous).
[27] Entretien du 19 novembre 2012 avec une sage-femme âgée d'une quarantaine d'années.
[28] Entretien du 7 novembre 2011 avec une femme âgée d'une quarantaine d'années. J'ai par ailleurs mentionné (chapitre 1) que l'hôpital central de Port-Vila comptait également des docteurs de nationalité étrangère.

Shikarawa avance que les *man Tongoa* reconnaissent désormais des traitements « traditionnels » en s'appropriant des manières de penser et d'évaluer venant de la médecine « occidentale », telle l'épreuve du test (1999 : 59). À Seaside Tongoa, un *kleva* de la communauté m'expliqua avoir mis au point un médicament pour soigner le « sida » (*aids*), mais que, parce qu'il n'avait jamais rencontré de personne souffrant de cette *sik*, il n'avait pas encore eu l'occasion de tester ses effets sur un corps humain[29]. La première personne officiellement déclarée séropositive au Vanuatu, Irène Malachi, me rapporta également les propositions que de nombreux *kleva* de Port-Vila lui firent pour qu'elle teste leurs traitements contre le VIH[30]. Vaughan indique de même que plusieurs de ses interlocuteurs du village de Tautu (île de Mallicolo) lui ont demandé de les aider à trouver des agences et des bailleurs de fonds étrangers pour mettre au point des essais cliniques dans le but de prouver l'efficacité de leurs remèdes (2013 : 43).

Si les médicaments utilisés par les spécialistes de la médecine locale sont souvent nommés « traditionnels » dans les enquêtes qualitatives ou quantitatives menées au Vanuatu, l'élaboration de remèdes pour traiter des *sik* apparues récemment dans l'archipel, tel le VIH, témoigne du caractère dynamique de leurs connaissances (voir aussi, pour la Papouasie-Nouvelle-Guinée, Eves, 2008 : 206 et Lepani, 2012 : 179). Les compétences des *kleva* rencontrés en 2011-2012 à Seaside Tongoa avaient en effet généralement été transmises par l'un de leurs proches puis améliorées au fil du temps par leurs propres expériences. Un homme de la communauté m'a dit appartenir à la sixième génération de guérisseurs de sa famille. Enfant, son père lui enseigna les propriétés des plantes médicinales, la façon de masser les malades et de souffler sur ses propres pouces afin de connaître la cause de leurs souffrances (voir page 340). Son père lui apprit comment soigner la gonorrhée (*gonorea*), la syphilis (*sifilis*), les « urines jaunes » *(pispis yelo*) dues à l'hépatite B, etc. Cependant, ce *kleva* découvrit également de nouveaux médicaments en rêvant et en observant la nature. Il savait que les poisons pouvaient guérir lorsqu'ils étaient pris en petite quantité. Et ayant vu des chiens mourir après avoir avalé des feuilles ou encore des chenilles qui sortent la nuit pour manger des plantes dépérir, il mit au point de nouveaux traitements pour soigner les corps. Dans un rêve, un esprit à forme humaine lui expliqua également comment préparer un remède contre le sida à partir de la sève d'un arbre[31]. Un autre guérisseur de Seaside Tongoa avec lequel j'eus la chance de discuter, me dit que son père lui souffla dans les mains et lui

[29] Entretien du 22 octobre 2011 avec un guérisseur âgé d'une quarantaine d'années.
[30] Entretien du 7 novembre 2011 avec une femme âgée d'une quarantaine d'années.
[31] Entretien du 22 octobre 2011 avec un guérisseur âgé d'une quarantaine d'années.

apprit les paroles adéquates afin qu'il puisse utiliser les plantes mais que, du fait de son titre coutumier, l'esprit du Roi Mata (ancien chef du centre du Vanuatu) continuait aussi à lui transmettre de nouveaux remèdes à travers les rêves[32].

Si les *kleva* pouvaient entrer en relation avec des esprits afin d'apprendre de nouveaux traitements, ils soignaient souvent aussi leurs patients en agissant sur leurs corps *via* les massages, les infusions ou les applications de plantes. Le premier guérisseur m'expliqua que si une personne était victime de magie noire, si on lui avait jeté un sort pour la rendre amoureuse, par exemple (voir chapitre 7, pages 309-311), il devait déposer un paquet de feuilles sur le feu, placer les plantes dans ses mains, puis souffler dessus afin d'exposer le corps de la victime à la fumée. La peau de la personne fumigée se met alors à changer : des saletés sortent de ses pores, et le poison (*posen*) est évacué de son corps.

Ce *kleva* de Seaside Tongoa se targua également d'être un spécialiste de la « maladie des hommes » (*namahakit nataman*), parfois associée à la catégorie biomédicale des IST (voir chapitre 7, pages 286, 287 et 299). En 2011, j'ai assisté à une séance de soins sur le terrain de la « Communauté des femmes de Seaside Tongoa » (voir chapitre 3, page 135). Le guérisseur fit asseoir un homme qui avait mal à la jambe, lui prit les mains et mit un pouce dans chacune d'elles. Tout en regardant sa montre, il exerça une forte pression pendant une minute, comme s'il lui prenait la tension. Puis, il observa rapidement les yeux de son patient, lui fit tourner la tête et me dit :

> « Ça y est ! J'ai trouvé. J'ai regardé à l'intérieur de cet homme. Et j'ai vu que c'est une maladie (*sik*) que les docteurs de l'hôpital ne connaissent pas. Ce n'est pas une *sik* qui existe en France. Elle arrive lorsqu'on travaille très dur au jardin. Les Français, ils ne travaillent pas comme ça. Donc ils ne connaissent pas cette maladie. Je suis allé voir une infirmière à l'hôpital et je sais quelles maladies les docteurs savent soigner. C'est son ventre qui ne va pas bien, c'est pour ça qu'il a mal à la jambe. C'est le nerf (*string*) qui est dans son pénis qui rentre à l'intérieur de son bas-ventre. Si l'on ne fait rien, sa jambe peut se paralyser. Il faut le masser et lui donner des plantes ».

Le malade s'en alla et revint une heure plus tard s'allonger torse nu, sur une natte située sous l'abri du terrain de la « Communauté des femmes ». Le spécialiste se mit à ses côtés et souffla doucement sur son propre pouce droit, puis sur le gauche, paumes de main face à sa poitrine, en entonnant le prénom du malade. Le *kleva* m'expliqua qu'il était en train de chanter, mais qu'il ne s'agissait pas d'une prière, à la différence des chants des *munua* (voir pages 347-348). Il massa ensuite le « foie » (*leva* en bislama ou *nekam* en namakura), la « rate » (*splin* ou *navi*), les « poumons » (*lang* ou *hat*), le « dos » (*bak* ou *nawoto*), les

[32] Entretien du 1er octobre 2011 avec un guérisseur âgé d'une quarantaine d'années.

« reins » (*kidni* ou *mitiwowo*), ainsi que les « testicules » de l'homme (*tabu pat* ou *nabol*) à travers son jean, tout en nommant les différents organes l'un après l'autre. Demandant au malade s'il se sentait mieux, celui-ci me répondit par un long « euh ». Le guérisseur dit alors :

> « Non. Il doit d'abord prendre des plantes. Ce soir et demain, il va boire du kava. Je dois le masser pendant trois jours et après je lui préparerai des feuilles pour nettoyer ses reins. C'est ce dont on a parlé tout à l'heure. C'est la gonorrhée (*gonorea*). C'est la maladie des hommes (*sik blo man*), c'est parce qu'il travaille trop dur. Ses reins sont sales et, du coup, son sexe (*tabu pat*) ne fonctionne pas bien, car il y a de la pression dans son nerf. C'est ce qui fait que lorsqu'il urine, le jet ne va pas très loin. À l'hôpital, ils mettent une poche plastique pour que les malades urinent. Sinon leur ventre gonfle, gonfle. Et ils se paralysent. Mais moi, je masse, je donne des feuilles et c'est fini. Si l'on ne soigne pas la gonorrhée, ensuite l'homme a le sida (*aids*)[33] ».

En l'absence du malade, le guérisseur m'expliqua que les reins de celui-ci étaient sales et que cela empêchait le bon fonctionnement de son sexe, mais il me dit aussi qu'il ne s'agissait pas de la gonorrhée (*gonorea*) ou de la syphilis (*sifilis*) et qu'il ne connaissait pas le nom scientifique de cette *sik*, localement appelée « maladie des hommes ». Pourtant, devant son patient, le *kleva* utilisa le terme *gonorea* et associa cette affection au sida. Cette mise en relation du VIH et de la gonorrhée peut sembler surprenante, mais elle résulte à coup sûr d'une mauvaise interprétation des messages de prévention délivrés à Port-Vila ou des simplifications douteuses faites par certains intermédiaires pour susciter la peur chez leurs interlocuteurs (voir chapitre 6, pages 280-281). S'il est vrai que les IST facilitent la transmission du VIH en diminuant les défenses immunitaires et en favorisant l'entrée du virus dans le corps par la formation de lésions génitales (voir chapitre 1, page 26), une infection sexuellement transmissible ne peut pas à la longue se transformer en virus. Et le patient de ce guérisseur ne souffrait visiblement pas d'une *sik* correspondant à la catégorie biomédicale des IST. Il faut néanmoins souligner que ce spécialiste de la médecine locale associait, comme d'autres habitants de Seaside Tongoa, les termes *gonorea, aids* ou *STI* au travail physique (comportement valorisé à la fois chez l'homme et chez la femme) et non à des activités qu'il jugeait immorales (voir chapitre 7, pages 286-287).

Ces extraits d'entretien témoignent également d'une volonté de légitimer les pratiques de soin locales en faisant référence à la biomédecine, comme l'a annoncé Shikarawa à la fin des années 1990 (1999 : 59). Ce *kleva* montre qu'il connaît la manière dont les médecins de l'hôpital central de Port-Vila soignent les patients atteints d'une *sik blo man* et dénonce leur manque de connaissances et d'efficacité. Il mime certains des gestes pratiqués dans les

[33] Entretien du 22 octobre 2011 avec un guérisseur âgé d'une quarantaine d'années

établissements de santé (prise de pouls, examen de l'œil) et décrit le mécanisme de la maladie en mentionnant des dysfonctionnements physiologiques et en utilisant des catégories et des termes biomédicaux. Ce spécialiste de la médecine locale traite la *sik blo man* de son patient en se focalisant sur son corps. S'il semble à un moment entrer en relation avec un esprit (lorsqu'il chante le prénom du malade), il précise qu'il ne s'agit en aucun cas d'une prière et que la guérison de l'homme doit passer par des massages et par la prise de remèdes végétaux. Cette négation de la nécessité de prier une entité supérieure pour atteindre la guérison semble être un phénomène relativement nouveau à Seaside Tongoa – qui est même peut-être liée à ma seule présence. La façon dont ce *kleva* souffle en chantant le prénom du malade ressemble en effet fortement à ce que d'autres spécialistes de la médecine locale de Seaside Tongoa nomment *namair*.

Un membre de la communauté m'expliqua que « *namair* signifie transporter d'un autre côté du monde. C'est ce qui reste en vie, ce qui n'est pas mort. On dit que les paroles d'autrefois sont *namair*. *Namair* signifie prier, croire en ce qui est en vie » (voir chapitre 7, page 294)[34]. Au moment de mes recherches à Seaside Tongoa, il existait différents types de *mair* : des *mair* pour savoir masser ou utiliser les plantes médicinales, mais aussi pour que les régimes de bananes mûrissent, pour que les poules se reproduisent, pour que les truies mettent bas de nombreux porcelets, pour faire venir la pluie ou les cyclones, etc. Les *mair* n'étaient pas rattachés à des *nakamal* spécifiques, mais constituaient des dons (*gift*) transmis au sein d'un groupe d'individus ayant des liens de sang[35]. Une personne pouvait donc à la fois enseigner les *mair* à ses descendants garçons et à ses descendantes filles, même si celles-ci risquaient de changer de *nakamal* d'appartenance après leur mariage (voir chapitre 4, page 169).

Certains *kleva* utilisaient plusieurs *mair*. D'autres étaient consultés pour leur connaissance d'un *mair* particulier. À Seaside Tongoa, un homme d'une trentaine d'années était ainsi réputé pour sa capacité à guérir et à atténuer la douleur des plaies, des brûlures et des inflammations (*namanik*). Ce guérisseur me rapporta avoir soigné le sein gonflé d'une jeune footballeuse un mois auparavant. Il m'expliqua qu'à chaque fois qu'elle jouait, elle recevait des coups à la poitrine. Les « eaux sales » (*toti wata*) s'accumulaient dans son sein et voulaient à présent sortir de la plaie. Le guérisseur me dit :

> « J'ai soufflé l'esprit des plaies (*spirit blo soa*) sur le sein de la footballeuse. J'ai prié et cité sans m'arrêter ou avaler les noms de ses parents, de ses

[34] Entretien du 25 octobre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[35] Entretien du 26 août 2012 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années.

> grands-parents et de ses arrière-grands-parents. Puis j'ai craché parce que le *spirit blo soa* était contenu dans ma salive. Si j'avais dégluti en priant, j'aurais à coup sûr été malade. Mon ventre aurait gonflé et des plaies seraient apparues sur mon corps. J'ai utilisé l'ancienne langue de Tongoa, celle parlée par mes ancêtres avant l'arrivée des missionnaires. À la fin de la séance, la femme m'a serré la main afin que le *spirit blo soa* reste bloqué à l'intérieur de son corps. Elle m'a également donné 10 vatus pour que la plaie cicatrise plus vite. Et après trois séances, elle fut guérie[36] ».

Contrairement au spécialiste de la « maladie des hommes », ce *kleva* de Seaside Tongoa guérissait donc ses patients par la prière et en prenant en considération les relations des malades. Pour traiter la footballeuse, il n'utilisa pas de massages ou de plantes médicinales mais demanda aux ancêtres (*naetamat*) de la jeune femme de la soigner, bien qu'il ne les considérât pas comme à l'origine de son abcès au sein. Il entra en relation avec eux par l'intermédiaire de sa salive et leur parla dans une langue vernaculaire aujourd'hui disparue. Sur l'île de Tanna, Lamont Lindstrom souligne de même le pouvoir de médiation renfermé dans la salive : cracher dans le contexte des *mair* ou après avoir bu du kava, à l'occasion d'un mariage ou d'un décès par exemple (voir chapitre 4, page 230), permet au cracheur de communiquer avec ses affins et ses ancêtres et symbolise la construction ou l'existence de liens sociaux (1980).

Si on a vu que certaines pratiques de soin locales étaient légitimées à Seaside Tongoa en faisant référence à la biomédecine, les *mair* étaient eux présentés comme ayant été appris aux hommes par les *natutu* (ou *lisefsef* en bislama). Les *natutu* sont de petites créatures mises sur terre par Dieu, avant les hommes. Ces nains possèdent de grandes oreilles qui touchent leurs épaules et de longs cheveux qui atteignent leurs fesses mais ils peuvent revêtir une apparence humaine lorsqu'ils viennent rendre visite aux hommes. Plusieurs personnes me rapportèrent avoir rencontré des *natutu* au jardin ou dans les ruelles de Seaside Tongoa. Néanmoins, ces nains vivent généralement cachés dans de grands banians (*ficus prolixa*), localement appelés *nabanga*[37]. Un habitant de la communauté me raconta :

> « Un jour, sur l'île de Tongoa, un homme se rendit au jardin et surprit un *natutu* en train de manger un très beau régime de bananes qu'il avait conservé pour offrir au chef [voir les redistributions liées au système de chefferies, dans le chapitre 3, page 141]. Pour éviter que le nain ait le temps de lui lancer un sort, l'homme bondit et se jeta sur le *natutu*. Ils roulèrent,

[36] Entretien du 25 octobre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.

[37] Entretiens du 18 juin 2011 et du 27 novembre 2011 avec une femme de quatre-vingt-cinq ans, du 27 juillet 2011 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années, du 15 septembre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années, du 30 octobre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années, du 13 novembre 2011 avec un homme et une femme âgés d'une cinquantaine d'années, du 1er août 2012 avec une fillette de 8 ans, du 13 août 2012 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années, du 26 août 2012 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années et du 27 août 2012 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.

> roulèrent. Mais le nain frappa le sol et emmena l'homme sous cinq couches de terre. Le *natutu* et son hôte restèrent plusieurs mois sous le sol. L'homme y apprit toute la magie du *natutu*. À la surface, la famille avait déjà construit une tombe en la mémoire du disparu. Mais un jour que le *natutu* était endormi, l'homme qui connaissait à présent la magie se mit à chanter le même chant que les guérisseurs utilisent de nos jours lorsqu'ils utilisent les *mair*. Le sol s'ouvrit et l'homme remonta à la surface. Il apprit alors la magie aux membres de sa famille. Et c'est ainsi qu'aujourd'hui on connaît encore les *mair*[38] ».

La littérature orale de Tongoa et des autres îles du Vanuatu (Gardissat, 2004 ; Vaughan, 2013 : 125-129) regorge de récits mettant en scène des nains aux grandes oreilles. Un dimanche après l'office, une vieille femme voulut raconter à un pasteur presbytérien provenant d'Ambrym l'origine de la magie de cette île. Manquant de temps, le pasteur ne resta pas mais la vieille femme m'en fit tout de même le récit :

> « Un jour que mon frère allait au jardin [sur l'île de Tongoa], il trouva un *natutu*. Il le captura, lui attacha les mains et les pieds avec une cordelette. Puis, il partit chercher notre cousin qui travaillait dans le jardin voisin. Lorsque les deux hommes revinrent, ils trouvèrent le *natutu* endormi, la cordelette enroulée autour d'un tronc d'arbre. Ils voulurent le libérer en coupant l'attache. Mais mon frère manqua son coup et coupa son pied en même temps que celui du nain. Tous trois rentrèrent au village et appliquèrent des plantes médicinales sur leurs plaies. Le pied de mon frère ne tarda pas à cicatriser mais la blessure du *natutu* ne parvint pas à guérir. Le nain quitta Tongoa et alla se cacher dans un trou au pied du volcan de l'île d'Ambrym, sur le terrain des missionnaires. Un homme qui se promenait avec son chien s'approcha de la cachette du *natutu*. Le chien sentit l'odeur du nain et se mit à aboyer. Le *natutu* s'enfuit et alla se réfugier un peu plus loin dans une grotte. Mais le chien le trouva de nouveau grâce à son flair et le fit sortir de sa seconde cachette. Le promeneur proposa au nain de le ramener chez lui, mais celui-ci expliqua qu'il ne pouvait pas bouger du fait de sa blessure. L'homme lui demanda pour quelle raison il se cachait ici. Le *natutu* répondit : "parce que mon frère de Tongoa m'a coupé le pied, alors je suis parti". Le promeneur alla chercher d'autres hommes du village pour porter le *natutu*, mais celui-ci était trop lourd. Le nain leur dit : "Tuez-moi, mais ne me mangez pas, ne m'enterrez pas. Tuez-moi et brûlez-moi". Les hommes suivirent les instructions du nain et répandirent ses cendres sur le sol. Et c'est à partir de cette cendre que les hommes de l'île d'Ambrym fabriquent leur poison (*posen*) aujourd'hui. Là où les cendres du nain ont été dispersées poussent des choux kanaks multicolores dont les feuilles sont magiques. Si un homme dort, on peut, par exemple, ouvrir sa porte en y apposant l'une de ces feuilles. Mais l'endroit est interdit (*tabu*). Les hommes n'ont pas le droit d'aller voir ces choux[39] ».

[38] Entretien du 30 octobre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.
[39] Entretien du 27 novembre 2011 avec une femme de quatre-vingt-cinq ans.

Les *natutu* m'ont été présentés à Seaside Tongoa comme étant non seulement à l'origine des *mair* permettant de soigner les êtres humains, mais aussi de la magie malveillante de l'île d'Ambrym : ces nains, comme les *kleva,* ont à la fois le pouvoir de guérir et de nuire[40].

Ces deux récits qui m'ont été racontés à Seaside Tongoa rattachent les habitants de cette communauté urbaine à des lieux (*ples*) de Tongoa et les mettent en relation avec d'autres îles, en l'occurrence, Ambrym. Ils authentifient le pouvoir des *kleva* qui utilisent les *mair,* ainsi que la force de la magie noire d'Ambrym. Seuls certains spécialistes de la médecine locale de Seaside Tongoa justifiaient leurs traitements en s'appropriant les manières de penser et d'agir venant de la médecine « occidentale ». Si certains légitimaient leurs activités de soin en faisant référence à la biomédecine, d'autres ancraient leurs pratiques dans leur île d'origine.

Même si les enquêtes de santé publique conduites à l'hôpital central en 2003 et en 2013 prévoyaient l'arrêt à moyen terme de l'utilisation des « médicaments traditionnels » à Port-Vila (Maden *et al.*, 2003 ; Lai et Grace, 2014), pendant mes recherches à Seaside Tongoa, les *sik* liées ou non à la sexualité pouvaient être traitées en ayant recours à des spécialistes de la médecine locale. Les *kleva* étaient considérés comme en mesure de soigner les « maladies de l'hôpital » (gonorrhée, syphilis, diabète de type II) tout autant que celles dites de la « coutume » (attaque de démons, acte de sorcellerie). La consultation d'experts en médecine locale était approuvée dans certains cas par les spécialistes de la biomédecine exerçant à Port-Vila. Et des *kleva* de Seaside Tongoa cherchaient à légitimer leurs pratiques en mettant en avant des activités et des manières de penser issues de la biomédecine. Ces *kleva* soignaient les *sik* en agissaient principalement sur le corps de leurs patients. Néanmoins, d'autres *kleva* se focalisaient eux sur les liens sociaux des malades (en particulier avec les ancêtres), même lorsque l'affection n'était pas considérée comme d'origine coutumière. Les spécialistes de la médecine locale de Seaside Tongoa qui utilisaient les *mair* soulignaient l'ancienneté et l'origine insulaire de leurs pouvoirs de guérison et traitaient les relations sociales des malades par l'intermédiaire de la prière.

En résumé, les habitants de Seaside Tongoa pouvaient soigner leurs maux, dont les *sik* liées à la sexualité (IST ou symptômes liés à la rencontre d'un *kos*, par exemple), par des traitements visant à agir sur le corps. Les organismes de prévention des IST de Port-Vila

[40] Les *kleva* de Seaside Tongoa pouvaient aussi être soupçonnés de connaître des sorts qui permettent de rendre une personne amoureuse, de faire perdre la mémoire, de ruiner ou de contribuer au succès d'une entreprise, d'ouvrir les portes scellées, de se déplacer en volant dans le ciel ou bien de rendre un corps invisible (voir les actes de sorcellerie décrits dans le chapitre 7). Mais ils m'expliquèrent que ces sorts anti-chrétiens sont aujourd'hui rarement transmis ou utilisés dans la communauté par peur d'une punition divine (voir ci-dessous). John Taylor note de même qu'il est dangereux de cultiver l'image d'un personnage mystérieux au Vanuatu, parce que l'on risque d'être attaqué, non par Dieu, mais par son propre entourage (2015 a : 45).

incitaient les habitants de la capitale à se rendre dans des établissements de santé, mais les remèdes, les massages, les applications, les fumigations étaient soit prescrits par des spécialistes de la biomédecine ou de la médecine locale, soit auto-administrés par le malade ou son groupe de gestion thérapeutique. Ainsi, les établissements de santé de Port-Vila ne détenaient pas le monopole de la distribution des traitements biomédicaux et ils n'étaient pas les seuls à prodiguer des traitements pour soigner le corps. En outre, le système de santé biomédical du Vanuatu n'était pas cloisonné : d'autres spécialistes du soin se rendaient à l'hôpital central de Port-Vila et le personnel de cet établissement de santé partageait avec eux leur foi dans le Dieu chrétien. Si les *kleva* de Seaside Tongoa faisaient usage de traitements agissant sur le corps, je viens de montrer aussi qu'ils ne soignaient pas tous de la même façon : certains spécialistes de la médecine locale pouvaient traiter les *sik* de leurs patients en faisant référence à la biomédecine (en mimant des gestes pratiqués dans les établissements de santé, en décrivant des dysfonctionnements physiologiques, en utilisant des concepts biomédicaux), alors que d'autres entraient en communication avec les ancêtres, d'une manière qui ressemblait fortement à celle utilisée par les spécialistes de la divination.

8.2 Agir sur le corps et les liens sociaux

8.2.1 Les pratiques des spécialistes de la divination

Tout comme les *kleva*, les devins de Seaside Tongoa – appelés localement *namunua* – sont des spécialistes des massages thérapeutiques et des plantes médicinales. Lors de mes recherches dans la communauté, les *munua* connaissaient et utilisaient des *mair* pour traiter les *sik*, de la même façon que certains *kleva*, mais leur capacité à donner sens à la maladie était davantage reconnue que celle des autres guérisseurs. Demandant à un professeur des écoles de Seaside Tongoa âgé d'une trentaine d'années pour quelles raisons une femme peut développer un cancer de l'utérus, celui-ci me répondit : « je ne sais pas. Seuls les *munua* savent pourquoi[41] ». De même, interrogeant une femme de la communauté sur les noms des différents esprits provoquant des maladies, celle-ci m'expliqua :

> « Seules certaines personnes, seuls les *munua* connaissent les noms des esprits. Peut-être que j'ai déjà entendu des noms dans des histoires coutumières (*kastom histri*). Mais je ne les connais pas, je ne sais pas ce qu'ils font[42] ».

[41] Entretien du 3 décembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[42] Entretien du 29 novembre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.

Nous avons vu plus haut que certains *kleva* de Seaside Tongoa donnaient sens aux symptômes de leurs patients : surmenage physique engendrant une *sik blo man* ou coups provoquant un abcès au sein, par exemple. Cependant, la spécificité des *munua* était de produire des interprétations plus relationnelles de la contraction des *sik* que celles souvent véhiculées par les médecins et les *kleva*. S'ils agissaient sur le corps de leurs patients *via* des massages et la prescription de remèdes (Figure 99), la médiation avec des esprits leur était indispensable pour élaborer un diagnostic et traiter le malade.

Figure 99. Une *munua* de Seaside Tongoa massant et baignant un bébé avec des plantes, 2009

Les *munua* de Seaside Tongoa établissaient leurs diagnostics en suivant plusieurs étapes. Au cours de mes recherches, j'ai pu observer à diverses reprises les procédés de soin des *munua*. Des habitants de la communauté m'en firent également des descriptions détaillées :

> « Le malade était tout d'abord massé aux endroits endoloris (souvent le dos ou le ventre). Puis, le *munua* soufflait en postillonnant dans chacune de ses oreilles, tout en priant et en "chantant" (*singsing*) silencieusement la *kastom*. Le devin ne révélait à personne la mélodie ou les mots entonnés, parce qu'au moment où celui-ci transmettait son pouvoir de chanter et de souffler aux oreilles des malades, il perdait en même temps sa propre capacité à "voir" (*luk*) les *sik* et à les soigner. En soufflant, le spécialiste de la divination, comme les *kleva* utilisant les *mair*, ne devait pas avaler sa salive sous peine d'être lui aussi malade. Le patient serrait ensuite la main du *munua* tout en lui présentant une pièce de 100 vatus (76 c €)[43]. Le spécialiste prenait la pièce et effectuait rapidement un cercle de la main autour de la tête du malade. Cette pièce renfermait par ce geste l'esprit du

[43] Mes interlocuteurs me précisèrent qu'avant l'indépendance, les malades donnaient aux *munua* non pas des pièces de 100 vatus, mais un vêtement ou bien ils utilisaient les monnaies britannique, australienne et française en circulation.

> patient (*naatan*)[44]. Lorsque le *munua* allait se coucher, il plaçait sous son oreiller les 100 vatus (76 c €) que le malade lui avait donnés. En dormant, l'esprit du devin voyageait en volant. Son corps restait immobile, mais son esprit se rendait dans un "autre monde", un monde ressemblant fortement à l'île de Tongoa. L'un de mes interlocuteurs m'expliqua qu'il s'agissait du même monde que celui des êtres humains, mais peuplé par des démons et des esprits des ancêtres (*naetamat*) : des hommes très grands et très forts qui mènent les mêmes activités que les habitants de l'île de Tongoa d'aujourd'hui. Le *munua* se mettait alors à la recherche de l'esprit du malade. La pièce que ce dernier lui avait donnée lui servait de lumière, de guide pour le rejoindre. Elle symbolisait leur accord, la volonté du malade de retrouver son esprit et par là-même la santé. L'esprit du patient était souvent retenu de "l'autre côté du monde" par un membre de sa propre famille, telle une grand-mère décédée. Si une personne demeurait loin de chez elle pendant de longues années, l'esprit d'un parent pouvait, par exemple, le capturer pour profiter de sa présence. Cet esprit ancêtre n'était pas considéré comme maléfique ; il était simplement heureux d'avoir son proche à ses côtés. En échange de la libération de l'esprit du malade, le *munua* donnait à l'ancêtre la pièce de 100 vatus qu'il avait placée sous son oreiller. Le parent kidnappeur révélait alors au devin quelles plantes utiliser pour soigner le malade et le laissait ramener l'esprit séquestré dans le monde des êtres humains. Lorsque le *munua* et son patient se réveillaient le lendemain, leurs esprits étaient revenus à l'intérieur d'eux-mêmes. Le devin préparait le remède et le remettait au malade. Le *munua* pouvait dès lors disposer librement de la pièce toujours présente sous son oreiller. Cette dernière devenait une offrande faite par le malade au devin pour le remercier de l'avoir soigné. Par la suite, le patient guéri et sa famille pouvaient, s'ils en avaient la capacité et le désir, lui offrir d'autres présents : poule vivante, pièce de viande, natte, argent, etc. Mais contrairement au *kleva*, le devin ne réclamait jamais ni ne fixait le montant et la nature des dons[45] ».

D'après cette description, les *munua* de Seaside Tongoa traitaient non seulement le corps individuel de leurs patients par l'intermédiaire des massages et des remèdes végétaux, mais aussi les liens sociaux avec les ancêtres *via* le chant de la *kastom*, le souffle dans les oreilles et le déplacement de « l'autre côté du monde ». Un processus de divination similaire fut décrit par Annie Walter chez les Apma de l'île de Pentecôte (1991 : 364-371). Si l'anthropologue ne fait pas mention de l'usage d'une pièce ou d'un substitut, les récits de voyage du devin à la recherche du malade retenu par un défunt sont comparables. Dans ce procédé, qu'il me fut difficile de comprendre, l'esprit de la victime se trouve à la fois dans son corps, dans l'autre monde et dans la pièce qu'elle donne au devin. La circulation de cette pièce – comme celle des nattes, des morceaux de tissu et des autres biens échangés à l'occasion des rituels de

[44] Voir chapitre 4, page 189.

[45] Entretiens du 27 juillet 2011 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années, du 29 juillet 2011 avec un groupe d'hommes âgés d'une quarantaine-cinquantaine d'années, du 25 octobre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années, du 29 juillet 2012 avec une femme âgée de quatre-vingt-cinq ans, du 13 août 2012 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années et du 26 août 2012 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.

mariage et des funérailles (voir chapitre 4) – permet de détacher la personne d'un lieu (dans ce cas-ci, « l'autre côté du monde ») et de relations sociales (celles avec ses ancêtres). Ici, le *munua* fait quant à lui office de médiateur entre le malade et son parent kidnappeur[46].

Lors de mes recherches à Seaside Tongoa, les *munua*, les *kleva* et les *faith healers* de Seaside Tongoa se rendaient souvent à l'hôpital central de Port-Vila. En juillet 2011, une spécialiste de la divination de la communauté massa ainsi une patiente du service de chirurgie qui se plaignait de douleurs au ventre après avoir accouché et s'être fait ligaturer les trompes. La spécialiste expliqua le mal de ventre de la femme par le placenta resté bloqué dans son utérus[47]. Cependant, ce cas n'est pas représentatif de ce que soignaient les *munua* de Seaside Tongoa : principalement les affections qu'ils jugeaient d'origine « coutumière » (*kastom sik*), dont certaines *sik* associées à la sexualité, comme les attaques de sorcellerie, des ancêtres, des *kos* ou du *natamat telame*. J'ai mentionné dans le chapitre précédent qu'une spécialiste de la divination avait révélé à une habitante de la communauté qui avait développé des symptômes inhabituels au cours de ses deux dernières grossesses que ces maux étaient liés à l'utilisation de la magie par un homme dont elle avait refusé les avances[48]. J'ai également rapporté qu'une *munua* avait expliqué le fait qu'un nouveau-né avait du mal à s'alimenter par la colère de Dieu et de la belle-famille de la mère de l'enfant, parce que cette dernière avait été infidèle à son époux. Dans ce deuxième cas, la spécialiste me raconta avoir massé le nourrisson, avoir soufflé dans ses oreilles et s'être endormie avec la pièce que celui-ci lui avait donnée. Dans son rêve, la *munua* vit la femme morte dont le nouveau-né portait le prénom. Cet esprit ancestral souhaitait offrir un cadeau à l'enfant, comme il est d'usage à Seaside Tongoa lorsqu'une personne donne son nom à un nouveau-né (voir chapitre 5, page 225), mais le présent était accompagné d'une fleur blanche. La *munua* me dit que cette fleur blanche représentait la mort. Elle chassa donc la défunte qui partit en pleurant. Pour que l'enfant guérisse complètement, elle m'expliqua que sa mère devait également confesser ses péchés devant Dieu et qu'un *munua* de la famille de son mari devait masser le bébé. D'après cette spécialiste de la divination, l'enfant étant malade du fait des mauvaises relations provoquées par les infidélités de sa mère, le traitement de son affection ne pouvait passer que par le rétablissement de bons liens sociaux avec Dieu et les ancêtres[49].

[46] Au nord de l'île d'Ambrym, Knut Rio a lui aussi montré que le sorcier (*abio*) et le devin (*vanten ne hal*, lit. « l'homme du chemin ») endossent un rôle d'intermédiaire entre l'accusé et la victime de sorcellerie (2002 : 142).
[47] Observations et entretien du 17 juillet 2011 avec une femme âgée de quatre-vingt-cinq ans.
[48] Entretien du 15 septembre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.
[49] Observation et entretiens des 26 et 27 juillet 2011 avec une femme âgée de quatre-vingt-cinq ans.

Les *munua* de Seaside Tongoa exploraient le corps des malades afin de faire remonter à la « surface » la signification de leur *sik* (voir Taylor, 2005 : 742). Dans le processus de divination, la maladie était souvent perçue comme liée à une atteinte extérieure (attaque de démons, d'ancêtres, de sorcellerie), mais la responsabilité du malade n'en était pas pour autant écartée. J'ai montré que les attaques des *kos* ou du *natamat telame* étaient souvent considérées comme consécutives à des comportements immoraux ou inappropriés, telles les pratiques sexuelles en forêt ou la baignade dans une rivière en période de menstruation. Si les *munua* fondaient leur diagnostic sur l'origine ou l'agent supposé des affections, le caractère extérieur de l'attaque ne supposait pas forcément l'absence de responsabilité de la victime.

Les spécialistes de la divination convertissaient donc des « désordres biologiques » (difficultés du nourrisson à s'alimenter, par exemple) en « signe ou en effet de désordres sociaux » (infidélités conjugales qui déstabilisent les relations familiales) (Zempléni, 1985 : 41). Les personnes pouvaient être présentées par ces spécialistes comme en partie ou totalement responsables du développement de leur *sik*, mais les *munua* profitaient également de l'apparition de symptômes pour tenir un discours plus général sur les relations sociales et politiques au sein de la communauté. L'étude du « corps individuel » permettait ainsi l'analyse du « corps politique » et du « corps social » (voir Scheper-Hughes et Lock, 1987). En novembre 2011, un homme souffrant d'un terrible mal de dos alla consulter une *munua* de Seaside Tongoa. Depuis plusieurs semaines, la tension était palpable du fait d'un conflit lié au projet de vendre le terrain 11/OC31/016 de la « Communauté d'Itakoma » (voir chapitre 3, page 135). La *munua*, qui était elle-même opposée à ce projet, expliqua l'origine des symptômes de son patient par la colère des deux grands chefs invisibles de l'île d'Emae (*wotalam iru*, voir chapitre précédent, page 308) qui, selon elle, ne souhaitaient pas que ce terrain soit cédé[50].

Les significations des *sik* avancées par les *munua* de Seaside Tongoa étaient souvent répétées par les membres de la communauté, comme dans le cas de l'attaque des *wotalam iru* liée au projet de vente. Les habitants établissaient et diffusaient parfois eux-mêmes des diagnostics. Les rumeurs – qui impliquent un manque de certitude quant à la véracité des propos – et les commérages – qui constituent des jugements moraux souvent infondés – étaient très courants dans la communauté (Stadler, 2003 : 358). Niko Besnier note que ces formes d'interaction ont souvent été présentées comme un moyen de maintenir la cohésion sociale du groupe mais qu'ils constituent également un moyen d'action politique (2009). Nous

[50] Entretien du 18 novembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.

pouvons en effet supposer que la divulgation des propos sur le mécontentement des deux grands chefs invisibles avait pour but de susciter la peur et de stopper le projet de vente du terrain de la « Communauté d'Itakoma ».

Cependant, par peur des représailles, les *munua* de Seaside Tongoa ne dévoilaient pas toujours leur diagnostic et les significations des *sik* de leurs patients (Tonkinson, 1981 : 82). En 2012, un couple fut condamné à verser une compensation pour avoir rendu publiques les accusations d'un homme victime de sorcellerie, alors que celui-ci était interrogé par une *munua* de la communauté peu de temps avant qu'il meure[51]. Ce couple bavard fut réprimandé, car la révélation du diagnostic d'un *munua* peut avoir de lourdes conséquences à Port-Vila. En 2009, la directrice de *Wan Smolbag* me fit par exemple part du lynchage à mort dont fut victime un homme du quartier de Blacksands accusé d'avoir tué sa petite amie par magie noire[52]. Si, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, les journaux font état d'une véritable « chasse aux sorcières » (voir aussi Rio, 2010 : 184)[53], de tels actes demeuraient néanmoins relativement rares au moment de mes recherches au Vanuatu.

Comme les *kleva* qui utilisent les *mair*, les devins légitimaient leurs pratiques de soin en soulignant leur ancienneté et leur origine insulaire. Une vieille *munua* de Seaside Tongoa m'expliqua avoir appris à chanter la *kastom* et à souffler dans les oreilles des malades auprès de sa mère et de son oncle maternel, lorsqu'elle se trouvait encore sur l'île de Tongoa[54]. Un habitant de la communauté âgé d'une cinquantaine d'années me précisa que :

> « Ce sont les vieux qui ont enseigné la *kastom* aux *munua*, à souffler et à chanter. Les *munua* n'ont pas un réel (*stret*) don de Dieu, contrairement aux guérisseurs qui prient Dieu pour voir la maladie. Mais c'est Dieu (*big wan*) qui fait la *kastom*. C'est lui qui fait que l'on apprend la *kastom*. Avant l'arrivée des missionnaires, il n'y avait pas de *munua*, ou très peu, parce que les hommes avaient peur (*fraet*) les uns des autres, leurs façons étaient mauvaises, ils se mangeaient entre eux. Les *munua* sont arrivés avec les missionnaires, avec le gospel. C'est l'œuvre de Dieu[55] ».

Nous retrouvons ici l'association du terme *kastom* aux activités présentées par cet homme comme postérieures à l'arrivée des missionnaires, ainsi que l'énonciation d'idées négatives au sujet de l'époque préchrétienne (voir page 338). En outre, les propos de mon interlocuteur sur l'origine divine des pratiques de soin des *munua* font écho à ceux rapportés par Vaughan sur l'île de Mallicolo (2013 : 43). Selon cette dernière, les spécialistes de la

[51] Entretien du 17 juin 2012 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.
[52] Entretien du 11 septembre 2009 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.
[53] Flash d'Océanie, http://newspad-pacific.info/, consulté le 6 avril 2013 à 12 h 00.
[54] Entretien du 24 juillet 2011 avec une femme âgée de quatre-vingt-cinq ans.
[55] Entretien du 27 juillet 2011 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années.

biomédecine, de la « *kastom* médecine », les « guérisseurs spirituels » et ceux à la frontière de ces différentes catégories sont liés par leur foi dans le Dieu chrétien. Certains aspects de la médecine « traditionnelle » sont en outre reconstruits comme des connaissances chrétiennes.

Si l'on a vu que les personnels des établissements de santé de Port-Vila pouvaient prier Dieu pour demander la guérison d'un malade et que les *natutu* à l'origine des *mair* étaient considérées comme des créatures de Dieu, la spécialiste de la divination qui avait appris à masser et à chanter la *kastom* avec sa mère et son oncle maternel m'affirma ne pas avoir reçu de don de Dieu. Elle critiqua les *kleva* et les *munua* qui présentent leurs connaissances comme d'origine divine : « certains disent que c'est un don de Dieu (*gift blong God*), mais ce n'est pas vrai. Ce sont des mensonges. Si c'est un don de Dieu alors pourquoi demandent-ils de l'argent lorsqu'ils font des massages[56] ? » Si cette *munua* n'identifiait pas Dieu comme à l'origine de ses propres pratiques de soin, elle n'en demeurait pas moins une fervente chrétienne qui avait exercé de nombreuses années comme diaconesse dans l'Église presbytérienne de Seaside Tongoa. Et elle m'avoua avoir arrêté d'utiliser ses connaissances pour faire tomber la pluie ou rendre les personnes amoureuses par peur d'une punition divine.

Les spécialistes de la divination de Seaside Tongoa pouvaient donc traiter les *kastom sik* des hommes et des femmes de la communauté, dont certaines affections considérées comme liées à la sexualité. Les *munua* soignaient leurs patients en préparant des remèdes et en réalisant des massages visant à soigner les corps, mais leurs pratiques comprenaient nécessairement une mise en lien avec les ancêtres. Communiquer avec les êtres résidant de « l'autre côté du monde » à travers le chant de la *kastom*, le souffle dans les oreilles et les rêves était indispensable aux devins pour établir la signification des *sik* et soigner les malades. Malgré leur spécificité, les activités de soin des *munua* n'étaient pas isolées de celles des autres guérisseurs. Les devins de Seaside Tongoa étaient tous chrétiens et, comme les *kleva* ou les membres des Églises presbytérienne et adventiste, ils rencontraient parfois les malades au sein de l'hôpital central.

8.2.2 Les soins dispensés par les Églises presbytérienne et adventiste

Dans les chapitres précédents, j'ai montré que les habitants de Seaside Tongoa appartenaient principalement aux confessions presbytérienne et adventiste du Septième jour et que les responsables religieux de ces deux Églises n'avaient pas les mêmes conceptions des IST que les simples fidèles. Si les leaders adventistes et presbytériens considéraient les *sik*

[56] Entretien du 24 juillet 2011 avec une femme âgée de quatre-vingt-cinq ans.

comme liées au non-respect des prescriptions bibliques, les membres ordinaires de ces Églises, en particulier ceux de confession presbytérienne, voyaient Dieu comme un agent causal : dans un cas, la personne développait une *sik* du fait de ses comportements, de l'autre, parce qu'elle était punie par Dieu (voir chapitre 7, page 317).

Figure 100. Un groupe de prière de la branche adventiste de Seaside à l'hôpital central de Port-Vila, 2012

À Port-Vila, les responsables adventistes et presbytériens et les fidèles considéraient Dieu comme un agent de guérison. Néanmoins, contrairement à leurs homologues presbytériens, les croyants de confession adventiste mettaient non seulement l'accent sur la capacité d'action (*agency*) divine mais aussi sur les propriétés des traitements biomédicaux. Un samedi après-midi, j'ai accompagné une quarantaine de membres de la branche adventiste de Seaside au sein du service de médecine (*medical ward*) de l'hôpital central. Femmes, hommes et enfants se placèrent au centre du couloir. Des jeunes filles chantèrent des hymnes religieux en anglais. Puis un Ancien de l'Église fit un sermon en bislama annonçant le retour de Jésus et la nécessité que les hommes soient forts et prêts à accueillir cet événement (Figure 100). Un second responsable religieux commença une prière collective en déclarant :

> « En ton nom Jésus, nous éloignons les démons, les maladies. Nous réalisons des miracles. Nous prions pour la guérison (*healing*), pour le pouvoir (*paoa*) […]. Bénis les infirmiers, bénis les traitements, bénis les docteurs. Les traitements de ce monde vont aider les corps [de ces malades] à guérir ».

L'Ancien demanda ensuite au groupe de se disperser afin de discuter et de prier avec chacun des malades. Le service ne comptant ce jour-là que dix personnes hospitalisées (sept femmes et trois hommes), la tâche fut vite accomplie. Je suivis un Ancien se rendant au

chevet de l'un des patients. Il demanda à l'homme de quelle île il venait, de quel mal il souffrait et lui expliqua qu'ils appartenaient à l'Église adventiste du Septième jour. Il raconta que, la semaine dernière, il avait massé un vieil homme asthmatique et qu'après avoir prié, celui-ci s'était remis à respirer correctement. L'Ancien apposa ensuite sa main sur le bras de l'homme et lui demanda s'il croyait en Dieu. Le patient acquiesça et ils se mirent alors à prier. Dans sa prière, l'Ancien demanda au « Créateur » (*Creator*) que les médicaments agissent, en soulignant que cet homme avait des responsabilités et une famille à prendre en charge. Il déclara : « les docteurs ne connaissent pas tout, alors que toi, Dieu, tu nous as créés. Seigneur (*Lord*), tu connais la moindre partie de notre corps, de son fonctionnement. Tu vois tous nos organes ».

Chaque petit groupe pria pour que Dieu guérisse les patients et aide les docteurs à administrer les médicaments adéquats[57]. Selon les leaders adventistes rencontrés à Port-Vila, le Seigneur exerce son pouvoir de guérison sur les malades dans le seul cas où ces derniers cherchent activement à améliorer leur état de santé en consultant un spécialiste de la biomédecine[58]. Pour eux, le traitement des *sik* passe donc à la fois par la prise de médicaments agissant sur le corps et par la mise en relation avec Dieu à travers la prière.

Notons néanmoins que les fidèles adventistes priant avec les patients n'étaient pas considérés par mes interlocuteurs comme des spécialistes du soin. L'Église adventiste admet que chaque personne possède un ou plusieurs talents, tels le leadership ou la propagation de la foi, mais seul Dieu a le don de guérison. Les responsables religieux de cette Église refusaient l'idée que des êtres humains puissent guérir ou révéler les causes des *sik* par la prière, parce qu'ils ne croyaient pas qu'une personne pût agir en tant que médiateur entre Dieu et le malade. Alors que l'Église presbytérienne du Vanuatu identifiait des spécialistes et encourageait plus ou moins leurs activités de guérison, l'Église adventiste développait les capacités à promouvoir la santé et à prêcher de tous ses membres, grâce à des ateliers de travail et à des messages de sensibilisation réguliers (voir chapitres 2, 6 et 7). Les efforts adventistes visaient la bonne santé physique et spirituelle des fidèles, mais aussi l'implication du plus grand nombre d'entre eux dans la mission évangélisatrice. Un slogan repéré en 2012

[57] Observation du 6 octobre 2012 au service de médecine de l'hôpital central de Port-Vila.

[58] Entretiens du 5 juillet 2012 avec un homme âgé d'une trentaine d'années, directeur de la santé de la Mission adventiste, du 3 juillet 2012 avec un pasteur adventiste âgé d'une trentaine d'années, du 4 juillet 2012 avec la présidente d'un groupe de femmes adventistes âgée d'une trentaine d'années, du 10 octobre 2012 avec une coordinatrice santé adventiste âgée d'une trentaine d'années, en charge de la section nutrition du ministère de la Santé, des 22 août et 12 octobre 2012 avec un presbytérien âgé d'une quarantaine d'années, en charge de la section santé mentale du ministère de la Santé et collaborant avec la Mission adventiste.

dans la principale église adventiste de la capitale, déclarait ainsi : « la santé est la main droite du Gospel ».

Lors de mes recherches à Seaside Tongoa, les fidèles adventistes se rendaient régulièrement à l'hôpital central de Port-Vila et effectuaient fréquemment des visites aux domiciles des souffrants. La plupart des dénominations religieuses de la capitale venaient également prier en groupe pour les patients du service de médecine de l'hôpital, mais les déplacements des membres de l'Église presbytérienne de Seaside Tongoa dans l'enceinte hospitalière, en tant que groupe de prière, étaient plutôt rares. Contrairement à l'Église adventiste, l'Église presbytérienne du Vanuatu reconnaissait en effet l'existence de spécialistes de la prière (*faith healers*) qui aidaient à la mise en relation du malade avec Dieu et certains lieux de culte possédaient leur propre ministère de la Guérison (*Healing Ministry*).

En 2012, dans l'église presbytérienne du quartier de Freswota nommée Malasitapu, les membres du ministère de la Guérison se rencontraient chaque mardi soir. Après l'office, quelques évangélistes se regroupaient dans une arrière-salle et priaient en cercle pour répondre aux « besoins spéciaux » (*special needs*) des fidèles, tels un visa de travail australien, la réussite à un examen ou pour résoudre des problèmes de santé. L'une des évangélistes de ce groupe, une femme au statut d'Ancienne, était réputée dans tout Port-Vila pour son don de guérison et pour sa capacité à établir des diagnostics en s'intéressant à la fois à l'agent (« le qui ou le quoi ») et à l'origine (« le pourquoi ») de la maladie (Zempléni, 1985 : 21-22). Un mardi de septembre 2012, lors d'une session de prière, une femme se plaignit de sévères maux de tête. L'Ancienne lui demanda si un arbre Purau (*hibiscus tiliaceus*) se trouvait dans son jardin, et à la suite de la réponse positive de la malade, lui dit :

> « Un homme originaire de l'île de Tongoa (*man Tongoa*) voulait jeter du poison sur le toit du bar à kava qui se trouve à côté de ta maison : peut-être pour une question d'argent. Mais il a manqué sa cible. Le poison est arrivé sur le Purau. Et lorsque tu as balayé sous l'arbre, la substance est tombée sur ta tête[59] ».

Le même soir, le groupe accueillit une fidèle de l'île d'Erromango dont le cousin et son épouse étaient malades depuis plusieurs mois. L'Ancienne lui expliqua qu'un esprit territorial vivant dans un arbre à Erromango était mécontent et qu'ils devaient prier Dieu afin que le démon perde ses pouvoirs. Ce soir-là, six personnes exposèrent leurs besoins « spéciaux ». À la fin de la séance, chacune d'elles appuya une Bible sur son ventre, et les trois évangélistes qui les entouraient en écartant les bras demandèrent à Dieu de prendre en compte leurs soucis et de réaliser leurs attentes. La spécialiste de la prière de l'église presbytérienne Malasitapu

[59] Observation et entretiens du 11 septembre 2012 dans une église presbytérienne de Port-Vila.

était capable de révéler les causes des *sik*, dont les actes de sorcellerie et la rencontre de démons, et de faciliter le lien entre Dieu et les fidèles, dans un objectif de recouvrement de la santé.

Au moment de mes recherches, l'église presbytérienne de Seaside Tongoa ne disposait pas de ministère de la Guérison. Néanmoins, un Ancien évangéliste presbytérien de la communauté m'avoua posséder un don spécial (*special gift*) : celui de guérir les malades grâce à l'Esprit Saint qui se trouve à l'intérieur de lui. Il me fit part de trois « miracles » dont il fut à l'origine et qui se rapportaient à des *sik* pouvant être associées à la sexualité. Le premier concernait l'une de ses amies originaires de l'île d'Ambrym. Un matin, alors qu'il se promenait en centre-ville en compagnie de son épouse, ils apprirent que leur amie se trouvait à l'hôpital central pour se faire opérer d'un cancer de l'utérus. Ils rentrèrent chez eux et se mirent à prier Dieu pour qu'il soigne la malade. L'après-midi même, l'Ancien rencontra leur amie dans une boutique. Celle-ci lui annonça ne pas avoir été opérée : avant d'entrer en salle de chirurgie, le docteur lui fit en effet faire une radiologie et une échographie et s'aperçut que le cancer avait « disparu ». Dix ans plus tard, cette femme était toujours en vie. Le second miracle survint alors que les habitants de Seaside Tongoa étaient en train de construire le mur de l'église presbytérienne. Un homme de la communauté, chef de gang et violeur récidiviste (voir chapitre 10, pages 438-440), ressentit de vives douleurs abdominales et fut conduit à l'hôpital central. L'évangéliste presbytérien me dit :

> « Il était mort. Il ne respirait plus. À l'hôpital, ils l'ont opéré pendant presque dix heures. Quand il est sorti du bloc opératoire, je suis allé le voir et je l'ai appelé par son prénom. En entendant ma voix, il a ouvert les yeux. Je lui ai dit "on prie ?". Il a hoché la tête. J'ai prié pour lui et voilà, il est guéri ».

Le troisième miracle est un cas d'infertilité que j'ai déjà mentionné au début de ce chapitre. En 1999, l'Ancien organisa une semaine d'étude biblique sur le péché dans l'église presbytérienne de Seaside Tongoa. Il raconta, entre autres, l'histoire de Jésus et de la Samaritaine (Jean 4). À la fin de la semaine, une femme de la communauté vint le voir et l'emmena chez elle en compagnie de son mari. Ils s'installèrent tous les trois dans la chambre et s'assirent sur le lit. La femme avoua alors tous les péchés qu'elle avait commis et dit en particulier avoir trompé son mari cinq fois. L'époux confessa lui aussi ses infidélités. Le couple se pardonna mutuellement. L'Ancien leur demanda alors quels étaient leurs « besoins ». Ils lui avouèrent désirer un second enfant parce que leur fille de neuf ans était déjà grande. Le couple pria Dieu, serrant d'une main une Bible contre le ventre de la femme

et se tenant de l'autre par l'épaule. L'Ancien leur conseilla de prier de cette manière jusqu'à ce que leur souhait se réalise. Et en 2009, ils eurent une seconde petite fille[60].

D'après son récit, ce spécialiste de la prière, Ancien évangéliste presbytérien de Seaside Tongoa, soignait les malades en les mettant en contact avec l'Esprit Saint. Les trois miracles qu'il me rapporta se réfèrent à des *sik* que l'on peut lier à la sexualité ou à la physiologie féminine : cancer de l'utérus, douleurs abdominales chez un violeur récidiviste, difficultés à enfanter pour un couple infidèle. Les spécialistes de confession adventiste ou presbytérienne comme les fidèles ordinaires priaient parfois Dieu pour qu'il soigne un malade souffrant de maux associés aux pratiques sexuelles. Cependant, personne ne me rapporta avoir prié pour qu'un homme ou une femme souffrant d'une *sik* interprétée comme une IST guérisse[61].

Lors de mes recherches à Seaside Tongoa, Dieu était vu comme un agent de guérison par les responsables religieux et les fidèles des confessions adventiste et presbytérienne. Il était considéré comme à même de soigner non seulement les *sik* liées aux péchés et aux punitions divines des hommes et des femmes, mais aussi celles dues aux attaques de sorcellerie ou à la rencontre de démons. La prière était un moyen utilisé par les malades et leur entourage pour entrer en contact avec Dieu et lui demander leur rétablissement. Néanmoins, pour les Adventistes, la prise de traitements biomédicaux était une étape indispensable dans le processus de guérison. Tous les membres des Églises adventiste et presbytérienne étaient en mesure de prier pour demander à Dieu d'apaiser les maux d'un malade mais, contrairement aux Adventistes, les Presbytériens pensaient qu'il existait également des spécialistes de la prière capables de faciliter la médiation avec Dieu. De manière générale, les Adventistes privilégiaient le recours aux experts biomédicaux plutôt que la consultation de spécialistes de la divination ou de la médecine locale.

On peut donc dire que les pratiques curatives des spécialistes de la divination et des fidèles des églises presbytérienne et adventiste de Seaside Tongoa permettaient de soigner les *sik*, dont certaines associées à la sexualité, en traitant les relations du malade avec le Dieu chrétien ou avec les esprits d'ancêtres. Ces différents soignants, qui intervenaient souvent auprès des mêmes patients et parfois dans un même lieu (l'hôpital central), croyaient tous en l'existence de ces entités et en la capacité de guérison de Dieu. Néanmoins, les *munua* de Seaside Tongoa ne décrivaient par leurs pratiques de soin comme un don d'origine divine, et les fidèles de l'Église adventiste ne se présentaient pas comme des médiateurs entre Dieu et le

[60] Entretien du 26 août 2012 avec un Ancien évangéliste presbytérien âgé d'une quarantaine d'années.

[61] Richard Eves note que, chez les Lelet de Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Églises pentecôtistes et charismatiques proposent de guérir les malades du sida en échange de la repentance, du baptême et de la réception de l'Esprit Saint (2008 : 207).

malade. On peut aussi en conclure que ces différents guérisseurs n'agissaient pas uniquement sur les relations sociales mais aussi sur les corps biologiques *via* les massages, la prescription de remèdes végétaux ou biomédicaux. La frontière entre les pratiques thérapeutiques des fidèles des églises presbytérienne et adventiste, des *munua*, ainsi que des *kleva* et des spécialistes de la biomédecine, était de ce fait assez floue et il est par conséquent difficile de distinguer les premières en disant qu'elles ne s'adressent qu'aux relations sociales du patient.

Conclusion

Dans le chapitre précédent, j'ai signalé l'existence à Seaside Tongoa de différentes interprétations des *sik* liées à la sexualité : des conceptions fondées sur les comportements individuels et d'autres plus relationnelles. Nous venons maintenant de voir que les organismes de prévention des IST de Port-Vila avaient tendance non seulement à présenter ces affections comme dues à des comportements individuels inadaptés, mais aussi à prôner le recours aux experts en biomédecine qui soignent les IST en se focalisant principalement sur le corps. Ceci étant dit, les habitants de Seaside Tongoa avaient à leur disposition différents spécialistes du soin, dont certains tenaient également compte des liens sociaux de leurs patients.

Les malades de Seaside Tongoa, à la recherche de soin et de sens à donner à leurs symptômes, suivaient des itinéraires thérapeutiques souvent longs et complexes. Les membres de cette communauté urbaine utilisaient, simultanément ou successivement, des systèmes de soins variés. Leurs parcours pouvaient les conduire dans différents lieux (*ples*) de la communauté, de la ville, voire de l'archipel : certains spécialistes du soin – *kleva*, Ancien ou même opérateur téléphonique du numéro vert (voir chapitre 2, pages 88-90) – soignaient en outre de plus en plus souvent leurs patients par l'intermédiaire de la téléphonie mobile, lorsque ces derniers étaient trop malades ou résidaient trop loin pour se déplacer (voir Servy, 2013).

Nous avons vu dans les chapitres 4 et 5 que, pour les habitants de Seaside Tongoa, une des conséquences des rituels du cycle de la vie était la diversification et la multiplication de leurs liens sociaux qui permettait *de facto* de faire face aux menaces liées au contexte urbain. On peut aussi associer la complexité des itinéraires thérapeutiques des malades de Seaside Tongoa aux représentations de la ville comme un lieu dangereux du fait de la mixité communautaire (voir chapitre 2, page 102). Dans l'introduction du présent chapitre, j'ai par exemple montré que ne sachant pas de quelle île ou de quel village provenait la magie dont mon interlocuteur souffrant de diabète de type II pensait être la victime, il parcourut pendant

plus d'un an la ville et les villages des alentours pour consulter des spécialistes vivant à Port-Vila mais originaires de différents lieux du Vanuatu.

Dans ce chapitre, j'ai regroupé, d'une part, les pratiques d'automédication, les soins prodigués par des spécialistes de la biomédecine et par des experts en médecine locale qui agissent principalement sur le corps ; et d'autre part, les activités de soin des devins et des membres des Églises presbytériennes et adventistes qui prennent également en compte l'état des relations sociales des malades. Les frontières entre ces différentes catégories sont cependant perméables : les *munua* et les *kleva* de Seaside Tongoa pouvaient tous deux utiliser des *mair*, tandis que tous ces guérisseurs intervenaient à l'hôpital central de Port-Vila et croyaient en la suprématie du Dieu chrétien.

D'après Vaughan, même si ses interlocuteurs de l'île de Mallicolo distinguent, eux aussi, la *kastom*, la chrétienté et le biomédical, la réelle opposition se trouve entre l'automédication et l'expertise médicale (2013 : 40). Si j'ai montré que cette distinction était également significative à Seaside Tongoa, les *kleva* et *munua* que j'ai rencontrés en 2011-2012 dans la communauté semblaient néanmoins davantage insister sur l'origine coutumière et insulaire de leurs pratiques de soin que les guérisseurs interrogés par Vaughan. Nous pouvons supposer, là-encore, que cette différence est liée au contexte urbain et à la volonté de revendiquer une identité insulaire dans un espace où se côtoient des personnes provenant de différents endroits de l'archipel.

Lors de mes recherches à Seaside Tongoa, les formes de soin traditionnelles, chrétiennes et biomédicales étaient souvent complémentaires et permettaient de soigner la personne dans son intégralité physiologique, sociale et spirituelle (voir aussi Vaughan, 2013). Tout désordre du corps n'était pas révélateur d'un désordre social. Nous avons vu que la prévalence des maladies « prosaïques » était importante à Seaside Tongoa, mais que certains diagnostics permettaient de tenir un discours moralisateur, voire d'agir à un niveau politique et social, comme dans le cas de l'attaque des deux grands chefs invisibles.

Il faut noter ici que les groupes et les personnes mis en cause dans les interprétations des *sik* liées à la sexualité à Seaside Tongoa (mère de famille infidèle, violeur récidiviste, homme ayant trop travaillé) ne correspondaient pas toujours à ceux que les organismes de prévention des IST catégorisaient comme à haut risque. Dans le chapitre 2, j'ai en effet montré que les actions de sensibilisation développées au Vanuatu, tendaient à cibler les jeunes générations de citadins, ainsi que dans une moindre mesure, les « femmes travailleuses du sexe » et les « hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ». Je vais maintenant analyser plus finement ces trois catégories globalisées et voir le sens qu'elles recouvraient localement.

Chapitre IX. Les groupes à risque des politiques de prévention des IST

Introduction

Dans les chapitres précédents, nous avons vu que la notion de risque[1] était employée de manière récurrente par les organismes de prévention des IST présents à Port-Vila. Les activités de sensibilisation menées en 2011-2012 parlaient ainsi de « pratiques moins risquées », de « lieux à risque », de « prises de risque », de « groupes à risque », etc. (voir en particulier, l'analyse des supports de prévention dans le chapitre 6).

Bien que le vocable *risk* fût déjà utilisé au milieu des années 1990 par les organismes de prévention et de promotion de la santé du Vanuatu (voir par exemple, Abel, 1995), en 2011-2012, la signification de ce concept demeurait obscure pour une grande partie des habitants de Seaside Tongoa. Après avoir tenté de donner une définition du terme « risque » à l'un de mes interlocuteurs de la communauté, celui-ci m'expliqua que le concept ne disposait pas de réel équivalent en bislama ou en namakura. Et il me dit que l'expression namakura *kai go wuok namahirean amain namo vaita* – ce qui signifie littéralement « il met sa vie pas bien » – était celle qui ressemblait le plus à la notion que je venais de lui exposer[2]. Cette expression locale possède, elle aussi, une connotation négative, mais contrairement au vocable risque, elle ne fait pas référence à la probabilité d'un fait.

Le *risk* est une notion clé de la santé publique et de la biomédecine contemporaine (Peretti-Watel, 2001 : 17). Dans son ouvrage *Drugs for life*, Joseph Dumit montre comment les compagnies pharmaceutiques américaines influencent les représentations qu'ont les personnes d'elles-mêmes, afin que celles-ci se considèrent en permanence malades ou

[1] La signification du terme anglais *risk* a varié à travers les lieux et les époques. Au XVII^e^ siècle, ce vocable était employé aux États-Unis pour désigner la probabilité d'un événement dans le contexte des jeux d'argent. Jusqu'au XIX^e^ siècle, l'idée de *risk* était neutre outre-Atlantique : elle impliquait la probabilité de perdre ou de gagner. Aujourd'hui, le terme anglais fait néanmoins uniquement référence à des conséquences négatives. Le mot *risk* est dorénavant synonyme de danger : *high risk* signifie de nombreux dangers (Douglas, 1990 : 2-3). Le dictionnaire français du XIX^e^ siècle d'Émile Littré définit, lui aussi, le risque comme « un péril dans lequel entre l'idée de hasard » (http://littre.reverso.net/dictionnaire-francais/definition/risque, consulté le 21 août 2013 à 10 h 52). La définition actuelle française continue à impliquer la dimension de « possibilité, de probabilité d'un fait, d'un événement considéré comme mal » (http://www.larousse.fr/encyclopedie/rechercher?q=risque&t=, consulté le 21 août 2013 à 11 h 10). De nos jours, la notion de risque possède donc, en français comme en anglais, une connotation négative.

[2] Entretien du 16 novembre 2012 avec un homme âgé d'une soixantaine d'années.

susceptibles de l'être et soient en demande constante de traitements (2012). Il indique par exemple qu'au début des années 2000, les médias américains ont massivement relayé les résultats d'essais cliniques stipulant qu'après 30 ans tous les individus devaient prendre des médicaments anti-cholestérol pour diminuer le risque d'attaque cardiaque et doper ainsi la vente de traitements.

Néanmoins, toute personne n'est pas présentée, par la biomédecine ou la santé publique contemporaine, comme susceptible d'être affectée par n'importe quelle maladie. Dans le cas du VIH, des catégories de « populations à haut risque » définies par les milieux scientifiques ont en effet très tôt été créées et diffusées dans les médias. Les premiers syndromes qui n'étaient pas encore nommés sida furent découverts à partir de 1979 aux États-Unis au sein des communautés « gay » de New York et de Californie. Et la maladie fut provisoirement appelée « cancer gay »[3]. Jusqu'au milieu des années 1980, la transmission du virus était considérée par les scientifiques comme ne pouvant avoir lieu que lors des relations anales. Par la suite, les centres américains de contrôle des maladies révélèrent « la liste des 4H » présentant les quatre groupes à « haut risque » pour le VIH identifiés par les autorités américaines. Même si des cas de sida avaient déjà été diagnostiqués en dehors de ces catégories, les homosexuels, les Haïtiens, les hémophiles et les héroïnomanes ont été stigmatisés comme responsables de l'épidémie de VIH aux États-Unis (Treichler, 1987 : 267, 270, 276 ; Farmer, 1996 [1992] : 8). Dès le début de l'épidémie, les organismes de prévention américains focalisèrent donc leurs efforts sur des groupes dits à haut risque qui avaient déjà souvent vécu une longue histoire d'oppressions dans le pays (Thomas, 2014), et ils participèrent à la diffusion internationale de ces catégories.

Dans le chapitre 6, j'ai indiqué que l'*United States President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR) avait fortement contribué à la propagation de l'approche ABC à travers le monde, en conditionnant l'octroi de ses fonds à la mise en œuvre de cette stratégie. Mais le gouvernement américain avait également privilégié le financement de programmes de distribution de préservatifs ciblant exclusivement les bars et les boîtes de nuit, ainsi que les groupes considérés actuellement comme à haut risque, tels que les « femmes travailleuses du sexe » (*female sex workers* – FSW), les « hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes » (*men who have sex with men* – MSM) et les « consommateurs de drogues injectables » (*people who inject drugs*) (Hammar, 2010 a : 6). Aucun pays océanien n'a reçu

[3] Un article du journal *The New York Times* datant du 3 juillet 1981 titre ainsi : « Rare cancer seen in 41 Homosexuals ». http://www.nytimes.com/1981/07/03/us/rare-cancer-seen-in-41-homosexuals.html, consulté le 29 octobre 2014 à 8 h 51.

une aide du PEPFAR, mais les Nations unies, qui agissent eux en Mélanésie, reprirent l'idée de focaliser leur attention et leurs fonds sur certains groupes catégorisés comme à risque pour le VIH et les autres IST sur les plans international et local.

Dans un article publié en 1995, Myriam Abel indique que le Programme national sur le sida (*National AIDS Programme*) du Vanuatu a identifié les « populations les plus probablement à risque » comme étant :

> « Les jeunes âgés de 13 à 25 ans qui représentent 20 % de la population totale ; les ni-Vanuatu qui voyagent à l'étranger pour les études, le busisness, les activités gouvernementales, les conférences ou pour d'autres raisons et qui peuvent avoir des comportements à haut risque pendant leur voyage [c'est-à-dire des contacts sexuels avec des étrangers infectés, notamment, avec des personnes en situation de prostitution] ; les clients des cliniques traitant les IST qui sont pour la plupart des jeunes âgés de 13 à 25 ans ; et les personnes échangeant des rapports sexuels contre de l'argent ou un statut qui sont difficilement identifiables, mais qui constituent un groupe à risque important » (Abel, 1995 : 56).

Dans les années 1990, les groupes labellisés comme à risque pour le VIH au Vanuatu étaient donc principalement les jeunes, les personnes en situation de prostitution et leurs clients.

La Politique de Santé Reproductive 2008 et le Plan National Stratégique pour le VIH et les IST 2008-2012, qui étaient en vigueur au moment de mes recherches au Vanuatu, ne font pas mention de l'existence de « groupes à risque » dans l'archipel. Néanmoins, ils indiquent la présence de « groupes vulnérables », c'est-à-dire « facilement blessés ou attaqués »[4], en particulier celui des jeunes. En outre, la description des « facteurs de risque » facilitant la propagation des épidémies d'IST présente dans ces deux documents – tels que « la forte proportion de jeunes dans la population », « l'augmentation des activités de sexualité transactionnelle » ou « l'augmentation des déplacements à l'étranger » – laisse entrevoir les mêmes groupes cibles que ceux identifiés en 1995 par le Programme national sur le sida. Kalissa Alexeyeff et Niko Besnier notent en effet que bien que la prévention du VIH ait tenté, au cours de ces dernières années, de porter son attention sur les pratiques et les situations à risque (comme l'utilisation non systématique du préservatif) plutôt que sur des catégories, ce sont des groupes spécifiques de personnes qui sont finalement, encore de nos jours, ciblés (2014 : 18).

De plus, même si la Politique de Santé Reproductive 2008 (MoH, 2009) et le Plan National Stratégique pour le VIH et les IST 2008-2012 (MoH, 2008) n'identifient pas clairement des « groupes à risque » pour le VIH et les autres IST, nous avons vu dans le

[4] http://www.vocabulary.com/dictionary/#word=vulnerability, consulté le 31 janvier 2014 à 16 h 12.

chapitre 2 que les actions de prévention développées en 2011-2012 au Vanuatu tendaient à cibler les jeunes générations de citadins et, dans une moindre mesure, les « femmes travailleuses du sexe » et les « hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes » habitant la capitale. Lors de l'analyse stratégique 2013 visant à améliorer la distribution et à accroître l'utilisation des préservatifs au Vanuatu, aux îles Salomon et aux îles Kiribati (voir chapitre 1, page 26), UNFPA me demanda également de réaliser cette étude auprès des groupes « les plus à risque », que l'agence internationale définissait comme les « jeunes », les « femmes travailleuses du sexe », les « hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes » et dans le cas des îles Kiribati, les « marins » – clients privilégiés des « travailleuses du sexe » (UNFPA et Servy, 2014).

Dans ce neuvième chapitre, je vais me pencher sur les catégories considérées par les organismes de prévention comme regroupant les individus les plus à risque pour le VIH et les autres IST. Je vais ainsi me demander quels sens avaient les catégories de « jeunes », d'« hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes » et de « femmes travailleuses du sexe » pendant mes recherches au Vanuatu et comment elles étaient utilisées par les intermédiaires travaillant dans les organismes de prévention des IST de Port-Vila, ainsi que par les habitants de Seaside Tongoa.

9.1 Les jeunes

9.1.1 Les définitions de la jeunesse

La population du Vanuatu, tout comme celle de la plupart des pays mélanésiens, compte une forte proportion de jeunes. D'après le dernier recensement conduit dans l'archipel, 58 % de la population était âgée de moins de 25 ans en 2009 dont 55 % vivaient en milieu urbain et 59 % dans les zones rurales (VNSO, 2011 : vi). Dans le chapitre 3, nous avons ainsi vu que 34 % des habitants de Seaside Tongoa et de Seaside Futuna avaient moins de 15 ans en 2009 et que 55 % étaient âgés de moins de 25 ans[5].

Il existe plusieurs définitions du mot « jeunesse », mais la plupart sont construites à partir de la délimitation d'une tranche d'âge. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS : 2011), par exemple, « les jeunes gens correspondent à la classe d'âge 10-24 ans et les adolescents à celle des 10-19 ans ». Afin de permettre les comparaisons transnationales et d'obtenir les fonds internationaux dédiés à la jeunesse, les études en santé publique menées au

[5] Tableaux obtenus le 14 novembre 2012 auprès d'un agent du VNSO.

Vanuatu, comme celles conduites dans les autres pays du monde, utilisent des définitions de l'« adolescent » et du « jeune » fondées sur l'âge. D'après le rapport de l'enquête « Connaissances, Attitudes, Pratiques 2008-2009 » financée par l'UNICEF, qui visaient à comprendre les risques et les vulnérabilités des jeunes du Vanuatu face au VIH, l'adolescent aurait ainsi de 15 à 19 ans et le jeune de 15 à 24 ans (UNICEF, 2010 a : 11 ; voir chapitre 2, page 57). De même, les plans d'action et les rapports d'activité des organismes de prévention des IST au Vanuatu, tels ceux de *Wan Smolbag*, précisent souvent le nombre de personnes âgées de moins de 25 ans visées par leurs actions. Dans le chapitre 2, j'ai ainsi indiqué que certaines mesures conduites dans l'archipel, en particulier à Port-Vila, étaient spécifiquement destinées aux jeunes populations, comme les services de santé reproductive et sexuelle adaptés aux jeunes, même si dans les faits les patients de ces services n'étaient pas exclusivement âgés de moins de 25 ans.

Figure 101. Des jeunes gens de Seaside Tongoa jouant au baby-foot, 2011

Contrairement au terme adolescent, le vocable « jeune » – *yangfala* issu de l'anglais *young* – existe en bislama. En namakura, *naboboal* signifie également « jeune homme » et *naetahrar* « jeune femme ». Néanmoins, aucun rapport d'activité ou enquête en santé publique menée auprès de jeunes du Vanuatu ne s'est intéressé aux définitions que les répondants avaient de ces catégories ni même s'ils se considéraient être un *yangfala*, un *boboal* ou une *etahrar*.

Lors de mes recherches au Vanuatu, le Conseil national de la jeunesse ne proposait aucune définition officielle du terme *yangfala*[6], mais les personnes interrogées à Seaside

[6] Entretien du 16 novembre 2012 avec un homme âgé d'une trentaine d'années,

Tongoa ou dans d'autres quartiers de Port-Vila tendaient à définir les jeunes d'une manière nettement plus vague que celle de l'Organisation mondiale de la santé. Un homme âgé d'une quarantaine d'années m'expliqua ainsi que « les jeunes sont des personnes encore en forme qui peuvent déjà avoir des enfants[7] ».

Dans sa thèse de doctorat portant sur les jeunes hommes d'un quartier de Port-Vila, Daniela Kraemer montre qu'être jeune dans la capitale, c'est agir en tant que tel au quotidien (2013 : 28-29 ; voir aussi Stern, 2014 b ; Vandeputte-Tavo, 2014 : 114). Ce qui inclut généralement l'implication dans le fonctionnement d'un groupe organisé de jeunes gens, tel qu'une bande (*skwad*), un groupe de musique ou un groupe religieux (voir chapitre 3, pages 133-138). Si les habitants de Port-Vila présentaient une compréhension relationnelle de la jeunesse, la santé publique contemporaine définissait, elle, le jeune par rapport à une caractéristique individuelle (l'âge) qu'elle associait en outre au risque.

9.1.2 La construction abusive de la jeunesse comme une population à risque

Dans l'introduction de ce chapitre, j'ai indiqué que le concept de risque était au cœur de la santé publique et de la biomédecine contemporaine. D'après l'analyse des publications scientifiques recensées par la Bibliothèque Nationale de Médecine américaine, le nombre d'articles consacrés aux conduites à risque a commencé d'augmenter au milieu des années 1980 et a connu une forte croissance à partir des années 1990. La notion de risque en santé publique et en biomédecine est associée à un vaste ensemble de phénomènes, dont les rapports sexuels non protégés, l'usage de drogues, la criminalité, le désinvestissement scolaire, les troubles alimentaires, la nervosité, etc. Cependant, la littérature scientifique sur le risque qui s'est développée à partir des années 1980-1990 s'intéresse essentiellement aux comportements des jeunes ou des adolescents (Peretti-Watel, 2001 : 17, 19)[8].

Dans l'article intitulé « Les conduites à risque des jeunes : défi, myopie ou déni ? », Patrick Peretti-Watel explique que :

> « Chaque étape du cycle de vie comporte ses propres risques. Les adultes qui travaillent sont soumis aux risques professionnels […], mais aussi au stress ou au "harcèlement moral", à l'exigence de performance qui peut les conduire à consommer des "drogues d'intégration" pour rester compétitifs, sans parler du spectre du licenciement et du chômage. […] Si l'adolescence est parfois considérée comme un risque en soi, c'est donc parce qu'elle est

[7] Entretien du 9 mai 2011 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années. Voir aussi l'entretien du 16 octobre 2009 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.

[8] Voir aussi Bozon (2012) pour l'explosion des inquiétudes de certains adultes quant au danger moral, social et sanitaire que représenteraient les jeunes en France.

> associée à des risques qui lui sont [ou plutôt qui lui seraient] spécifiques, et qui sont aujourd'hui plus médiatisés que d'autres [tels que les accidents de la route *versus* les accidents domestiques] » (2001 : 21).

L'essor des travaux sur les conduites à risque des jeunes correspond au début de l'épidémie de VIH et à la banalisation de la consommation de certaines drogues interdites en Occident. Cependant, les historiens ont montré que l'association entre le danger et la jeunesse était déjà présente au début du XX^{e} siècle : par exemple en France, dans la figure de l'« apache » (jeune bandit parisien des années 1900), puis après la seconde guerre mondiale, dans celle du « blouson noir » (Peretti-Watel, 2001 : 18-19 ; Cicchelli et Pugeault-Cichelli, 2006 : 104-106).

La jeunesse occidentale est souvent abusivement associée à certains risques sans preuve statistique. Vincenzo Cicchelli et Catherine Pugeault-Cicchelli indiquent ainsi que :

> « L'analyse des principaux indicateurs épidémiologiques révèle que les jeunes bénéficient d'une meilleure santé que les adultes quand, en se focalisant sur la seule jeunesse, les discours néo-hygiénistes ambiants laissent entendre le contraire […]. Pour cette raison, comparer les jeunes aux adultes représente non seulement une option méthodologique, mais également un devoir éthique pour le sociologue qui entend dénoncer l'emprise du débat social, des médias et des politiques » (2006 : 116).

Peretti-Watel montre ainsi que les messages de prévention du VIH véhiculés par les pouvoirs publics français dans les années 1980 visaient principalement les jeunes, alors qu'en 1984, seule une personne séropositive sur cinq était âgée de moins de 30 ans. Plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH en France avaient de 30 à 39 ans (2001 : 20).

La jeunesse a donc souvent été abusivement associée au risque en Occident. En outre, du fait, au moins en partie, de la globalisation des financements et des politiques (voir chapitre 1), certaines de ces corrélations ont été supposées valables pour les îles du Pacifique.

9.1.3 Les jeunes et les comportements sexuels à risque à Port-Vila

Même si j'ai indiqué dans l'introduction que les politiques publiques en vigueur au Vanuatu n'utilisaient pas nécessairement l'expression « groupe à risque », les jeunes personnes constituaient néanmoins leur principale cible. Le Plan National Stratégique pour le VIH et les IST 2008-2012 vise en effet à améliorer la santé de la « population sexuellement active et, en particulier, celle des jeunes et des populations extrêmement vulnérables » (MoH, 2008 : 15-16). De plus, j'ai signalé dans le premier chapitre que le Programme pour la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents constitue un élément clé de la Politique de Santé Reproductive 2008-2010. Celle-ci indique que :

> « Tous les jeunes, en particulier les filles et les jeunes femmes, devraient avoir accès à un ensemble complet de services adaptés pour les jeunes ». Et « tous les jeunes scolarisés devraient avoir accès à l'information et l'éducation sur la santé reproductive grâce au développement et à la mise en œuvre d'un cursus complet d'éducation à la vie familiale » (MoH, 2009 : 14).

Le Programme pour la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents inclut :

> « La prévention des grossesses précoces ; la prévention et le traitement des IST, dont le VIH ; la mise à disposition de services adaptés pour les jeunes ; la mise en place d'une stratégie d'Information, d'Education et de Communication (IEC), dont l'éducation à la vie familiale ; la révision et le développement de politiques sensibles à la dimension de genre, adaptées aux jeunes ; et la participation des jeunes à la mise en place de ces politiques » (MoH, 2009 : 13 ; voir chapitre 2, pour la description de certains des points de ce programme).

Si les jeunes constituaient d'une manière générale un groupe cible des politiques de prévention et de promotion de la santé sexuelle et reproductive au Vanuatu, certaines catégories de jeunes étaient parfois davantage ciblées que d'autres. En avril 2011, j'ai ainsi participé à une formation organisée par la Communauté du Pacifique (CPS/SPC), destinée aux « personnes fournissant des services de santé sexuelle et reproductive aux adolescents » du Vanuatu. L'un des séminaires était consacré à la compréhension du risque et de la vulnérabilité des jeunes face au VIH. Les intervenants du CPS s'affairèrent à définir et à faire comprendre aux participants qui étaient les jeunes et les adolescents les plus « vulnérables » de par leur situation (*Especially Vulnerable Young People* – EVYP ; *Especially Vulnerable Adolescent* – EVA), et ceux les plus « à risque » pour le VIH du fait de leurs comportements (*Most-At-Risk Young People* – MARYP ; *Most-At-Risk Adolescent* – MARA)[9].

Les catégories EVYP, EVA, MARYP et MARA furent créées par les Nations unies et transmises aux acteurs locaux lors de réunions et de formations, comme celle d'avril 2011. Selon le rapport de l'enquête « Connaissances, Attitudes, Pratiques » de l'UNICEF menée auprès de 510 jeunes du Vanuatu en 2008-2009 (dont 326 sexuellement actifs) et présentée au cours de ce séminaire, les définitions des jeunes et des adolescents les plus « vulnérables » et les plus « à risque » furent néanmoins adaptées au contexte local. D'après le rapport :

> « La sexualité transactionnelle [contre un cadeau ou de la nourriture] et la sexualité commerciale [en échange d'argent], les rapports sexuels entre hommes, les relations sexuelles non protégées, la multiplication des partenaires sexuels et l'utilisation de drogues [sont des comportements qui augmentent les risques de contraction du VIH chez les jeunes du Vanuatu].

[9] *Skills Capacity Building Training for National Adolescents Health and Development Services Providers* organisé par la Communauté du Pacifique du 11 au 15 avril 2011 au ministère de la Santé du Vanuatu.

> Le décrochage scolaire, les rapports sexuels et les grossesses précoces, les inégalités de genre qui empêchent les femmes de négocier l'utilisation du préservatif ou de refuser un acte sexuel, les relations sexuelles forcées, l'utilisation de drogues, la prostitution des adolescentes, le manque d'éducation et d'information, la pornographie, les mariages arrangés avant la puberté, les avortements, les systèmes permettant aux jeunes hommes d'avoir des relations sexuelles avec les veuves ou avec leurs *tawi* [les cousins croisés, et par extension, toutes les personnes avec qui Ego peut se marier (voir chapitre 4, page 154) constituent, quant à eux, des contextes de vulnérabilité pour les jeunes et les adolescents de l'archipel] ».

Les facteurs corrélés mis en exergue par l'enquête sont :

> « Le déroulement d'événements socioculturels favorisant les rencontres et l'usage de drogues, la pauvreté, le chômage, la faible participation des femmes dans les prises de décision, l'interdiction religieuse et scolaire des moyens de contraception, le manque de support des leaders coutumiers, les forts taux d'infections sexuellement transmissibles, le manque de soutien parental, les lieux de résidence éloignés (lorsque l'adolescent habite à l'école, au travail, chez des proches), le manque de santé mentale (anxiété, dépression), les boîtes de nuit, etc. » (UNICEF, 2010 a : 30).

Les définitions des jeunes et des adolescents les plus « vulnérables » et les plus « à risque » pour le VIH semblent donc ici avoir été ajustées, dans une certaine mesure, à la situation locale du Vanuatu. Le rapport fait mention, par exemple, des relations à plaisanterie entre *tawi* (voir chapitre 4, pages 154-155), mais, nous retrouvons néanmoins en première ligne la sexualité transactionnelle et commerciale et les rapports sexuels entre hommes considérés comme à risque pour les IST au plan international (voir plus bas). En outre, cette enquête, essentiellement quantitative, peine à expliquer le pourquoi et le comment de ces comportements et de ces situations dites « vulnérables » ou « à risque ». Les raisons pour lesquelles les jeunes gens n'utilisaient pas de préservatifs ne sont par exemple que vaguement évoquées, alors que mes recherches ethnographiques à Seaside Tongoa m'ont permis d'en découvrir quelques-unes (voir chapitre 5, pages 208-210).

Au Vanuatu, plusieurs études de santé publique ont été récemment réalisées sur les conduites sexuelles à risque des jeunes de l'archipel, telles que l'enquête « Connaissances, Attitudes, Pratiques 2008-2009 », la *Global School-Based Health Survey* 2011 ou l'analyse stratégique visant à améliorer la distribution et à accroître l'utilisation des préservatifs que j'ai menée au Vanuatu, aux îles Salomon et aux îles Kiribati en 2013 (UNFPA et Servy, 2014 ; voir chapitre 1). L'enquête « Connaissances, Attitudes, Pratiques 2008-2009 » conduite auprès de 510 jeunes du Vanuatu habitant Port-Vila ou les îles de Mallicolo et de Tanna a révélé que seuls 41,7 % des jeunes sexuellement actifs interrogés déclaraient avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier (UNICEF,

2010 a : 74). La *Global School-Based Health Survey* conduite en 2011 auprès de 1 119 adolescents scolarisés au Vanuatu a montré que 28,7 % des jeunes âgés de 13 à 16 ans interviewés n'avaient pas fait usage de préservatif et que 50,4 % n'avaient pas utilisé de méthode contraceptive pendant leur dernière relation sexuelle (Peltzer et Pengpid, 2016 : 6).

Ces deux études indiquent une forte prévalence des comportements sexuels à risque pour le VIH et les autres IST chez les jeunes gens du Vanuatu. Néanmoins, il est important de noter que la *Global School-Based Health Survey* considère également le fait d'avoir déjà eu des relations sexuelles (*ever sex*), d'avoir commencé sa vie sexuelle avant l'âge de 14 ans (*early sexual debut : under 14*) et d'avoir eu deux partenaires sexuels ou plus au cours de sa vie (*2 or more lifetime sexual partners*) comme des comportements sexuels à haut risque chez les jeunes (Peltzer et Pengpid, 2016 : 3). Ce n'est donc pas seulement la non-utilisation des préservatifs et des contraceptifs qui conduit ici la jeunesse à être labellisée comme un groupe à risque, mais aussi le fait que les jeunes aient tout simplement une vie sexuelle.

En outre, il est essentiel ici de noter que ces deux enquêtes sur la jeunesse ne fournissent pas de données relatives aux autres groupes d'âge. La *Demographic and Health Survey* 2013 menée au Vanuatu auprès de 2 508 femmes âgées de 15 à 49 ans et de 1 333 hommes âgés de 15 à 54 ans révèle pourtant que les personnes de moins de 25 ans n'étaient pas nécessairement celles les plus touchées par les IST. En effet, 11,7 % des femmes sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans déclarèrent avoir eu une IST ou un symptôme d'une IST (écoulements anormaux, plaies, ulcères génitaux) dans les douze derniers mois précédant l'enquête, contre 12,5 % des 25-29 ans, 12,0 % des 30-39 ans et 7,4 % des 40-49 ans. Les hommes sexuellement actifs âgés de 15 à 24 ans interrogés étaient, quant à eux, 7,9 % à faire de telles déclarations, contre 8,7 % des 25-29 ans, 4,0 % des 30-39 ans et 1,9 % des 40-49 ans. Cette enquête révèle des prévalences semblables en milieu urbain et rural, alors que nous avons vu dans le chapitre 2 que les citadins et la ville tendaient à être labellisés comme à risque par les organismes de prévention des IST. Ainsi 7,9 % des femmes et 5,8 % des hommes résidant en zone urbaine déclarèrent avoir eu une IST ou un symptôme d'une IST dans les douze derniers mois précédant l'enquête, contre 12,6 % et 5,3 % des habitants des zones rurales (MoH *et al.*, 2014 : 198). Bien que les jeunes, en particulier ceux des milieux urbains, soient considérés au Vanuatu comme un groupe à risque pour les IST, la *Demographic and Health Survey* 2013 établit donc que cette labellisation est infondée.

Ainsi, les personnes âgées de moins de 25 ans constituaient pour les organismes de prévention des IST un groupe d'individus à risque. Pourtant, cette stigmatisation d'une partie de la population de l'archipel pose problème. La définition de la jeunesse fondée sur l'âge

utilisée par ces organismes diffère en effet de la compréhension plus relationnelle du jeune partagée par les habitants de Port-Vila interrogés. Les jeunes étaient, de plus, labellisés à risque pour les IST sans véritable preuve épidémiologique. La *Demographic and Health Survey* 2013 a ainsi récemment prouvé en comparant différents groupes d'âge que les jeunes ne déclaraient pas davantage d'IST ou de symptômes que les autres personnes interviewées.

9.2 Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

9.2.1 Un groupe ciblé sans preuve épidémiologique

Tout comme les jeunes gens, les « hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes » (HSH ou MSM, *Men who have Sex with Men*, en anglais), dont le nombre était estimé à 327 en 2011 à Port-Vila (Van Gemert *et al.*, 2013 : 24), étaient considérés comme constituant un groupe à risque pour le VIH par les agences et les bailleurs de fonds internationaux et par les organismes de prévention locaux (UNICEF, 2010 a : 102-103 ; UNFPA et Servy, 2014). Dans le chapitre 2, j'ai signalé la présence de pairs éducateurs qui travaillaient exclusivement auprès des MSM de Port-Vila, ainsi que la conduite d'ateliers d'information en santé sexuelle et reproductive destinés à cette population qui étaient principalement financés par l'aide extérieure (voir chapitre 1). Un groupe nommé *Solidarity* fut de même fondé en 2007 par une éducatrice et un acteur de l'ONG *Wan Smolbag*, dans le but d'organiser des séances d'information et d'éducation par les pairs et des ateliers sur la santé reproductive pour les « MSM » et les « femmes travailleuses du sexe » et de discuter des problèmes quotidiens que ses membres pouvaient rencontrer (voir pages 382-385).

Des enquêtes de santé publique ciblant spécifiquement les MSM ou les incluant volontairement dans les répondants ont aussi été récemment menées dans l'archipel. L'étude qualitative *Risky Business Vanuatu* – conduite en 2010 par Karen McMillan et Heather Worth (2011 a) auprès de deux hommes et de dix-huit femmes de Port-Vila, grâce aux financements de l'*Australian Agency for International Development* – porte ainsi non seulement sur les femmes échangeant leurs services sexuels contre des biens ou de l'argent, mais également sur les hommes pratiquant ce type d'activités avec des partenaires masculins. L'enquête « Connaissances, Attitudes, Pratiques 2008-2009 » et l'enquête *Second Generation Surveillance* – réalisée en 2008 auprès des jeunes, des patients des cliniques traitant les IST et des femmes enceintes de l'hôpital central de Port-Vila, grâce aux fonds de la Communauté du Pacifique – se sont, elles aussi, intéressées aux « hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes » : 8 % des jeunes hommes sexuellement actifs interviewés dans la première

étude et 13 % de ceux interrogés dans la seconde déclarèrent avoir déjà eu de telles activités (UNICEF, 2010 a : 59 ; SPC et Vanuatu MoH, 2008 : 30).

En 2011, une enquête de surveillance bio-comportementale intitulée *Vanuatu Integrated Bio-Behavioural Survey and Population Size Estimation with Men Who Have Sex with Men and Transgender People* a également été menée à Port-Vila, auprès de 52 « hommes », par l'institut de recherche en santé publique australien *Burnet Institute*, en collaboration avec l'ONG *Wan Smolbag* et les fonds de la Communauté du Pacifique. Notons que cette enquête a été conduite en parallèle auprès de 149 « femmes travailleuses du sexe » à Port-Vila (voir page 392 ; Van Gemert *et al.*, 2014). Le rapport de l'étude portant exclusivement sur les « hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes » (MSM) et les « personnes transgenres » (TG) indique que les données épidémiologiques et comportementales concernant ces groupes étaient rares dans l'archipel (Van Gemert *et al.*, 2013 : x, 2). Au cours de mes recherches au Vanuatu, aucune donnée incluant les comportements sexuels n'était en effet collectée de façon systématique dans les établissements de santé traitant les IST.

Le rapport du *Burnet Institute* souligne l'existence de faibles taux d'utilisation de préservatifs chez les MSM et les TG de Port-Vila : seuls 42,2 % des « hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes » et 25 % des « personnes transgenres » interrogés déclarèrent avoir fait usage d'un préservatif lors de leur dernier rapport anal (Van Gemert *et al.*, 2013 : ix). Comparativement, l'enquête *Second Generation Surveillance* conduite en 2008 au Vanuatu et dans d'autres îles du Pacifique (voir chapitre 1, page 26) révèle des taux d'utilisation, au sein des populations MSM et TG, variant de 21 % à Tonga à 55 % aux îles Cook. Bien que nous ne connaissions pas le taux d'utilisation de préservatifs de la population générale du Vanuatu, le rapport de l'enquête de surveillance bio-comportementale du *Burnet Institute* indique que celui-ci devait probablement être tout aussi bas que le taux calculé pour les groupes MSM et TG (Van Gemert *et al.*, 2013 : ix, 16-17). Si les taux d'utilisation de préservatifs chez les MSM et les TG du Vanuatu étaient peu élevés, rien ne prouve donc que ces groupes avaient des comportements plus à risque pour les IST que le reste de la population de l'archipel.

De plus, l'enquête de surveillance bio-comportementale du *Burnet Institute* ne révèle l'existence d'aucun cas de VIH parmi les 52 « hommes » interrogés[10]. Et aucune des neuf

[10] Le *Burnet Institute* avait projeté d'interroger 150 personnes MSM et TG pour cette enquête, mais seules 52 répondirent présentes, de peur que leurs pratiques sexuelles soient rendues publiques, en raison de leur appréhension face aux tests de dépistage des IST et parce que les réseaux sociaux MSM et TG des participants étaient limités – hors le recrutement des participants a été réalisé en utilisant l'échantillonnage fondé sur les répondants (*Respondent Driven Sampling*) : chaque participant a été financièrement incité à encourager ses pairs

personnes diagnostiquées séropositives en 2012 au Vanuatu n'avait été apparemment infectée par contact « homosexuel ». Dans la majorité des pays du Pacifique à l'exception de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, la transmission « hétérosexuelle » était ainsi identifiée comme le principal mode de transmission du VIH. L'étude établit également que 17,7 % des participants MSM et 20,8 % des participants TG étaient atteints d'une infection uro-génitale à Chlamydiae (Van Gemert *et al.*, 2013 : x, 2, 4). Bien que ces taux fussent élevés, il est important de noter que ces prévalences étaient cependant inférieures à celle enregistrée en 2008 auprès des femmes enceintes de Port-Vila. Dans le chapitre 1, j'ai en effet indiqué que, d'après l'enquête *Second Generation Surveillance* 2008, 25 % des femmes enceintes testées à l'hôpital central de la capitale souffraient d'une infection uro-génitale à Chlamydiae (SPC et Vanuatu MoH, 2008 : 33).

Malgré l'absence de cas de VIH, la prévalence relativement faible de l'infection à Chlamydiae et l'impossibilité de comparer les taux d'utilisation de préservatifs des MSM et des TG avec ceux du reste de la population de l'archipel, le rapport du *Burnet Institute* qualifie néanmoins ces deux groupes de populations à « haut risque » face à la contraction du VIH et des autres IST (Van Gemert *et al.*, 2013 : x). Au moment de mes recherches au Vanuatu, les organismes de prévention mettaient ainsi en relation les IST avec les MSM et les TG, sans que de véritables preuves épidémiologiques ou comportementales fussent apportées[11].

9.2.2 Une catégorie créée aux États-Unis pour faire référence à des pratiques sexuelles

Même si le rapport de l'enquête de surveillance bio-comportementale du *Burnet Institute* associe abusivement les MSM aux IST, il présente néanmoins une vision quelque peu critique de l'utilisation de cette catégorie. Le rapport indique en effet que ce terme ne reflète pas la complexité des représentations du genre ou des pratiques sexuelles des habitants des îles du Pacifique. Il précise aussi dans une note de bas de page que de nombreux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, dans le cadre de rituels par exemple, ne s'auto-identifient pas comme des MSM ni des homosexuels (Van Gemert *et al.*, 2013 : 2, 4).

à participer à leur tour à l'enquête (Van Gemert *et al.*, 2013 : 6 ; 10).

[11] Notons que dans d'autres pays d'Afrique et du Pacifique, plusieurs auteurs dénoncèrent également l'association entre le VIH et l'« homosexualité » faite sans réels fondements empiriques (voir par exemple, Comaroff, 2007 : 202 ; Drysdale, 2012 : 6).

D'après le guide terminologique des Nations unies 2011, l'expression « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » est l'appellation qui doit être privilégiée par les organismes de prévention du VIH pour désigner :

> « Des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, indépendamment de leurs rapports sexuels éventuels avec des femmes ou de leur identité bisexuelle ou gay sur le plan personnel ou social » (ONUSIDA, 2011 : 11, 19).

L'appellation MSM a été créée aux États-Unis au milieu des années 1980 afin de décrire non pas une identité mais un comportement jugé à risque dans le contexte de la prévention du VIH. À travers les financements, le matériel éducatif, les programmes d'assistance technique, la circulation de documents électroniques et les conférences internationales, l'expression a très vite connu un essor mondial. Le terme a essentiellement été repris dans les pays anglophones, tels l'Indonésie ou le Vanuatu, où il fut dans le premier cas traduit dans la langue locale (Boellstorff, 2011 : 288-304 ; Jenkins, 2006 : 1-3).

L'expression MSM a été élaborée aux États-Unis pour répondre au fait que certains hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes étaient exclus des programmes de prévention du VIH ciblant les gays, parce qu'ils ne se considéraient pas comme appartenant à de tels groupes. La catégorie MSM a de ce fait émergé en opposition avec le terme gay, un vocable identitaire datant des années 1960. La figure du MSM non occidental, non blanc, de la classe ouvrière, contrastait ainsi avec celle du Blanc appartenant à l'élite occidentale et s'auto-identifiant comme gay. Bien que ces deux vocables soient encore parfois mis en opposition, les gays ont été inclus, depuis le début des années 2000, dans la catégorie des MSM (Boellstorff, 2011 : 288-304 ; Young et Meyer, 2005 : 1145 ; Jenkins, 2006 : 1-3)[12].

Les personnes transgenres (TG) – définies par les Nations unies comme des « personnes possédant une identité sexuelle différente de celle de leur sexe de naissance, qui peut n'être ni spécifiquement masculine ni spécifiquement féminine » – sont elles aussi de plus en plus souvent intégrées, en santé publique, à la catégorie des MSM (ONUSIDA, 2011 : 28). Selon Tom Boellstorff (2011 : 296-297), cette inclusion soulève des problèmes, comme le refus de la part de nombreux TG revendiquant une identité féminine d'être labellisés MSM, la non-affiliation des femmes transgenres transformées en hommes, ou bien encore l'inclusion dans

[12] Notons que l'origine du terme homosexuel remonte, quant à elle, au milieu du XIX^{e} siècle, dans un contexte européen où les pratiques sexuelles entre « hommes » étaient considérées comme pathologiques (Jenkins, 2006 : 1). Mais selon Boellstorff (2011 : 288, 290 294), l'expression « hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes » représenterait, en réalité, une simple anglicisation du vocable « homosexuel », à la différence près que le terme MSM exclut les femmes. Plusieurs auteurs notèrent ainsi que les lesbiennes furent isolées et ignorées, suite à l'adoption de l'expression MSM, parce qu'elles n'appartenaient pas à ce groupe labellisé à risque pour le VIH et les autres IST (Seckinelgin, 2009 : 115 ; George, 2014 : 311 ; Alexeyeff et Besnier, 2014 : 22-23).

cette catégorie d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes transgenres devenus femmes. Ainsi, bien que l'expression MSM fasse avant tout référence à une pratique sexuelle plus qu'à une identité, l'intégration des TG soulève la question du sexe et du genre (Jenkins, 2006 : 3)[13].

La catégorie MSM fit l'objet de nombreuses critiques de la part d'activistes et de chercheurs, dès le début de sa diffusion (Boellstorff, 2011 : 288-289). Le principal reproche fait à cette expression porte sur sa capacité à masquer les différentes identités et réalités sociales regroupées sous cette catégorie. En se focalisant sur les comportements sexuels et en particulier sur la pénétration pénis-anus entre « hommes », l'expression MSM ne reflète pas les façons complexes dont l'identité, le genre et la sexualité sont exprimés à travers le monde (Van Gemert *et al.*, 2013 : 2 ; Stewart, 2014 : 327 ; Hammar, 2010 a : 160 ; 2004 : 2 ; Khan et Khan, 2006 : 766 ; Boellstorff, 2011 : 306 ; Alexeyeff et Besnier, 2014 : 4-5). L'expression MSM définit l'« homme » et les « rapports sexuels » comme des référents stables et allant de soi. Elle amalgame la sexualité et la sodomie. Et elle s'appuie sur une conception biologique de la masculinité (Boellstorff, 2011 : 294). Ainsi, même si le rapport de l'enquête de surveillance bio-comportementale du *Burnet Institute* émet des réserves quant à l'utilisation de l'appellation MSM dans des pays océaniens, les critères de sélection des participants étaient le sexe (« masculin »), l'âge (« plus de 18 ans »), le lieu d'habitation (« Port-Vila et ses environs ») et le fait d'avoir eu des « rapports sexuels anaux avec un autre homme dans les douze derniers mois » précédant l'enquête (Van Gemert *et al.*, 2013 : viii).

Grâce aux interactions transnationales (financements, accords, programmes), la catégorie MSM issue de l'expérience de prévention des IST américaine a donc pris une portée internationale. Néanmoins, cette appellation, qui renvoie à des pratiques sexuelles plus qu'à une identité individuelle ou sociale et qui masque la complexité de la réalité, a souvent été adaptée localement.

[13] Les vocables « sexe » et « genre » ont souvent été opposés par les chercheurs et les activistes occidentaux. La personne serait ainsi clivée entre sa dimension biologique – le sexe – et sa part culturelle – le genre (Oakley, 1972 : 159). Le corps d'un individu posséderait une « identité de sexe », tandis que son « moi » serait doté d'une « identité de genre » – liée à « des attributs ou des caractéristiques psychiques et mentaux masculins, féminins, mixtes, transgenres, etc. » (Théry, 2010 : 104, 106). Dans la définition des Nations unies que je viens de citer, le TG est par exemple défini comme une personne dont le genre n'est pas conforme au sexe. Mais la frontière entre le sexe et le genre – entre le naturel et le culturel – est aujourd'hui largement remise en cause par les sciences sociales (voir notamment Delphy, 2001 : 253 ; Butler, 2005 [1990] : 69 ; Fausto-Sterling, 1993 ; 2000). Le sexe et le genre sont à présent considérés par la plupart des chercheurs comme étroitement dépendants des relations interpersonnelles. Dans l'introduction de l'ouvrage *Gender on the Edge* (2014 : 4-5), Alexeyeff et Besnier définissent ainsi les personnes transgenres comme des « personnes dont l'expérience de genre diffère du genre qu'on leur a assigné ».

9.2.3 L'appropriation des catégories MSM et TG par les intervenants

Même si les appellations MSM et TG sont originaires de l'étranger, le personnel des organismes de prévention des IST que j'ai rencontrés à Port-Vila tendait à en faire usage. Les définitions de ces catégories utilisées en 2011-2012 au Vanuatu différaient souvent cependant de celles avancées par les Nations unies. En outre, leurs compréhensions pouvaient varier d'un intervenant à l'autre.

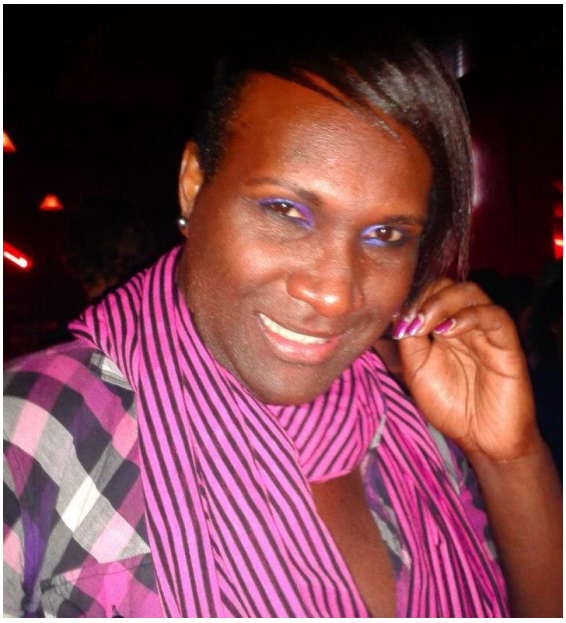


Figure 102. La photographie du profil de Gillio Baxter sur le site *Pacific Sexual Diversity Network* (Source : http://psdnetwork.org/psdn-board-members/)

Ainsi, tous les pairs éducateurs de *Wan Smolbag* n'utilisaient pas l'appellation MSM pour désigner les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Certains qualifiaient de « MSM » uniquement les hommes efféminés et appelaient « clients des MSM » les « vrais hommes » (*stret man*) ayant des relations sexuelles souvent tarifées avec ces derniers. D'autres au contraire réservaient le terme MSM pour désigner les partenaires des hommes efféminés qu'ils nommaient, quant à eux, *bufta* – terme bislama issu de l'argot australien *poofter*, « pédé ». Rencontrant Gillio Baxter, l'une des rares personnes de sexe masculin osant porter une robe dans les boîtes de nuit de Port-Vila (Figure 102), l'un de mes interlocuteurs s'auto-identifiant gay ou homosexuel me dit : « Gillio, ce n'est pas un MSM. C'est un *bufta*. Il agit comme une femme. Mais il vit avec un vrai homme, un MSM[14] ». Alors que la définition des MSM donnée par les Nations unies focalise l'attention sur les comportements sexuels, les usages du vocable MSM relevés chez les pairs éducateurs de *Wan Smolbag* font essentiellement référence à l'identité sociale de la personne, c'est-à-dire à la

[14] Entretien du 19 décembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.

manière dont elle est identifiée par l'extérieur en fonction de certaines caractéristiques, telles que sa manière de s'habiller et sa gestualité.

Dans la définition des personnes transgenres donnée par les Nations unies, l'auto-identification constitue une composante importante. Les TG sont ceux qui se présentent comme ayant « une identité sexuelle différente de celle de leur sexe de naissance » (ONUSIDA, 2011 : 28). Dans le rapport de l'enquête de surveillance bio-comportementale conduite par le *Burnet Institute* à Port-Vila, une note de bas de page précise de même que « le terme transgenre est utilisé pour refléter l'autodétermination du genre » (Van Gemert *et al.*, 2013 : 4). Néanmoins, la passation des questionnaires par les pairs éducateurs de *Wan Smolbag*, dans le cadre de cette étude, a révélé d'autres compréhensions de la catégorie TG – traduite en bislama par le terme *haf-haf* ou *fiftififti* (« moitié-moitié »).

Ainsi, sur le questionnaire bislama utilisé lors de l'enquête de surveillance bio-comportementale du *Burnet Institute*, trois cases pouvaient être cochées : *woman*, *haf-haf* et *male*. Les éducateurs de *Wan Smolbag* qui conduisirent les entretiens m'expliquèrent que la case n'était pas sélectionnée par les participants, mais par leurs propres soins. En fonction de l'apparence physique, vestimentaire et des pratiques sexuelles des participants, ils choisissaient l'une ou l'autre des cases. Une éducatrice m'expliqua connaître la plupart des personnes qui avaient décidé de participer à l'enquête et savoir, par conséquent, si elles étaient *tom boy* (« garçon manqué »), *gay* ou bien si elles étaient de « vrais » (*stret*) hommes et femmes. Néanmoins, lorsqu'elle rencontrait une nouvelle personne, elle ne cochait la case *haf-haf* (TG) qu'à la seule condition que la femme masculine déclare avoir des relations sexuelles avec d'autres femmes ou que l'homme ayant des rapports sexuels avec des hommes soit efféminé. Un homme ayant des relations intimes avec d'autres hommes n'était donc pas nécessairement étiqueté *haf-haf* par les éducateurs, alors qu'une femme qui avait des rapports sexuels avec une autre femme était systématiquement labellisée de cette manière, que son apparence soit ou non masculine[15].

Les personnes de sexe masculin ou féminin n'étaient donc pas étiquetées TG par les éducateurs de *Wan Smolbag* en se fondant sur les mêmes critères : les pratiques sexuelles constituaient un élément commun, mais l'identité sociale déterminée par l'apparence extérieure était également un point important pour nommer TG des personnes de sexe masculin. Néanmoins, dans un cas comme dans l'autre, la façon dont les personnes interrogées s'auto-identifiaient était rarement prise en considération par les pairs éducateurs,

[15] Entretien du 13 octobre 2011 avec deux femmes âgées d'une vingtaine d'années.

alors que la définition des transgenres donnée par les Nations unies prend en compte l'identité sexuelle de la personne, son identité subjective, personnelle.

S'il existait des définitions des catégories MSM et TG admises au plan international, les intermédiaires qui travaillaient dans les organismes de prévention des IST de Port-Vila s'appropriaient donc ces appellations afin de distinguer les hommes efféminés de leurs partenaires masculins et de mettre en avant l'identité sociale des personnes plutôt que leur identité subjective ou leurs pratiques sexuelles.

9.2.4 Les termes employés à Seaside Tongoa pour désigner des hommes efféminés et des femmes masculines

En 2011-2012, les expressions TG et MSM étaient inconnues de la grande majorité des habitants de Port-Vila. À Seaside Tongoa, les membres de la communauté ne faisaient nullement usage de ces termes. Les hommes efféminés (« filles manquées ») qui se rendaient dans le quartier étaient appelés en bislama *fiftififti, haf-haf* ou *bufta* et en namakura *lévav*. Les personnes désignées par ces vocables n'entretenaient pas nécessairement de relations intimes avec d'autres hommes et ne s'autodéfinissaient pas toutes par ces termes mais ils avaient une voix, des gestes, une démarche jugés efféminés par leur entourage.

Même si, dans le questionnaire de l'enquête de surveillance bio-comportementale du *Burnet Institute*, les expressions *haf-haf* ou *fiftififti* désignaient à la fois des femmes et des hommes TG, ces termes n'étaient pas employés par mes interlocuteurs de Seaside Tongoa pour parler de femmes transgenres. L'expression anglaise *tom boy* était, quant à elle, utilisée pour désigner des « garçons manqués » : des femmes s'habillant et se comportant de manière masculine, suivant par exemple des groupes de jeunes hommes dans leurs escapades dans d'autres quartiers. Cependant, ce vocable ne sous-entendait pas non plus que ces femmes eussent des relations sexuelles avec d'autres femmes[16].

Au cours de mes recherches dans la communauté, je n'ai jamais eu l'occasion d'entendre des termes bislama ou namakura spécifiquement utilisés pour désigner un homme masculin ayant des rapports sexuels avec un homme efféminé ou pour nommer une personne étant à la fois sexuellement attirée par les hommes et par les femmes[17]. D'après mes interlocuteurs, les partenaires masculins des hommes efféminés étaient bien souvent mariés et pères de famille et n'étaient pas labellisés *haf-haf, fiftififti, bufta* ni *lévav*. Ils bénéficiaient d'un statut personnel

[16] Entretiens du 3 décembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années, du 14 novembre 2011 avec un groupe de jeunes femmes âgées d'une vingtaine d'années, du 1er août 2011 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années et du 19 décembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[17] Entretien du 12 novembre 2012 avec une femme âgée d'une quarantaine d'années.

et social de « vrai » (*stret*) homme (voir aussi Bozon, 1999 : 7, pour le statut des partenaires des hommes efféminés au Brésil). L'un de mes interlocuteurs, qui avait pour habitude d'avoir des relations sexuelles souvent tarifées avec d'autres hommes, me dit ainsi : « mes clients sont de vrais hommes (*stret man),* ils ont des rapports sexuels avec leur femme, mais s'ils veulent passer par les fesses, ils font appel à moi »[18]. Lors de l'enquête de surveillance bio-comportementale du *Burnet Institute*, 88,9 % des MSM interrogés (contre 31,8 % des TG) déclarèrent en effet avoir déjà eu des relations sexuelles avec un partenaire féminin (Van Gemert *et al.*, 2013 : ix).

Les habitants de Seaside Tongoa, comme les pairs éducateurs de *Wan Smolbag* rencontrés à Port-Vila, distinguaient ainsi les hommes efféminés de leurs partenaires masculins qualifiés de « vrais » hommes. Néanmoins, il faut noter que, si les catégories de MSM et de TG utilisées par les intervenants prenaient en compte les comportements sexuels des personnes, les appellations *tom boy, haf-haf, fiftififti, bufta* ou *lévav* utilisées à Seaside Tongoa pouvaient, quant à elles, être employées sans faire référence aux relations intimes, mais uniquement en se fondant sur l'apparence physique et les activités sociales de la personne ainsi désignée.

9.2.5 Des pratiques sexuelles cachées ou autrefois ritualisées

Même si les habitants de Seaside Tongoa utilisaient les termes *fiftififti, haf-haf, bufta, lévav* ou *tom boy* pour railler des hommes efféminés ou des femmes masculines, il n'y avait pas au Vanuatu, et de façon plus générale en Mélanésie, de catégories séparées, clairement identifiables, équivalant aux *berdaches* d'Amérique du Nord (Roscoe, 1994), aux *hijiras* d'Inde (Nanda, 1994) ou bien aux *fa'a'fafine, leiti* ou *akava'ine* de Polynésie (Stewart, 2014 : 325 ; Jenkins, 2006 : 9 ; Alexeyeff et Besnier, 2014 : 22). Les habitants du Vanuatu se moquaient des « filles » et des « garçons manqués », mais ne reconnaissaient pas l'existence de personnes ayant un statut distinct et autonome de celui d'« homme » et de « femme ». Il n'existait pas de concepts locaux qui auraient pu correspondre à un « troisième genre », voire à un « troisième » et un « quatrième genre », comme ceux décrits en Polynésie ou dans d'autres régions du monde (voir, par exemple, Roscoe, 1994 ; Nanda, 1994)[19].

[18] Entretien du 21 juin 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années, du 13 octobre 2011 avec deux jeunes femmes âgées d'une vingtaine d'années et du 12 octobre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.

[19] Dans plusieurs groupes d'Amérique du Nord, des hommes appelés *berdaches* effectuaient des tâches féminines (artisanat, travail domestique) et portaient des jupes, tandis que des femmes, nommées elles aussi *berdaches*, endossaient des rôles masculins (guerrier, chasseur, leader) et s'habillaient comme des hommes. Les *berdaches* étaient acceptés et intégrés dans leurs communautés. Ils bénéficiaient d'un respect et d'un honneur particulier (Roscoe, 1994 : 330-333). En Inde, les *hijiras* – des hommes émasculés du fait de leur incapacité

Dans l'ouvrage collectif *Gender on the Edge*, plusieurs auteurs soulignèrent le contraste entre l'hypervisibilité des personnes transgenres polynésiennes et le relatif isolement de leurs homologues mélanésiens (Besnier et Alexeyeff, 2014). J'ai par exemple signalé dans la note 10 que, sur les 150 personnes MSM et TG que l'enquête du *Burnet Institute* avait prévu d'interroger au Vanuatu, seules 52 acceptèrent d'y participer, principalement de peur que le secret autour de leurs pratiques sexuelles non hétéronormatives soit levé (Van Gemert *et al.*, 2013 : 10).

Lors de mes séjours au Vanuatu, les couples d'hommes mélanésiens étaient de ce fait rares. L'un de mes interlocuteurs s'auto-identifiant comme gay mais néanmoins publiquement discret sur ses préférences sexuelles, me dit ainsi :

> « J'aimerais bien habiter avec mon copain. Mais les ni-Vanuatu, ils ne veulent pas. Les hommes d'ici, ils ne pensent qu'à leur plaisir. C'est vite fait comme ça. Et toi, pour ton plaisir, tu peux toujours attendre. Ils ne veulent pas faire de câlins ou de bisous. Ils prennent soin de leurs femmes. Mais avec nous, ils font ce qu'ils ont à faire, et après, ils nous disent de partir. Ils nous jettent. J'aimerais bien retrouver un copain blanc. Lorsque j'étais plus jeune, je suis resté deux ans en couple avec un expatrié. Il voulait que je le suive en France. Mais je n'étais pas prêt. La France, c'est trop loin du Vanuatu. Donc je l'ai perdu. Ensuite, je suis resté deux ou trois ans avec un autre Français qui est reparti en Nouvelle-Calédonie. Mais, comme j'ai eu des problèmes avec mes papiers, je n'ai pas pu le suivre. Et il a trouvé un nouveau copain à Nouméa[20] ».

Comme cet extrait d'entretien en témoigne, les partenaires sexuels mélanésiens des hommes efféminés ni-Vanuatu aspiraient généralement à la discrétion et ne souhaitaient que très rarement construire une relation pérenne avec ces derniers, contrairement, d'après mon interlocuteur, à certains de leurs homologues européens vivant à Port-Vila. Du fait de cette discrétion, les hommes mélanésiens qui avaient des relations sexuelles avec des hommes efféminés étaient, pour la plupart, bien intégrés dans leurs communautés respectives. Par exemple, un homme ayant l'habitude d'avoir des rapports sexuels non hétéronormatifs détenait dans son église le statut d'Ancien, lorsque je l'ai rencontré à Port-Vila en 2011[21].

Je n'ai trouvé aucune trace d'un rôle de transgenre socialement reconnu et identifié au Vanuatu[22] et les pratiques sexuelles non hétéronormatives étaient cachées. Néanmoins, plusieurs auteurs ont relevé qu'autrefois les hommes de certains groupes présents dans

---

sexuelle avec les femmes – bénéficiaient également d'un certain prestige. Ils étaient considérés comme des véhicules du pouvoir divin (Nanda, 1994 : 373).

[20] Entretien du 23 juin 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.

[21] Entretien du 17 juin 2011 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.

[22] On a vu que le terme namakura *lévav* ne correspond pas à une catégorie sociale, mais à une manière de railler un homme adoptant des comportements dits de femme.

l'archipel, et ailleurs en Mélanésie, avaient des rapports sexuels (fellation ou sodomie selon les groupes) dans le cadre de rituels d'initiation masculine, afin de transmettre le sperme de l'aîné au cadet (voir Herdt, 1989 ; 1994 [1981] : 232-239 ; Gray, 1986 ; Bonnemère, 1990 ; Alexeyeff et Besnier, 2014 : 22 ; Allen, 2000 : 138). À Seaside Tongoa, aucun souvenir de tels actes n'a été évoqué en ma présence, mais chez les Big Nambas du nord de l'île de Mallicolo, chez les Small Nambas des îles de Vao et d'Atchin et dans le village de Nduindui sur l'île d'Ambae, Bernard Deacon (1934 : 260-269), John Layard (1942 : 486-490) et Michael Allen (1993) ont décrit des pratiques sexuelles non hétéronormatives ayant eu lieu au début du XX^{e} siècle pendant les initiations masculines.

Dans ces trois régions du Vanuatu, de telles pratiques étaient considérées comme à l'origine d'un pouvoir pouvant physiquement et spirituellement transformer les participants et leur entourage (Allen, 1993 : 84), mais le déroulement effectif d'actes sexuels entre hommes ne fut réellement rapporté que chez les Big Nambas. Dans certaines régions de l'île de Mallicolo, les comportements sexuels entre hommes avaient ainsi pour fonction de rendre les jeunes matures, capables de maintenir l'hégémonie masculine et la prééminence des chefs (Deacon, 1934 : 261 ; Allen, 1993 : 84). Après avoir été super-incisés, les novices Small Nambas étaient, quant à eux, menacés d'être pénétrés par des esprits des ancêtres par leur anus, sans que des rapports sexuels aient effectivement lieu au cours d'un rituel (Layard, 1942 : 490). De même à Nduindui, l'« homosexualité ritualisée » était une forme de « comportement normatif inversé » visant à la glorification et à la légitimation des aspirants au statut de Big Men, mais aucun acte pénétratif ritualisé n'était orchestré dans cette société « à grades » (voir chapitre 3, page 138). L'homosexualité ou l'inceste étaient uniquement évoqués à l'occasion de cérémonies organisées par les Big Men, afin de montrer publiquement leur capacité à réaliser ou à suggérer des actes interdits (Allen, 1993 : 84-86, 117).

En parallèle, plusieurs auteurs du début du XX^{e} siècle signalèrent l'existence de pratiques non hétéronormatives dans l'archipel. Celles-ci se déroulaient en dehors d'un cadre ritualisé. Deacon (1934 : 170-171) et Tom Harrisson (1937 : 410) indiquèrent ainsi la présence de « lesbiennes » chez les Big Nambas, appelées localement « femme qui a des rapports avec une femme » (*nimomogh iap nimomogh*). Selon Deacon, la recherche de plaisir entre femmes par jeu ou par désir était fréquente et n'était pas nécessairement mal considérée. À l'inverse, les rapports sexuels entre hommes plus occasionnels et sporadiques étaient jugés « stupides, insensés et mauvais ». Félix Speiser note que la « pédérastie » augmenta au début du XX^{e} siècle, en particulier dans les plantations coloniales où les employés restaient éloignés

des femmes pendant de longues périodes (1996 [1923] : 67). Cependant, les ni-Vanuatu impliqués dans des relations sexuelles non hétéronormatives au début du XX^{e} siècle, dans un cadre initiatique ou non, ne revendiquaient pas une identité sociale ou subjective liée à ces pratiques.

Carol Jenkins indique ainsi que pendant des siècles, dans la plupart des pays du monde, les gens ordinaires faisaient peu d'histoires autour de la sexualité non hétéronormative (2006 : 2). Ces pratiques demeuraient souvent invisibles et non dénommées, parce qu'elles étaient le fait de personnes mariées, pères ou mères de famille, et n'avaient ainsi pas de profondes conséquences sociales. Ainsi, au début du XX^{e} siècle au Vanuatu, les femmes et les hommes qui avaient des comportements sexuels non hétéronormatifs n'endossaient pas une identité individuelle ou sociale en lien avec leurs pratiques sexuelles. Et si en 2011-2012 certains de mes interlocuteurs de Port-Vila s'auto-identifiaient comme gays ou homosexuels, la plupart ne cherchaient pas à être socialement catégorisés de cette façon.

9.2.6 Le développement des revendications identitaires *same sex*

L'homosexualité revendiquée comme identité est un phénomène récent et occidental (Jowitt, 2005 : 12). À partir des années 1980 en France, la visibilité de la population homosexuelle a par exemple été accentuée et la recherche d'une identité sociale a été renforcée afin de lutter contre l'épidémie de VIH (Jaspard, 2005 : 66-67). Même si nous avons vu que la catégorie de santé publique MSM a été élaborée dans le cadre de la prévention des IST aux États-Unis pour faire état de pratiques plutôt que pour désigner une identité, Boellstorff a montré que cette appellation était en voie de devenir une catégorie identitaire dans certains pays du monde : parce qu'elle fait référence à un « groupe à risque » et non uniquement à des individus isolés, parce que des organisations communautaires sont créées par ce « groupe à risque » et parce qu'une conscience de groupe se développe au sein de ces communautés (2011 : 298).

J'ai signalé plus haut que les identités et les expressions sexuelles entre personnes de même sexe étaient encore peu visibles en 2011-2012 au Vanuatu (Drysdale, 2012 : 2 ; Jowitt, 2005 : 14). Du fait du rôle joué par les ONG, les revendications identitaires MSM commençaient néanmoins à se développer à Port-Vila. Si, dans un article du blog *Vanuatu indigenous watch,* datant du 13 juin 2014, l'établissement d'une « association LGBT » (Lesbien, Gay, Bisexuel, Transgenre) au Vanuatu fut qualifié de « récent »[23], j'ai déjà

[23] Article du blog *Vanuatu indigenous watch*, datant du 13 juin 2014, intitulé *Lesbians and homosex not*

mentionné qu'un réseau regroupant des « MSM » et des « femmes travailleuses du sexe » fut créé à Port-Vila dès 2007. Une employée de l'organisation non gouvernementale *Wan Smolbag* m'indiqua que le groupe *Solidarity* fut en effet fondé après qu'une étude sur les *Vanuatu Female Sex Workers* a été menée à Port-Vila en 2006. Cette enquête comportementale coordonnée par l'ONG en collaboration avec la Communauté du Pacifique et le *Burnet Institute* a été conduite auprès de 134 personnes, dont un homme (voir page 392 ; Bulu *et al.*, 2007). Mon interlocutrice m'expliqua avoir été « poussée » par le *Pacific Sexual Diversity Network* – un réseau régional rassemblant des organisations et des projets ciblant les MSM et les TG – à créer un réseau indépendant de *Wan Smolbag*, afin de mener des ateliers d'information, des séances d'éducation par les pairs et des discussions sur les problèmes quotidiens rencontrés par les membres MSM et TG[24].

Cette employée de *Wan Smolbag* me précisa que la fréquence des activités et la taille du groupe étaient très fluctuantes d'une année sur l'autre : elles diminuèrent quelque temps après la fondation du réseau et augmentèrent, en 2009, suite à la diffusion de la saison 3 de *Love Patrol*. C'est en effet dans cette saison de la série de *Wan Smolbag* (voir chapitre 2, pages 91-92) qu'apparaît pour la première fois le personnage gay d'Andy interprété par Gillio Baxter, cofondateur et président du groupe *Solidarity*. Une augmentation des activités du réseau fut également notée après que l'enquête de santé publique du *Burnet Institute*, appelée *Vanuatu Integrated Bio-Behavioural Survey and Population Size Estimation with Men Who Have Sex with Men and Transgender People* fut conduite à Port-Vila en 2011.

En juillet 2012, le groupe *Solidarity* était encore relativement actif. Je pus assister à l'une de leurs réunions mensuelles, organisée dans une salle de la nouvelle boîte de nuit de la capitale, le *Shakers*[25]. Le lieu fut prêté gratuitement par le propriétaire parce que Gillio travaillait alors comme serveur dans la boîte de nuit le *Rumours* qui était dirigée par le même homme. Dix personnes participèrent à cette réunion. La grande majorité travaillait pour l'ONG *Wan Smolbag* en tant que personnel d'entretien, éducateur ou même acteur, mais deux jeunes lycéens étaient également présents.

Lors de cette réunion, les participants m'expliquèrent que Gillio avait été élu président quelques années auparavant, du fait de sa capacité à « assumer » son identité non hétéronormative. Gillio avait interprété le personnage d'Andy dans la série *Love Patrol* et

---

welcomed by VCC.
http://indigenouswatch.wordpress.com/2014/05/13/lesbians-and-homosex-not-welcomed-by-vcc/, consulté le 6 novembre 2014 à 18 h 55.

[24] Entretien du 14 juillet 2012 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.

[25] Réunion et entretiens du 17 juillet 2012 avec un groupe de dix « MSM » et sympathisants.

s'auto-identifiait comme « gay ». Il s'habillait, parlait et marchait dans la rue d'une façon ostensiblement efféminée (Figure 102). La construction et la revendication d'une identité *same sex* au Vanuatu étaient l'un des fondements de l'établissement du réseau *Solidarity* et de sa constitution légale en association. En juin 2013, Gillio déclara : « l'association a l'intention de défendre les droits [des LGBT], cas par cas, et projette d'aider chacun à comprendre sa sexualité et à faire le premier pas pour qu'il s'accepte tel qu'il est[26] ».

Les membres de *Solidarity* m'expliquèrent qu'auparavant ils s'empressaient de se disperser après leurs rassemblements, de peur qu'ils ne soient vus ensemble, mais que dorénavant, grâce au réseau, ils restaient en groupe. Lorsqu'ils sortirent dans la rue à la fin de cette réunion de juillet 2012, je pus en effet les observer se faire deux bises sur la joue, s'esclaffer et s'interpeller avec des voix portantes, en utilisant des termes tels que *she*, *girls*, *sista*, *ladies* ou même le vocable français « salopes ».

Après avoir présenté mes recherches et avoir parlé de la conférence australienne *Sexualities, Sexual Rights and HIV in Papua New Guinea and the Pacific* – à laquelle je m'étais rendue la semaine précédente en compagnie de la cofondatrice du réseau *Solidarity* –, Gillio demanda aux participants s'ils avaient quelque chose à partager avec l'assemblée de ce mardi 17 juillet 2012. Plusieurs membres du groupe parlèrent de leurs craintes et de leurs récentes expériences face à des compliments, des insultes ou des questions de personnes rencontrées dans les rues. Deux jeunes hommes expliquèrent par exemple que le mois dernier, après avoir quitté la réunion *Solidarity*, ils avaient discuté de santé reproductive en compagnie de deux hommes assis près du front de mer. En les quittant, ces derniers leur firent des compliments sur leur physique et les saluèrent d'un « bonne nuit mesdames » (*Gud naet ledis*). Gillio réagit à cette histoire en déclarant :

> « On a déjà parlé de ça la dernière fois ! Quand on vous dit *ledi* ou *sista*, vous devez prendre ça positivement ». Un participant, travaillant à *Wan Smolbag* renchérit : « Ces deux hommes sont venus vous chercher à la clinique. Ils ont demandé à voir les "hommes aux beaux cheveux". Vous n'étiez pas là. Mais ils ont quand même été voir l'infirmière ». La cofondatrice du réseau *Solidarity* ajouta : « Vous voyez, c'est du travail positif. Ça prouve que l'éducation par les pairs sert à quelque chose ».

L'analyse de cette réunion de juillet 2012 montre que le groupe *Solidarity* tentait non seulement de délivrer des messages autour des IST, mais aussi de développer un esprit

[26] *The association is intended to forward their rights case by case and assist each and every one to understand their sexuality and do the first step in accepting them as they are*. Article du blog *Vanuatu indigenous watch*, datant du 13 juin 2014, intitulé *Lesbians and homosex not welcomed by VCC*. http://indigenouswatch.wordpress.com/2014/05/13/lesbians-and-homosex-not-welcomed-by-vcc/, consulté le 6 novembre 2014 à 18 h 55.

identitaire *same sex* à Port-Vila, en apprenant à ses membres à agir en public et à réagir face aux critiques.

La chercheuse en santé publique Robyn Drysdale (2012) indiqua, lors de la conférence *Sexualities, Sexual Rights and HIV in Papua New Guinea and the Pacific*, que le personnage gay d'Andy, tout comme Gillio dans la vraie vie, représentait un modèle pour les jeunes MSM du Pacifique. Elle nota ainsi qu'Andy offrait une « identité à laquelle les MSM pouvaient aspirer » parce qu'il n'était pas représenté comme une victime mais comme une personne dotée d'une forte capacité d'agir (*agency*). Il véhiculait une image positive de « l'identité MSM » ce qui contribuait, selon elle, à normaliser l'attirance pour quelqu'un du même sexe que soi et à ouvrir le dialogue sur la stigmatisation et l'homophobie.

Lors de la réunion de juillet 2012 à laquelle j'ai assisté, les participants parlèrent de leur réseau en employant principalement le terme MSM. Le *Pacific Sexual Diversity Network*, auquel le groupe était rattaché se définissait comme « un réseau représentant les intérêts des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (MSM) dans la région Pacifique[27] ». Notons que le *Pacific Sexual Diversity Network*, financé par l'organisation internationale basée aux Pays-Bas *Hivos*, cherchait à « construire une réponse régionale efficace à la menace actuelle ou potentielle que le VIH et le sida représentent pour les MSM et les TG du Pacifique[28] ». Le fait que l'appellation MSM soit dorénavant plébiscitée par les organismes de prévention du VIH explique sans doute que le vocable était utilisé par le *Pacific Sexual Diversity Network* et par le groupe *Solidarity* de Port-Vila.

Néanmoins, je ne peux pas affirmer qu'en 2012, les membres du réseau *Solidarity* se reconnaissaient tous pleinement dans la catégorie MSM. On a vu qu'en dehors des réunions, les participants pouvaient utiliser d'autres expressions pour se qualifier, telles que gay, *lévav* ou homosexuel. Ils se définissaient ainsi à la fois en des termes locaux et non-locaux, plus ou moins récents (Alexeyeff et Besnier, 2014 : 17).

Dans différentes régions du monde, des personnes ont émis de vives résistances à être placées dans la catégorie MSM (Seckinelgin, 2009 : 112-113 ; George, 2014 : 295 ; Young et Meyer, 2005 : 1144-1147). Dans certains pays du Pacifique, telle la Nouvelle-Zélande, des débats eurent lieu afin de déterminer quels termes devaient être employés pour désigner les personnes non hétéronormatives, tout en rendant compte des spécificités culturelles et politiques locales (Alexeyeff et Besnier, 2014 : 7). En 2012, il n'existait cependant pas à ma connaissance de tels débats à Port-Vila. Les membres du groupe *Solidarity* montraient ainsi

[27] http://psdnetwork.org/test-page/, consulté le 19 novembre 2014 à 10 h 45.
[28] http://psdnetwork.org/test-page/, consulté le 25 juin 2016 à 20 h 32.

une certaine bonne volonté à faire usage de l'expression MSM pour exprimer leur position en tant que sujet.

Nous pouvons imaginer que le désir d'utiliser le terme MSM par les membres du groupe *Solidarity* soit lié aux portes que l'identification à cette catégorie pouvait leur ouvrir. Plusieurs auteurs montrèrent en effet, dans d'autres pays du monde, que les expressions globalisantes MSM ou LGBT étaient utilisées de façon stratégique par les activistes locaux. S'identifier à ces catégories leur était nécessaire pour bénéficier de fonds, de bourses, de faveurs, d'un emploi ou pour participer à un voyage (Seckinelgin, 2009 : 114 ; Alexeyeff et Besnier, 2014 : 19 ; Hammar, 2008 : 78 ; Stewart, 2014 : 327). Lors de la réunion du 17 juillet 2012, Gillio annonça par exemple qu'il allait participer à une conférence internationale sur le VIH se déroulant aux États-Unis, grâce au financement du *Pacific Sexual Diversity Network*. Et en novembre 2014, la page Internet du *Pacific Sexual Diversity Network* le présentait comme le trésorier de ce réseau régional, alors que nous avons vu qu'en juillet 2012, Gillio travaillait comme simple serveur dans la boîte nuit le *Rumours*[29].

Si, lors de mes recherches à Port-Vila, la plupart des personnes s'auto-identifiant gay ou homosexuel souhaitaient que leurs pratiques sexuelles non hétéronormatives soient tenues secrètes, les membres du réseau *Solidarity* mettaient eux en avant, du moins pendant leurs réunions hebdomadaires, une identité individuelle et sociale *same sex*. Bien que l'appellation MSM ait été créée pour décrire des comportements, les membres de ce groupe qui recevaient des financements étrangers associés à la lutte contre le VIH tendaient à en faire usage comme d'une catégorie identitaire.

9.2.7 Un climat homophobe exacerbé par les Églises

L'analyse de la réunion du 17 juillet 2012 du groupe *Solidarity* a révélé le développement de revendications identitaires *same sex* à Port-Vila, mais elle laisse également deviner la présence d'un climat homophobe. Alors qu'à la fin de cette réunion, les membres du groupe *Solidarity* discutaient du lieu où ils souhaitaient organiser leur prochaine séance d'éducation sur la santé sexuelle et reproductive, plusieurs d'entre eux exprimèrent en effet leur désir de choisir une communauté où ils ne risqueraient pas d'être sujets à de trop nombreuses injures.

Dans certains pays mélanésiens, les relations sexuelles entre deux hommes adultes demeuraient interdites par la loi. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, Christine Stewart notait

[29] http://psdnetwork.org/psdn-board-members/, consulté le 20 novembre 2014 à 8 h 36.

qu'en 2014, la « pénétration sexuelle d'une personne allant à l'encontre de la nature » était encore criminalisée par le régime de droit commun d'inspiration anglaise (2014 : 335). Deux hommes néo-guinéens pratiquant la sodomie risquaient donc une condamnation à une peine de 14 ans d'emprisonnement. Au Vanuatu, les « rapports sexuels consentis entre personnes de même sexe » n'étaient criminalisés que dans le cas où l'un des partenaires était âgé de moins de 18 ans. Anita Jowitt indique cependant que la législation de cette République, faite avec l'aide d'intervenants étrangers, n'était pas nécessairement en accord avec le ressenti de la population à l'égard des personnes non hétéronormatives (2005 : 13-14). Au début des années 2000, un expatrié aurait ainsi vu son permis de résidence révoqué par les autorités sous prétexte que l'homosexualité allait à l'encontre de la chrétienté.

À plusieurs reprises, j'ai lu ou entendu au Vanuatu des discours homophobes émanant de fidèles appartenant à différentes Églises chrétiennes : *Neil Thomas Ministry*, *Churches of Christ*, *Living Water Ministry*, l'Église presbytérienne du Vanuatu ou l'Église des adventistes du Septième jour[30]. Un homme de confession presbytérienne habitant Seaside Tongoa me dit ainsi :

> « Il n'y a pas de pédés (*bufta*) ici. Si l'un d'entre nous était pédé, il aurait fui la communauté. En France, il y a des mariages de pédés, mais pas ici. Ce n'est pas bien. Dieu a mis l'homme et la femme sur terre pour qu'ils fassent des enfants. Deux femmes qui utilisent un faux pénis, ce n'est pas bien non plus. C'est du plastique. Le chef doit leur parler, leur dire : "Pourquoi vous faites ça ? Il n'y a pas assez d'hommes ici pour vous satisfaire ?" »[31].

Un second appartenant au *Living Water Ministry* m'indiqua que la femme devenue homme, qui était décrite dans le magazine australien qu'il était en train de feuilleter irait en enfer, car « elle avait endommagé l'œuvre de Dieu »[32]. En décembre 2012, plusieurs internautes eurent un débat animé sur le réseau social Facebook à propos de l'immoralité des relations homosexuelles et du discours biblique à l'égard de ces pratiques[33]. En mai 2011, dans une maison d'un village de l'île de Nguna, je découvris, là encore, une brochure intitulée *Pictures from the PIT*, comportant des illustrations d'un artiste coréen représentant l'enfer. Au-dessus de l'un des dessins retrouvés sur Internet (Figure 103), il était inscrit en anglais « il

[30] Entretiens du 12 juin 2011 avec un pasteur du *Neil Thomas Ministry*, du 26 juin 2012 avec un Ancien de *Churches of Christ*, du 24 et du 29 juin 2012 avec deux fidèles de *Churches of Christ*, du 26 juin 2012 avec un fidèle de *Living Water*, du 22 août 2012 avec une responsable de l'église presbytérienne et du 4 juillet 2012 avec une responsable de l'église adventiste du septième jour.
[31] Entretien du 18 septembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[32] Entretien du 26 juin 2012 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[33] Discussion des 19 et 20 décembre 2012 sur le groupe Facebook, *Yumi toktok stret*, entre des internautes principalement masculins.

y a un endroit en enfer […] pour ceux qui sont devenus homosexuels ou bisexuels. Ils sont pénétrés par des couteaux et des lances[34] ».

Figure 103. Une illustration issue d'une brochure chrétienne retrouvée sur l'île de Nguna, 2011 (Source : www.divinerevelations.info/pit/)

Stewart note qu'en Papouasie-Nouvelle-Guinée, les mouvements extrémistes chrétiens récemment implantés dans le pays étaient ceux qui insistaient le plus sur le caractère immoral des comportements sexuels jugés socialement déviants[35], tels que la prostitution et la sodomie (2014 : 337). Néanmoins, les Églises les plus anciennement installées au Vanuatu n'étaient pas nécessairement plus tolérantes envers les pratiques sexuelles non hétéronormatives, et en particulier, envers les mariages entre deux personnes de « même sexe » et la création d'associations. Jenkins écrivit que :

> « La plupart des croyances homophobes et anti-sexualités, qui existent dans le monde non occidental aujourd'hui, sont enracinées dans les enseignements judéo-chrétien-islamiques qui furent exportés à travers le monde par les missionnaires, au cours de ces 500 à 1 000 dernières années » (2006 : 11).

En juin 2014, suite à l'annonce, par l'Église presbytérienne des États-Unis, d'autoriser la célébration des mariages homosexuels, le modérateur de l'Église presbytérienne du Vanuatu (PCV) commenta : « ceci arrive aux États-Unis, mais l'Église presbytérienne du Vanuatu

[34] *There is a place in Hell for men who cheated on their spouses. For those who became gay or bisexual. They were penetrated by knives and spears*. Brochure trouvée sur l'île de Nguna le 6 juin 2011. http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC0QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.divinerevelations.info%2Fdocuments%2Fpictures_from_the_pit%2Fpictures_from_the_pit.doc&ei=fDhaVKDCO7eOsQTs4IK4BQ&usg=AFQjCNGKbVkaBQS3SGlGIuraT23yD58cmg&bvm=bv.78677474,d.cWc, consulté le 5 novembre 2014 à 16 h 02. Brochure trouvée sur l'île de Nguna le 6 juin 2011.

[35] La déviance est selon Howard Becker (1985 [1963] : 186) : « une action publiquement disqualifiée ».

dénonce [cette décision] et n'acceptera jamais que cela se déroule à l'intérieur de l'Église presbytérienne du Vanuatu[36] ».

Le mois précédent, le *Vanuatu Christian Council of Churches* (VCCC) – représentant les Églises catholique, anglicane, presbytérienne, apostolique, adventiste, l'Église du Christ et les Assemblées de Dieu du Vanuatu – avait de même exprimé sa « très forte opposition » face à l'établissement dans le pays de l'« association LGBT », soutenue par le *Pacific Sexual Diversity Network*. Au cours d'une interview journalistique, l'évêque anglican James Ligo, président de ce comité, reconnut le statut d'« être humain » des personnes homosexuelles mais il déclara également que la constitution du Vanuatu était fondée sur des valeurs chrétiennes et mélanésiennes et que la reconnaissance des droits des homosexuels risquerait d'engendrer de profondes divisions et d'importants problèmes au sein des familles et des communautés de l'archipel. Le président du VCCC ajouta que le comité ne voulait pas que les modes de vie existant dans d'autres parties du monde se développent au Vanuatu. Il appela donc tous les chefs et les Églises à travailler avec le gouvernement pour faire face à cette situation risquant de « détruire la vie des jeunes générations »[37].

L'intervention du président du VCCC laissa apparaître un sentiment nationaliste fort mettant en avant la religion chrétienne et la coutume (*kastom*) mélanésienne. Bien que certains groupes du Vanuatu pratiquaient encore au début du XX^e^ siècle des rites homosexuels, lors de la formation de la Nation qui suivit l'accession de l'archipel à l'indépendance, « la *kastom* fut (re) construite de telle façon qu'elle créa une atmosphère homophobe » (Jowitt, 2005 : 14). D'après Jowitt, la construction contemporaine de la *kastom* conduisit à l'intolérance envers les homosexuels, parce qu'elle fut modelée par la mise en relation de la chrétienté, du concept occidental d'unité familiale et des préoccupations entourant la légitimation de la coutume (2005 : 13-14). Cette juriste indiqua que les relations entre la chrétienté et la *kastom* auraient été affectées, si cette dernière avait approuvé l'homosexualité, et que ce n'aurait pas été une bonne politique que de mettre en danger cette relation alors que les comportements sexuels entre personnes de « même sexe » constituaient des aspects cachés et peu répandus de la coutume.

[36] *That is happening in the USA but the Presbyterian Church of Vanuatu denounces it and will never allow it to happen within the Presbyterian in Vanuatu*. Propos recueillis par le journaliste Godwin Ligo, publiés le 24 juin 2014 par le journal *Vanuatu Daily Post*.

[37] Interview journalistique du 16 mai 2014 mené par Hilaire Bule, diffusé dans l'émission *Dateline Pacific* de *Radio New Zealand International*.
http://www.radionz.co.nz/international/programmes/datelinepacific/audio/2596089/vanuatu-churches-will-not-accept-lgbt-community-bishop, retranscription consultée en ligne le 6 novembre 2014 à 11 h 44.

Mais le concept d'unité familiale et la crainte des conséquences que l'acceptation de l'homosexualité pourrait avoir sur le bon fonctionnement d'une société, encore fondée sur la naissance de nombreux enfants et la solidarité intergénérationnelle (voir chapitre 4, page 161), étaient également présents dans le discours de James Ligo, président du VCCC. Une habitante de Seaside Tongoa m'expliqua de même que « l'homosexualité, c'est bon pour les Blancs qui ont de l'argent. Mais si on n'a pas d'enfants, il n'y aura personne pour s'occuper de nous lorsqu'on sera vieux[38] » (voir aussi Jowitt, 2005 : 13).

Pour cette femme, ce ne sont pas les pratiques sexuelles non hétéronormatives qui posent réellement problème au Vanuatu, mais le fait de ne pas se reproduire. Engendrer de nouveaux membres producteurs et reproducteurs était considéré, on l'a vu, comme un devoir social et moral primordial pour les hommes et les femmes de Seaside Tongoa. Dans un contexte urbain où l'argent est indispensable pour se nourrir, se vêtir et parfois même se loger, alors que le système des retraites est peu développé, ne pas avoir d'enfants revient à ne pas sécuriser son avenir. Les discours recueillis au Vanuatu s'opposant aux pratiques et aux personnes non hétéronormatives légitimaient donc leurs propos en s'appuyant non seulement sur la religion chrétienne, mais aussi sur la *kastom* mélanésienne et la dépendance entre les générations.

9.2.8 L'augmentation de la visibilité et des violences liées aux revendications identitaires

Nous avons vu plus haut que le réseau *Solidarity* – transformé en 2014 en « association LGBT » – avait pour objectif d'accroître la visibilité des personnes non hétéronormatives au Vanuatu. Alexeyeff et Besnier notent à ce sujet que les organisations non gouvernementales agissent invariablement avec l'hypothèse que la visibilité des pratiques sexuelles est désirable (2014 : 18). L'utilisation d'appellations simples, telles que LGBT ou MSM permettrait par exemple d'attirer l'attention des décideurs en traduisant la complexité de la réalité quotidienne en termes politiquement compréhensibles (Seckinelgin, 2009 : 108). Cependant, plusieurs auteurs montrent, en Océanie et ailleurs, que l'augmentation des revendications et la mise sur le devant de la scène d'activistes gays amplifient les violences envers les personnes s'identifiant ou étant identifiées dans cette catégorie (Seckinelgin, 2009 : 108 ; George, 2014 : 299 ; Jenkins, 2006 : 9). Les propos de Drysdale quant à l'impact positif que l'apparition du personnage d'Andy dans la série *Love Patrol* aurait pu avoir sur la diminution de l'homophobie au Vanuatu, doivent donc être relativisés (2012).

[38] Entretien du 18 juin 2011 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.

Dans leur rapport de l'enquête qualitative *Risky Business Vanuatu* portant sur les « travailleurs du sexe » de Port-Vila, McMillan et Worth indiquent que Port-Vila est une ville « dangereuse pour exprimer son identité transgenre » (2011 a : 7). Plusieurs de mes interlocuteurs exprimèrent ouvertement leur volonté de chasser ou de nuire physiquement aux hommes efféminés (*bufta* ou *haf-haf*), s'ils se trouvent sur leur route ou dans leur communauté[39]. Une habitante de Seaside Tongoa me mit également en garde sur les dangers auxquels je pouvais être confrontée en me rendant en boîte de nuit avec mes amis *lévav* : je risquais, selon elle, de me faire moi-même battre ou violer en étant en leur compagnie[40]. Le risque de violences n'était cependant pas uniquement limité aux lieux de vie nocturnes de Port-Vila. Pendant mes recherches, des pairs éducateurs travaillant pour *Wan Smolbag* furent agressés dans la rue, en pleine journée.

En 2011-2012, l'intensité des violences enregistrées à Port-Vila ne semblait néanmoins pas avoir atteint le niveau de celles décrites par Stewart (2014 : 331-340) en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Les harcèlements, les chantages, les coups, les viols, les meurtres de personnes « homosexuelles » seraient ainsi plus fréquents en Papouasie-Nouvelle-Guinée que dans les autres îles du Pacifique. Stewart avance trois raisons à la banalisation des violences dans le pays : les lois et les religions étaient plus vigoureusement opposées aux homosexuels, les hostilités interethniques étaient fortes, et la prévalence du VIH était élevée, ce qui engendrait, selon elle, des peurs, des accusations et des stigmatisations, ainsi que le faible nombre de programmes focalisés sur la promotion des droits des personnes non hétéronormatives dans le pays.

On peut se demander dans quelle mesure l'association *Solidarity* pourra atteindre son objectif de défendre les droits des personnes non hétéronormatives au Vanuatu, alors qu'elle est rattachée au *Pacific Sexual Diversity Network*, dont la visée principale est de répondre à la menace du VIH, et que la plupart des financements perçus par le groupe sont associés à la lutte contre le virus. À Fidji, Nicole George montre que les discours des activistes contre la discrimination se firent rares, à partir du moment où les fonds alloués au VIH dans le Pacifique augmentèrent de façon drastique (2014 : 308). Les activistes fidjiens furent en effet encouragés à développer des programmes de santé sexuelle pour les MSM et n'eurent, dès lors, guère le temps pour revendiquer les droits des gays. En outre, George suggère que les activistes contribuaient, d'une certaine manière, à l'entretien d'un climat d'intolérance envers

[39] Entretien du 2 juillet 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années et du 31 août 2012 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[40] Entretien du 30 octobre 2011 avec une femme de quatre-vingt-cinq ans.

les personnes non hétéronormatives en se focalisant sur la santé sexuelle et en renforçant, de ce fait, l'association entre MSM et risque – corrélation coïncidant avec la rhétorique religieuse extrémiste qui juge la sexualité masculine homosexuelle immorale et pathologique (2014 : 313). L'africaniste et indianiste Hakan Seckinelgin note, de même, que l'utilisation de la catégorie MSM comme un outil pour cibler un groupe jugé vulnérable, dans le cadre des politiques internationales VIH/sida, peut agir comme un mécanisme neutralisant les demandes de reconnaissance politique (2009 : 115).

Lors de mes recherches à Port-Vila, la plupart des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ne semblaient pas se reconnaître dans la catégorie MSM telle que définie par les Nations unies. L'expression était cependant employée parce qu'elle « ouvrait certains espaces » : elle pouvait non seulement être utilisée pour accéder à une reconnaissance politique, mais elle permettait aussi à des personnes non hétéronormatives d'exprimer une identité individuelle *same sex*, d'accéder à des ressources et à des services internationaux, de mener des luttes politiques locales et d'organiser des réseaux de solidarité. Néanmoins, la catégorie MSM pouvait également « fermer des espaces », en niant les différences identitaires et comportementales et en impliquant l'augmentation des attitudes négatives de la population à l'encontre de ces personnes (Seckinelgin : 2009 : 108, 113, 116).

Ainsi, on a vu que les MSM du Vanuatu étaient considérés par les organismes de prévention des IST comme un groupe à risque sans que de réelles preuves épidémiologiques ou comportementales concernant cette population aient été apportées. J'ai aussi établi que la catégorie MSM, plébiscitée par les organismes de prévention des IST, masque la complexité des identités et des pratiques sexuelles et que les habitants de Seaside Tongoa préféraient eux utiliser des termes (*haf-haf, bufta, lévav*) distinguant les hommes efféminés de leurs partenaires masculins. Si les vocables MSM ou TG étaient parfois utilisés par les intermédiaires travaillant pour les organismes de prévention des IST de Port-Vila, leur signification était néanmoins détournée pour continuer à distinguer les personnes ayant des rapports sexuels non hétéronormatifs, non pas en fonction de leurs comportements sexuels, mais de leur identité sociale. J'ai enfin montré que les identités *same sex* étaient encore peu visibles pendant mes recherches à Port-Vila, mais que les membres du groupe *Solidarity*, créé et financé sous l'impulsion d'un organisme étranger, tendaient à développer une identité sociale et individuelle MSM. Ce qui leur permettait d'accéder à des ressources et à des dispositifs, mais contribuait également à renforcer le climat homophobe déjà présent.

9.3 Les femmes travailleuses du sexe

9.3.1 Un manque de preuves épidémiologiques

Comme les jeunes et les MSM, les « femmes travailleuses du sexe » (*female sex workers* ou FSW en anglais) – dont le nombre était estimé à 1 390, en 2011, à Port-Vila (Van Gemert, 2014 : 2042) – étaient labellisées « à risque » pour le VIH et les autres IST (voir UNICEF, 2010 a : 102-103 ; UNFPA et Servy, 2014)[41]. Dans le chapitre 2, j'ai mentionné les pairs éducateurs travaillant exclusivement auprès de « travailleuses du sexe », la bande dessinée *Esta mo Teresa* et les ateliers d'information en santé sexuelle et reproductive spécifiquement destinés aux personnes en situation de prostitution dans la capitale. J'ai également signalé que le réseau *Solidarity*, principalement composé en 2012 de personnes non hétéronormatives, était ouvert non seulement aux « MSM », mais aussi aux « femmes travailleuses du sexe » de Port-Vila.

Trois études en santé publique furent conduites au Vanuatu entre 2006 et 2011 auprès d'hommes et de femmes « échangeant leurs services sexuels contre des biens, de l'argent ou des faveurs » (Bulu *et al.*, 2007 : 48 ; McMillan et Worth, 2011 a : 8 ; Van Gemert *et al.*, 2014 : 2041). J'ai déjà mentionné l'enquête comportementale *Vanuatu Female Sex Workers* menée en 2006 auprès de 134 personnes de Port-Vila par le *Burnet Institute*, *Wan Smolbag* et la Communauté du Pacifique (Bulu *et al.*, 2007), l'étude qualitative *Risky Business Vanuatu* conduite en 2010 par McMillan et Worth (2011 a) auprès de deux hommes et de dix-huit femmes de la capitale et l'enquête de surveillance bio-comportementale *Vanuatu Integrated Bio-Behavioural Survey among Female Sex Workers* menée en 2011 par le *Burnet Institute*, en collaboration avec *Wan Smolbag*, auprès de 149 personnes habitant Port-Vila (Van Gemert *et al.*, 2014).

D'après la *Vanuatu Integrated Bio-Behavioural Survey among Female Sex Workers* 2011 – la seule de ces trois enquêtes à avoir réalisé des tests de dépistage des IST auprès de ses répondants –, 36,7 % des « femmes travailleuses du sexe » (FSW) interrogées étaient porteuses de la bactérie Chlamydia Trachomatis. Il s'agit d'un taux de prévalence presque 50 % plus élevé que celui rapporté lors d'une enquête similaire menée en 2013 aux îles Fidji (Van Gemert *et al.*, 2014 : 2047). Nous avons néanmoins vu plus haut que les taux de

[41] Lors de la *Demographic and Health Survey* 2013, 3,3 % des hommes âgés de 15 à 49 ans interrogés au Vanuatu ont déclaré avoir payé pour avoir des relations sexuelles dans les douze derniers mois précédant l'enquête : 2,6 % des hommes mariés ou vivant en concubinage, 4,3 % de ceux n'ayant jamais été mariés, 5,5 % des veufs ou des hommes séparés, 4,4 % de ceux habitant en ville et 2,6 % de ceux résidant en milieu rural (MoH *et al.*, 2014 : 194).

prévalence des infections sexuellement transmissibles estimées pour l'ensemble des femmes du Vanuatu à partir des patientes des services hospitaliers prénataux étaient, eux aussi, très élevés : en 2008, un quart des femmes enceintes testées à l'hôpital central de Port-Vila étaient atteintes d'une infection uro-génitale à Chlamydiae (SPC et Vanuatu MoH, 2008 : 33).

En 2006, 71,4 % (90 sur 126) des FSW interrogées à Port-Vila pendant l'enquête comportementale *Vanuatu Female Sex Workers* déclarèrent avoir utilisé un préservatif la dernière fois qu'elles avaient eu un rapport sexuel avec un client et 70,6 % (60 sur 85) la dernière fois qu'elles avaient eu un rapport sexuel avec un partenaire qui n'était pas un client ou un conjoint (Bulu *et al.*, 2007 : 21-22). Ces taux étaient relativement élevés, mais en 2011, moins de la moitié des FSW interrogées dans le cadre de l'enquête de surveillance bio-comportementale du *Burnet Institute* déclarèrent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernière relation transactionnelle ou commerciale (69 sur 148, soit 44,2 %, contre 93 %, par exemple, en 2013, aux îles Fidji). Le taux concernant leur dernier rapport sexuel non tarifé était, quant à lui, encore plus bas (37,5 %, soit 43 sur 115) (Van Gemert *et al.*, 2014 : 2047). Selon les déclarations recueillies dans ces deux enquêtes de santé publique, l'utilisation des préservatifs chez les FSW de Port-Vila aurait ainsi fortement diminué en cinq ans. Cette diminution peut être expliquée par les annonces des premiers cas de VIH au Vanuatu, en 2002 et en 2005, faites à des dates relativement proches de la période où s'est déroulée l'enquête *Vanuatu Female Sex Workers* 2006 et qui auraient pu inciter les FSW à utiliser davantage de préservatifs à cette époque. À l'inverse, aucun cas de VIH n'avait été déclaré dans le pays depuis quatre ans lorsque la *Vanuatu Integrated Bio-Behavioural Survey among Female Sex Workers* 2011 a été menée. Cependant, l'importante variation entre les résultats des enquêtes 2006 et 2011 peut aussi témoigner du problème de fiabilité que posent souvent les données déclaratives portant sur les comportements sexuels.

L'enquête de surveillance bio-comportementale 2011 et l'enquête qualitative *Risky Business Vanuatu* 2010 soulignent la relative « passivité » des « travailleurs du sexe » de Port-Vila face à l'usage des préservatifs. L'objection du client constituait la première raison avancée (65,1 %) par les personnes interrogées en 2011 pour ne pas avoir utilisé de protection lors de leur dernière relation transactionnelle ou commerciale (Van Gemert *et al.*, 2014 : 2044 ; voir aussi McMillan et Worth, 2011 a : 23 ; Bulu *et al.*, 2007 : 21). J'ai néanmoins déjà noté que nous ne connaissons pas le taux d'utilisation de préservatifs de la population générale du Vanuatu et que, par conséquent, nous ne pouvons pas comparer ce taux avec celui trouvé chez les « femmes travailleuses du sexe ».

En outre, plusieurs chercheurs ont montré qu'en Mélanésie et dans d'autres régions du monde les personnes ayant des relations sexuelles tarifées tendaient à utiliser plus régulièrement des préservatifs que les femmes mariées ayant des époux infidèles (Hirsch *et al.*, 2009 : 10) et qu'elles en faisaient plus souvent usage avec les hommes qui les payent qu'avec leurs petits amis, leurs proxénètes ou leurs maris (Hirsch *et al.*, 2009 : 10 ; Hammar, 2004 : 5 ; 2010 a : 17 ; McMillan et Worth, 2011 a : 17). On a vu en effet que les FSW interrogées à Port-Vila lors de l'enquête de surveillance bio-comportementale 2011 ont plus souvent déclaré avoir fait usage d'un préservatif avec un client que dans le cadre de rapports sexuels non tarifés (Van Gemert *et al.*, 2014 : 2047).

En Afrique, Gill Seidel et Laurent Vidal (1997, 62) dénonçaient déjà, dans les années 1990, les généralisations réalisées par les épidémiologistes qui classaient les « prostituées » africaines comme un groupe à « haut risque », sans même considérer les séroprévalences et les contextes de transmission des IST très différents d'un pays à l'autre (voir aussi Treichler, 1987 : 270, 274, pour les États-Unis ; Hammar, 2010 b : 120, pour la Papouasie-Nouvelle-Guinée ; Mathieu, 2015 : 4, 38 ; Comte, 2010 : 435, pour la France). Ils notaient également que les clients des « prostituées » étaient eux rarement considérés comme à risque ni ciblés par les messages de prévention du VIH/sida (Seidel et Vidal, 1997 : 64).

De même, au moment de mes recherches au Vanuatu, les personnels des organismes de sensibilisation et les rapports d'enquête en santé publique désignaient les femmes ayant des relations sexuelles tarifées, mais non leurs partenaires, comme « des personnes mettant leur vie en danger face à la contraction du VIH et des autres IST[42] », même si les preuves épidémiologiques et comportementales venaient à manquer. Mais au-delà, c'est la pertinence de l'utilisation de la catégorie « travailleur du sexe » au Vanuatu qu'il est, selon moi, nécessaire d'interroger.

9.3.2 L'origine du terme « travailleur du sexe » et son utilisation par les intervenants de Port-Vila

Les expressions « travail du sexe » (*sex work*) et « travailleur du sexe » (*sex worker*) ont été employées pour la première fois, dans leurs sens actuels, pendant la conférence *Women Against Violence in Pornography and Media* de 1978 par Carole Leigh. Cette activiste féministe américaine, ancienne masseuse et performeuse de spectacles érotiques entendait restituer aux personnes en situation de prostitution une « capacité à s'exprimer sur leur

[42] *Putum life blo hem lo danger blo kasem HIV and STI*. Entretien du 12 octobre 2011 avec l'une des responsables de la *Vanuatu Integrated Bio-behavioural Survey* 2011.

condition niée par les discours misérabilistes du féminisme dominant » (Mathieu, 2015 : 97). Ces vocables faisant référence aux prostitués et aux autres professionnels de l'industrie du sexe se sont ensuite répandus dans les milieux activistes et académiques, ainsi que dans le champ de la santé publique (Mathieu, 2015 : 97-98 ; Comte, 2010 : 426)[43]. Si, contrairement à l'expression « homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes », celle de « travailleur du sexe » n'a pas été créée dans le contexte de la prévention du VIH, mais dans celui de la revendication de la prostitution comme « métier à part entière » (Mathieu, 2015 : 97-98), elle a aussi été largement diffusée dans le monde *via* les programmes d'aide internationale et les déplacements des experts en santé publique (voir chapitre 1).

D'après le guide terminologique des Nations unies 2011, l'utilisation du vocable « prostitué » (*prostitute*) doit être « proscrite », au bénéfice des appellations « travailleur du sexe » ou « professionnel du sexe » qui marquent, elles, « l'absence de jugement de valeur et soulign[ent] surtout l'aspect professionnel des services sexuels » (ONUSIDA, 2011 : 5, 26). Les catégories « travailleur du sexe » et « professionnel du sexe » englobent, selon le guide :

> « Les femmes, les hommes, les personnes transsexuelles et les jeunes âgés de plus de 18 ans, consentants, qui reçoivent de l'argent ou des marchandises en échange de services sexuels, de manière régulière ou occasionnelle » (ONUSIDA, 2011 : 26).

L'anthropologue Holly Wardlow note que les professionnels de la santé publique et certains chercheurs en sciences sociales préfèrent l'expression « travailleur du sexe » au terme de « prostitué » parce qu'elle ne fait pas référence à une identité qui définirait la personne totalement mais à une source de revenus, parce qu'elle est moins connotée culturellement, parce qu'elle sous-entend que, comme toute autre forme de travail, elle devrait être rémunérée, légale et sécurisée, et parce qu'elle met l'accent sur la violence structurelle qui féminise la pauvreté et empêche les femmes de s'engager dans un autre type de travail (2004 : 1017-1018). La définition des Nations unies du « travailleur du sexe » occulte cependant la réalité du phénomène, parce qu'elle conduit tout échange matériel, dans le contexte d'une relation intime, à être considérée comme une activité de commerce (Masvawure, 2010 : 865).

Dans les trois enquêtes en santé publique que je viens de présenter, l'expression « travailleur du sexe » est employée pour qualifier toutes les personnes « échangeant leurs services sexuels contre des biens, de l'argent ou des faveurs » (Bulu *et al.*, 2007 : 48 ; McMillan et Worth, 2011 a : 8 ; Van Gemert *et al.*, 2014 : 2041). Cette appellation était également utilisée dans les plans d'action et les rapports d'activité des organismes de

[43] http://www.bayswan.org/sexwork-oed.html, consulté le 4 juillet 2016 à 14 h 52.

prévention des IST, tels ceux de *Wan Smolbag*, ainsi que par les intermédiaires (infirmiers, pairs éducateurs, etc.) qui exerçaient à Port-Vila en 2011-2012. Ces derniers ne faisaient néanmoins pas usage de l'expression « travail du sexe » pour désigner « toute » relation intime dans laquelle des échanges matériels avaient lieu. En effet, les personnes rencontrées par les éducateurs et par les infirmières de *Wan Smolbag* dans le cadre de leurs activités professionnelles leur avouaient rarement proposer des services sexuels tarifés. Les intervenants qualifiaient, de ce fait, de « travailleurs du sexe » les personnes qu'ils pensaient susceptibles d'être engagées dans ces pratiques, comme les femmes ayant plusieurs partenaires sexuels qui venaient se faire soigner à la clinique *Kam Pusum Hed* pour une IST ou bien celles qu'ils voyaient fréquemment dans les bars à kava ou les boîtes de nuit. Un pair éducateur m'expliqua par exemple savoir que l'une de mes interlocutrices de Seaside Tongoa était une *sex worker*, parce qu'il l'avait observée, quelques semaines auparavant, offrir des verres à ses amis en boîte de nuit et qu'il ne voyait pas par quel autre moyen elle aurait pu obtenir autant d'argent (Figure 104)[44]. Notons que les hommes suspectés par les intermédiaires travaillant dans les organismes de prévention de se prostituer étaient, quant à eux, le plus souvent non pas qualifiés de *sex workers*, mais de MSM.

Figure 104. L'entrée d'une boîte de nuit de Port-Vila, 2013

Plus que l'échange d'argent ou de biens avéré dans le cadre de relations intimes, ce sont donc la fréquentation régulière de lieux stigmatisés et le multipartenariat sexuel qui conduisaient les femmes de Port-Vila à être qualifiées de « travailleuses du sexe » par le personnel des organismes de prévention des IST. Si, d'après la définition des Nations unies, le

[44] Entretien du 21 juin 2011 avec un éducateur et une infirmière de *Wan Smolbag*.

travail du sexe inclut toute relation intime dans lequel a lieu un échange matériel, les intervenants de Port-Vila utilisaient cette appellation différemment.

9.3.3 Les appellations employées à Seaside Tongoa

Lors de mes séjours à Seaside Tongoa, les habitants de la communauté ne faisaient pas usage de l'expression « travailleur du sexe ». Et ils n'utilisaient que très rarement le vocable anglais *prostitute*. Ce dernier était par exemple employé dans le cadre des offices de l'église presbytérienne de Seaside Selembanga, pour désigner la femme samaritaine décrite dans l'évangile selon saint Jean (chapitre 4, versets 17-18)[45]. Les expressions bislama et namakura *woman blong rod* (« femme de la route »), *navavin ono nalag* (« femme qui suit le vent »), *ono nahelemati* (« qui suit la route ») ou *ono naur* (« qui se déplace sur l'île ») étaient, elles, plus fréquemment utilisées dans la communauté. Ces locutions, tout comme celles de « femme des routes » en Nouvelle-Calédonie (Salomon et Hamelin, 2008) ou *pasinja meri* en Papouasie-Nouvelle-Guinée (Wardlow, 2006), désignent non seulement une femme qui échange ses services sexuels contre des biens ou de l'argent, mais aussi une femme qui est stigmatisée comme ayant de multiples partenaires parce qu'elle n'est pas humble (*mekem flas*), porte des pantalons, se rend en boîte de nuit, travaille dans un bar ou a été victime d'un viol, une femme qui quitte son époux, est infidèle, convoite le mari d'une autre, ou simplement une femme qui ne veut pas écouter ou refuse de faire ce que sa famille lui ordonne[46]. L'expression bislama *woman blong rod* suggère le détachement de la femme de son lieu natal et du lieu d'appartenance de son mari. Selon Jean Mitchell (2002 : 350), *woman blong rod* représente en effet une inversion de l'idée de *rod blong woman*, selon laquelle la femme construit des routes, des liens entre les lieux et entre les différents groupes *via* le mariage (voir chapitre 4, page 160 ; Figure 105).

À Seaside Tongoa, la *woman blong rod* n'était donc pas nécessairement celle qui recevait de l'argent ou des biens en l'échange de ses services sexuels, mais celle qui avait ou était susceptible d'avoir des conduites sexuelles perçues comme socialement déviantes. Notons que si je n'ai jamais entendu l'expression *man blong rod* (« homme de la route ») en bislama, un habitant de Seaside Tongoa me fit part du caractère mixte des locutions namakura désignant une personne qui est infidèle ou qui change régulièrement de partenaire dans le but de trouver

[45] Office religieux du 13 novembre 2011 dans l'église presbytérienne de Seaside Selembanga.
[46] Entretiens du 13 novembre 2011 avec une femme de quatre-vingt-cinq ans, un homme de quatre-vingt-dix ans, un homme âgé d'une quarantaine d'années et une femme âgée d'une cinquantaine d'années. Paola Tabet note également qu'en français « sont définies "putains" des femmes dont le comportement n'implique ni promiscuité ni rétribution des actes sexuels » (1987 : 22).

le plus offrant. *Nataman ono nalag* et *nataman ono nahelemati* signifient ainsi « homme qui suit le vent » et « homme qui suit la route »[47]. Même si, dans la communauté, les infidélités et le multipartenariat étaient davantage tolérés chez les hommes que chez les femmes, nous avons vu dans le chapitre 6 que ces comportements n'étaient néanmoins pas toujours bien perçus à Seaside Tongoa. C'est pourquoi selon moi des appellations faisant référence à la transgression des règles sur lesquelles se fondent la famille, la reproduction et l'alliance étaient utilisées pour désigner non seulement des femmes (voir Tabet, 1987 : 45-47), mais aussi des hommes.

Figure 105. L'une des rues principales du quartier de Seaside, 2012

Au Vanuatu, l'expression *woman blong rod* ne constituait donc pas une traduction de l'appellation *sex worker* telle que définie par les Nations unies, mais elle ressemblait fortement à l'utilisation faite de cette dernière par les intermédiaires exerçant au sein des organismes de prévention des IST de Port-Vila. *Woman blong rod* était un terme général ne spécifiant pas si la femme reçoit ou non des biens ou de l'argent dans le cadre de ses conduites sexuelles considérées comme socialement déviantes.

9.3.4 L'absence d'identité individuelle de « travailleur du sexe »

On a vu plus haut que l'expression « travailleur du sexe » a été créée aux États-Unis par Carole Leigh. Cette ancienne masseuse et performeuse de spectacles érotiques et les représentantes des groupes occidentaux de personnes en situation de prostitution qui reprirent à leur compte cette appellation, souhaitait en revendiquer une « identité de professionnelles »

[47] Entretien du 13 novembre 2011 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.

moins négativement connotée que l'« identité sexuelle » socialement imposée et « chargée de honte » de prostituée (Parent, 2001 : 169 ; Comte, 2010 : 441). Mais lors de mes recherches au Vanuatu, les personnes vendant leurs services sexuels ne se mobilisaient pas pour réclamer des droits. Leurs activités de sexualité transactionnelle ou commerciale plus ou moins occasionnelles et opportunistes étaient tenues secrètes ou exercées avec discrétion.

Figure 106. Un bar à kava de Port-Vila, 2013

Même si, en 2011-2012, le Code pénal du Vanuatu prévoyait des sanctions en cas de proxénétisme ou de sollicitation dans les espaces publics, les bordels et les activités prostitutionnelles dans la sphère privée n'étaient pas interdits légalement dans l'archipel (UNDP, 2012 : 177, 192). Un article du *Vanuatu Daily Post* daté du 11 avril 2009 mentionnait l'existence d'un « réseau de prostitution » dirigé par des expatriés. Néanmoins, les prostitutions féminine et masculine ne s'affichaient pas dans les rues de Port-Vila. En juin 2011, j'ai visité, en compagnie d'une pair éducatrice de *Wan Smolbag*, une maison dans laquelle des femmes vivaient avec leurs enfants et vendaient du kava, tout en proposant des services sexuels tarifés[48]. Néanmoins, la plupart des relations sexuelles rémunérées n'avaient pas lieu dans ces maisons et n'étaient pas le fait de « professionnelles ». Un homme de Seaside Tongoa employé par un résident australien me confia ainsi avoir reconnu certaines femmes de sa communauté, mariées, veuves ou célibataires, sur des photographies érotiques exposées dans la chambre à coucher de ce dernier[49].

[48] Observation et entretiens du 20 juin 2011 en compagnie d'une éducatrice de *Wan Smolbag*.
[49] Entretien du 28 septembre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années ; voir aussi entretien du 15 décembre 2011 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.

D'après mes observations et les discours de mes interlocuteurs, les relations sexuelles rémunérées à Port-Vila avaient souvent lieu soit à la fin d'une soirée passée dans une boîte de nuit, un bar à kava ou à alcool (Figures 104 et 106), soit lors d'un rendez-vous obtenu après l'échange de numéros de téléphones mobiles ou par l'intermédiaire d'un tiers (réceptionniste d'hôtel, chauffeur de bus). Un homme de Seaside Tongoa me confia par exemple avoir joué à plusieurs reprises le rôle d'entremetteur pour satisfaire les désirs sexuels d'hommes politiques locaux :

> « Un jour, un ancien ministre m'a donné 4 000 vatus (31 €) pour que je lui trouve une fille et que je les conduise jusqu'au village d'Eton [situé à 30 km à l'est de Port-Vila]. Arrivés sur la plage, ils se sont baignés. Puis, j'ai fermé tous les rideaux du [mini] bus, placé les banquettes en couchette, retourné le rétroviseur intérieur, mis la musique à fond et j'ai roulé jusqu'à Port-Vila. Mon bus faisait des bonds ! Le ministre m'a demandé de retourner à Eton pour qu'ils se baignent à nouveau. Puis il a donné 10 000 ou 15 000 vatus (76 ou 115 €) à la fille pour le temps qu'il avait passé avec elle[50] ».

J'ai montré plus haut que, pendant mes recherches au Vanuatu, l'expression « travailleur du sexe » était employée par les intermédiaires travaillant dans les organismes de prévention des IST de Port-Vila et celle de *woman blong rod* par les habitants de Seaside Tongoa. Les personnes ni-Vanuatu ayant des relations sexuelles tarifées ne revendiquaient cependant pas une identité individuelle de *sex worker* ni d'ailleurs de *woman blong rod*. Dans le rapport de l'étude qualitative *Risky Business Vanuatu*, McMillan et Worth (2011 a : 8) indiquent que les personnes échangeant leurs services sexuels contre de l'argent ou des biens interrogées en 2010 à Port-Vila, se considéraient rarement comme des travailleurs du sexe (voir aussi Hammar, 2004 : 3 ; Wardlow, 2004 : 1032, pour la Papouasie-Nouvelle-Guinée). La création du réseau *Solidarity* en 2007, destiné aux « MSM » et aux « femmes travailleuses du sexe » de Port-Vila, aurait pu favoriser leur regroupement, ainsi que l'émergence de sentiments d'appartenance à la catégorie de *sex worker*, mais comme ce réseau était presque exclusivement animé en 2012 par des personnes non hétéronormatives, il ne permit pas le développement d'une identité individuelle de *sex worker* au Vanuatu.

Les termes employés par les personnes interviewées par McMillan et Worth (2011 a : 8) pour évoquer les activités sexuelles dans lesquelles elles étaient engagées étaient, en bislama : *stikim nek* (signifiant littéralement, « piquer la nuque », c'est-à-dire « pomper de l'argent »), *goaot* (de l'anglais *go out*, « sortir ») et *goraon* (*go around*, « faire un tour »). Les deux dernières expressions étaient également utilisées pour désigner le fait d'avoir des relations sexuelles dans le cadre de relations intimes « ordinaires ». Mais les interlocuteurs de

[50] Entretien du 25 août 2012 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.

McMillan et Worth les employaient pour évoquer l'idée d'aller en ville ou de sortir dans les rues, les bars et les boîtes de nuit dans le but de rencontrer des clients et d'avoir des rapports sexuels tarifés (2011 a : 8).

En Occident, certains groupes de personnes en situation de prostitution présentent la catégorie de travailleur du sexe comme une « identité de professionnelles » (Parent, 2001 : 169 ; Comte, 2010 : 441). Au Vanuatu, l'appellation *sex worker* était employée en 2011-2012 par les intermédiaires des organismes de prévention des IST, mais les activités de sexualité transactionnelle ou commerciale étaient exercées avec discrétion et les personnes les pratiquant ne revendiquaient pas une identité individuelle de *sex worker*.

9.3.5 Des activités qui ne constituaient pas une source principale de revenus

J'ai montré plus haut que l'appellation « travailleur du sexe » a été inventée par Carole Leigh pour « exiger la reconnaissance de la prostitution comme métier à part entière » (Mathieu, 2015 : 97-98) et souligner le fait qu'elle représente une source de revenus (Comte, 2010 : 426). Cette expression tend à laisser penser que la sexualité transactionnelle (contre un cadeau ou de la nourriture) ou commerciale (en échange d'argent) est nécessairement induite par la nécessité économique (Wardlow, 2004 : 1018).

Le sociologue français Lilian Mathieu indique que :

> « L'origine sociale modeste des prostitué-e-s est une de leurs caractéristiques majeures, transversale tant géographiquement qu'historiquement. [Mais qu'] il convient cependant de ne pas généraliser à outrance ce portrait de femmes et d'hommes issus de milieux modestes et que l'absence de ressources – diplômes, opportunités professionnelles, capital social, etc. – contraindrait à la prostitution. En premier lieu parce que la valeur de ces ressources est soumise à des fluctuations selon les circonstances » (2015 : 73, 75).

Des chercheurs en sciences sociales ont établi qu'en France et aux États-Unis, la perte d'un emploi stable liée à des restructurations économiques ou la fermeture du marché du travail et le développement d'emplois à temps partiel mal rémunérés peuvent conduire des femmes diplômées issues des classes moyennes à s'engager dans des activités prostitutionnelles (Mathieu, 2015 : 75). D'autres chercheurs ont néanmoins prouvé que les personnes en situation de prostitution ne sont pas nécessairement dans des conditions économiquement et culturellement défavorisées.

Wardlow a ainsi montré que chez les Huli de Papouasie-Nouvelle-Guinée, les *pasinja meri* s'engageaient dans des activités prostitutionnelles pour des raisons principalement émotionnelles et non pas économiques (2004). Par colère ou par résistance, du fait d'un deuil,

d'incidents de violence ou d'humiliation, ces femmes décident d'avoir de multiples partenaires et de ruiner ainsi leur réputation afin d'offenser leurs proches et de ne pas les laisser bénéficier des compensations qu'ils auraient pu obtenir en les mariant. Même si nous ne savons pas si les travailleuses du sexe interrogées à Port-Vila dans le cadre de l'enquête comportementale 2006 et l'enquête de surveillance bio-comportementale 2011 commencèrent, elles aussi, leurs activités après avoir été violées, battues ou humiliées, nous pouvons cependant noter que 69,5 % des femmes interviewées en 2011 et 73,1 % de celles interrogées en 2006 déclarèrent avoir déjà été « forcées » lors d'un rapport sexuel (Bulu *et al.*, 2007 : 20 ; Van Gemert *et al.*, 2014 : 2045).

Plusieurs anthropologues africanistes soulignèrent de même que les femmes engagées dans des relations transactionnelles ou commerciales ne sont pas nécessairement en grande difficulté financière, mais peuvent aspirer à une mobilité sociale, une indépendance économique ou à l'amélioration de leurs conditions de vie (Swidler et Cotts Watkins, 2007 : 157 ; Masvawure, 2010 : 858 ; Hunter, 2002 : 112 ; Groes-Green, 2013 : 105 ; Leclerc-Madlala, 2003 : 222)[51]. Tsistsi Masvawure souligna, par exemple, l'importance du « prestige », que les étudiantes de l'Université du Zimbabwe tirent de leur engagement dans des relations transactionnelles avec des hommes plus âgés : elles se distinguent des autres étudiantes et apparaissent comme des personnes au statut social élevé en consommant de la nourriture coûteuse, en s'offrant des soins corporels et en étant parées de gadgets, de coiffures et d'habits à la mode (2010 : 861-865). Certaines de ces jeunes femmes sont issues de milieux plutôt privilégiés et se servent de leurs « petits amis » plus âgés pour maintenir leur niveau de vie tout en étudiant à l'université, mais Masvawure souligne la possible concomitance des raisons de s'engager dans une relation intime transactionnelle pour une étudiante. La jeune femme peut avoir des motifs à la fois émotionnels (elle apprécie les hommes plus âgés), sexuels (elle les juge bons amants) et liés au prestige[52].

[51] Mark Hunter (2002 : 101) a distingué deux principaux types de sexualité transactionnelle en Afrique du Sud : le « sexe lié à la subsistance » (dans lequel la pauvreté est un facteur clé) et le « sexe lié à la consommation » (dans lequel la pauvreté n'est pas un facteur clé). Suzanne Leclerc-Madlala (2003 : 224) a, quant à elle, mit en relief l'existence d'un continuum entre ces deux formes de sexualité transactionnelle, en Afrique du Sud, fondées sur la satisfaction des « besoins » essentiels, d'une part, et sur l'assouvissement des « désirs » de consommation, d'autre part. Un homme peut ainsi rétribuer une femme pour ses faveurs sexuelles en lui offrant à la fois des bijoux et de l'argent pour qu'elle paye son loyer. Mais Leclerc-Madlala a également indiqué que ce qui est rangé par les Occidentaux dans la catégorie des désirs (téléphone portable, voyages, habits à la mode, transport luxueux, frais universitaires) peut être classé, par les femmes interrogées en Afrique du Sud, dans la catégorie des « besoins ».

[52] De même, plusieurs des anthropologues africanistes mentionnés ont montré que les hommes jouant un rôle de « mécène » auprès de jeunes femmes ne considèrent pas uniquement leurs relations intimes avec ces dernières sous l'angle du sexe et de l'argent. Ils y gagnent aussi du respect, de la gratitude et la possibilité d'une future entraide. Dans des sociétés africaines qui valorisent le multipartenariat masculin, les hommes tirent eux aussi un

Lors de l'enquête *Risky Business Vanuatu* 2010, McMillan et Worth s'aperçurent, elles aussi, que les relations sexuelles tarifées au Vanuatu n'étaient pas uniquement liées à la recherche de gains économiques, mais également à la démonstration de la « valeur » de la femme échangeant ses services sexuels (2011 a : 21-22). D'après l'enquête comportementale *Vanuatu Female Sex Workers*, les principales raisons avancées par les personnes interrogées à Port-Vila en 2006 pour pratiquer le travail du sexe sont de « subvenir à ses propres besoins » (*to support myself* ; 65,7 %), « d'aimer le travail du sexe » (*I enjoy sex work* ; 47,0 %), « d'acheter de l'alcool ou des drogues » (*to buy alcohol or drugs* ; 38,1 %) et « d'aider ses proches » (*to support relatives* ; 15,7 %) (Bulu *et al.*, 2007 : 22).

À Port-Vila, les personnes interviewées dans le cadre de l'étude *Risky Business Vanuatu* 2010 décrivaient rarement leurs activités prostitutionnelles comme leur principal moyen de subsistance (McMillan et Worth, 2011 a : 8). Ces personnes avaient souvent d'autres sources de revenus et n'utilisaient guère l'argent obtenu lors de rapports sexuels pour subvenir à leurs besoins ordinaires (logement, nourriture). Elles s'en servaient plutôt pour satisfaire leurs envies de biens modernes onéreux (vêtements, téléphone portable) et pour financer leur vie sociale nocturne en payant par exemple de l'alcool et du kava à leurs amis (McMillan et Worth, 2011 a : 11). Lors de l'enquête de surveillance bio-comportementale 2011, 75,8 % des femmes travailleuses du sexe interrogées à Port-Vila rapportèrent avoir d'autres sources de revenus que la sexualité transactionnelle ou commerciale. La plupart d'entre elles (62,2 %) étaient employées dans des boutiques ou vendaient des aliments ou de l'artisanat sur les stands de marchés. Et la majorité de ces femmes (70,5 %) déclarait avoir non seulement reçu de l'argent la semaine précédente, mais aussi des biens – principalement des habits – de la part de leurs partenaires sexuels (Van Gemert *et al.*, 2014 : 2043-2044).

Dans le cadre de l'enquête comportementale *Vanuatu Female Sex Workers* 2006, 69,4 % des femmes interrogées ont de même déclaré gagner de l'argent autrement que par le travail du sexe : principalement comme domestique (46,2 %) ou vendeuse (10,8 %) (Bulu et al, 2007 : 22)[53]. Si l'appellation « travailleur du sexe » sous-entend que les personnes s'engagent

certain prestige en se montrant accompagnés de belles jeunes femmes (Hunter, 2002 : 116 ; Masvawure, 2010 : 866 ; Leclerc-Madlala, 2003 : 221-222 ; Swidler et Cotts Watkins, 2007 : 150-157). Nous avons vu dans le chapitre 6 qu'au Vanuatu, le multipartenariat masculin ne semblait pas aussi bien accepté que dans certains des pays d'Afrique étudiés par ces auteurs. Lors de mes séjours dans la communauté de Seaside Tongoa, les hommes ne se montraient pas ouvertement avec leurs conquêtes, mais ils aimaient parler entre eux de leurs partenaires sexuelles et des nouvelles positions qu'ils avaient essayées avec elles (voir aussi McMillan et Worth, 2011 a : 15).

[53] Mathieu (2015 : 74-75) note que les liens entre les activités prostitutionnelle et domestique se retrouvent de manière significative à différentes époques et dans différents pays (voir aussi Tabet, 1987 : 10).

dans des activités prostitutionnelles par nécessité économique, les personnes catégorisées comme des *sex workers* lors des enquêtes de santé publique conduites entre 2006 et 2011 à Port-Vila ne présentaient pas le travail du sexe comme leur principale source de revenus ni ne dépensaient l'argent perçu de cette manière pour satisfaire leurs besoins ordinaires.

9.3.6 Des personnes qui ne se présentaient pas nécessairement comme des victimes

Nous avons vu plus haut que l'appellation « travailleur du sexe » a été créée pour s'éloigner des discours misérabilistes entourant la prostitution. Ces quarante dernières années, des associations de prostituées ont en effet été créées dans différents pays occidentaux, (Comte, 2010 : 425), afin d'affirmer qu'« elles ne sont ni des femmes dépravées dangereuses pour la société, ni des victimes exemplaires de l'ordre patriarcal, mais bien des travailleuses de l'industrie du sexe » (Parent, 2001 : 168-169).

J'ai montré que l'appellation « travailleur du sexe » n'était pas revendiquée à Port-Vila comme une identité individuelle et qu'il n'existait pas d'association active de personnes en situation de prostitution se mobilisant pour réclamer des droits. Néanmoins, la plupart des personnes échangeant leurs services sexuels contre des biens ou de l'argent au Vanuatu ne se présentaient pas pour autant comme des victimes. J'ai en effet déjà mentionné, que lors de l'enquête comportementale *Vanuatu Female Sex Workers* 2006, presque la moitié (47,0 %) des personnes interrogées ont déclaré « aimer le travail du sexe » (*I enjoy sex work*) (Bulu *et al.*, 2007 : 22).

Les personnes vendant leurs services sexuels interrogées par McMillan et Worth (2011 a : 8-15) dans le cadre de l'étude *Risky Business Vanuatu* 2010, ainsi que celles que j'ai rencontrées en 2011-2012 à Port-Vila, déclaraient refuser, préférer ou bien même choisir leurs partenaires en fonction de certains critères, tels le sexe, l'attrait physique ou affectif, les pratiques sexuelles demandées (anales, orales, en groupe), la connaissance du partenaire et de ses comportements (violence ou recherche de plaisir mutuel), la fréquence de leurs rencontres (client régulier ou occasionnel), leur origine (mélanésienne ou étrangère) et leur capacité financière supposée en fonction du montant qu'elles pouvaient espérer demander à leur « client »[54]. Certaines de ces personnes étaient par exemple à la recherche de partenaires blancs, parce qu'elles les considéraient comme plus attentionnés, alors que d'autres étaient effrayés à l'idée d'avoir des relations sexuelles avec des Occidentaux (non pas à cause du

[54] Entretien du 20 juin 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.

VIH, mais de la peur de l'inconnu)[55]. Notons néanmoins que du fait de l'emprise de drogues (alcool, kava) ou des violences physiques, les partenaires et les activités des personnes ayant des relations sexuelles tarifées allaient parfois à l'encontre de leurs choix et de leurs préférences (McMillan et Worth, 2011 a : 8-15).

Plusieurs des anthropologues africanistes cités plus haut ont montré que les femmes qui vendaient leurs services sexuels rencontrées en Afrique du Sud, au Mozambique ou au Zimbabwe se présentaient rarement comme des victimes, mais plutôt comme des « sujets » qui obtenaient activement de l'argent des hommes : des « agents » exploitant leur désirabilité et s'engageant dans une sexualité transactionnelle ou commerciale par choix et par stratégie (Masvawure, 2010 : 858 ; Hunter, 2002 : 116 ; Groes-Green, 2013 : 102 ; Leclerc-Madlala, 2003 : 214). En 2011-2012, à l'occasion de sorties dans les boîtes de nuit du Vanuatu, j'ai également pu observer l'énergie avec laquelle certaines des personnes vendant leurs services sexuels à Port-Vila tentaient de trouver des partenaires enclins à payer leurs consommations et à leur offrir quelques billets contre une pénétration vaginale, anale ou une fellation.

En août 2012, lors d'une soirée dans la boîte de nuit l'*Electro Rock* en compagnie de l'un de mes interlocuteurs gay ayant pour habitude d'avoir des rapports sexuels tarifés avec des hommes – même s'il occupait par ailleurs un emploi à temps plein –, un jeune métis qui payait nos consommations me dit en français : « ton ami m'a proposé de me sucer. J'ai peur des pédés. Dis-lui d'arrêter de me toucher, sinon je vais m'énerver[56] ».

De même, un habitant de Seaside Tongoa qui possédait une entreprise de services souligna, la capacité des personnes engagées dans des activités prostitutionnelles à Port-Vila à obtenir de l'argent ou des biens de la part de leurs anciens partenaires. L'homme me dit :

> « Je ne veux plus aller au bar à kava de *Green Light* ni au *Flaming Bull Bar*. Ça me coûte trop cher. Il y a plein de veuves et d'étudiantes là-bas qui me proposent de coucher avec elles en échange de 10 000 vatus (76 €). Elles veulent me *stikim nek* [me "piquer la nuque", me "pomper" de l'argent]. Elles savent que je suis le chef de ma compagnie et elles pensent que j'ai beaucoup de vatus. Je patrouille toute la nuit avec ma voiture donc j'ai besoin de filles pour rester éveillé. Je paye et je couche avec elles dans ma voiture ou sur la plage. Mais ça me coûte trop cher quand je vais au bar, car je dois acheter l'alcool et le kava de mes amis et aussi les boissons de ces filles avec qui j'ai eu des relations sexuelles auparavant. Quand l'une d'elles me voit, elle me dit : "Tu te rappelles la dernière fois nous deux…". Et comme je suis marié et que je ne veux pas que tout le monde le sache, alors je lui paye un verre pour qu'elle se taise[57] ».

[55] Entretien du 28 septembre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.
[56] Entretien du 25 août 2012 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.
[57] Entretien du 4 juillet 2012 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.

Cet extrait d'entretien associe les bars à kava ou à alcool de Port-Vila à des pratiques de sexualité transactionnelle, mais il met également l'accent sur les relations de dette relativement durables créées par les rapports sexuels tarifés, dans un contexte social de forte interconnaissance.

À Port-Vila, les personnes engagées dans des pratiques de sexualité transactionnelle ou commerciale n'apparaissaient donc pas forcément comme des victimes : nombre d'entre elles déclaraient « aimer le travail du sexe », choisir leurs clients et se présentaient comme des agents obtenant activement de l'argent et des biens de leurs partenaires. Néanmoins, pour les chercheurs et les féministes considérant la prostitution comme « une forme d'esclavage » et de « violence » réduisant des femmes au « statut d'objet sexuel », il est « inimaginable qu'un individu disposant d'un libre arbitre puisse choisir de se prostituer : un tel choix ne peut relever que d'un consentement vicié » (Parent, 2001 : 171 ; Mathieu, 2015 : 71). D'après la psychologie sociale des années 1950, la banalisation des activités prostitutionnelles par les personnes engagées dans ces pratiques constituerait un procédé de « réduction de la dissonance cognitive » : une stratégie inconsciente permettant aux personnes en situation de prostitution de restaurer leur « équilibre cognitif » en adaptant *a posteriori* leurs opinions, croyances et idéologies dans le sens des actes qu'ils ont déjà réalisés (Vaidis et Halimi-Falkowicz, 2007 ; voir chapitre 10, page 461). Ceci étant dit, il est intéressant de noter que si les activités de sexualité transactionnelle ou commerciale étaient pratiquées avec discrétion à Port-Vila et que le terme général de *woman blo rod* constituait une insulte, les personnes engagées dans ces activités n'étaient pas toujours fortement stigmatisées et les échanges étaient courants dans le cadre des relations intimes, ce qui pourrait aussi expliquer pourquoi ces activités étaient dans une certaine mesure banalisées.

9.3.7 Des personnes qui n'étaient pas forcément stigmatisées

J'ai indiqué que l'expression « travailleur du sexe » avait été créée pour tenter de diminuer les stigmates touchant les personnes qui exerçaient des activités prostitutionnelles (Parent, 2001 : 169 ; Comte, 2010 : 441). Les femmes aux relations sexuelles tarifées qui avaient été interrogées à Port-Vila lors de l'enquête qualitative *Risky Business Vanuatu* 2010, appréciaient l'apport monétaire, l'indépendance, l'amusement, la preuve de leur pouvoir d'attraction, l'absence de jalousie ou d'inquiétude autour de l'infidélité conjugale. Néanmoins, elles exprimaient aussi la conviction que ce qu'elles faisaient était « mauvais » au regard de leur coutume et de la religion chrétienne (McMillan et Worth, 2011 a : 11-13, 21).

Les commérages sociaux, particulièrement ceux entretenus par des femmes à propos de comportements d'autres femmes, étaient incessants pendant mes recherches à Seaside Tongoa. En 2011, une habitante de cette communauté soupçonnée d'avoir eu des relations sexuelles avec des hommes mariés en l'échange d'argent et de trajets motorisés gratuits fut par exemple maintes fois critiquée, en particulier par ses proches dont la réputation était, par ses actes, altérée. Cette femme de Seaside Tongoa fut également plusieurs fois battue par des épouses trompées[58].

Lors de l'enquête comportementale *Vanuatu Female Sex Workers* menée en 2006, 53,7 % (72 sur 134) des personnes interrogées à Port-Vila déclarèrent que leur famille connaissait leur engagement dans des activités de travail du sexe et 49,3 % (68 sur 134) que les autres membres de leur communauté étaient aussi au courant de leurs comportements. La principale réaction de leurs proches était de commérer : 72,2 % (52 sur 72) des répondants déclarèrent ainsi que leur famille parlait d'eux (*talk about me*) et 84,8 % (56 sur 68) que les autres membres de leur communauté faisaient de même. De plus, 19,4 % (14 sur 72) des personnes interrogées spécifièrent qu'elles avaient été maltraitées (*treat me badly*) par les membres de leur famille informés de leurs activités de travail du sexe et 3,0 % (2 sur 68) par les autres membres de leur communauté. Seules 8,3 % (6 sur 72) et 0,1 % (5 sur 68) déclarèrent avoir été battues par leur famille ou leur communauté à cause de leurs activités de sexualité transactionnelle ou commerciale, alors que je montrerai dans le prochain chapitre que les violences à l'encontre des femmes étaient courantes à Port-Vila (Bulu *et al.*, 2007 : 23).

Dans le rapport de l'enquête *Risky Business Vanuatu* 2010, McMillan et Worth notent que le commerce du sexe à Port-Vila a non seulement un impact sur les relations familiales, mais qu'il met aussi les femmes en danger (2011 a : 16, 22). Celles qui vendent leurs services sexuels ou qui ont de multiples partenaires, risquent ainsi d'être sexuellement abusées et de ne plus pouvoir refuser un client ou négocier les tarifs appliqués, si leurs activités transactionnelles ou commerciales sont connues par les membres de leur communauté (voir chapitre 10, page 448). Wardlow montre également que les *pasinja meri* de Papouasie-Nouvelle-Guinée sont bien souvent stigmatisées, rejetées et victimes de violences (2004 : 1037).

[58] Entretiens du 30 juillet 2011 avec une femme âgée d'une vingtaine d'années, du 15 septembre 2011 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années et du 18 septembre 2011 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.

Néanmoins, les personnes engagées dans ces pratiques n'étaient pas toujours moralement condamnées à Port-Vila. Et même si, dans leurs messages de prévention des IST, les organismes tendaient à cibler les travailleuses du sexe elles n'étaient pas les seules à être associées aux *sik* liées à la sexualité. Passant en juin 2011 devant une maison de Port-Vila dans laquelle trois sœurs avaient auparavant l'habitude de se prostituer, une éducatrice de l'organisation *Wan Smolbag* me dit : « l'une des sœurs qui vivaient ici est morte après que les docteurs [de l'hôpital central] lui ont amputé les bras et les jambes. Elle est morte parce qu'elle a trop fait ça[59] ».

Mon interlocutrice m'expliqua le décès de cette femme (possiblement diabétique) par ses activités prostitutionnelles. Cependant, nous avons vu dans le chapitre 7 que les *sik* liées à la sexualité pouvaient être interprétées comme associées à d'autres comportements sexuels considérés comme inappropriés par les habitants de Seaside Tongoa ou par les membres des organismes de prévention des IST de Port-Vila. La sexualité prémaritale, le multipartenariat, les infidélités étaient ainsi parfois présentées comme à l'origine d'un cancer utérin, d'une IST ou d'une attaque du *natamat telame*. Les activités de sexualité prostitutionnelles n'étaient donc pas les seules conduites sexuelles à être mises en relation avec les *sik* liées à la sexualité.

Bien que les personnes qui, à Seaside Tongoa, échangeaient leurs services sexuels contre des biens ou de l'argent fussent sujettes à des commérages et, dans une moindre mesure, à des actes de violence, leurs pratiques étaient également parfois considérées comme acceptables à partir du moment où elles étaient célibataires et que leurs capacités productives et reproductives n'avaient, de ce fait, pas été transmises à un autre groupe (voir chapitre 4, page 171). Un habitant de Seaside Tongoa m'avoua qu'il ne pourrait rien dire à sa sœur si elle avait ces pratiques « car elle rapporte de l'argent à la maison, si un jour je lui fais des reproches et qu'après je veux 1 000 vatus (7 €) pour boire du kava, elle ne va pas me les donner[60] ».

Nous avons vu dans les chapitres précédents qu'au Vanuatu, et en particulier en ville, l'argent et les façons de s'en procurer constituaient l'une des principales préoccupations des habitants et que l'entraide financière inter et intrafamiliale était courante. Certaines familles consentaient ainsi à ce que leurs proches entretiennent des relations sexuelles rémunérées, afin de pouvoir profiter de leurs gains[61]. Lors de l'enquête comportementale *Vanuatu Female Sex*

[59] Entretien du 20 juin 2011 avec une pair éducatrice âgée d'une trentaine d'années.
[60] Entretien du 4 juin 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[61] Dans certains des pays africains déjà mentionnés, la stigmatisation des personnes échangeant leurs services sexuels semblait également peu marquée. Les jeunes femmes interrogées par Leclerc-Madlala (2003 : 220) en Afrique du Sud tendaient à considérer qu'il était désormais « normal » et « banal » d'avoir des relations

Workers 2006, 30,6 % (22 sur 78) et 18,2 % (12 sur 68) des personnes interrogées ont ainsi déclaré que leur famille et les autres membres de leur communauté acceptaient qu'elles soient engagées dans ces activités (Bulu *et al.*, 2007 : 23). Si les commérages sociaux sur les pratiques de sexualité transactionnelle ou commerciale étaient fréquents à Port-Vila, les actes violents liés à ces activités n'étaient, eux, pas très répandus et les proches des personnes qui avaient des relations sexuelles tarifées ne réagissaient pas toujours négativement.

9.3.8 L'existence d'un continuum économico-sexuel

D'après la définition des Nations unies du « travailleur du sexe », déjà citée, l'échange de biens, de services ou d'argent est au cœur de l'utilisation de cette appellation. Nous avons vu que l'enquête de surveillance bio-comportementale 2011 estime le nombre de femmes travailleuses du sexe à Port-Vila à 1 390, soit 11 % de la population féminine de la capitale (Van Gemert, 2014 : 2042, 2048). Cependant, lors de mes recherches au Vanuatu, les pratiques de sexualité transactionnelle ou commerciale concernaient également des hommes ayant des rapports sexuels tarifés avec d'autres hommes ou avec des femmes parfois plus âgées (UNICEF, 2010 a : 117). Dans le rapport de l'enquête « Connaissances, Attitudes, Pratiques » menée en 2008-2009 par l'UNICEF (2010 a : 62-64) auprès de 510 jeunes du Vanuatu (dont 326 sexuellement actifs), 27 % (44 sur 162) des femmes et 13 % (22 sur 164) des hommes âgés de 15 à 24 ans sexuellement actifs interviewés déclarèrent avoir déjà pratiqué du sexe en échange d'argent (*commercial sex*). Et 31 % (51 sur 162) des jeunes femmes et 30 % (50 sur 164) des jeunes hommes sexuellement actifs interrogés avaient déjà eu des rapports sexuels contre un cadeau ou de la nourriture (*transactional sex*). Ces taux étaient plus élevés en ville qu'en zone rurale : 29 % (42 sur 146) des 15-24 ans sexuellement actifs interrogés à Port-Vila affirmèrent en effet avoir déjà eu des relations sexuelles en échange d'argent et 36 % (54 sur 146) pour de la nourriture ou un présent, contre par exemple 17 % (14 sur 81) et 19 % (15 sur 81) de ceux interviewés sur l'île de Tanna.

D'après ces deux enquêtes de santé publique, les pratiques de sexualité commerciale et transactionnelle étaient donc très répandues chez les hommes et les femmes du Vanuatu. Notons en comparaison qu'en 2008-2009, 7 % (15 sur 231) et 19 % (41 sur 219) des jeunes

transactionnelles pour les femmes de leur tranche d'âge qui vivaient dans un environnement urbain et n'étaient pas mariées. De même, Christian Groes-Green (2013 : 105-109) notait qu'au Mozambique, les familles consentaient généralement à ce que leurs filles entretiennent des relations sexuelles rémunérées. Une certaine réciprocité intergénérationnelle pouvait en effet exister entre les femmes du foyer : les aînées enseignant les façons de séduire et de satisfaire les hommes dans l'espace privé (habits, coiffure, hygiène intime, aphrodisiaque, potions d'amour, positions érotiques, etc.) et les cadettes rapportant chez elles une partie de l'argent et des cadeaux offerts par leurs partenaires.

hommes et des jeunes femmes âgés de 15 à 24 ans interrogés aux îles Salomon et 3 % (7 sur 121) et 23 % (26 sur 117) de ceux et celles interviewés aux îles Kiribati dans le cadre d'enquêtes similaires déclarèrent avoir déjà eu des rapports sexuels en échange d'argent. Et respectivement 5 % et 17 % des jeunes hommes et des jeunes femmes des îles Salomon et 4,2 % et 25 % de ceux et celles des îles Kiribati déclarèrent avoir déjà eu des relations sexuelles contre de la nourriture ou un présent (UNICEF, 2010 c : 62-63 ; UNICEF, 2010 d : 55-56).

J'ai montré que les bars à kava et les boîtes de nuit de Port-Vila étaient souvent stigmatisés par la population et les organismes de prévention des IST de la capitale comme des lieux de débauche (voir chapitre 2). S'il est vrai que des personnes vendant leurs services sexuels s'y rendaient plus ou moins régulièrement, je ne crois pas que la présence de ces lieux au Vanuatu puisse expliquer à elle seule les chiffres élevés avancés par ces deux enquêtes. L'échange de biens, de services ou d'argent était, en effet, également présent à Seaside Tongoa dans le cadre de relations intimes ordinaires. Ce qui me conduit ici à m'interroger sur la pertinence de l'opposition entre l'économie du don (voir chapitre 4) et l'économie de marché.

Dans son article « Du don au tarif », Tabet examine :

> « L'éventail de variations qui, au sein de différentes sociétés, montrent l'existence d'un continuum dans les rapports sexuels impliquant une compensation, et ce, sur divers plans (les personnes, les modalités de la relation, l'échange économique). [Elle établit] que des traits comme la multiplicité des partenaires et la rémunération, pris isolément ou ensemble, n'appartiennent pas aux seuls rapports dits de prostitution et donc ne sont pas suffisants pour les distinguer des autres rapports non définis comme tels » (1987 : 41).

Aux îles Trobriand (Papouasie-Nouvelle-Guinée), Katherine Lepani note, par exemple, l'existence du *buwala*, c'est-à-dire de « la nécessité pour les hommes de faire des dons de noix de bétel, de tabac, de vêtements ou d'argent à leurs partenaires sexuels après avoir fait l'amour » (2008 a : 254). Les femmes trobriandaises conçoivent cette pratique comme un geste respectueux protocolaire, un symbole de plaisir et d'échange mutuels. En Afrique subsaharienne, plusieurs anthropologues soulignent de même l'importance des cadeaux et de l'argent pour le bon déroulement des relations intimes ordinaires (Hunter, 2002 : 100 ; Swidler et Cotts, 2007 : 147-148 ; Masvawure, 2010 : 858). Les normes de genre en vigueur au Mozambique impliquent, par exemple, que l'homme finance, au moins en partie les dépenses de sa partenaire sexuelle, que le couple soit ou non marié (Groes-Green, 2013 : 111). De la même façon, en 2011 à Seaside Tongoa, un homme d'une trentaine d'années

m'expliqua qu'« il est normal de faire des cadeaux à une femme puisqu'elle a satisfait mes besoins [sous-entendu, sexuels] [62] ». Un second me raconta avoir offert 10 000 vatus (76 €) à une femme originaire de l'île de Tanna avec laquelle il venait de passer la nuit. Même s'il lui avait donné de l'argent, payé la chambre d'hôtel, ainsi que leurs verres d'alcool pendant leur soirée en boîte de nuit, il me précisa qu'il ne la considérait nullement comme une *prostitute*, mais plutôt comme une amie (*fren*)[63].

Lors de mes recherches à Seaside Tongoa, les présents et les dons d'argent étaient réalisés non seulement en direction de partenaires sexuels occasionnels, mais aussi envers des partenaires plus réguliers. Un homme de la communauté âgé d'une quarantaine d'années m'affirma que :

> « Si tu veux une femme, tu dois lui donner de l'argent, de la nourriture, des cadeaux, car tu l'utilises. C'est difficile d'en avoir une sinon. Tu dois l'aimer avec quelque chose. Ce n'est pas le début des compensations matrimoniales [voir chapitre 4]. Mais si tu la veux comme femme, tu dois la nourrir parce qu'elle cuisine, lave pour toi, etc. Ce n'est pas bien de coucher avec elle et de ne rien lui donner en retour ».

Une femme d'une cinquantaine d'années qui écoutait notre conversation ajouta : « autrefois, un homme donnait juste à sa petite amie de la nourriture de son jardin. Mais maintenant, il doit donner de l'argent, des habits, etc.[64] ». Dans cet extrait d'entretien, mes interlocuteurs de Seaside Tongoa distinguent les présents réalisés dans le cadre du mariage coutumier de ceux liés à la mise en couple et au concubinage. Ils soulignent également la modification de leur montant et de leur nature.

La présence de biens et d'argent au sein des relations intimes ordinaires au Vanuatu bénéficie donc d'une profondeur historique indéniable. Dans les années 1920, Speiser note déjà que « le natif [du Vanuatu] rendait intime son amour par toutes sortes de signes et de cadeaux » (1996 [1923] : 66, 261). Il indique également qu'autrefois, les vieux hommes les plus « riches » étaient polygames et que les villages ne disposant pas d'assez de femmes pour permettre à tous les habitants de se marier, les jeunes les moins bien nantis devaient « rémunérer » leurs aînés afin de pouvoir utiliser leurs femmes comme partenaires sexuels[65].

---

[62] Entretien du 18 septembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[63] Entretien du 3 novembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[64] Entretien du 13 novembre 2011 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années et une femme âgée d'une cinquantaine d'années ; voir aussi entretien du 25 août 2012 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années et du 11 novembre 2011 avec deux femmes âgées d'une vingtaine d'années.
[65] Groes-Green indique lui aussi que les pratiques de sexualité transactionnelles observées entre 2007 et 2011 au Mozambique comportaient de nombreuses ressemblances avec les échanges intimes qui avaient lieu un siècle auparavant dans le sud du pays (2013 : 111). Les hommes devaient toujours « payer » les femmes. Mais du fait de l'incapacité de certains à épargner pour verser des compensations matrimoniales et de l'émergence d'une nouvelle classe d'hommes riches au Mozambique, seuls certains hommes avaient la capacité d'entretenir une,

S'il est important de noter que les liens entre les relations intimes et les dons ne constituaient pas un phénomène nouveau en 2011-2012, il est également primordial de souligner que la sexualité transactionnelle ou commerciale au Vanuatu, tout comme celle des pays africains ici présentés, était le produit de changements historiques (Hunter, 2002 : 105 ; Groes-Green, 2013 : 111)[66]. Bien que Speiser indique, dans les années 1920, l'existence de relations intimes dans lesquelles des transferts d'argent ou de biens étaient réalisés au Vanuatu, l'auteur note aussi qu'un type de « prostitution » différent de la forme qui prévalait avant le contact s'était par la suite généralisé, du fait de l'arrivée massive des Blancs dans l'archipel (1996 [1923] : 67, 261). Si le premier type relevait des règles d'« hospitalité » que les chefs polygames se devaient de respecter, la nouvelle forme de « prostitution » liée au mouillage de navires était, selon Speiser, plus « répugnante ».

Dans les différentes situations que je viens de présenter, les pratiques de sexualité transactionnelle ou commerciale pouvaient être interprétées par les protagonistes de Port-Vila comme des pratiques relevant de l'économie de marché – dans le cas de la maison dans laquelle des femmes proposaient des services sexuels tarifés, par exemple – ou bien comme des pratiques d'économie du don – lorsqu'un homme offrait des présents à sa fiancée. Néanmoins, les frontières entre échanges marchands et dons ou entre client et petit ami n'étaient pas toujours claires (voir aussi Zelizer, 2000 : 818).

Les représentations d'une même somme d'argent ou d'un même bien reçu pouvaient différer en fonction des contextes et des personnes. En 2011, à Port-Vila, une jeune fille d'une vingtaine d'années m'expliqua par exemple avoir refusé l'ordinateur portable que son petit ami d'origine asiatique lui offrait parce qu'elle considérait qu'accepter ce présent onéreux équivalait à consentir à être payée pour avoir des relations sexuelles[67]. À l'inverse, une femme âgée d'une quarantaine d'années me raconta attendre avec impatience l'ordinateur portable que son petit ami français venait de lui envoyer[68]. Si l'on a vu dans le chapitre 4 que les vocables namakura désignant les compensations matrimoniales (*beil*) et la pratique de « bloquer » la femme en anticipation du mariage (*rambosoki*) étaient différents à Seaside Tongoa, le terme namakura désignant le présent qu'un homme offre à sa petite amie et celui

voire plusieurs femmes.

[66] Mark Hunter relève par exemple que la chrétienté, la migration, la colonisation, le développement de secteurs économiques et des inégalités de classes, l'augmentation du chômage et des loyers ont contribué à la reformulation des masculinités et au développement d'une économie sexuelle en Afrique de Sud (2002 : 102-105).

[67] Entretien du 11 novembre 2011 avec une femme âgée d'une vingtaine d'années.

[68] Entretien du 19 août 2009 avec une femme âgée d'une quarantaine d'années.

qu'il donne à une femme dont il souhaite compenser les faveurs sexuelles étaient identiques : *bior*[69].

Une même relation pouvait également être différemment perçue et comprise par les deux partenaires. Ainsi en 2011, un agent de sécurité d'une quarantaine d'années de Seaside Tongoa me parla de la magie qu'il utilisait afin de rendre les femmes amoureuses (voir chapitre 7, pages 309-311). Il m'expliqua qu'il n'était pas marié car les femmes de sa communauté dénonçaient les maris infidèles et parce que, lorsqu'il trouvait une femme avec plus d'argent que sa petite amie, il quittait celle-ci pour la première[70]. Alors qu'il considérait avant tout ces relations comme un moyen supplémentaire de se procurer de l'argent, ses petites amies étaient amoureuses de lui. Dans le rapport de l'enquête qualitative *Risky Business Vanuatu* 2010, McMillan et Worth mentionnent également le cas d'un jeune homme de 24 ans ayant des relations sexuelles non rémunérées avec plusieurs petites amies, ainsi qu'avec une femme plus âgée, décrite comme follement éprise de lui, qui lui paye ses frais de scolarité et lui achète des vêtements (2011 a : 19).

À l'inverse, il arrivait à Port-Vila qu'une relation de clientèle occasionnelle évolue en une relation plus permanente et non lucrative. Plusieurs femmes interrogées par McMillan et Worth faisaient ainsi référence à des petits amis qui étaient à l'origine, ou en certaines occasions seulement, des clients (2011 a : 12). Une femme âgée de 28 ans déclara par exemple « c'était mon petit ami. Parfois, je voulais son argent et parfois je voulais juste avoir du sexe avec lui » (McMillan et Worth, 2011 a : 12 ; voir aussi Wardlow, 2006 : 193, 226 pour la Papouasie-Nouvelle-Guinée).

D'après l'enquête de surveillance bio-comportementale 2011, les travailleuses du sexe de Port-Vila entretenaient aussi fréquemment des relations non transactionnelles avec des partenaires réguliers ou occasionnels (Van Gemert *et al.*, 2014 : 2044). En certaines occasions, les personnes vendant leurs services sexuels pouvaient elles-mêmes devenir des clients. En 2011, un homme gay qui avait l'habitude d'avoir des relations sexuelles avec d'autres hommes en échange d'argent, de kava ou d'alcool me dit qu'une nuit, à la fin d'une soirée en boîte de nuit, il donna 500 vatus (4 €) à une jeune femme pour qu'elle lui fasse une fellation (voir aussi Morin, 2008 : 53)[71].

[69] Entretien du 3 août 2012 avec une jeune fille de dix-huit ans.
[70] Entretien du 11 décembre 2011 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années ; voir aussi l'entretien du 12 octobre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.
[71] Entretien du 21 juin 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années ; voir aussi l'entretien du 12 octobre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années

Alors que dans l'imaginaire de certains Occidentaux, « l'amour n'est amour que s'il est donné gratuitement » (Wardlow, 2004 : 1029), les transferts d'argent et les relations intimes coexistaient donc au Vanuatu dans une variété de contextes et de relations sociales. Dans son article « The symbolism of money in Imerina », Maurice Bloch met également en relief le conflit existant entre les manières européennes et africaines de concevoir les rapports entre argent et intimité : tandis que la plupart des expatriés européens pensaient la monétarisation des relations sexuelles à Madagascar comme immorale, il était du devoir d'un homme malgache de faire des dons d'argent à ses partenaires sexuelles, afin de leur montrer qu'il prenait soin d'elles et qu'il appréciait leur compagnie (1989). La philosophe Martha Nussbaum (1998 : 700) montre cependant que les cultures occidentales entremêlent, elles aussi, les relations sexuelles et les formes de paiement dans une multitude de relations pouvant être rangées le long de continuums : allant des cas admis de prostitution aux mariages pour l'argent, en passant par les rendez-vous galants onéreux à la fin desquels sont attendues des faveurs sexuelles (voir aussi De Beauvoir, 2015 [1949] : 424-449 ; Zelizer, 2000 : 818-819, pour une comparaison entre mariage et prostitution en Occident)[72].

Selon Mathieu (2015 : 16), la prostituée et l'épouse n'ont néanmoins « pas la même expérience de leur condition » :

> « Ce qui réunit [d'après lui] l'ensemble des conduites susceptibles d'être assimilées à la prostitution [c'est le] fait qu'elles soient perçues comme socialement déviantes. […] Bon nombre de personnes s'engagent dans des transactions économico-sexuelles isolées et ponctuelles sans pour autant devenir des prostitué-e-s. […] C'est par un processus social de ratification, d'autant plus efficace qu'il est assuré par des figures institutionnelles (police, justice, travail social, etc.), que des échanges économico-sexuels informels et à la signification flottante peuvent accéder au statut de prostitution aux yeux de ceux et celles qui s'y engagent. Ce n'est parfois qu'au moment où le travailleur social d'un organisme spécifiquement destiné aux prostitué-e-s s'adresse à elles que des personnes exerçant un racolage informel sont amenées à s'identifier à cette catégorie » (Mathieu, 2015 : 10 ; 76-77).

Si, pour permettre les comparaisons transnationales, les Nations unies définissent le travail du sexe comme un comportement particulier (en l'occurrence l'échange de biens, de services ou d'argent dans le cadre de relations intimes), les chercheurs en sciences sociales s'étant intéressés à la prostitution, à la suite de Howard Becker (1985 [1963]), tendent eux à en présenter une définition plus relationnelle (les activités prostitutionnelles sont celles

[72] Nussbaum souligne également de façon plus globale qu'il existe en Occident une large variété de professions où les femmes acceptent de l'argent en échange de leurs services corporels : ouvrière d'usine, employée de maison, chanteuse d'opéra, masseuse, professeur de philosophie, etc. (1998 : 693).

socialement étiquetées comme telles). Mais encore faudrait-il qu'il existe un terme équivalent dans le groupe social considéré. Or nous avons vu qu'au cours de mes recherches à Seaside Tongoa, la signification de l'expression *woman blong rod* dépassait celle de *sex worker* ou de prostitué : elle renvoyait à toutes les conduites sexuelles considérées comme socialement déviantes. En outre, la stigmatisation des personnes engagées dans des pratiques de sexualité transactionnelle ou commerciale à Port-Vila était limitée, ce qui pourrait, au Vanuatu, remettre en question l'existence même de la prostitution en tant que conduite sociale déviante différant du multipartenariat sexuel et de l'infidélité. Les enquêtes de santé publique conduites lors de mes recherches à Port-Vila commençaient néanmoins à différencier le travail du sexe des autres comportements sexuels socialement déviants. Au travers des questions posées, elles contribuaient à associer le travail du sexe au VIH et aux autres IST, voire à le présenter comme une activité féminine. Nous avons vu en effet que les trois principales études menées à Port-Vila entre 2006 et 2011 ont presque exclusivement été conduites auprès de femmes qui avaient des échanges économico-sexuels (Bulu *et al.*, 2007 ; McMillan et Worth, 2011 a ; Van Gemert *et al.*, 2014), alors que l'enquête « Connaissances, Attitudes, Pratiques » de l'UNICEF (2010 a : 62-64) a montré que 30 % des jeunes hommes sexuellement actifs interrogés au Vanuatu (contre 31 % des jeunes femmes) avaient déjà eu des rapports sexuels contre un cadeau ou de la nourriture.

Bien que les transactions économico-sexuelles fussent fréquentes au Vanuatu, l'usage du terme prostitution semble à proscrire et le concept globalisé de « travailleur du sexe », prôné par les Nations unies, doit être utilisé avec précautions. La plupart des personnes qui recevaient de l'argent ou un bien en échange de relations intimes ne se considéraient en effet pas comme des *sex workers*. Et les pratiques de sexualité transactionnelle décrites et observées dans le pays étaient diverses et multiples : elles pouvaient être régulières ou occasionnelles, planifiées ou opportunistes, constituer un signe de respect mutuel ou une source de revenus, et l'un ou les deux partenaires pouvaient éprouver des sentiments amoureux. Les pratiques de sexualité transactionnelle et commerciale au Vanuatu pouvaient être interprétées comme des pratiques relevant d'une économie de don ou d'une économie de marché, mais une vision binaire ne reflète pas la variété des relations intimes qui impliquaient l'échange de biens, de services ou d'argent. C'est pourquoi, tout comme Hammar en Papouasie-Nouvelle-Guinée (2010 a : 281, 332) ou Nussbaum aux États-Unis (1998 : 700), je reprends ici le terme continuum pour inclure les pratiques qui existaient entre ces deux économies.

Je viens d'établir que les travailleuses du sexe étaient présentées au Vanuatu comme un groupe à risque pour le VIH et les autres IST par les personnels des organismes de prévention et les rapports d'enquête en santé publique, sans que des preuves épidémiologiques et comportementales concluantes fussent apportées. J'ai ensuite montré que la catégorie de *sex worker,* créée aux États-Unis, n'était pas utilisée par les habitants de Seaside Tongoa qui préféraient employer l'expression de *woman blo rod* ou des termes namakura pour décrire des personnes ayant des pratiques sexuelles jugées socialement déviantes. Les intermédiaires qui travaillaient dans les organismes de prévention des IST faisaient, eux, usage de l'appellation *sex worker* pour faire référence non pas à une personne dont il était avéré qu'elle vendait ses services sexuels, mais pour désigner une femme qui fréquentait des lieux stigmatisés ou avait plusieurs partenaires. Enfin, j'ai remis en cause la pertinence de l'emploi de la catégorie « travailleur du sexe » au Vanuatu parce que le contexte américain dans lequel elle a été élaborée différait fortement de celui de Port-Vila. Les personnes qui avaient des activités économico-sexuelles dans cette capitale ne présentaient pas leurs pratiques comme un travail ou une source principale de revenus et ne revendiquaient pas une identité individuelle de *sex worker*. Elles n'apparaissaient pas nécessairement comme des victimes ni n'étaient traitées avec violence. Les transactions économico-sexuelles étaient fortement contrastées à Port-Vila mais, si la définition de la catégorie *sex worker* donnée par les Nations unies venait à être largement diffusée, il est probable que les personnes engagées dans des transactions qui n'étaient pas jusqu'ici étiquetées comme déviantes risqueraient d'être davantage stigmatisées.

Conclusion

Afin de réaliser des enquêtes comparatives sur les facteurs de risque pour le VIH et les autres IST, mais aussi de constituer des réseaux internationaux de revendication (Wardlow, 2004 : 1038), de faciliter la collaboration transnationale et d'obtenir des financements étrangers (Hodžić, 2013 : 90-96), les organismes de développement utilisent à travers le monde certains termes globalisants, stéréotypants et occidentalo-centrés (Leclerc-Madlala, 2003 : 215-216 ; Seidel et Vidal, 1997 : 64 ; Wardlow, 2004 : 1024-1025). Dans ce chapitre, j'ai montré que les « jeunes », les « MSM » et les « femmes travailleuses du sexe » étaient présentés au Vanuatu comme des catégories à risque pour le VIH et les autres IST, sans que de véritables preuves épidémiologiques ou comportementales soient avancées ou que les appellations et les significations locales soient réellement considérées.

Les définitions de ces groupes à risque reconnues par les Nations unies sont fondées sur des comportements sexuels (pénétration pénis-anus entre « hommes », pénétration vaginale, anale ou fellation en échange de biens, de services ou d'argent) ou sur des caractéristiques individuelles (appartenance à une tranche d'âge). Pourtant, comme je l'ai montré, les habitants de Port-Vila préféraient employer des termes faisant référence à des identités sociales (*yangfala, tom boy, haf-haf, lévav, woman blong rod, navavin ono nalag*). Et lorsque les intervenants faisaient usage des appellations prônées par les Nations unies, ils en modifiaient le sens pour qu'elles coïncident au mieux avec celui des termes locaux.

Pendant mes recherches à Port-Vila, les catégories « jeune », « MSM » et « travailleuse du sexe » étaient utilisées dans le cadre d'enquêtes de santé publique pour désigner des personnes aux caractéristiques diverses qui ne se reconnaissaient pas nécessairement sous ces appellations. Ces expressions masquaient la diversité et la complexité des identités et des pratiques. Boellstorff souligne l'impossibilité de trouver une terminologie reflétant parfaitement la complexité de la réalité sociale puisqu'une langue ne peut catégoriser la réalité de façon transparente, mais il note qu'il est important de s'intéresser aux conséquences socioculturelles de l'emploi de ces catégories (2011 : 288). Dans ce chapitre, j'ai établi que le développement d'une identité sociale et individuelle MSM à Port-Vila a permis l'accès à des fonds et à des dispositifs de prévention, mais a aussi engendré des comportements homophobes. L'appellation *sex worker* était, elle, rarement présentée comme une identité individuelle à Port-Vila, mais il est probable que la diffusion de cette catégorie au Vanuatu, notamment *via* les enquêtes de santé publique, pourrait conduire des activités économico-sexuelles mixtes jusqu'ici relativement tolérées à être davantage stigmatisées, associées aux IST et considérées comme exclusivement féminines.

Les organismes qui mènent des activités de prévention ou réalisent des enquêtes sur la santé sexuelle et reproductive à Port-Vila contribuent donc à définir des catégories et des comportements comme à risque pour le VIH et les autres IST et participent à l'étiquetage de personnes comme « jeune », « MSM » ou « travailleuse du sexe ». Contrairement à certaines associations abolitionnistes françaises (Mathieu, 2015 : 102-103), les activités prostitutionnelles ne sont pas présentées comme une source de violence en elles-mêmes par les organismes de prévention des IST de Port-Vila, mais nous allons voir maintenant qu'ils agissent également pour sensibiliser la population face aux violences faites aux femmes.

Chapitre X. Prévenir et réprimer les violences faites aux femmes

Introduction

Dans le chapitre précédent, j'ai montré que les organismes de prévention des IST de Port-Vila tentaient d'imposer les catégories « jeune », « homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes » ou encore « travailleuse du sexe » au Vanuatu. Je vais maintenant continuer mon analyse critique des termes globalisés utilisés à Port-Vila en me penchant sur les concepts de violence, de droits et de viol. Sur les plans international et local, les actes violents à l'égard des femmes sont en effet considérés comme liés à l'augmentation du risque de contraction d'une IST. Par exemple, la violence ou la peur de la violence du partenaire intime peut empêcher la négociation de l'utilisation du préservatif ou bien constituer un frein à l'accès et à l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive. L'agression sexuelle peut, elle, provoquer des traumatismes et des déchirures tissulaires qui facilitent l'infection par le VIH[1]. En 2011-2012, le thème des violences faites aux femmes était de ce fait souvent abordé par les organismes de prévention des IST de Port-Vila.

La thématique de la violence à l'encontre des femmes est apparue dès mon premier terrain de recherche dans la communauté de Seaside Tongoa, en 2009. Alors que je demandais innocemment à l'une des femmes de ma famille d'accueil l'origine des marques d'incision présentes sur son avant-bras, celle-ci m'expliqua, avec un grand sourire et dans un éclat de voix, que son petit ami l'avait blessée avec un couteau après avoir appris qu'elle utilisait une pilule contraceptive[2]. La légèreté apparente avec laquelle elle me parla de son expérience de la violence suscita chez moi un vif intérêt qui me conduisit à approfondir mes recherches sur cette thématique.

Les témoignages recueillis dans ce chapitre concernent des actes de violence, en particulier sexuelle, perpétrés ou subis par les membres de Seaside Tongoa au cours de mes séjours dans la communauté. On notera que, si la parole semble avoir été davantage donnée aux agresseurs qu'aux victimes, c'est parce que les auteurs de violences vivant à Seaside

1 http://www.endvawnow.org/fr/articles/677-comprendre-les-liens-entre-le-vih-sida-et-la-violence-contre-les-femmes-et-les-filles.html, consulté le 1er décembre 2016 à 14 h 55.

2 Entretien du 28 octobre 2009 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.

Tongoa étaient plus nombreux que les personnes agressées de cette même communauté à souhaiter volontairement me parler.

Mes dix-huit mois de terrain m'ont donc, entre autres, permis de recueillir des témoignages d'auteurs de violences sexuelles à Seaside Tongoa – un type de témoignages qui a été peu collecté au Vanuatu, voire en Mélanésie (Hukula, 2012 ; Kristiansen, 2009). Notons que les travaux anthropologiques récents sur le thème des violences à l'encontre des femmes sont, de manière générale, plutôt rares au Vanuatu et qu'il était donc intéressant de mener des recherches sur cette thématique (voir Jolly, 1996 ; Mitchell, 2000 ; Mason, 2000 ; Taylor, 2008 b ; Penner, 2016).

Dans le Rapport mondial sur la violence et la santé publié en 2002 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la violence est définie comme :

> « La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations » (OMS, 2002 : 5).

Dans ce rapport de santé publique, l'OMS propose d'élargir la définition « conventionnelle » des actes violents en englobant non seulement la « violence physique », « sexuelle » et « psychologique », mais également les « privations » et la « négligence ». Cette définition inclut ainsi des actes n'entraînant pas obligatoirement un traumatisme, un handicap ou un décès, mais pouvant avoir des conséquences négatives, de diverses natures, et à plus ou moins long terme, pour les personnes et les communautés concernés. La question de l'intentionnalité est également au cœur de la description de la violence donnée par l'OMS. Celle-ci ne signifie pas que l'auteur d'un acte violent agit avec l'intention de causer un préjudice, ou qu'il juge son comportement dangereux, mais qu'il a recours à la force de manière intentionnelle et non accidentelle. En outre, le rapport distingue l'« intention de blesser » de « l'intention d'utiliser la violence ». La définition présentée par l'OMS englobe ainsi tous les actes violents qui altèrent ou risquent d'altérer la santé et le bien-être des personnes, tels les mutilations génitales ou les coups entre conjoints, même lorsque ces actes ne sont pas considérés comme une violence par leurs auteurs et leur entourage, ou qu'ils sont jugés acceptables d'un point de vue culturel (OMS, 2002 : 5-7).

Du fait de son rôle dans la prévention et le traitement des problèmes de santé des populations, l'OMS prône une prise en compte élargie des actes violents (OMS, 2002 : 3). Pourtant, prendre en considération le contexte local constitue en anthropologie une étape primordiale dans la définition de la violence (Jolly, 2012 : 2 ; Dinnen, 2000 : 1-2 ; Mitchell,

2000 : 199). Le relativisme culturel et moral constitue en effet pour moi le fondement de la démarche ethnographique. On assiste aujourd'hui à un « engagement de plus en plus fort de l'ethnologue dans les combats pour les droits humains au nom de la fausse neutralité des sciences humaines » (Benveniste et Selim, 2014 : 23). Cette impossible neutralité justifierait les prises de position militantes des chercheurs en sciences sociales. Pourtant, suspendre son jugement moral, notamment lorsqu'on travaille sur des phénomènes de violence, permet d'accéder à des réalités et des expériences que l'on pourrait considérer, selon son propre système de valeurs, comme choquantes (Bourgois et Schonberg, 2009 : 7). Comme l'indique Philippe Bourgois, « ne pas adopter une tonalité moralisante et éviter de développer une vision misérabiliste est une question éthique et analytique impérative, [même s'il est] plus dangereux encore de ne pas voir la misère et la souffrance qui sont toujours tout autour de nous ; et plus encore de ne pas ouvrir le débat sur les tabous et les non-dits relatifs à ces thèmes » (2010 : 125).

Sally Engle Merry montre que la violence est une construction fondamentalement sociale et culturelle (2009 : 4-5 ; 2006 a : 25). C'est la société qui définit les contextes et les formes de douleur qui sont acceptables et qui établit ceux qui doivent être punis. Certaines formes de douleur sont ainsi considérées comme érotiques, héroïques, justifiées ou raisonnables alors que d'autres sont jugées abusives et violentes (voir aussi Scheper-Hughes et Bourgois, 2004 : 1-5). En d'autres termes, c'est la société qui détermine ce que sont les dommages psychologiques et les traumatismes, ainsi que les situations où l'utilisation de la force physique ou des menaces provoque ou est susceptible de provoquer des troubles. Si la souffrance physique ou psychique est universelle, au sens où elle peut être ressentie par tout être humain (sauf exception pathologique), toutes les formes de douleur ne sont pas nécessairement vécues comme un traumatisme ou un puissant choc émotionnel, car leur ressenti dépend de la personne, de la situation et du contexte socioculturel considérés.

S'il est important d'appréhender la violence comme une construction sociale et culturelle, il est également primordial de considérer le caractère dynamique de cette construction, autrement dit de ne pas « fétichiser » des pratiques sous prétexte qu'elles seraient « traditionnelles » (Hlabangane, 2014 : 185). Dans l'*Histoire du viol* (1998), Georges Vigarello indique, par exemple, que la vision de la violence sexuelle en France a été profondément transformée entre le XVI^{e} et le XX^{e} siècle. Le viol est ainsi devenu de plus en plus « intolérable » à mesure que l'égalité entre les hommes et les femmes grandissait. Didier Fassin et Richard Rechtman se sont, quant à eux, intéressés à la façon dont l'idée de traumatisme a été diffusée, à partir des années 1980, dans les sociétés contemporaines, par le

biais d'organisations agissant dans le domaine de la psychiatrie humanitaire à l'échelle transnationale, tels Médecins du Monde ou Médecins sans frontières (2009 : 4-9).

Dans le premier chapitre, j'ai montré que Port-Vila abritait une forte concentration d'acteurs agissant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Cependant, du fait de l'association entre les violences faites aux femmes et l'augmentation des risques de contraction des IST, ainsi que de la signature d'accords internationaux par le Vanuatu, des financements et de l'expertise extérieurs reçus par l'archipel, ces acteurs aidés par d'autres intervenaient également régulièrement dans la capitale pour prévenir les violences à l'égard des femmes. À ces occasions, ils présentaient aux habitants de Port-Vila d'autres conceptions de la violence, dont des définitions plus largement admises à l'échelle internationale. Le travail de médiation effectué par ces acteurs locaux afin que des concepts formulés par des chercheurs étrangers et des organismes internationaux puissent être intégrés dans un contexte social et culturel spécifique, tel celui de Seaside Tongoa, faisait néanmoins face à des difficultés et à des résistances.

Dans le cadre de ce chapitre, je vais analyser trois sujets d'opposition entre les organismes de sensibilisation et la population locale : la définition du viol, la manière de le traiter et la conception du droit. Mais d'abord, je vais aborder, d'une manière générale, les concepts utilisés pour prévenir l'usage de la force physique à l'encontre des femmes, ainsi que la situation locale des violences à l'égard des femmes au Vanuatu.

10.1 Les concepts transnationaux et locaux

10.1.1 Une forme de violence qui préoccupe les acteurs internationaux et nationaux

À en juger par le nombre de déclarations et d'accords internationaux adoptés depuis ces trente dernières années, l'élimination de la violence faite aux femmes constitue l'une des priorités mondiales actuelles. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies en 1979, était, en 2014, ratifiée par 188 pays[3]. Les recommandations établies par le comité du CEDAW, en 1989, définissent clairement la « violence de genre » comme une discrimination, tandis que celles de 1992 classent la « violence à l'encontre des femmes » comme une forme de « violation des droits de l'homme » (Merry, 2006 a : 21). De même, la Déclaration et le programme d'action issus de la Conférence des Nations unies sur les droits

[3]Le Vanuatu l'a ratifiée en 1995. https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-8&chapter=4&lang=en&clang=_en, consulté le 14 janvier 2015 à 17 h 37.

de l'homme, tenue en 1993 à Vienne, ainsi que la Déclaration sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1993 et la Plateforme d'action de la quatrième Conférence sur les femmes de Beijing de 1995, établissent la « violence de genre » comme une violation des droits de l'homme (Merry, 2006 a : 22-24).

Plus récemment, la Déclaration du Millénaire, signée par les membres de l'Assemblée générale des Nations unies en 2000, présente comme l'une de ses décisions la « lutte contre toutes les formes de violence contre les femmes[4] ». Et parmi les huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) adoptés à la suite de la signature de cette déclaration, le troisième consiste à « promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes » (voir chapitre 1, pages 39-40). Même si aucun des indicateurs de suivi des progrès accomplis dans la réalisation des OMD ne prend en compte la violence à l'égard des femmes, les rapports concernant ces objectifs, tel celui publié par le Bureau du Premier ministre du Vanuatu en 2010, mentionnent néanmoins, fréquemment les accomplissements relatifs à la lutte contre cette forme de violence (PMO, 2010 : 35).

Du fait de la signature de certains de ces accords internationaux par le Vanuatu et des financements et de l'expertise extérieurs reçus par l'archipel (voir chapitre 1), les programmes de développement visant à améliorer la santé sexuelle et reproductive ou à diminuer la croissance de la population de ce pays, prennent de plus en plus souvent en considération la violence à l'encontre des femmes (Eves, 2010 : 47). Le Plan National Stratégique pour le VIH et les IST 2008-2012 n'en fait guère mention (MoH, 2008), mais « favoriser l'égalité entre les sexes et réduire la violence à l'égard des femmes » constitue néanmoins le cinquième objectif de la Politique Nationale de Population du Vanuatu 2011-2020 (PMO, 2011 : 45). J'ai indiqué dans le premier chapitre que la « violence sexuelle et la violence à l'égard des femmes » est l'une des thématiques clés de la Politique de Santé Reproductive 2008 (MoH, 2009). Le rapport 2010 du Bureau du Premier ministre du Vanuatu indique que l'un des principaux accomplissements concernant l'égalité entre les sexes de ces dernières années est l'adoption de la loi sur la protection de la famille. Cette loi de 2008 fait de la « violence domestique » une infraction pénale et confère à la police l'obligation d'intervenir lorsque de tels actes sont suspectés (PMO, 2010 : 35).

Un projet de sensibilisation de la population à la « violence domestique » avait déjà été sponsorisé par AusAID en 2003 (Randell, 2003) et, suite à l'adoption de la loi sur la protection de la famille en 2008, de nombreux supports d'information financés

[4] http://www.un.org/french/millenaire/ares552f.htm, consulté le 14 juillet 2016 à 12 h 02.

essentiellement par les gouvernements australiens et néo-zélandais ont également été développés et diffusés au Vanuatu, en particulier en milieu urbain. Des organismes, tels le *Vanuatu Women's Centre* (VWC) et *Wan Smolbag* mais aussi le centre d'assistance judiciaire à la Communauté de l'Université du Pacifique Sud, le Conseil national des femmes de Vanuatu et *le Vanuatu State Prosecution Department,* ont conçu des brochures, des posters, des pièces de théâtre, des bandes dessinées et des films d'information où cette loi est mentionnée. Des ateliers et des séances de discussion autour de la violence exercée à l'encontre des femmes ont également été organisés en 2011-2012, à Port-Vila, par le Conseil national des femmes de Vanuatu et le ministère de la Justice et des Services communautaires.

10.1.2 Le concept de « violence de genre »

Parallèlement aux déclarations et aux accords internationaux, des chercheurs, des activistes et des professionnels travaillant pour des organismes transnationaux, telles les agences des Nations unies, ont développé des expressions visant à désigner l'utilisation de la force physique ou des menaces à l'égard de personnes de sexe féminin : « violences contre les femmes », « violences domestiques », « violence de genre », « violence sexiste », etc. L'usage de la force à l'encontre d'une personne en raison du statut que son sexe lui confère dans la société n'est cependant pas toujours dirigé contre les femmes ni uniquement exercé au sein du couple. Les expressions « violences contre les femmes » et « violences domestiques » sont ainsi de moins en moins utilisées par les chercheurs occidentaux et les organisations internationales, parce que la première exclut les hommes et les enfants qui peuvent être victimes de violences perpétrées par les adultes du fait de leur sexe, et que la seconde présume une distinction entre les domaines de la vie privée et de la vie publique alors qu'une dispute entre partenaires intimes peut par exemple engendrer de sérieux affrontements entre deux clans (Strathern, 1985 : 11-12 ; Jolly, 2012 : 6-7).

Les termes « violence de genre » ou « violence sexiste » – *gender violence* ou *gender-based violence* – constituent désormais les expressions les plus courantes dans le monde de la recherche et du développement (Jolly, 2012 : 7). Le site de l'ONU Femmes définit la violence sexiste comme « une violence exercée contre une personne en raison de son sexe et de la place que lui accordent une société ou culture donnée ». Cette expression souligne, selon cette entité des Nations unies, « le lien qui existe entre le statut inférieur des femmes dans la société et leur vulnérabilité croissante à la violence », mais ce terme inclut également les violences de

nature sexiste, surtout des violences sexuelles, que les hommes et les garçons peuvent subir[5] : agression homophobe, viol entre prisonniers, circoncision, bizutage dans une organisation d'hommes, etc. (Merry, 2009 : 1).

De la même manière que la définition de la violence donnée par l'OMS englobe des actes de diverses natures (voir page 419), la notion de violence de genre prônée par les chercheurs et les acteurs du développement transnational ne fait pas uniquement référence à des actes physiquement traumatisants, comme la torture. Les récentes définitions, comme celles qui figurent dans les objectifs du millénaire pour le développement, incluent en effet non seulement la violence physique, mais aussi la violence émotionnelle, psychologique, financière, sexuelle, la négligence et la coercition, ainsi que des formes de traumatismes culturellement et légalement approuvées, comme les mutilations génitales et les châtiments corporels (Macintyre, 2012 : 241 ; Merry, 2009 : 3).

10.1.3 Les termes employés par les organisations locales

Bien que l'usage de l'expression « violence de genre » soit actuellement recommandé dans les secteurs de la recherche et du développement transnational, elle n'était pas employée dans les supports d'information diffusés à Port-Vila entre 2009 et 2012. Les termes anglais ou bislama majoritairement utilisés par les organismes locaux étaient *domestik vaelens (*« violence domestique »), *vaelens akensem woman* (« violence contre la femme »), *seksuel vaelens* (« violence sexuelle »), *rep* (« viol »), *seksuel harasmen* (« harcèlement sexuel »), *faet long hom* (« bagarre à la maison »), *kilim* (« frapper ») et *han blong hem i fli* (« sa main vole »). L'usage de certaines expressions aujourd'hui critiquées à l'échelle internationale, peut dénoter du laps de temps habituellement nécessaire entre l'apparition d'un nouveau terme et son utilisation par les acteurs à l'échelle locale, mais aussi de difficultés ou de résistances particulières à employer une expression créée par des professionnels de la recherche ou du développement originaires d'une autre partie du globe. L'expression « violence de genre » doit par exemple d'abord être comprise et intégrée par les membres des ONG et des institutions gouvernementales du Vanuatu – pour la plupart originaires de l'archipel et pas nécessairement plus diplômés que la moyenne nationale[6] – avant de pouvoir être « traduite » et transmise aux populations locales *via* des supports et des activités de

[5]http://www.endvawnow.org/fr/articles/295-definition-de-la-violence-contre-les-femmes-et-les-filles.html, consulté le 3 décembre 2014 à 11 h 19.

[6] Dans son mémoire de master, Angelina Penner indique que les femmes impliquées dans les campagnes de prévention des violences de genre à Port-Vila font partie d'une élite sociale (2016 : 69). Pourtant, les pairs éducateurs et les acteurs de *Wan Smolbag* qui abordaient parfois ces thématiques (voir plus bas) ne possédaient pas des niveaux d'études et de vie supérieurs à la moyenne nationale.

sensibilisation. Dans son ouvrage intitulé *Human Rights and Gender Violence* (2006 a : 2), Merry montre ainsi l'importance du travail de « traduction » et d'« interprétation » réalisé par les acteurs locaux servant d'« intermédiaires entre différents ensembles de compréhensions culturelles du genre, de la violence et de la justice ».

Lors de mes recherches au Vanuatu, un travail de « traduction » était en train d'être mené autour de l'expression, certes déjà quelque peu délaissée à l'échelle internationale, de « violence domestique ». L'utilisation de ce concept dans les supports d'information diffusés à Port-Vila constituait ainsi, en 2011-2012, un phénomène relativement récent. D'après mon analyse de ces supports, l'apparition de l'expression « violence domestique » semble corrélée à l'adoption de la loi de 2008 sur la protection de la famille. Les brochures, les bandes dessinées, les pièces de théâtre et les posters, de création plus ancienne, font en effet rarement usage du terme violence.

Figure 107. Deux vignettes de la bande dessinée *Storian blong Susan wetem Mika*, collectée à Wan Smolbag, 2011

Dans la bande dessinée *Storian blong Susan wetem Mika*, publiée en 2002 par *Wan Smolbag* (Figure 107), ainsi que dans les pièces de théâtre *Bae hem i gohed blong kilim woman blong hem o no ?* (2008) et *Solid Sistas* (2005), c'est le terme *kilim* (« frapper ») et l'expression *han blong hem i fli* (« sa main vole ») qui sont principalement utilisés. Les autocollants distribués par le *Vanuatu Women's Centre* (VWC) en 2009 font, quant à eux, usage du vocable *faet*, comme dans les slogans *Stopem ol faet long hom* (« Stopper les bagarres à la maison ») et *Taem yu faetem wan famili hem iwan kraem* (« Quand tu bats une personne de ta famille, c'est un crime »). Les termes employés dans les supports

d'information diffusés à Port-Vila, avant que l'expression « violence domestique » soit utilisée, faisaient donc essentiellement référence à des actes physiquement violents.

Dans une brochure créée par le VWC et trouvée en 2009 dans les locaux de cette organisation, la violence domestique est définie comme « les pratiques [se déroulant à l'intérieur d'un foyer] consistant à battre brutalement une autre personne ou ayant pour conséquence qu'elle se sente mal physiquement ou psychologiquement[7] ». Quatre types de violence domestique sont distingués par le VWC : physique, émotionnelle, sexuelle et financière[8]. Bien que cette brochure financée par le gouvernement australien ne fasse pas usage de l'expression « violence de genre », nous voyons que la conception de la violence domestique présentée dans ce document englobe néanmoins des actes de diverses natures, comme c'est le cas dans la définition de la violence donnée par l'OMS ou celle de la violence de genre transparaissant dans les OMD (voir pages 419 et 423-424).

Si la définition générale donnée par ce document ne précise pas le sexe des personnes à l'encontre desquelles les violences domestiques sont exercées, la description de ces différents types de pratiques présente presque exclusivement les femmes, et dans une moindre mesure les enfants, comme les victimes de ces violences. De même, dans une autre brochure produite par le VWC, et trouvée en 2009 au Conseil national des femmes de Vanuatu, le terme *domestik vaelens* est traduit par *kriminol faet long ol woman long hom blong olgeta* (« dispute criminelle à l'encontre des femmes à l'intérieur de leur foyer ») et l'attention principalement portée sur l'usage de la force physique des hommes à l'égard de leur femme.

Les brochures du département des Affaires féminines et du VWC collectées en 2011-2012 à Port-Vila soulignent néanmoins que la loi de 2008 n'a pas uniquement été créée pour les femmes et que les hommes peuvent également être victimes de telles violences. Cette loi a en effet souvent été critiquée parce qu'elle était considérée par la plupart des personnes interrogées dans les communautés comme exclusivement destinée à la protection des femmes. Si les acteurs locaux ont, dans un premier temps, traduit le concept de « violence domestique » en excluant le fait que les hommes et les enfants puissent en être victimes, les supports d'information les plus récemment créés à Port-Vila, intègrent dorénavant la dimension du genre, telle qu'on peut la retrouver dans l'expression « violence de genre » actuellement prônée à l'échelle internationale.

[7] *Domestik Vaelens hemi fasin blong stap faetem nogud mo mekem narawan iharem nogud long bodi blong hem mo long tingting blong hem. Ol fasin blong Domestik Vaelens ya oli gohet ensaet long wan HOM.*
[8] Entretien du 20 novembre 2009 avec une employée du *Vanuatu Women's Centre*.

Tout comme l'expression « violence domestique », celle de « violence sexuelle » (ou *seksuel vaelens* en bislama) est de plus en plus fréquemment employée par les organisations présentes à Port-Vila. La violence sexuelle est définie par les Nations unies comme :

> « Tout acte sexuel, tentative d'acte sexuel ou tout autre acte exercé par autrui contre la sexualité d'une personne en faisant usage de la force, quelle que soit sa relation avec la victime, dans n'importe quel contexte. Cette définition englobe le viol, défini comme une pénétration par la force physique ou tout autre moyen de coercition de la vulve ou de l'anus, au moyen du pénis, d'autres parties du corps ou d'un objet[9] ».

La définition des Nations unies inclut donc le viol entre époux ainsi que les relations intimes ayant, par exemple, lieu sous contrainte psychologique.

Figure 108. L'affiche *Seksuel Vaelens* du VWC, collectée à Port-Vila, 2011

Dans une enquête sur l'utilisation de la force physique à l'encontre des femmes du Vanuatu réalisée par le VWC en 2009, le concept de violence sexuelle est utilisé pour désigner les « femmes ayant été physiquement forcées à avoir un rapport sexuel contre leur gré », celles « ayant eu une relation sexuelle par peur de la réaction de leur partenaire » ainsi que celles « ayant été forcées de réaliser une pratique qu'elles jugeaient humiliante ou dégradante » (VWC, 2011 : 64). La « tentative d'acte sexuel » n'est donc pas prise en compte dans l'enquête 2009 du VWC, mais une affiche intitulée *Seksuel vaelens*, produite par cette même organisation (Figure 108), définit les violences sexuelles comme le « viol » (*rep*),

[9] http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/, consulté le 22 janvier 2015 à 9 h 13.

l'« abus sexuel des enfants » (*seksuel abius long ol pikinini*) et le « harcèlement sexuel » (*seksuel harasmen*) qui inclut, selon une brochure du VWC, les propos à caractère sexuel et les contacts corporels perpétrés sans l'accord de l'autre personne. La définition de la *seksuel vaelens* dont faisait usage le VWC, au moment de mes recherches, correspond donc globalement à celle fournie par les Nations unies.

Les expressions utilisées par les organismes locaux de sensibilisation n'étaient donc pas nécessairement celles les plus en vogue à l'échelle internationale. Et lorsque c'était un terme plébiscité par les institutions transnationales qui était employé, la conception localement utilisée par les intermédiaires ne recouvrait pas forcément celle de ces grands organismes. Merry note qu'il existe une « grande distance » entre les sites internationaux où les idées sont formulées et les situations spécifiques dans lesquelles elles sont déployées (2006 a : 3) mais, du fait de l'expertise et des financements extérieurs reçus par le Vanuatu (voir chapitre 1), les acteurs du gouvernement et des organisations non gouvernementales de Port-Vila traduisaient et tentaient de transmettre certains de ces concepts aux populations locales.

10.1.4 Imposer le concept de *vaelens* dans les communautés

En 2011-2012, l'utilisation du concept de « violence » (*vaelens*) par les habitants de Port-Vila était encore rare. Dans le dictionnaire anglais-bislama de Terry Crowley (2003 [1995] : 437), réédité en 2003, le terme *violent* n'était pas traduit par le mot *vaelens*, mais par l'expression *han i hevi* (« main lourde »). Du fait de la récente utilisation du concept de violence à Port-Vila, les personnes organisant des ateliers et des séances d'information dans les communautés étaient contraintes d'expliquer aux participants la signification de ce concept d'origine occidentale. En octobre 2011, cinq employés du ministère de la Justice et des Services communautaires se rendirent à Seaside Tongoa pour y mener une séance d'information d'une vingtaine de minutes auprès d'une cinquantaine de personnes de la communauté. L'une des intervenantes de nationalité ni-Vanuatu expliqua succinctement le contenu de la loi sur la protection de la famille, puis définit la *domestik vaelens* comme les « disputes à l'intérieur d'une maison » (*raorao insaed lo wan haos*). Elle déclara : « la violence survient lorsqu'on utilise ses mains, lorsqu'on utilise un outil. Ce sont aussi les mauvais comportements en rapport avec la sexualité »[10]. Un second intervenant ajouta que « la violence c'est frapper un homme ou l'insulter, faire qu'il ne se sente pas bien »[11]. Ainsi, dans la première partie de cette séance de sensibilisation, les intermédiaires travaillant pour le

[10] *Roaroa i happen bae yumi usum han, yumi usum wan aean. Hemi rabish fasin lo side blo sex.*
[11] *Violence hemi olsem faetem wan man o sware long hem. Mekem hemi harem no gud*.

ministère de la Justice et des Services communautaires présentèrent une définition de la violence englobant des actes de différentes natures (physique, sexuelle, émotionnelle) et pouvant concerner des personnes de sexe masculin ou féminin.

Dans la seconde partie de la séance, les participants se divisèrent en petits groupes et discutèrent, pendant une dizaine de minutes, de l'origine de la violence et de la façon de régler les conflits. À la fin de cette rencontre, un habitant de la communauté, d'une cinquantaine d'années, me dit :

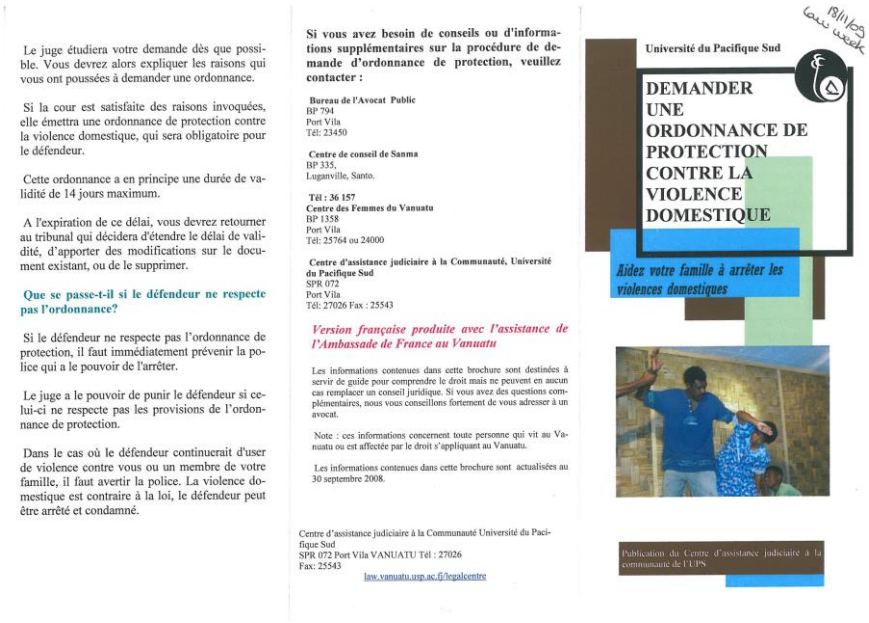
> « Tes collègues sont venus nous parler de la violence. Mais ça veut dire quoi la violence ? Violence, c'est un terme anglais. Si la violence, c'est quand on fait que quelqu'un ne se sente pas bien, alors est-ce que si une femme quitte son mari, ce n'est pas aussi de la violence[12] ? »

Les propos de mon interlocuteur soulignent les difficultés rencontrées par les participants pour assimiler un concept d'origine occidentale, dont les organisations locales tentent depuis peu de leur imposer l'usage. Ils montrent également que l'utilisation du concept de violence pour désigner non seulement des actes physiquement traumatisants, mais aussi à l'origine de dommages émotionnels, psychologiques, voire financiers, rend la compréhension de ce terme encore plus flexible et subjective que celle des expressions *kilim, faet* ou *han blong hem i fli*, jusqu'alors employées. La remarque de cet homme laisse par ailleurs transparaître une certaine résistance face aux Ordonnances de Protection contre la Violence Domestique (OPVD) qui peuvent dorénavant être établies par les tribunaux du Vanuatu. Depuis l'adoption de la loi sur la protection de la famille en 2008, une personne victime d'abus ou de violences peut ainsi demander une OPVD. Celle-ci implique, pour le « défendeur », qu'il quitte le domicile familial pendant une période spécifique ou qu'il n'ait plus aucun contact avec le « demandeur » ou avec sa famille, pendant la durée de validité de l'ordonnance (Figure 109).

L'objectif de la séance d'information d'octobre 2011 était d'annoncer à la communauté de Seaside Tongoa qu'elle devait désigner, avant la fin de la semaine, deux conseillers en charge d'apaiser les conflits conjugaux et autorisés à signaler les conjoints violents aux forces de police. Le projet de création d'un statut de conseiller échoua, mais l'année suivante, dix-sept membres de la communauté participèrent à un atelier d'une semaine organisé par le même ministère et par le Conseil national des femmes de Vanuatu, intitulé *Human rights, domestic violence, Family Protection Act, Convention on the rights of the child awareness*[13]. À la suite de cette formation, les participants furent chargés de mener des séances

[12] Séance d'information du 17 octobre 2011 organisé par le ministère de la Justice et des Services communautaires à Seaside Tongoa et entretien du 17 octobre 2011 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années.
[13] Entretien du 17 juin 2012 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.

d'information à Seaside Tongoa, pendant la réunion des enfants ou celle des femmes de l'église presbytérienne, par exemple. L'un des buts de cet atelier et des rassemblements qui s'ensuivirent était, là encore, de sensibiliser la population aux violences et de développer l'usage de ce concept ainsi que de celui de *rights* dans la communauté[14]. En outre, cet atelier permit de former dix-sept nouveaux intermédiaires capables d'intervenir à l'échelle de la communauté de Seaside Tongoa. Notons que l'organisation de séances d'information pour expliquer la signification de notions d'origine occidentale constituait un phénomène très courant au cours de mes recherches dans la capitale. Ainsi, pendant le seul mois de novembre 2011, deux groupes de *Wan Smolbag* se rendirent à Seaside Tongoa, l'un pour prôner l'utilisation du terme *disabilities* plutôt que celui de *handicap*, et l'autre pour expliquer la signification de l'expression *sexual harassment* aux habitants de la communauté[15].



Le juge étudiera votre demande dès que possible. Vous devrez alors expliquer les raisons qui vous ont poussées à demander une ordonnance.

Si la cour est satisfaite des raisons invoquées, elle émettra une ordonnance de protection contre la violence domestique, qui sera obligatoire pour le défendeur.

Cette ordonnance a en principe une durée de validité de 14 jours maximum.

A l'expiration de ce délai, vous devrez retourner au tribunal qui décidera d'étendre le délai de validité, d'apporter des modifications sur le document existant, ou de le supprimer.

Que se passe-t-il si le défendeur ne respecte pas l'ordonnance?

Si le défendeur ne respecte pas l'ordonnance de protection, il faut immédiatement prévenir la police qui a le pouvoir de l'arrêter.

Le juge a le pouvoir de punir le défendeur si celui-ci ne respecte pas les provisions de l'ordonnance de protection.

Dans le cas où le défendeur continuerait d'user de violence contre vous ou un membre de votre famille, il faut avertir la police. La violence domestique est contraire à la loi, le défendeur peut être arrêté et condamné.

Si vous avez besoin de conseils ou d'informations supplémentaires sur la procédure de demande d'ordonnance de protection, veuillez contacter :

Bureau de l'Avocat Public
BP 794
Port Vila
Tél: 23450

Centre de conseil de Sanma
BP 335,
Luganville, Santo.

Tél : 36 157
Centre des Femmes du Vanuatu
BP 1358
Port Vila
Tél: 25764 ou 24000

Centre d'assistance judiciaire à la Communauté, Université du Pacifique Sud
SPR 072
Port Vila
Tél: 27026 Fax : 25543

Version française produite avec l'assistance de l'Ambassade de France au Vanuatu

Les informations contenues dans cette brochure sont destinées à servir de guide pour comprendre le droit mais ne peuvent en aucun cas remplacer un conseil juridique. Si vous avez des questions complémentaires, nous vous conseillons fortement de vous adresser à un avocat.

Note : ces informations concernent toute personne qui vit au Vanuatu ou est affectée par le droit s'appliquant au Vanuatu.

Les informations contenues dans cette brochure sont actualisées au 30 septembre 2008.

Centre d'assistance judiciaire à la Communauté Université du Pacifique Sud
SPR 072 Port Vila VANUATU Tél : 27026
Fax: 25543
law.vanuatu.usp.ac.fj/legalcentre

Université du Pacifique Sud

DEMANDER UNE ORDONNANCE DE PROTECTION CONTRE LA VIOLENCE DOMESTIQUE

Aidez votre famille à arrêter les violences domestiques

Publication du Centre d'assistance judiciaire à la communauté de l'UPS

Figure 109. Une brochure de l'Université du Pacifique Sud sur l'OPVD, collectée à Port-Vila, 2009

Ainsi, aux échelles nationale et transnationale, l'élimination de la violence basée sur le genre constituait l'une des préoccupations principales. Le concept alors plébiscité par les Nations unies était celui de « violence de genre », mais cette expression était néanmoins rarement employée par les intermédiaires de Port-Vila qui faisaient le plus souvent usage de termes plus anciens, comme ceux de « violence », de « violence domestique » ou de « violence sexuelle ». Pour que des concepts formulés par des chercheurs et des organismes internationaux puissent être intégrés dans un contexte social et culturel spécifique, tel celui de

[14] Séances d'information du 19 juin 2012 lors de la *Sunday school* et du 18 juillet 2012 lors de la réunion de la *Presbyterian Women Mothers Union* de Seaside Tongoa.
[15] Séance d'information du 16 novembre 2011 sur le handicap et atelier d'information sur la santé sexuelle et reproductive du 2 novembre 2011 à Seaside Tongoa.

Seaside Tongoa, des acteurs locaux doivent effectuer un travail de médiation. La remarque formulée par l'un de mes interlocuteurs à la fin de la séance d'information menée dans cette communauté en octobre 2011 indique néanmoins qu'il existe des difficultés, voire des résistances, à l'adoption de certains de ces concepts. Je vais maintenant m'intéresser de plus près aux conceptions et aux situations de violence présentes à Port-Vila. Je me pencherai plus particulièrement sur les représentations et les pratiques liées à l'usage de la force physique à l'encontre des femmes à Seaside Tongoa, dans le but d'analyser ces difficultés et ces résistances.

10.2 Une description de la situation locale des violences à l'encontre des femmes

10.2.1 Une forte prévalence des violences physiques et sexuelles

Au Vanuatu tout comme dans d'autres pays océaniens, l'usage de la force physique à l'encontre des femmes est très répandu. D'après l'enquête conduite par le *Vanuatu Women's Centre* (VWC) en 2009, 60 % (1 239 sur 2 061) des femmes âgées de 15 à 49 ans interrogées dans l'archipel avaient subi des « violences physiques ou sexuelles » de la part de leur partenaire (VWC, 2011 : 56), contre 64 % (1 663 sur 2 618) des femmes interviewées aux îles Salomon et 68 % (1 032 sur 1 527) des femmes interrogées aux îles Kiribati dans le même type d'enquête (SPC, 2009 : 62 ; SPC, 2010 : 80). Plus précisément, 51 % (1 045 sur 2 061) des femmes interrogées au Vanuatu avaient subi des « violences physiques » de la part de leur partenaire et 44 % (910 sur 1 239) d'entre elles déclarèrent avoir été contraintes par celui-ci lors d'un rapport sexuel (« par la force » ou « par peur de sa réaction en cas de refus ») ou bien avoir été « forcées de réaliser une pratique qu'elles jugeaient humiliante ou dégradante » (VWC, 2011 : 56, 64). Elles étaient, comparativement, 46 % (1 192 sur 2 618) et 55 % (1 431 sur 2 618) aux îles Salomon et 60 % (916 sur 1 527) et 46 % (708 sur 1 527) aux îles Kiribati (SPC, 2009 : 62 ; SPC, 2010 : 80).

En outre, les études quantitatives menées en 2008-2009 au Vanuatu, aux îles Salomon et aux îles Kiribati révélèrent des taux de « violences physiques et sexuelles » perpétrées en dehors du couple très élevés : 48 % (1 112 sur 2 337) des femmes interrogées au Vanuatu avaient connu, depuis l'âge de 15 ans, l'une ou ces deux formes de violences infligées par une personne autre que leur partenaire (un ami de la famille, un frère, un collègue ou un étranger), 28 % (663 sur 2 337) des femmes interviewées avaient déjà fait l'expérience de « violences physiques » et 33 % (772 sur 2 337) de « violences sexuelles » (VWC, 2011 : 95). De même, aux îles Salomon et aux îles Kiribati, 29 % (839 sur 2 882) et 18 % (311 sur 1 769) des

femmes interrogées dans ces deux pays avaient été victimes de « violences physiques ou sexuelles » commises par une autre personne que leur partenaire : 18 % (525 sur 2 882) et 11 % (194 sur 1 769) de « violences physiques » et 18 % (518 sur 2 882) et 10 % (174 sur 1 769) de « violences sexuelles » (SPC, 2009 : 79 ; SPC, 2010 : 102).

Les enquêtes menées par l'UNICEF en 2008-2009 auprès de jeunes gens âgés de 15 à 24 ans (510 au Vanuatu, 604 aux îles Salomon et 367 aux îles Kiribati) révélèrent, elles aussi, une forte prévalence des violences sexuelles dans ces trois archipels. Au Vanuatu, presque les deux tiers (62 %) des jeunes femmes et plus d'un quart (28 %) des jeunes hommes sexuellement actifs interrogés déclarèrent avoir été « forcés » lors d'un rapport sexuel (UNICEF, 2010 a : 66). Notons qu'ils étaient respectivement 49 % et 28 % aux îles Salomon, et 54 % et 33 % aux îles Kiribati (UNICEF, 2010 c : 66, 69 ; UNICEF, 2010 d : 59, 62).

Du fait de mon intérêt pour les questions de santé et de sexualité, mes recherches au Vanuatu ont essentiellement porté sur la violence sexuelle et la violence physique entre partenaires intimes. Lors de mes séjours à Port-Vila, les compréhensions locales des actes violents étaient souvent limitées aux agressions physiques, malgré les efforts déployés par les organismes de sensibilisation pour en présenter une définition plus élargie. Mes données ethnographiques sur les sévices émotionnels (harcèlement, humiliation, critiques permanentes) sont donc relativement limitées, mais l'enquête quantitative réalisée par le VWC me permet néanmoins d'indiquer que la violence psychologique est, elle aussi, très présente dans l'archipel. D'après cette étude, 64 % (1 309 sur 2 061) des femmes interrogées en 2009 avaient été insultées par leurs partenaires ou s'étaient senties mal du fait de propos qu'ils avaient tenus à leur encontre (VWC, 2011 : 247). Ces femmes étaient respectivement 52 % (1374 sur 2618) aux îles Salomon et 32 % (483 sur 1 527) aux îles Kiribati (SPC, 2009 : 64, SPC, 2010 : 84).

Je dispose donc de données quantitatives récentes indiquant que les violences physiques, sexuelles et émotionnelles exercées au sein ou en dehors du couple étaient très fréquentes au Vanuatu, mais l'étude réalisée par l'UNICEF montre également qu'il existe une disparité entre les sexes concernant les violences sexuelles. Ainsi, même si les hommes peuvent être touchés par ce type de violence, les femmes en demeurent néanmoins les principales victimes.

10.2.2 La légitimité de l'utilisation de la force physique à l'encontre des conjointes

Dans l'archipel du Vanuatu tout comme en Nouvelle-Calédonie ou en Papouasie-Nouvelle-Guinée, les actions brutales sont souvent vues comme une façon acceptable de discipliner les femmes, lorsque ces dernières n'agissent pas de la manière escomptée par leur

famille ou leur communauté (VWC, 2011 : 14-15 ; Mason, 2000 : 119 ; Jolly, 2012 : 3 ; McPherson, 2012 ; Macintyre, 2012 ; Eves, 2010 : 57 ; Bonnemère, 1996 : 129 ; Banks, 2000 : 86 ; Salomon, 2003).

> Un après-midi de novembre 2011, alors que je me rendais aux toilettes collectives en empruntant l'une des rues étroites de la communauté, je fus dépassée par un homme qui marchait à grands pas. Ce dernier se baissa, ramassa l'un des objets que contenait le tas d'ordures de la ruelle et abattit brutalement son bras sur le dos de sa conjointe qui se trouvait juste devant moi. La femme hurla en se cambrant de douleur. Elle se retourna, saisit les pierres et les déchets se situant à sa portée et commença à le caillasser. Voyant l'homme rebrousser chemin dans ma direction, je me mis à courir pour éviter les projectiles. Je m'assis haletante et inquiète aux côtés de l'une des sœurs de la victime qui m'expliqua, amusée par la situation et par ma réaction, que cette dernière était « mauvaise » (*no gud*) et que son partenaire (avec qui elle n'était pas mariée) avait eu raison de la frapper[16].

Lors de mes séjours à Seaside Tongoa, j'ai recueilli de nombreux discours de femmes ou d'hommes justifiant l'usage de la force physique par un homme à l'encontre de sa partenaire, qu'ils soient ou non mariés, par le fait que cette dernière utilisait un moyen de contraception sans son accord, qu'elle le trompait, qu'elle occupait un emploi contre son gré ou qu'elle ne s'occupait pas suffisamment ou correctement de leurs enfants[17]. Dans les chapitres 4 et 5, j'ai déjà mentionné que les principales raisons invoquées dans la communauté pour battre sa partenaire étaient liées à un manquement dans son rôle d'épouse, et surtout de mère. De même, pendant l'enquête menée dans l'archipel en 2009 par le *Vanuatu Women's Centre* (VWC), 27 % (275 sur 1 029) des femmes interrogées déclarèrent que leurs partenaires les avaient battues parce qu'ils étaient jaloux, 23 % (247 sur 1 029) parce qu'elles leur avaient désobéi ou qu'ils souhaitaient les discipliner, 20 % (202 sur 1 029) parce qu'il n'y avait rien à manger à la maison et 15 % (157 sur 1 029) parce qu'elles avaient refusé un rapport sexuel. Elles expliquaient principalement les brutalités subies par le fait qu'elles n'avaient pas satisfait les attentes de leurs partenaires, mais 30 % (308 sur 1 029) d'entre elles indiquèrent également avoir été battues sans aucune raison apparente (VWC, 2011 : 19, 166).

De nombreuses femmes interrogées dans l'enquête 2009 du VWC pensaient que leurs partenaires avaient, dans certaines situations, le droit d'utiliser la force physique à leur

[16] Observation du 20 novembre 2011 et entretien avec une femme âgée d'une trentaine d'années.

[17] Entretiens du 18 septembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années, du 29 octobre 2011 avec une femme âgée d'une quarantaine d'années, du 17 octobre 2011 avec un homme âgé d'une soixantaine d'années, du 18 octobre 2011 avec un homme âgé d'une soixantaine d'années, du 20 novembre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années, du 6 décembre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années, du 19 juin 2012 avec une femme âgée d'une vingtaine d'années, du 16 juillet 2012 avec une femme âgée d'une vingtaine d'années, du 20 juillet 2012 avec un homme âgé d'une soixantaine d'années et du 13 août 2012 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.

encontre : 60 % (1 396 sur 2 337) d'entre elles étaient d'accord avec au moins l'une des raisons avancées pour qu'un homme batte sa femme, 34 % (795 sur 2 337) pensaient que la violence était légitime si la femme désobéissait à son mari, 28 % (656 sur 2 337) considéraient qu'il avait le droit de la battre afin de la discipliner ou de lui donner une leçon, et 32 % (741 sur 2 337) déclaraient qu'un homme pouvait être violent avec sa partenaire si la compensation matrimoniale avait été versée (VWC, 2011 : 16, 81).

Mes recherches ethnographiques à Seaside Tongoa et l'enquête quantitative du VWC montrent donc que l'usage de la force physique à l'encontre des femmes était souvent considéré comme acceptable au sein du couple, non seulement par les personnes de sexe masculin, mais aussi par les femmes, qu'elles en soient victimes ou témoins. Si la question du versement de la compensation matrimoniale ne semblait pas primordiale aux yeux de mes interlocuteurs de Seaside Tongoa pour définir si un homme avait ou non le droit de battre sa partenaire, l'enquête du VWC indique néanmoins que cette variable joue souvent un rôle dans la catégorisation de la violence légitime, et en particulier dans la conception du viol entre époux.

10.2.3 La non-reconnaissance du viol entre époux

D'après le *Vanuatu Women's Centre* (VWC, 2011 : 16), la plupart des femmes interviewées en 2009 avaient un « sens aigu de leur autonomie sexuelle ». En effet, entre 12 % et 23 % (entre 274 et 536 sur 2 337) d'entre elles seulement ignoraient qu'elles avaient le droit de refuser un rapport sexuel, dans les cas où elles ne voulaient pas être enceintes, où elles étaient malades, où leurs partenaires étaient saouls, ou bien si elles suspectaient une infidélité de leur part ou une IST. Mais cette enquête révèle surtout que 40 % (945 sur 2 337) des femmes interrogées par le VWC n'étaient pas sûres d'avoir le droit de repousser les avances sexuelles de leur mari, après que la compensation matrimoniale eut été versée (VWC, 2011 : 16, 86). Dans le chapitre 4, j'ai montré qu'à Seaside Tongoa comme dans de nombreux groupes de l'archipel, les capacités productives et reproductives de la jeune mariée sont transférées au *nakamal* de son époux, par le versement de cette compensation.

D'après un rapport de l'ONU Femmes, seuls 52 États dans le monde criminalisaient explicitement le viol entre conjoints en avril 2011. Aucun pays océanien ne faisait alors partie de cette liste (UN Women, 2011 : 33, 134-137). Au Vanuatu, les sections 90 et 91 [CAP 135] du Code pénal – entrées en vigueur en 1981 – stipulent que « nul ne peut commettre un viol ». Selon la législation de l'archipel :

> « Toute personne ayant un rapport sexuel avec une autre personne : sans le consentement de cette personne ; ou avec le consentement de cette personne si ce consentement est obtenu : par la force ; sous des menaces d'intimidation de toute sorte ; par peur de blessure corporelle ; au moyen de fausse déclaration quant à la nature de l'acte ; ou dans le cas d'une personne mariée, en se faisant passer pour son conjoint ; commet un viol »[18] (Sections 91 et 90 du Code pénal [CAP 135]).

Aucune clause de la législation du Vanuatu n'exclut la possibilité pour un conjoint d'être poursuivi pour viol, comme cela était le cas, jusqu'en 2003, en Papouasie-Nouvelle-Guinée (Borrey, 2000 : 106 ; Banks, 2000 : 96)[19]. Cependant, le Code pénal du Vanuatu ne criminalise pas le viol conjugal de manière explicite et les arrestations réalisées par la police dans ce cadre étaient rares en 2011-2012[20].

L'idée qu'une femme ne devait pas repousser les avances sexuelles de son conjoint ou ne pouvait pas porter plainte pour un viol commis par son époux était donc encore très répandue au moment de l'enquête 2009 du VWC ainsi qu'au moment de mes recherches dans la capitale. Les violences sexuelles entre partenaires intimes, tout comme les violences physiques à visée éducative, étaient ainsi souvent considérées comme légitimes et même parfois encouragées au sein de la communauté.

10.2.4 La pression de l'entourage dans l'usage de la force physique

Au Vanuatu, les garçons et les filles sont socialisés pour savoir accepter certaines formes de souffrance et de brutalité, ainsi que pour se comporter de manière agressive lorsque la situation l'exige. Notons que cette forme d'éducation se retrouve également en Papouasie-Nouvelle-Guinée (Eves, 2010 : 52 ; McPherson, 2012 : 56). D'après les déclarations des parents et des tuteurs interrogés lors de la *Demographic and Health Survey* 2013 au Vanuatu, 77 % des enfants âgés de 2 à 14 ans avaient fait l'expérience d'une forme de « punition psychologique », 72 % d'une « punition physique » et 36 % d'une « sévère punition physique » (MoH *et al*., 2014 : 245).

Au moment de mes recherches à Seaside Tongoa, les enfants des deux sexes étaient encouragés à se donner des coups, en cas, par exemple, de désaccord. Les adultes et les enfants plus âgés corrigeaient aussi fréquemment les plus jeunes, afin de les inciter à ne pas recommencer. Une mère pouvait ainsi mordre son bébé si celui-ci lui faisait mal pendant la

[18] http://www.paclii.org/vu/legis/num_act_fr/pidcp2003390.rtf, *consulté le 14 juillet 2016 à 20 h 40.*
[19]http://www.crin.org/en/library/publications/papua-new-guinea-child-rights-references-universal-periodic-review, consulté le 10 décembre 2014 à 9 h 35.
[20]http://www.radionz.co.nz/international/pacific-news/252981/vanuatu-women-decry-chiefs%27-views, consulté le 23 mars 2015 à 14 h 59.

tétée. Un père ou un frère pouvait battre sa fille ou sa sœur s'il la jugeait trop jeune pour commencer à flirter[21]. On est ici tenté de mettre en parallèle la légitimité d'administrer des coups au sein de la famille à la non-administration d'analgésiques lorsque les garçons subissent les incisions péniennes ou que les femmes accouchent, y compris à l'hôpital central de Port-Vila. La souffrance physique fait en effet partie de l'éducation et de la vie des individus. Même si les gens ne le disent pas explicitement, leurs pratiques révèlent qu'elle contribue à la construction de la personne (voir chapitre 5, pages 237-238).

Figure 110. La bande dessinée *Gel Ambae wetem Boe Tanna*, collectée à *Wan Smolbag*, 2011

Plusieurs membres de la communauté de Seaside Tongoa me parlèrent des pressions exercées par leur entourage pour qu'ils accomplissent des actes violents. Un habitant m'expliqua avoir ainsi battu sa femme sur les conseils de membres de son *nakamal*, parce que cette dernière lui était infidèle. Un second m'avoua avoir incité un jeune homme à « frapper plus fort » sa compagne pendant qu'il la battait parce qu'elle ne s'était pas correctement occupée de leurs deux bébés[22]. Une bande dessinée créée en 2010 par *Wan Smolbag* afin de sensibiliser les lecteurs à la violence domestique, fournit un autre exemple de cette forme de pression exercée par des témoins ou des conseillers. Alors qu'une jeune fille propose à son partenaire de rentrer à la maison, l'un des amis du jeune homme commente : « elle pense

[21] Entretiens du 19 novembre 2011 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années et du 17 juin 2012 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.
[22] Entretiens du 20 octobre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années et du 16 juillet 2012 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.

qu'elle est la patronne, maintenant ! Frappe-la ! » Celui-ci s'exécute, en indiquant à sa copine : « Tu ne me parles pas comme ça devant mon ami ! » (Figure 110)[23].

Lors des interactions quotidiennes au sein de la famille ainsi que pendant certaines étapes douloureuses du cycle de la vie (incisions péniennes, accouchements sans analgésique), les hommes et les femmes de Seaside Tongoa apprenaient donc, d'une manière générale, à gérer leur souffrance et à faire usage de leur force. Mais parfois, c'est la pression exercée par l'entourage qui, dans des situations concrètes, poussait un homme à battre sa partenaire. Dans une communauté très densément peuplée, telle que l'est Seaside Tongoa (voir chapitre 3, pages 121-126), les disputes conjugales avaient souvent lieu sous les yeux d'hommes et de femmes qui n'hésitaient pas à haranguer les conjoints pour les inciter à l'action. L'analyse de la dynamique de groupe constitue donc une étape importante dans l'étude des violences.

10.2.5 La mise en avant de la dynamique de groupe dans les discours sur les viols

Dans les cas d'agressions sexuelles qui me furent relatées à Seaside Tongoa, la pression ou la négligence du collectif fut maintes fois soulignée par leurs auteurs ou par des proches de ceux-ci. En juillet 2012, j'ai ainsi assisté à l'une des séances du procès d'un jeune homme de 14 ans accusé d'avoir violé une fillette de 8 ans quelques mois auparavant. Alors que l'on attendait devant la salle d'audience de la Cour suprême de Port-Vila, l'un des frères classificatoires du jeune homme m'expliqua :

> « Roy avait fumé [des cigarettes] ce soir-là. Il se trouvait près du bar à kava. Il a vu Lei qui dormait seule dans la chambre, et il est entré par la fenêtre. Lei n'a rien dit. Il y a un homme qui les a vus. Mais au lieu d'empêcher Roy de faire ça, il a appelé sa femme pour qu'elle vienne voir aussi. Puis, ils ont averti d'autres personnes pour qu'ils viennent regarder la scène par la fenêtre. Et c'est seulement après qu'ils sont allés prévenir la mère de Lei qui était en train de boire du kava alors qu'il était minuit. C'est pour ça que l'avocat de Roy nous a demandé 10 000 vatus (76 €). Il veut poursuivre en justice ceux qui ont observé Roy et Lei comme s'ils regardaient un film et qui n'ont pas empêché Roy d'agir[24] ».

Si, en effet, le rapport de jugement indique que des membres de la famille furent témoins de la scène, il souligne néanmoins que ces derniers ont immédiatement alerté la mère de la victime et ne mentionne pas que l'avocat de Roy a tenté de les poursuivre. Lors d'une séance d'information tenue quelques semaines plus tard par l'une des habitantes de Seaside Tongoa qui avait suivi la formation *Human rights, domestic violence, Family Protection Act,*

[23] *Hem i ting se hem nao bos ! Kilim hem ! Bae yu no tok long mi olsem long fored blong fren blong mi !*
[24] Entretien du 4 juillet 2012 avec un homme âgé d'une trentaine d'années. Je rappelle que les prénoms cités ont été modifiés pour préserver l'anonymat.

Convention on the rights of the child awareness, l'affaire fut cependant à nouveau mentionnée. L'intervenante déclara :

> « On a le droit d'arrêter un couple qui se bat. Il ne faut pas penser que ce ne sont pas nos affaires. On aurait dû arrêter le jeune Roy lorsqu'il regardait par la fenêtre au lieu d'attendre qu'il viole la fille de Joy avant d'aller le dénoncer[25] ».

Un second exemple qui illustre la mise en place d'une dynamique de groupe au cours d'un viol me fut apporté par un jeune homme de Seaside Tongoa, quelques semaines après qu'il eut sexuellement agressé une fille de 16 ans vivant dans la communauté voisine. En septembre 2011, alors que nous discutions des conséquences négatives de la consommation de drogues, j'ai demandé à Pakoa s'il avait bu ou fumé avant de violer la jeune femme. Celui-ci me répondit :

> « J'étais avec Timon cet après-midi-là. On était saouls parce que sa copine de Seaside Paama venait de le quitter pour se mettre avec un homme [du quartier] de Blacksands. On a été trouvé la mère de sa copine qui travaillait au bar à kava *24 hours,* et on l'a frappée. Puis, on est redescendu sur la route, et on a encore frappé un homme qui passait par là qu'on ne connaissait pas. Tu sais quand tu es saoul… Ensuite, on s'est rendu à Seaside Paama pour aller chercher la fille qui avait aidé la copine de Timon à le quitter et on l'a ramenée dans notre bar à kava. Je l'ai insultée, frappée, je lui ai dit que je voulais coucher avec elle. Mais je ne l'ai pas violée. Il y avait du monde autour de nous[26] ».

Bien que mon interlocuteur démente être l'auteur d'un viol, le rapport médical de l'hôpital central de Port-Vila fait état d'une pénétration vaginale et d'une fellation forcée réalisée par la jeune fille. Pakoa présente son geste comme une punition collective et mentionne le rôle joué par son ami Timon dans le déroulement de l'événement. Il souligne l'existence d'une dynamique collective l'ayant conduit à agresser cette jeune fille sexuellement. Notons cependant que le rapport issu du témoignage de cette dernière ne décrit pas en détail comment s'est déroulée l'agression et ne précise pas si d'autres personnes étaient présentes.

Un troisième cas me fut donné par un ancien chef de gang surnommé *Major* et par Dan, l'un de ses anciens acolytes. Dan m'expliqua que, dans les années 1990, il existait une bande dans chaque quartier de Port-Vila. Ces groupes de jeunes hommes « volaient, violaient et se battaient » entre gangs rivaux. À Seaside, le groupe fut tout d'abord appelé *Slave* (« Esclave »), parce que ses membres « travaillaient dur, mais ne possédaient rien ». Puis, en

[25] Séance d'information du 18 juillet 2012 lors de la réunion de la *Presbyterian Women Mothers Union* de Seaside Tongoa.
[26] Entretien du 28 septembre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.

1995, la bande fut rebaptisée *Squato* (« Squat »), mais les jeunes hommes se faisaient également appeler *SPR* (*Sperem Pablik Rod*, « parcourir la voie publique ») « parce qu'ils étaient sans emploi » et erraient toute la journée. *Squato* regroupait des hommes de différentes communautés de Seaside (Tongoa, Pentecôte, Futuna, Paama ; Figure 42, page 118) qui portaient un S tatoué sur la main. Le camp du gang se trouvait sur le terrain de Seaside Pentecôte. L'une des règles alors en vigueur était : « Tout ce qui est à toi est au gang ». Dan me révéla que : « si un homme ramenait sa copine au camp, tous les autres devaient coucher avec elle. Mais jamais une fille n'a porté plainte[27] ».

En août 2012, alors que nous nous trouvions dans un bar à kava, l'ancien chef de *Squato* me raconta, tout en arborant un grand sourire :

> « Un soir, on était [dans le quartier de] Nambatu Lagon, et on a croisé un couple d'une autre bande. On s'est mis à frapper le gars. Puis on a violé (*repem*) sa copine. Elle pleurait. Je lui ai dit de se taire, sinon j'allais la tuer. Elle a dit : "faites ce que vous avez à faire, mais faites-le vite". C'est moi qui ai couché le premier avec elle (grand sourire). Je l'ai emmenée dans la case en *natangora*[28] qu'un homme de ma famille nous avait prêtée. Elle pleurait toujours, alors je l'ai de nouveau menacée. Puis, j'ai dit à mes hommes d'y aller chacun leur tour. Neuf avaient déjà couché avec elle, quand j'ai dit à Robert d'y aller. Il était complètement saoul au kava. Robert m'a demandé : "C'est vrai, c'est vrai, je peux y aller ?" (rires). Je lui ai dit : "vas-y". Mais comme il y avait déjà le sperme des neuf autres à l'intérieur, il s'est baissé, il a aspiré et il a craché le sperme par terre. J'ai vomi en le voyant faire ça (rires). Puis quand il en a eu fini avec elle, j'ai dit à la fille que si elle allait voir la police, je la tuerais. Mais elle n'a jamais porté plainte. Elle a dû s'en aller [sur l'île de Espiritu] Santo, je pense, parce que je ne l'ai plus jamais revue à Port-Vila (sourire). Mais, tu sais, on a fait ça il y a longtemps. Je ne le referais plus maintenant, car je sais que c'est mal. Mais j'ai fait ça à cause des conflits entre bandes[29] ».

Le viol collectif de cette jeune femme, à la fin des années 1990, faisait donc partie d'un conflit plus large.

Dan m'expliqua que le gang avait cessé ses activités criminelles en 1998 ou 1999 parce que la fille de *Major* était malade. Deux groupes de musique *String band* furent alors formés afin de remplacer le gang (voir chapitre 3, pages 136-137). Notons que le rôle pacificateur joué par les groupes de musique à Port-Vila fut également souligné par l'ethnomusicologue Monika Stern (2014 a) : les jeunes musiciens qu'elle a rencontrés dans la capitale en 2012 présentaient leur activité artistique comme une occupation visant à les empêcher de sombrer dans la délinquance et à les aider à devenir de « bonnes personnes ».

[27] Entretien du 27 août 2012 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.
[28] *Metroxylon warburgii*, un palmier.
[29] Entretien du 25 août 2012 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.

Dans l'exemple de viol collectif présenté par *Major* tout comme dans celui décrit en 1996 par Anou Borrey (2000 : 113) dans une banlieue urbaine de Papouasie-Nouvelle-Guinée, les membres des bandes ne sont pas les seuls à être mêlés aux affaires d'agression sexuelle. Les personnes qui ne réagissent pas ou facilitent les viols (l'homme qui a prêté sa case aux membres de *Squato,* par exemple) ou, dans le cas de Port-Moresby celles qui assistent sans réagir à la scène de viol collectif d'une jeune étudiante (Borrey, 2000 : 113), sont également impliquées, bien que seuls les agresseurs soient généralement inquiétés dans de telles situations. Au lieu de considérer les explications données par mes interlocuteurs comme de simples raisons apportées pour se disculper, il me semble important de souligner que les violences sexuelles, telles qu'elles étaient présentées par les auteurs et les témoins de ces scènes, ne concernaient pas uniquement une victime et son agresseur. Les violeurs et leur entourage mettaient souvent l'accent sur la dynamique de groupe qui avait conduit au passage à l'acte, à la complicité ou à la négligence. Ils parlaient de la pression exercée par le chef de gang, des rivalités entre bandes, de la connivence de l'un de leurs proches ou de la présence d'observateurs. Ces témoignages tendaient à minimiser la responsabilité individuelle des auteurs de violences sexuelles. Les agresseurs se présentaient et étaient le plus souvent décrits comme des personnes banales qui s'étaient laissées porter par une dynamique de groupe.

10.2.6 La normalité des agresseurs sexuels

Même si le rôle joué par la consommation d'alcool ou de drogues a été mentionné par certains de mes interlocuteurs, ainsi que par des anthropologues travaillant en Nouvelle-Calédonie (Salomon, 2003) ou en Papouasie-Nouvelle-Guinée (Hukula, 2012 : 202), plusieurs habitants de Seaside Tongoa soulignèrent la banalité des hommes, ainsi que la « normalité » de leur état au moment où ils commettent un viol ou font usage de la force physique à l'encontre d'une femme. Un gardien de prison vivant dans cette communauté me dit ainsi : « les violeurs sont des gens normaux. Ils ne sont ni malades ni fous. Ils ne violent pas parce qu'ils ont bu ou consommé de l'alcool[30] ».

Selon l'analyse de cinquante dossiers de délinquants sexuels menée par le département du Service correctionnel du Vanuatu en 2008, dans 79 % des cas, l'homme inculpé pour infraction sexuelle avait pleinement conscience de ses actes au moment de son méfait. Il n'agissait pas sous l'emprise d'alcool ni de drogues (Dipatmen blong Koreksenol Sevis,

[30] Entretien du 18 novembre 2012 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.

2008 : 13). Un employé des forces mobiles, dont l'un des fils fut condamné à deux ans de prison pour un viol collectif, m'expliqua également :

> « Les prisonniers ne sont pas méchants. Les gens ont tendance à en avoir peur. Mais ce sont de bonnes personnes (*gud man*). Ce ne sont pas des hommes dangereux qui sont incarcérés pour viol. Un homme peut violer une femme lorsqu'il l'aime trop. S'il lui demande et qu'elle refuse, alors il va la violer. Un homme peut, de la même façon, tuer sa femme sans le vouloir. S'il la bat et qu'elle tombe au mauvais endroit, sur une pierre, par exemple. Ou s'il la frappe au mauvais endroit, elle peut mourir. L'homme dangereux, c'est celui qui viole, qu'on met en prison, qui s'échappe, qui viole à nouveau. C'est ça un homme dangereux[31] ».

Notons que, d'après l'analyse réalisée par le département du Service correctionnel du Vanuatu, seuls 16 % des délinquants sexuels condamnés entre 2006 et 2008 étaient des récidivistes (Dipatmen blong Koreksenol Sevis, 2008 : 8).

D'après ces témoignages, les auteurs de violences sexuelles étaient donc considérés comme des personnes « normales » tentant d'assouvir des besoins considérés comme naturels. Il est vrai que les habitants de Seaside Tongoa mettaient en garde les jeunes femmes de la dangerosité des prisonniers lorsque ceux-ci s'échappaient, ce qui est arrivé à plusieurs reprises lors de mes séjours à Port-Vila. Mais ces hommes, qui pouvaient avoir commis des délits de diverses natures, n'étaient pas jugés dangereux du fait de leurs antécédents criminels, mais parce qu'ils n'avaient pas eu de relations sexuelles depuis plusieurs mois. La population considérait donc que les évadés allaient tenter de séduire des femmes ou de les forcer à avoir des rapports sexuels avec eux, en particulier si celles-ci se trouvaient dans des lieux isolés ou portaient des vêtements jugés provocants (voir chapitre 9, page 397). Lorsque des prisonniers s'échappaient, les jeunes femmes devaient donc faire encore plus attention que d'habitude à la façon dont elles agissaient afin de ne pas être sexuellement agressées ou considérées comme responsables de ces attaques.

10.2.7 La responsabilisation des victimes d'agression sexuelle

À Seaside Tongoa, différentes raisons m'ont été apportées pour justifier le viol d'une femme par un homme autre que son partenaire. On l'a vu, l'idée que l'usage de la force physique lors d'un rapport sexuel entre conjoints pourrait constituer un viol est encore peu répandue. Un gardien vivant dans cette communauté et travaillant à la prison à « haut risque » de Port-Vila me donna trois types d'explications généralement avancées par les prisonniers dont il s'occupe. Chacune de ces justifications souligne la part de responsabilité ou de

[31] Entretien du 16 octobre 2011 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années.

culpabilité que les violeurs, ainsi que mon interlocuteur, attribuent aux victimes. Ces femmes sont présentées comme en partie à l'origine de leur agression sexuelle ou comme ayant commis une faute nécessitant d'être punie :

> « Tout d'abord, si un homme a peur de demander à une femme de coucher avec lui, il va la suivre. Il va voir à quelle heure elle part au travail, à quelle heure elle rentre chez elle, par quel chemin elle passe… Et un jour, à un moment où elle se trouve seule, il va lui mettre un couteau sous la gorge pour la forcer (*fosem*) à retirer ses vêtements. Ce n'est pas réellement pour la tuer. Si la femme était intelligente, elle ne retirerait pas ses vêtements. Mais les femmes, quand elles ont un couteau qui leur touche le cou, elles ont peur (rires). Il y en a peut-être quelques-uns qui seraient capables de tuer la fille. Mais la plupart veulent juste lui faire peur. Ensuite, il y a celui qui a demandé à la fille si elle voulait coucher avec lui, mais elle lui a mal répondu. Tu sais maintenant, il y a ce type de femmes qui parlent mal. Elles disent : "je ne te connais pas" (*mi no save yu*), ou alors elles insultent, en criant : "peau du bout du pénis" (*tip skin* ; voir chapitre 5, page 235), ou quelque chose comme ça. Au lieu de dire "désolée, j'ai un petit ami" ou au moins de lui sourire. Si une femme insulte un homme, l'homme ne se sent pas bien. Il va lui dire "OK, bah la prochaine fois, je ne vais pas te demander comme ça. Je vais passer par une autre voie". En général, le garçon qui demande ça à une fille qu'il croise dans la rue, il n'est pas seul. Il dit à ses copains : "Vous voyez la fille là-bas, je vais aller lui demander". Il va la voir et si jamais elle l'insulte, tous ses copains vont se mettre à rigoler. Il ne va pas se sentir bien. Et ses copains vont le pousser à se venger, à la violer (*repem hem*). Enfin, il y a le cas où un homme surprend une femme mariée en train de coucher avec un autre homme que son mari. Là, la femme va être obligée de coucher avec celui qui les a surpris. C'est un viol (*rep*). Mais la femme ne va pas porter plainte parce qu'elle a peur que son mari sache qu'elle le trompe ».

Mon interlocuteur discerna donc trois types de viols : les viols par passion, les viols punitifs et les viols par opportunité. En étudiant les procès de délinquants sexuels néo-guinéens, Cyndi Banks (2000 : 100) distingua, elle aussi, trois manières de considérer une agression sexuelle : comme une punition pour la victime ou l'un de ses proches, comme une réponse face au rejet ou comme un viol opportuniste (quand la femme est en train de faire quelque chose de mal ou lorsqu'elle se trouve seule, par exemple).

Après avoir catégorisé ces agressions sexuelles, le gardien de prison qui me parlait ajouta que des hommes âgés étaient également enfermés dans la prison de Port-Vila pour avoir « touché » (*tajem*) des enfants. Il précisa cependant que ces cas étaient différents des trois formes de viols qu'il venait de présenter, parce que ces abus sexuels n'étaient alors pas liés à la pression de l'entourage et parce que les victimes étaient jugées « trop jeunes »[32].

[32] Entretien du 18 novembre 2012 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.

Dans cet extrait d'entretien, le gardien de prison rejeta donc à plusieurs reprises la faute sur les victimes de violences sexuelles, à l'exception des enfants sexuellement abusés. Il souligna la culpabilité ou la responsabilité individuelle des femmes violées en déclarant qu'elles n'avaient pas su résister aux exigences de leurs agresseurs par peur d'être blessées, qu'elles leur avaient manqué de respect en les insultant devant leurs amis ou qu'elles étaient déjà engagées dans une activité moralement condamnable tel l'adultère[33].

Dans leur rapport de recherche sur les travailleurs du sexe à Port-Vila, McMillan et Worth notent de même que les jeunes filles réputées sexuellement actives, parce qu'elles ont des rapports sexuels avec leur petit ami ou parce qu'elles ont été victimes d'un viol, sont considérées comme sexuellement disponibles pour n'importe quel homme (2011 a : 9). Ce qui les rend d'autant plus vulnérables à de futures agressions sexuelles (voir Salomon, 2003 pour la Nouvelle-Calédonie). Ainsi, dans le cas du viol de la fillette de Seaside Tongoa que j'ai exposé plus haut, le frère classificatoire et l'avocat de Roy déclarèrent que l'enfant de 8 ans était « consentante » parce qu'elle avait déjà eu des rapports sexuels. Bien que le compte rendu du jugement indique que Lei était vierge avant l'agression, le frère de Roy me dit :

> « Le rapport du psychologue affirme que Lei est traumatisée, qu'elle ne va plus à l'école. Mais ce n'est pas vrai ! Le lendemain même, je l'ai vu jouer sur le *mama graon* [le "terrain de la communauté des femmes de Seaside Tongoa" (voir chapitre 3, page 125)] avec les autres enfants. Ça ne devait pas être sa première fois. Sinon elle serait encore à l'hôpital avec une perfusion au bras parce qu'elle aurait perdu tout son sang (rires) [34] ».

Ainsi, sous prétexte que la fillette aurait perdu sa virginité avant l'agression et qu'elle n'aurait pas été hospitalisée suite à la pénétration anale réalisée par Roy, l'avocat et le frère du jeune homme refusèrent de reconnaître le caractère traumatique et violent du rapport sexuel ainsi que d'octroyer à Lei un statut de victime de viol.

Les discours sur les violences physiques et sexuelles relevés à Seaside Tongoa tendent donc à légitimer l'usage de la force physique à l'encontre des femmes, en particulier lorsque celui-ci avait lieu dans un but considéré comme éducatif ou punitif. En outre, les hommes étaient régulièrement encourager à battre leur conjointe ou à forcer le déroulement d'un rapport sexuel. La dynamique de groupe était souvent mentionnée pour justifier les viols commis par des hommes dans le cadre, par exemple, d'une humiliation ou de rivalités entre bandes. Les recherches anthropologiques menées auprès d'auteurs de violences sexuelles sont plutôt rares en Mélanésie (Jolly, 2012 : 21). Néanmoins, les entretiens conduits par Fiona

[33] Entretien du 17 octobre 2011 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années.
[34] Entretiens du 4 juillet 2012 avec un homme âgé d'une trentaine d'années et du 2 août 2012 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.

Hukula et son assistant Thomas Semo avec des hommes incarcérés pour « viol », « inceste » ou « attentat à la pudeur » à Port-Moresby, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, révèlent, eux aussi, l'absence de reconnaissance d'une responsabilité individuelle de la part des auteurs de violences sexuelles (2012). Ces derniers déclarent avoir été poussés ou contraints à passer à l'acte du fait du visionnage de films pornographiques, de l'influence de proches, voire de la volonté des victimes elles-mêmes qui, après avoir accepté leurs avances, les accusent de viol. À Seaside Tongoa, j'ai de même montré que la responsabilité des femmes était souvent mise en avant pour expliquer les actes qu'elles avaient subis. Dans les entretiens réalisés par Hukula et Semo à Port-Moresby, tout comme dans les témoignages que j'ai recueillis à Port-Vila, les auteurs de violences physiques ou sexuelles sont parfois davantage présentés comme des victimes que comme des agresseurs (2012).

Au début de ce chapitre, j'ai indiqué l'existence, chez les habitants de Seaside Tongoa, de résistances à l'adoption de certains concepts présentés par les organisations de sensibilisation à la violence domestique. Après avoir décrit comment s'exerçaient les violences contre les femmes au Vanuatu, je vais analyser trois types de discordance entre les conceptions du viol de la population locale et celles que les organismes de sensibilisation tentaient de leur inculquer pendant mes recherches à Port-Vila. Le premier point d'opposition mentionné dans l'introduction de ce chapitre est celui de la définition du viol. Je vais maintenant m'intéresser aux compréhensions locales et transnationales du concept de viol et voir si les divergences doivent être pensées en prenant en compte la responsabilisation des victimes d'agressions sexuelles.

10.3 Les différentes définitions du viol

10.3.1 *Fosem versus repem*

Bien que nous ayons vu que des supports d'information ont été créés pour tenter d'imposer les concepts de *seksuel vaelens*, *seksuel harasmen* ou *seksuel abius* à Port-Vila, ces expressions n'étaient pas utilisées au moment de mes recherches à Seaside Tongoa. Les membres de la communauté faisaient principalement usage des termes bislama *repem* et *fosem*, dérivés de l'anglais *rape* et *force*. En 2011-2012, le namakura était une langue encore parlée par la majorité des enfants et des adultes vivant à Seaside Tongoa (voir chapitre 3, page 123), mais il n'existait pas dans cette langue de termes spécifiques pour désigner des situations de viol, d'adultère, d'inceste ou de détournement de mineur. Ainsi l'utilisation du terme namakura *meribel*, signifiant « avoir une relation sexuelle avec une personne », ne

permettait pas d'indiquer si ce rapport était ou non consenti[35]. Notons que plusieurs auteurs ont de même souligné l'absence du terme viol dans certaines langues locales de Papouasie-Nouvelle-Guinée. Strathern (1975 : 34-40), Banks (2000 : 87) et Borrey (2000 : 107) se sont par exemple demandées si l'inexistence de ce vocable était liée à l'absence de viols dans les sociétés « traditionnelles », à l'ignorance des femmes de leur droit à refuser un rapport sexuel ou à la présence d'autres catégories (telles l'inceste et l'adultère) permettant de classer les relations sexuelles non consenties. À l'inverse de ces trois auteures, je ne cherche pas à expliquer les raisons de l'absence d'équivalent terminologique au mot viol en namakura, car ce serait une entreprise trop risquée du fait du manque de données historico-ethnographiques. Mon intérêt porte davantage sur la coexistence des termes bislama *repem* et *fosem* observée à Seaside Tongoa.

Dans le rapport d'enquête 2009 produit en anglais par des membres de nationalité ni-Vanuatu du VWC, les expressions *forced to have sex* et *rape* sont utilisées indistinctement (VWC, 2011 : 64). Cependant, les habitants de Seaside Tongoa rencontrés à Port-Vila ne considéraient pas nécessairement les termes *repem* et *fosem* comme des synonymes. Un membre de cette communauté m'affirma ainsi que forcer n'est pas violer : « si une fille te dit : "non, non, non", mais qu'au final, tu arrives à la convaincre et que c'est elle qui retire ses vêtements, alors ce n'est pas un viol. Même si tu l'as forcée pour qu'elle accepte[36] ».

Après avoir mené des recherches anthropologiques sur l'île de Tanna à la fin des années 1990, Ingvill Kristiansen note, elle aussi, cette distinction (2009 : 249). Dans un article intitulé « Managing sexual advances in Vanuatu »**,** elle écrit que le concept *fosem* brouille les frontières entre les rapports sexuels consentis et le viol, parce que les hommes considèrent qu'ils ont le droit de forcer une femme si le contexte dans lequel elle se trouve leur permet d'avoir des relations sexuelles. Kristiansen indique que le sexe en dehors du couple est souvent pratiqué de façon opportuniste à Tanna, et que certains hommes ne conçoivent pas qu'une femme puisse refuser leur demande (2009). Ils pensent que si une femme se trouve dans une situation permettant d'avoir des rapports sexuels, en accompagnant un homme sur un chemin désert ou en flirtant en boîte de nuit par exemple, c'est qu'elle a déjà signalé sa disponibilité.

Cette vision du consentement et de la responsabilité individuelle de la femme se retrouve également en milieu urbain. Deux habitantes de Seaside Tongoa – dont l'une avait elle-même été violée à l'âge de 14 ans – me rapportèrent que l'on peut dire avoir été violée (*rep*)

[35] Entretien du 17 octobre 2011 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années.
[36] Entretien du 28 août 2012 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.

seulement si nos vêtements sont arrachés et que l'on marche avec les jambes écartées du fait de la douleur. Si une femme suit un homme en dehors de la communauté, au bord du lagon par exemple (Figure 111), c'est qu'elle a déjà accepté d'avoir des relations sexuelles avec lui[37].

Figure 111. Le bord du lagon dans le quartier de Seaside, 2012

De même, un homme de la communauté m'expliqua que :

> « Si la fille te suit dans la brousse ou près du lagon et qu'ensuite elle te dit non, c'est contradictoire. Tu ne sais plus ce qu'elle veut, donc tu y vas. Du point de vue de la *kastom*, ce n'est pas un viol. Ce sont les pays occidentaux qui disent que c'est un viol. Mais c'est mal d'agir ainsi. C'est comme quand une femme bat trop violemment ses enfants ou quitte son mari. Donc tu dois faire une cérémonie de réconciliation[38] ».

Une jeune fille de 15 ans qui me parlait de ses premières expériences sexuelles me fit à son tour le récit de la façon dont un jeune homme de 19 ans l'avait forcée à coucher avec lui.

> « C'était un garçon de la famille. Un soir où mon père nous avait permis de boire, il est venu me voir et m'a tiré dans un coin pour me parler. Il m'a demandé mon numéro de téléphone. J'ai pensé que c'était pour si j'avais un problème, pas pour sortir avec moi. Mais un peu plus tard dans la soirée, alors que tout le monde était couché, il est venu me voir dans la cuisine. J'étais en train de faire chauffer de l'eau pour remplir la thermos. Il est allé vérifier si les autres étaient bien endormis. Puis il m'a demandé si je voulais fumer des cigarettes. Comme j'aime fumer, je l'ai suivi. Mais c'était un mensonge. Il m'a tiré et il a commencé à me forcer (*fosem mi*). On était dans le champ d'ignames, à côté de la maison. Je lui ai dit : "non". Mais il était

[37] Entretiens du 16 septembre 2011 avec une femme âgée d'une vingtaine d'années et du 17 septembre 2011 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.
[38] Entretien du 28 septembre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.

> trop excité. Alors je lui ai dit d'aller doucement. Il n'avait pas de préservatif (*plastik*). Donc je lui ai demandé de faire vite. Et je suis retournée à la cuisine… La deuxième fois où c'est arrivé, mes parents étaient à une réunion. Les enfants dormaient dans la maison. J'ai été cherché quelque chose dans ma chambre. Mais il m'a suivi et il a fermé la porte à clé derrière lui. Je me suis débattue, mais il a encore réussi (*hemi winim mi*)… Après ça, j'ai arrêté de le voir. Je ne l'aimais pas, parce qu'il me forçait et qu'il avait plein de copines partout… Maintenant, je sors avec l'un de ses cousins à qui il a donné mon numéro de téléphone[39]. Lui, il ne me force pas, mais il a aussi plein de femmes dans Port-Vila[40] ».

Bien que cette jeune fille ne fût pas consentante lors de ces deux premiers rapports sexuels qui se déroulèrent alors qu'elle se trouvait dans des situations d'isolement, elle n'alla pas se plaindre auprès d'un adulte ni ne qualifia, devant moi, ces actes de *rep*. Mon interlocutrice garda le silence sur ces rapports sexuels forcés, de peur que ses proches la disputent en lui reprochant d'être responsable de ce qui s'était passé.

Figure 112. La brousse dans le quartier de Seaside, 2012

Dans ces exemples, le bord du lagon et la « brousse » (*bus*), dont le terme désigne, à Seaside Tongoa, les jardins et les zones arborées du quartier (Figure 112), sont présentés par mes interlocuteurs comme des lieux urbains propices à l'isolement et aux rapports sexuels opportunistes. Mais de manière générale, la « rue » (*rod*), c'est-à-dire l'espace extérieur à la communauté, est perçue à Port-Vila comme une zone de vulnérabilité face aux agressions sexuelles. Les femmes qui se déplacent (*wokbaot*) en dehors de la communauté et occupent l'espace social de la rue sont en effet vues par leurs proches comme s'exposant d'elles-mêmes

[39] Voir Servy, 2013 ; Kraemer, 2013 ; Taylor, 2015, pour l'analyse de l'utilisation de la téléphonie mobile dans le cadre des relations intimes au Vanuatu.
[40] Entretien du 18 novembre 2011 avec une jeune fille de quinze ans.

au risque de violences sexuelles (McMillan et Worth, 2011 b : 321-322). Dans le chapitre précédent, j'ai montré que l'expression « femme de la route » (*woman blong rod*) était utilisée pour désigner des femmes qui échangent leurs services sexuels contre des biens ou de l'argent, ou qui ont plusieurs partenaires et sont de ce fait considérées comme sexuellement disponibles parce qu'elles ne respectent pas ou sont suspectées de ne pas respecter les règles entourant le mariage, la famille et la reproduction (voir chapitre 9, page 407).

Ce qui distingue les concepts de *repem* et de *fosem* utilisés à Seaside Tongoa, c'est donc la part de responsabilité individuelle attribuée à la victime. Une femme ne sera considérée comme violée que si aucune faute ou signe de consentement n'est décelé : le lieu où elle se trouve, les habits qu'elle porte, l'emploi qu'elle occupe ou son incapacité à résister aux menaces constituent des éléments suffisants pour que l'expression *repem* soit remplacée par celle de *fosem*, voire que l'acte soit considéré comme une relation intime ordinaire (voir aussi Strathern, 1975 : 37). De ce fait, les relations sexuelles forcées sont rarement considérées comme des viols à Seaside Tongoa.

10.3.2 Sensibiliser la population face aux viols

Face à cette distinction entre *fosem* et *repem* que font non seulement les habitants de Seaside Tongoa mais aussi ceux d'autres quartiers de Port-Vila et du Vanuatu, les organisations mirent en place des séances d'information et développèrent des supports pour tenter de modifier les façons dont la population catégorisait et pensait le viol, la culpabilité, la responsabilité individuelle et le consentement dans les relations intimes. Dans ce but, les outils utilisés par ces organismes exposent la définition internationalement admise du viol et de ses conséquences pour la victime ou enseignent aux femmes la façon d'éviter ces rapports non pleinement consentis.

Dans la première section de ce chapitre, nous avons vu que le *Vanuatu Women's Centre* a développé et distribué à Port-Vila des supports d'information (posters, brochures) sur les « violences sexuelles ». Sur l'affiche intitulée *Seksuel vaelens* (Figure 108), une femme repousse de sa main un homme et lui dit :

> « Non ! Je ne veux pas. Laisse-moi »[41]. Le slogan principal annonce : « Les violences sexuelles : Il n'y a pas de respect ni d'amour. Elles gâchent la vie des femmes et des enfants. Elles vont à l'encontre de la loi »[42].

[41] *No ! Mi no wantem. Yu lego mi.*
[42] *Seksuel Vaelens : Inogat rispek mo lav. Hemi spoelem laef blong ol woman mo pikinini. Hemi brekem loa*.

Une brochure de 2004 portant pour titre *Wanem ya rep ?* (« Qu'est-ce que le viol ? ») indique de même que le viol est un crime et qu'il provoque de nombreux dommages chez les victimes (Figure 113). Ce document explique en quoi consiste le « trouble de stress post-traumatique » (*rape trauma syndrome*) qui se développe après un tel acte. En outre, la brochure affirme que « ce sont les hommes qui sont responsables du viol et non les femmes », et que par conséquent, les « gens doivent blâmer ceux qui commettent un viol et non leurs victimes »[43]. Le document précise que « les femmes ont le même droit que les hommes de mettre les habits avec lesquels elles veulent et aiment se vêtir » et que « lorsqu'une femme porte un pantalon, cela ne sous-entend pas qu'elle demande à un homme de la violer »[44]. Cette brochure remet donc en question la culpabilité et la responsabilité généralement attribuées aux victimes dans les communautés.

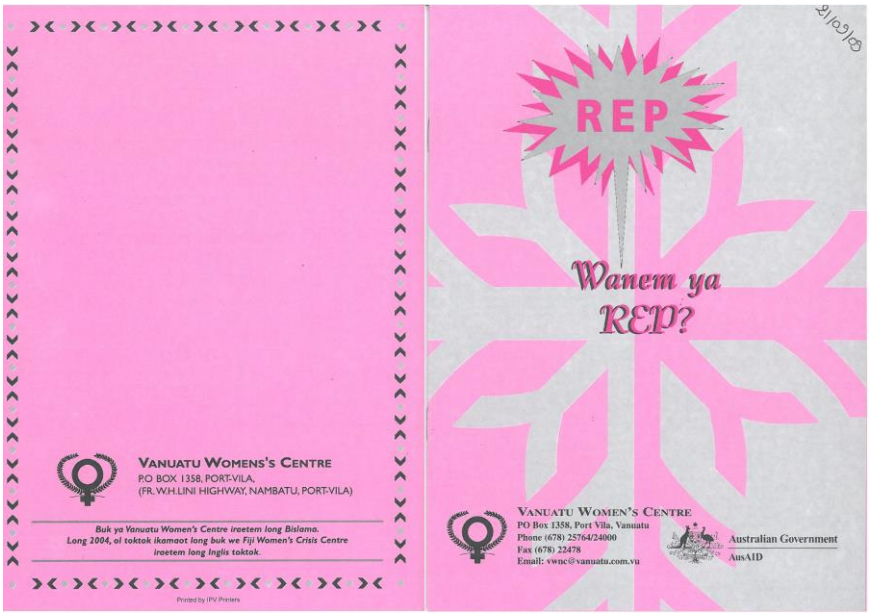


Figure 113. La brochure *Wanem ya rep ?* du VWC, collectée à Port-Vila, 2009

Lors de mes recherches à Port-Vila, une brochure intitulée *8 Neva : Lukaot long ol man blong rep* (« Huit Jamais : Fais attention aux hommes qui violent ») était également distribuée par la *Vanuatu Family Health Association*. Le document donne huit conseils aux jeunes filles et aux femmes pour éviter qu'un homme les viole :

> « 1. Ne jamais oublier d'indiquer où tu te rends et de demander si tu peux y aller », « 2. Ne jamais oublier de partir [si un homme ou un garçon retire son pantalon, tient son sexe ou te montre son sexe] et de dire ce que tu as vu », « 3. Ne jamais oublier de crier fort, de partir et de signaler ce qui t'est

[43] *Pipol imas rimemba se, ol man nao oli risponsibol long rep, ino ol woman. Hemya we imekem rep pipo limas blemem hem ino viktim.*
[44] *O woman taem hemi wearem traosis,hemi no askem man blong repem hem.* […] *Ol woman igat semak raet olsem olman blong wearem wanem klos we oli wandem mo laekem.*

> arrivé [si un homme ou un garçon te touche les seins, te touche le sexe, te touche les fesses ou essaye de t'embrasser] », « 4. Ne jamais rester seule dans une chambre ou se promener avec un garçon ou un homme », « 5. Ne jamais ouvrir la porte à un homme qui frappe jusqu'à ce qu'il parle ou t'appelle et que tu reconnaisses sa voix », « 6. N'accepte jamais d'aller faire un tour seule avec un conducteur [de bus ou de taxi] ou avec des garçons en voiture », « 7. Ne jamais sortir seule la nuit, aller au jardin ou dans un village éloigné sans être accompagnée », « 8. Ne va jamais près d'un homme ou d'un garçon s'il se trouve dans un lieu dissimulé [comme à l'intérieur d'une maison ou à l'extérieur lorsqu'il fait nuit][45] ».

Bien que cette brochure utilise le terme *rep*, elle expose des situations qui seraient considérées par les habitants de Seaside Tongoa comme des relations sexuelles forcées, parce que les femmes auraient pu éviter ces rapports si les huit recommandations données par ce document avaient été respectées. Cette brochure présente une conception élargie du viol mais, contrairement au document conçu par le VWC, elle souligne la part de responsabilité individuelle que peuvent avoir les victimes dans ces agressions.

Figure 114. La pièce de *Wan Smolbag Sonia blo mi* jouée sur l'île de Nguna, 2011

La thématique des violences sexuelles fut également parfois abordée lors des séances d'information et des pièces de théâtre auxquelles j'ai eu l'occasion d'assister. En juin 2011,

[45] *1. Neva foget blong talem aot ples blong go mo askem blong go.* […] *2. Neva foget blong ronwe long ples ia* [*sapos wan man o boe tekem aot trases blong hem, holem tabu pat blong hem, o soem yu tabu pat blong hem*] *mo talem aot wanem yu bin luk.* […] *3. Neva foget blong singaot strong mo ronwe long man ia mo talem aot wanem i happen long yu* [*sipos wan man o boe holem titi blong yu, holem tabu pat blong yu, holem has blong yu, o traem blong kisim yu*]. […] *4. Neva stap yu wan long wan haos, rum o wokbaot wetem wan boe o wan man*. […] *5. Neva openem doa long wan man we i noknok kasem taem we hemi toktok o singaot mo yu harem save voes blong hem*. […] *6. Neva akseptem blong go ronron yu wan wetem traeva* [*blong wan bas o taxi*] *o ol boe long trak.* […] *7. Neva wokbaot yu wan long naet mo go long karen o go lon nara village we i longwe long village blong yu, yu wan* […] *8. Neva go kolosap long wan man o wan boe sipos hemi stap long wan ples we I haet* [*olsem insaet long haos o aotsaet long tutak*].

un groupe de l'organisation *Wan Smolbag* joua, sur l'île de Nguna, la pièce *Sonia blo mi* (Figure 114). Cette pièce de théâtre parle des agressions sexuelles subies par une écolière dans la rue et par une employée sur son lieu de travail. À la fin de chacune des trois représentations, un débat sur le harcèlement sexuel et le viol fut animé par les acteurs. Ils expliquèrent aux auditeurs que forcer une femme qui a la réputation de se vendre (*salem hem*) ou se bagarrer (*faetem smol*) avec une femme qui a repoussé à plusieurs occasions vos demandes jusqu'à ce que celle-ci dise « oui » constitue un viol (*rep*). Ils déclarèrent également qu'un homme qui a violé son épouse peut être emprisonné, même lorsque la compensation matrimoniale a été versée. Ils incitèrent aussi les participants à dénoncer, auprès des leaders religieux et coutumiers, les violences sexuelles survenant dans leurs communautés. En outre, l'un des acteurs insista tout particulièrement sur la notion de « respect ». Il affirma que de ne pas respecter une femme conduit en prison, mais il appela dans le même temps les jeunes filles à respecter leurs parents et les chefs en s'habillant de la « manière voulue par Dieu »[46]. Les acteurs présentèrent donc la définition internationalement admise du viol, en incluant les viols conjugaux ou les viols de femmes proposant des services sexuels tarifés. Néanmoins, ils soulignèrent, là encore, la part de responsabilité individuelle des victimes qui ne suivent pas les instructions vestimentaires données par leurs proches.

Figure 115. Une séance de prévention organisée à la prison pour femmes de Port-Vila, 2011

Lors de l'atelier sur la santé sexuelle et reproductive organisé en novembre 2011 dans la communauté de Seaside Tongoa par *Wan Smolbag* et pendant la séance d'information sur les moyens de contraception menée en juin 2011 par le ministère de la Santé à la prison pour

[46] Pièce de théâtre jouée sur l'île de Nguna les 6 et 7 juin 2011.

femmes de Port-Vila (Figure 115), le thème du viol a également été abordé. Le préservatif féminin fut présenté par les intervenants de ces deux organisations comme un outil créé pour lutter contre les conséquences des agressions sexuelles. Les participantes furent incitées à marcher avec un préservatif féminin dans le vagin, voire à négocier son utilisation avec le violeur, afin de prévenir une grossesse ou des IST[47]. Dans ce cas-ci, c'est la responsabilité de la victime non plus face à la survenue du viol mais face aux conséquences que celui-ci pourrait avoir sur sa santé qui est soulignée.

La question du consentement et de la négociation des relations sexuelles fut également parfois traitée lors d'ateliers de « développement personnel » (*lifeskills*) organisés par des organismes présents à Port-Vila. Un homme me raconta que, lorsqu'il travaillait pour le Centre Culturel National du Vanuatu, il menait des ateliers dans lesquels il enseignait aux jeunes gens, et en particulier aux jeunes filles, à savoir dire « non ». Il m'expliqua ainsi que :

> « À l'école, au travail, à la maison, on nous apprend à dire, tout le temps, "oui". Il faut écouter les vieux, les patrons (*masta*), l'instituteur, ne pas parler. Dans notre culture, on nous apprend à respecter les gens. On nous apprend à être passifs. C'est pour cela que les jeunes filles tombent enceintes. Elles ont peur de dire "non". Ou elles disent "oui", mais elles se grattent la tête [ce qui veut dire non ou je ne sais pas]. Ou elles disent "non", mais on voit dans leur expression que ça veut dire "oui". Donc dans ces cas-là, les hommes ne savent pas, et ils y vont [ils ont un rapport sexuel avec elles][48] ».

Les organisations cherchant à sensibiliser la population aux violences sexuelles au Vanuatu tentaient donc à la fois de rétablir la frontière entre les rapports sexuels consentis et le viol – frontière brouillée par la notion de *fosem* – et d'augmenter la capacité d'agir des femmes en leur conseillant de faire des choix comportementaux (style vestimentaire, port du préservatif féminin, déplacements groupés, dire « non », etc.) susceptibles de diminuer les risques d'agression sexuelle, ainsi que d'empêcher qu'une grossesse non désirée ou qu'une IST survienne à la suite d'un viol. Dans le but de prévenir les agressions, la plupart des intermédiaires qui travaillaient dans ces établissements insistaient sur la part de responsabilité des femmes dans la gestion des risques de violence sexuelle au Vanuatu, même si ces organismes remettaient en question l'étiquette de coupable souvent attribuée aux femmes qui avaient été sexuellement forcées.

Les organismes de sensibilisation de Port-Vila tentaient donc de véhiculer une définition internationalement admise du viol en incluant des situations où, localement, une part de

[47] Atelier d'information sur la santé sexuelle et reproductive du 2 novembre 2011 à Seaside Tongoa et séance d'information sur les méthodes de planification familiale du 8 juin 2011 à la prison pour femmes de Port-Vila.
[48] Entretien du 9 juin 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.

responsabilité est attribuée à la victime. Les habitants émettaient en effet des résistances face à l'usage du concept de *rep* pour désigner des relations sexuelles non pleinement consenties. Contrairement au vocable *fosem*, le terme *rep* sous-entend en effet, à leurs yeux, que la femme n'est pas entièrement ou en partie responsable de son agression sexuelle, ce qui, comme je l'ai déjà montré, était très rarement admis à l'échelle locale.

Après avoir établi l'existence de divergences quant à la conception du viol ainsi que la présence de résistances à l'utilisation de la définition prônée par les organismes de sensibilisation, je vais maintenant me demander si les différentes manières de définir le viol induisaient différentes façons de le punir. Je vais analyser les moyens de réprimer les cas de viol mis en avant par les organisations et ceux qui étaient utilisés par les habitants des communautés.

10.4 Les différentes manières de traiter les cas de viol

10.4.1 Les cérémonies de réconciliation et les procès judiciaires

Malgré les rires et les plaisanteries de certains de mes interlocuteurs et la part de responsabilité souvent attribuée aux femmes, les habitants de Seaside Tongoa qualifiaient généralement les viols, mais aussi les relations sexuelles forcées, comme des actes négatifs et « mauvais » (*no gud*). Néanmoins, seuls certains de ces actes étaient conçus comme nécessitant un procès judiciaire ou une cérémonie de réconciliation. Des rapports sexuels qualifiés de forcés, tels ceux décrits par la jeune fille âgée de 15 ans dans la section précédente, faisaient rarement l'objet d'une plainte, d'une cérémonie ou d'un procès, par manque de preuves de l'absence de consentement ou de responsabilité de la victime. Même les relations sexuelles localement qualifiées de *rep* pouvaient ne pas être considérées comme nécessitant une réaction collective. Un membre de Seaside Tongoa m'expliqua ainsi : « si un homme viole (*rep*) une femme, ce n'est pas un souci (*hemi gud nomo*), sauf si la femme est mariée. Alors là, il faut tenter de régler le problème entre les deux familles[49] ».

Le statut conjugal de la victime, et en particulier, le transfert de ses capacités reproductives au groupe du mari (voir chapitre 4, page 171), pouvait donc déterminer le besoin d'organiser une cérémonie de réconciliation ou de porter plainte auprès de l'instance judiciaire étatique appropriée. Cependant, la naissance d'un enfant issu d'un viol pouvait également influencer la manière dont les deux familles traitaient la situation. Si une jeune fille

[49] Entretien du 17 octobre 2011 avec un homme âgé d'une cinquantaine d'années.

non mariée tombait enceinte à la suite d'un rapport sexuel forcé, le mariage de la victime et de son agresseur était encore parfois considéré en 2011-2012 comme une option.

Les femmes qui avaient été sexuellement agressées pendant mes recherches au Vanuatu étaient encore peu nombreuses à aller chercher de l'aide auprès de la police (VWC, 2011 : 19). Mais, peut-être du fait des activités de sensibilisation, de plus en plus de plaintes étaient déposées pour « crimes contre la moralité », et ceci même lorsque la victime n'était pas mariée (Rio, 2011 : 53). En septembre 2011, la jeune fille de Seaside Paama agressée par Pakoa se rendit au poste de police en compagnie de sa mère et de l'un des chefs de leur communauté (voir page 438). Ils y rencontrèrent un policier, parent du jeune homme, et acceptèrent de mettre un terme aux poursuites judiciaires à condition qu'une cérémonie de réconciliation soit tenue.

Figure 116. Une cérémonie de réconciliation organisée à Seaside Paama, 2011

Le samedi après-midi, plus d'une vingtaine de personnes appartenant principalement au *nakamal* de Pakoa, se rendirent ensemble à Seaside Paama. Elles apportèrent un cochon déjà abattu, dix nattes, une botte de kava et du manioc. Un Ancien de l'église presbytérienne de Seaside Tongoa fit un discours de remerciement à l'attention des membres de la famille de Pakoa qui s'étaient cotisés pour que le jeune homme puisse payer l'amende. Puis il lui remit ostensiblement une enveloppe contenant les 50 000 vatus (382 €, soit presque deux fois le salaire mensuel minimum légal) ainsi que les 10 nattes qu'ils étaient parvenus à collecter (Figure 116). Un représentant de Seaside Paama demanda à la mère de la jeune fille de s'avancer. Pakoa lui serra la main en lui donnant les présents apportés par son *nakamal*. La jeune fille agressée par Pakoa n'était pas présente lors de cette cérémonie. Le représentant

remercia ensuite le *nakamal* du jeune homme et déclara : « maintenant, le sang [du cochon] a coulé. Il a lavé les péchés. Dieu pardonne. Nous ne sommes qu'une seule communauté à Seaside. Lundi, nous irons à la police retirer la plainte ».

L'Ancien de Seaside Tongoa présenta à son tour ses remerciements et pria. Les familles se disposèrent en deux lignes et se serrèrent la main avant de se séparer. Une réunion se déroula par la suite au sein du *nakamal* du jeune homme (Figure 117) afin de lui rappeler ses responsabilités en tant que père de deux enfants et de lui demander de ne plus se promener (*wokbaot*) avec ses amis, de ne plus consommer d'alcool ni de marijuana, et de trouver une activité lucrative, comme la vente de kava[50].

Figure 117. La réunion au sein du *nakamal* de Pakoa organisée à Seaside, 2011

Si l'entourage de la victime refuse qu'une cérémonie de réconciliation ait lieu entre les deux familles, la plainte suit alors son cours et un procès judiciaire est généralement orchestré (Figure 118). Néanmoins, certains juges de la Cour suprême de Port-Vila peuvent parfois eux-mêmes ordonner la tenue d'une cérémonie coutumière. Pendant la séance d'audience du 4 juillet 2012, le juge Vincent Lunabek demanda ainsi pour quelles raisons la mère de la fillette de 8 ans violée par Roy (voir pages 437-438, 443), refusait qu'une cérémonie de réconciliation fût organisée. À la séance suivante, il leur demanda d'accepter les excuses de Roy et de « faire la *kastom* » avant qu'il eût rendu son jugement[51]. Le 29 juillet, le jeune garçon, en présence de nombreux témoins, offrit trois nattes et 8 000 vatus (61 €) à la fillette.

[50] Cérémonie de réconciliation du 17 septembre 2011 et entretien avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.
[51] Observation du 4 juillet 2012 d'une séance d'audience et entretiens du 20 juillet 2012 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années, du 24 juillet 2012 avec un homme âgé d'une trentaine d'années et du 31 juillet 2012 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.

Le frère de Roy justifia la faible somme versée par le fait que la cérémonie avait été ordonnée par le juge de la Cour suprême, et non par un tribunal coutumier, lors duquel le montant des compensations aurait pu être négocié par la mère de la victime (le père de cette dernière étant décédé). Le 7 août 2012, Roy fut condamné à 50 heures de travail communautaire, à 6 mois de probation, ainsi qu'à la participation au programme éducatif *gudfala rod* pour « rapport sexuel illicite » avec un mineur de moins de 13 ans (Section 97 [1] du Code pénal [CAP 135]). Le juge déclara avoir pris en considération, pour l'établissement de la sanction : l'âge de l'accusé (14 ans), le fait qu'il ait plaidé coupable, qu'il soit primodélinquant, qu'il ait déclaré qu'il ne commettra plus jamais d'infraction, qu'il ait effectué une cérémonie de compensations coutumières et qu'il se soit excusé devant la cour, la victime et sa famille.

Figure 118. Deux avocats devant la Cour suprême de Port-Vila, 2012

Notons que, dans le rapport rendu par le juge Lunabek pour le viol collectif d'une jeune fille de 17 ans survenu en novembre 2003 à Seaside, la peine de l'un des accusés fut pareillement diminuée d'un premier tiers pour avoir plaidé coupable et d'un second tiers pour avoir réalisé une cérémonie coutumière à l'attention de la victime et de ses proches. Le jeune homme fut condamné à 3 ans, 41 semaines et 3 jours de prison, sur la base de la Section 119 du Code de Procédure criminel, tandis que ses quatre compères se virent assigner des peines de 8 à 10 ans pour avoir été à l'encontre de la Section 91 du Code pénal [CAP 135] criminalisant le viol, sans avoir organisé de cérémonie de réconciliation (voir aussi Rousseau, 2008 : 19)[52].

[52] http://www.paclii.org/vu/cases/VUSC/2004/67.html, consulté le 3 février 2012 à 12 h 31.

Les cérémonies coutumières réalisées dans les communautés et les procès judiciaires orchestrés par la Cour suprême de Port-Vila ne constituaient donc pas en 2011-2012 des systèmes indépendants. La conclusion d'une cérémonie de réconciliation pouvait être le retrait d'une plainte et un juge ni-Vanuatu, portant une perruque blanche, pouvait ordonner la tenue d'une telle cérémonie. En ville, les victimes de viols et leurs proches avaient la possibilité d'utiliser l'un ou l'autre de ces deux processus, mais malgré les interrelations existant entre les cérémonies coutumières et les procès judiciaires, ces deux systèmes ne relevaient pas d'une même finalité.

10.4.2 Les finalités de ces deux systèmes

Plusieurs habitants de Seaside Tongoa m'indiquèrent que le but des cérémonies coutumières différait de celui des procès judiciaires. Dans le premier cas, il s'agit de pardonner, de ramener la paix dans la communauté, alors que dans le second, il s'agit de dissuader l'agresseur de recommencer[53]. La brochure *Wanem ya rep ?* (Figure 113), éditée par le VWC, recommande ainsi aux femmes violées de ne pas simplement signaler leur agression au chef de leur communauté mais de porter plainte à la police. Le document indique que « les chefs coutumiers ne considèrent pas le viol comme un problème grave » et assignent, de ce fait, de « très faibles punitions » aux agresseurs[54]. La brochure précise que :

> « Dans certaines cultures [du Vanuatu], les amendes sont importantes. Ce qui fait que les punitions sont fortes. L'homme qui a créé des problèmes peut changer ses comportements et ne plus jamais commettre un viol, du fait de cette sanction. Mais dans d'autres cultures, cette coutume n'existe pas. Il n'y a pas de punition en cas de viol ou bien la sanction est trop faible[55] ».

Le document indique que les tribunaux coutumiers peuvent ordonner au violeur de faire une cérémonie de réconciliation (*kastom blong klinim fes*) afin de régler les conflits entre les deux familles, mais que la victime peut tout de même porter plainte à la police, même si cette cérémonie a déjà eu lieu.

Notons que de nombreuses brochures diffusées à Port-Vila à la suite de l'adoption de la loi sur la protection de la famille de 2008, incitent à faire usage de la justice étatique (en partie héritière des droits français et anglais) en cas de violence domestique. Précisons néanmoins que les personnes de nationalité ni-Vanuatu travaillant pour des organismes tels que le VWC

[53] Entretien du 22 août 2012 avec une femme âgée d'une cinquantaine d'années.
[54] *Ol kastom jif oli no luksave iet se rep hemi an rabis trabol tumas. […] oli givim smol panismen nomo*.
[55] *Samfala kalja, kastom faen hemi bigfala we imekem panismen ya istrong, mo man we imekem trabol isave senisim fasin blong hem blong stopem mo no mekem bagegen. Samfala kalja, kastom ya ino gat, mo inogat wan panismen long ol kes blong rep, o ismol tumas*.

ne s'opposaient pas nécessairement à l'autorité coutumière. En novembre 2009, lors d'un débat mené à Port-Vila à l'occasion de la semaine du droit (*Law Week*), l'une des employées du VWC indiqua que si un homme rencontre des problèmes avec sa femme, il peut demander à avoir un entretien avec le chef pour discuter de leurs difficultés plutôt que de la frapper. L'un des participants au débat félicita publiquement l'intervenante en déclarant que c'était la première fois qu'il entendait une femme de cette organisation recommander d'« aller voir le chef » en cas de dispute conjugale[56].

Au cours de mes recherches à Seaside Tongoa, la plupart de mes interlocuteurs soulignèrent l'importance de « faire la *kastom* » afin d'apaiser les rancœurs et régler les conflits interfamiliaux liés à une agression. Mais certains d'entre eux critiquèrent également le recours au système judiciaire étatique recommandé par les organisations de sensibilisation à la violence. L'emprisonnement des condamnés fut parfois décrit comme une sanction inutile, en comparaison des amendes coutumières ou des adoptions d'enfants réalisées au sein des communautés. Un après-midi d'octobre 2011, l'ancien secrétaire du *paramount jif* du village d'Itakoma (voir chapitre 3, page 139) me raconta comment il avait procédé pour abréger la peine d'emprisonnement d'un homme incarcéré depuis 7 ans pour avoir tué son épouse et l'un de leurs enfants :

> « Il y a un homme de l'île de Tongoa qui a tué sa femme de l'île de Pentecôte parce qu'elle le trompait. Ils habitaient dans le quartier d'Independence Park avec leurs trois enfants. Je les ai croisés cet après-midi-là. On a bu du kava ensemble. Puis ils sont rentrés chez eux. L'homme a attendu que sa femme dorme. Il a pris un grand couteau et lui a ouvert le ventre de bas en haut. Il a aussi tué l'un de leurs enfants parce qu'il l'a surpris en train d'éventrer sa mère. Les deux autres lui ont échappé. Ils ont couru vers Seaside. La police a fait des rondes. Et ils ont fini par le retrouver. Il a été condamné à 17 ans de prison pour les avoir tués. Mais j'ai écrit une lettre pour qu'il puisse sortir plus tôt. Et j'ai été voir la famille de sa femme. Je leur ai dit : "Robin a déjà fait la *kastom*. Il vous a donné 6 cochons aux dents recourbées, des nattes, du kava, etc. Il ne devrait pas rester en prison. Il a encore deux enfants à s'occuper. Quelle image vont-ils avoir de leur père s'il reste en prison alors qu'il a versé des compensations ?". La famille de Pentecôte a accepté. Ils ont écrit une lettre pour qu'il sorte de prison et qu'il s'occupe des mariages de ses enfants. En tout, il est resté 7 ans en prison. Il n'y a rien d'assez cher pour compenser une vie perdue. Mais les cochons aux dents recourbées ça n'a pas de prix, ça vaut des millions. Quand on tue quelqu'un, on doit le remplacer, on doit donner à sa famille l'un de nos enfants. On doit leur redonner une vie. Ça ne sert à rien de mettre quelqu'un en prison. On le nourrit, on le loge. Mais il ne donne rien à la famille de la victime. Alors que s'il donne l'une de ses

[56] Débat du 18 novembre 2009 à l'occasion de la Law Week organisée à Port-Vila.

> filles, la famille du mort touche la compensation matrimoniale lorsqu'elle se marie (voir chapitre 4). Et la vie continue… Maintenant, ses enfants sont grands, ils sont mariés. Lui, il vit à Teouma avec une femme d'Ambae. Mais il vient souvent ici. Il vient vendre dans la communauté des *laplap* et des *bougna* qu'ils ont cuisinés[57] ».

Les propos de mon interlocuteur soulignent l'existence de résistances au recours au système judiciaire étatique, et en particulier à l'incarcération, dont la finalité n'est pas de compenser la victime ou son entourage ou de restaurer de bonnes relations entre les familles, mais de punir un criminel. Notons que les violeurs ou meurtriers que j'ai pu rencontrer à Seaside Tongoa, tel cet homme qui avait tué sa femme et son enfant, ne sont pas exclus de la communauté. Naomi McPherson indique de même que, chez les Kabana, une fois les compensations payées, le coupable reprend sa place usuelle dans la société (1991 : 131). Il n'est pas intentionnellement discriminé ou stigmatisé de manière permanente.

Alors que les organismes de sensibilisation incitaient les personnes victimes de violences à avoir recours au système judiciaire étatique, les habitants de Seaside Tongoa soulignaient les limites de ce processus, et en particulier d'un emprisonnement considéré comme inutile, car sans compensation pour les proches de la victime. Les systèmes étatique et coutumier avaient donc non seulement des objectifs divergents, mais visaient aussi à compenser différentes personnes : la victime dans le premier cas, et sa famille dans le second.

10.4.3 Mettre l'accent sur la victime ou sur son entourage

L'une des différences majeures entre les systèmes judiciaires étatique et coutumier est l'accent mis sur la victime. Anou Borrey montre qu'en Papouasie-Nouvelle-Guinée, la demande de compensation par les proches en cas de viol suggère que l'attention est davantage portée sur la valeur de la sexualité, en relation avec l'économie et la politique de la communauté, plutôt que sur la victime (2000 : 111-114). L'auteur donne ainsi l'exemple de deux frères exigeant de leur père qu'il les dédommage pour avoir violé et blessé leur sœur, parce qu'ils ne pourront plus toucher une compensation matrimoniale de même valeur qu'avant l'agression, lorsqu'elle se mariera (voir aussi Banks, 2000 : 90). De même, à Seaside Tongoa, le viol était considéré par nombre de mes interlocuteurs comme une offense envers les proches de la victime, envers ses parents maternels et paternels qui ont contribué à son développement (voir chapitre 5), plutôt qu'envers la victime elle-même. C'est la raison pour laquelle certains pensaient qu'une cérémonie de réconciliation de plus grande ampleur était nécessaire dans le cas où la femme était mariée et que ses capacités sexuelles et reproductives

[57] Entretien du 18 octobre 2011 avec un homme âgé d'une soixantaine d'années.

avaient déjà été « achetées » par un autre *nakamal*. J'ai également montré que ce type de cérémonies est destiné à rétablir de bonnes relations entre les familles, et que la victime du viol peut même ne pas y être présente, comme ce fut le cas lors de la cérémonie organisée en septembre 2011 à Seaside Paama.

À l'inverse, les procès judiciaires ayant lieu à la Cour suprême de Port-Vila tendaient à porter un plus grand intérêt aux victimes. Bien que le juge Lunabek ait ordonné qu'une cérémonie de réconciliation soit organisée à Seaside Tongoa, il demanda que la fillette de 8 ans que Roy avait violée se voie remettre les compensations en main propre. Le juge exigea également qu'un examen soit conduit par un psychologue pour mesurer le « traumatisme » subi par l'enfant. D'après le conseiller technique du département du Service correctionnel du Vanuatu, en 2011-2012, ces demandes d'expertise psychologique demeuraient rares dans le pays[58], mais elles témoignent néanmoins d'une réelle attention portée à la victime.

Je n'ai pas été en mesure d'observer la façon dont les amendes pour viol étaient redistribuées au sein des *nakamal*. Ainsi, je ne peux pas savoir quels sont les membres de la famille de la victime qui ont été dédommagés. D'après ces différents exemples, je peux néanmoins avancer que le système coutumier semblait principalement bénéficier à l'entourage de la femme violée et si l'on peut dire, dans une moindre mesure, à celui de son agresseur, parce que la cérémonie de réconciliation permettait à ces deux familles de rétablir de bonnes relations. Le système judiciaire étatique semblait, quant à lui, porter une plus grande attention à la victime et au traumatisme subi.

10.4.4 L'absence de traumatisme et de violence ?

Plusieurs auteurs ont montré qu'en Mélanésie, les violences sexuelles sont vues de façon moins traumatique qu'en Occident : elles semblent mieux acceptées par la communauté ainsi que par les victimes elles-mêmes (Borrey, 2000 : 108 ; Kristiansen, 2009 : 250). L'enquête réalisée par le VWC en 2009 révèle ainsi que de nombreuses femmes du Vanuatu « minimisent l'impact » que ces agressions ont sur leur santé et sur leur bien-être. Pour beaucoup, ce phénomène de minimisation constitue un « mécanisme d'adaptation » qui les aide à faire face aux violences et à continuer à entretenir des relations et à vivre dans leur communauté. Banks note que les femmes violées qu'elle a rencontrées en Papouasie-Nouvelle-Guinée, ont fait l'expérience d'un profond sentiment de « honte » (*shame*), mais qu'elle ignore si ce sentiment était lié à l'agression physique elle-même ou à des questions de

[58] Entretien du 23 août 2012 avec un homme âgé d'une quarantaine d'années.

bienséance et de réputation (2000 : 94). Au Vanuatu, le rapport de l'enquête du VWC indique que les femmes qui ont subi des violences ont entre 3 et 4 fois plus de risques de tenter de se suicider que les autres (VWC, 2011 : 14-17). Cela étant dit, je ne connais pas les raisons exactes de ces passages à l'acte. En Nouvelle-Calédonie, Christine Salomon mentionne, par exemple, que les tentatives de suicide perpétrées par les victimes de viol ne sont pas nécessairement consécutives aux agressions sexuelles, mais se produisent plus généralement après que l'affaire est sortie du cadre strictement familial pour s'inscrire dans le domaine public (2003).

À Hawaï, Merry montre que les personnes qui se rendent pour la première fois au centre pour femmes tendent à minimiser la violence dont elles ont fait l'expérience, mais après plusieurs semaines ou mois de participation au groupe de soutien, elles réinterprètent ce qu'elles ont vécu comme de la violence (2009 : 22). La psychologie sociale des années 1950 pourrait là-encore décrire ce phénomène comme un procédé de « réduction de la dissonance cognitive ». En effet, nous avons vu dans le chapitre 9 que les chercheurs qui ont élaboré cette théorie, considèrent que les « individus » dont les comportements entrent en contradiction avec leurs croyances développent des stratégies inconscientes pour tenter de rétablir leur « équilibre cognitif » (Vaidis et Halimi-Falkowicz, 2007). Les femmes battues, violées ou qui se prostituent (voir chapitre 9, page 406) minimiseraient ainsi inconsciemment le caractère problématique de leur situation, tandis que les actions des organismes de sensibilisation leur permettraient de prendre conscience de leur « traumatisme ». Dans une perspective anthropologique, on peut néanmoins imaginer que c'est la participation à des ateliers et des groupes de soutien qui transforme des coups ou des relations sexuelles forcées, socialement considérés comme acceptables et légitimes, en des actes jugés abusifs et traumatiques (Merry, 2009 : 22).

Les différentes façons de concevoir les relations sexuelles non consenties à Seaside Tongoa impliquent donc diverses manières de les traiter. Un rapport sexuel forcé est rarement l'objet d'un procès judiciaire ou de l'organisation d'une cérémonie coutumière, alors qu'un acte qualifié de viol conduit de plus en plus souvent au dépôt d'une plainte auprès de la police ou des leaders de la communauté. Les organismes de sensibilisation présents à Port-Vila tendaient à prôner le recours au système judiciaire étatique en cas de viol. Celui-ci visait principalement à punir le criminel et à dédommager la victime pour les traumatismes subis. Le traitement du viol, ou d'autres formes de violence, par un processus étatique posait cependant problème à certains de mes interlocuteurs de Seaside Tongoa qui considéraient que la tenue d'un procès non coutumier ne réglait pas les conflits entre les familles et ne

compensait pas l'entourage de la femme qui avait été lésée. Le processus étatique s'intéressait principalement à la victime en tant qu'individu alors que le processus coutumier prenait en considération les relations entre les familles, autrement dit des liens sociaux qui, comme je l'ai déjà montré, étaient fortement valorisés. Ces deux systèmes ne semblaient donc pas reposer sur une même conception de la justice et du droit. Je vais donc me pencher à présent sur le concept de droit, qui constitue le dernier lieu d'opposition entre les organismes de sensibilisation présents à Port-Vila et la population locale.

10.5 Les différentes conceptions du droit

10.5.1 *Raet versus right*

Dans les années 1990, Margaret Jolly notait que le féminisme prôné dans le Pacifique différait de celui en vigueur dans la plupart des autres pays, dont l'Australie, parce qu'il mettait l'accent sur les valeurs du groupe plutôt que sur celles de l'individu (1996 : 182-183). Pour Jolly, la directrice du VWC envisageait les femmes comme des victimes et des objets et, dans les débats de l'époque portant sur la violence domestique et les compensations matrimoniales, elle n'apportait pas de solution fondée sur l'individu en tant qu'il est séparé de la collectivité. Elle insistait au contraire sur le besoin de changer les valeurs collectives et les normes sociales qui légitiment la violence. S'il est vrai que les discours sur les droits de l'homme ont de multiples origines et ont été localement appropriés (Jolly, 2012 : 30 ; Merry, 2006 a : 2), les organisations de sensibilisation de la population de Port-Vila aux violences tenaient un double discours : leur message portait, d'une part, sur la modification des représentations collectives autour du viol et de la violence, d'autre part, sur le changement des comportements individuels (port du préservatif féminin, déplacements en groupe, modification du style vestimentaire, départ du domicile conjugal, développement de la capacité à refuser un rapport sexuel, etc.). Les solutions proposées en 2011-2012 par ces organisations étaient donc à la fois fondées sur le collectif et sur l'individu, mais elles reposaient toutes sur une conception égalitaire du droit.

John Taylor note que, dans le cadre de « l'enchevêtrement des épistémologies et des valeurs exogènes et endogènes », des tensions entre des compréhensions multiples et compétitives des droits ont émergé au Vanuatu (2008 b : 166). Le concept de *raet* en bislama diffère par exemple de la notion de *right* issue de la Déclaration universelle des droits de

l'homme adoptée en 1948 par les Nations unies. Selon l'Article premier de cette déclaration, « tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits[59] ».

Le droit est ainsi, par définition, universaliste et égalitaire. Lissant Bolton montre pourtant que le terme *raet* endosse au Vanuatu une signification particulière (2007 : 31). Il fait référence aux privilèges associés à un statut qui s'acquiert à travers les rituels ou d'autres mécanismes sociaux. Tout le monde ne possède pas de *raet* au Vanuatu, ou du moins, chacun ne bénéficie pas des mêmes *raet*. Dans le chapitre 3, j'ai par exemple montré qu'il existait différents titres coutumiers masculins à Seaside Tongoa et qu'un homme ne possédait pas les mêmes droits et responsabilités en fonction du nom qu'il portait. Les femmes mariées recevaient, elles aussi, des titres coutumiers dans cette communauté, mais tous les titres féminins engendraient les mêmes devoirs et les mêmes privilèges (voir chapitre 3, pages 142-143).

L'octroi d'un *raet* au Vanuatu est donc conçu comme modifiant ou créant de nouvelles relations hiérarchiques entre les personnes. À Seaside Tongoa, par exemple, une femme qui obtenait un titre coutumier à l'occasion de son mariage possédait davantage de *raet* que les femmes non mariées de sa communauté. Néanmoins, les rapports hiérarchiques avec les autres femmes mariées étaient également modifiés par l'obtention de ce titre puisqu'elle détenait dès lors les mêmes *raet* que ses aînées qui ne pouvaient plus la considérer comme leur subordonnée.

Du fait de cette compréhension hiérarchique du *raet* au Vanuatu, la revendication des droits de l'homme par les femmes est bien souvent interprétée comme une atteinte aux *raet* détenus par les hommes et comme une tentative de domination et de prise de pouvoir de leur part (Taylor, 2008 b : 176 ; voir aussi, Salomon, 2003 pour la Nouvelle-Calédonie). Martha Macintyre note qu'il est utopique de penser qu'une émancipation des femmes face à la réduction des violences n'implique pas nécessairement une perte de pouvoir des hommes (2012 : 247-249). Ces derniers perdent obligatoirement leur légitimité à user de la force physique lorsque les femmes acquièrent des droits supplémentaires. Les deux sexes ne peuvent pas, de ce fait, être gagnants face à l'universalisation du droit revendiquée par les organismes de sensibilisation présents à Port-Vila.

[59] http://www.un.org/fr/documents/udhr/index2.shtml, consulté le 28 janvier 2015 à 16 h 52.

10.5.2 Opposition à la revendication de droits par les femmes

Pendant mes recherches à Port-Vila, la loi sur la protection de la famille et les activités réalisées par les organismes de prévention furent critiquées par plusieurs de mes interlocuteurs. En octobre 2011, après la séance d'information organisée par le ministère de la Justice et des Services communautaires à Seaside Tongoa, un homme d'une trentaine d'années me dit :

> « Ils ont fait cette loi de Blancs sans consulter les communautés. Et maintenant, ils viennent nous faire des séances de sensibilisation pour qu'on la connaisse. Ils auraient dû nous consulter avant. La personne qui va aller dénoncer [un acte de violence domestique] à la police, il va le payer de son sang[60] ».

Un autre habitant de Seaside Tongoa, âgé d'une vingtaine d'années, m'expliqua que :

> « Les manières de vivre des hommes blancs vont arriver à Port-Vila. On va être tous civilisés (*civilized*). Mais vous n'arriverez pas à nous enlever notre cœur (*hat*), car ça c'est ce qu'on nous apprend depuis qu'on est né, avant même d'aller à l'école. Notre cœur, c'est notre respect (*respek*), notre honte (*sem*). C'est ce qui fait que si une femme nous trompe, ou fait quelque chose de mal, on va se réunir au *nakamal* et les autres vont nous pousser à aller la frapper[61] ».

Dans cet extrait d'entretien, la principale valeur soulignée est celle de *respek*. Celle-ci doit être comprise, non pas comme un sentiment de considération réciproque – tel que cette notion a par exemple été utilisée par l'un des acteurs de *Sonia blo mi* (voir page 451) –, mais comme le respect de la hiérarchie (voir Salomon, 2003, pour la Nouvelle-Calédonie). Dans l'exemple donné par mon interlocuteur, le *respek* consiste à suivre les recommandations faites par les hommes titrés de sa famille, dans le lieu de discussion qu'est le *nakamal*. Il faut de même noter que les concepts de *sem* et de *fraet* (peur), tels qu'ils étaient fréquemment utilisés pendant mes recherches au Vanuatu, induisaient eux aussi l'idée de hiérarchie. Les significations de ces notions variaient en fonction des contextes d'énonciation, mais les habitants de Seaside Tongoa exprimaient souvent leurs sentiments de « peur » et de « honte » vis-à-vis d'une personne ou d'une entité qu'ils considéraient comme supérieure et à laquelle ils devaient montrer du respect. Dire, par exemple, que l'on a peur du *natamat telame* (« le grand démon ») peut être analysé comme une technique pour manifester ses égards envers cette entité et se prémunir d'une éventuelle attaque (voir chapitre 7, pages 315-317).

[60] Entretien du 17 octobre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années.
[61] Entretien du 20 octobre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.

À l'occasion de la *Law Week* 2009, les revendications des droits des femmes furent là-encore critiquées, lors d'un débat lancé autour de la loi sur la protection de la famille. Une dizaine de personnes prirent la parole après qu'une troupe de *Wan Smolbag* eut présenté la pièce de théâtre *Bae hem i gohed blong kilim woman blong hem o no ?*[62], une pièce sur la violence domestique et la loi de 2008 qui fut jouée dans plusieurs îles de l'archipel (Figure 119). Un ancien policier d'une cinquantaine d'années déclara pendant le débat :

> « Le spectacle était très bien. C'est vraiment ce qui se passe aujourd'hui au Vanuatu. Mais, vous oubliez qu'en premier, il y a la loi de Dieu. Selon la Bible, l'homme est supérieur à la femme. Et en second, il y a la *kastom*. D'après notre coutume, la femme doit faire ce que lui dit son mari. Cette loi va à l'encontre des valeurs du Vanuatu. Ce sont les femmes (*mama*) qui ont poussé le gouvernement à faire cette loi. Mais ce n'est pas une loi de protection de la famille (*family protection*). C'est une loi de destruction de la famille (*family destruction*)[63] ».

Dans son intervention, ce policier critique donc vivement la loi adoptée par le gouvernement en 2008. L'usage de la force physique à l'encontre des femmes est présenté comme un *raet*, légitimé par la relation hiérarchique entre l'homme et la femme que prônent à la fois le christianisme et la *kastom*.

Figure 119. La pièce de *Wan Smolbag Bae hem i gohed blong kilim woman blong hem o no ?* jouée sur l'île de Nguna, 2009

Ces propos sur la supériorité de l'homme et de l'ordre patriarcal coutumier et chrétien, pensés à la fois comme naturels et spécifiques à l'archipel du Vanuatu, se rencontrent également chez les membres du groupe *Violence Against Men and Family*

[62] « Il continuera à battre sa femme ou non ? »
[63] Débat du 17 novembre 2009 à l'occasion de la *Law Week* organisée à Port-Vila.

Protection Centre (VAM) décrit par Taylor (2008 b : 167). Ce groupe de soutien créé à Luganville en 2005 s'oppose à la promotion des droits des femmes de type occidental. Le VAM considère que ces droits conduisent à la discrimination des hommes, en particulier dans les procédures de divorce, de garde d'enfants, de violence domestique et de viol. L'émancipation des femmes était ainsi conçue par les membres du VAM et par certains de mes interlocuteurs de Seaside Tongoa comme une violence à l'encontre des hommes. Taylor note qu'en Occident, des groupes présentant les hommes comme des victimes existent depuis plusieurs décennies, mais ils exposent leurs arguments en des termes universalistes alors que le VAM affirme que la « domination masculine » et le patriarcat sont spécifiques à la *kastom* et à la chrétienté qui définissent le Vanuatu en tant que Nation (2008 b : 170). Comme on va le voir, la revendication de droits universels et égalitaires était néanmoins également pensée, pendant mes recherches à Port-Vila, comme engendrant davantage de violence envers les femmes.

10.5.3 Des droits qui augmentent les violences faites aux femmes ?

Alors que la *kastom* est souvent présentée, y compris par les habitants du Vanuatu, comme violente en opposition au pacifisme du christianisme, le VAM souligne que la modernité est elle aussi à l'origine de violences (Jolly, 1996 : 170, 177). Plusieurs auteurs ont ainsi montré l'existence en Mélanésie, d'une continuité et d'une rupture dans la violence. Du fait des infanticides, des assauts physiques, du cannibalisme, de la strangulation des veuves, etc., les premiers Européens dépeignaient les Nouvelles-Hébrides comme un archipel violent, oubliant dans le même temps la violence inhérente à leurs propres pays d'origine (Jolly, 1996 : 177-178). Au cours de mes recherches à Seaside Tongoa, les habitants de cette communauté continuaient à décrire la période prémissionnaire comme marquée par de fortes violences. Jean Mitchell souligne cependant que les migrants qui venaient travailler à Port-Vila avant l'accession de l'archipel à l'indépendance étaient également soumis à des violences physiques et à des abus verbaux de la part de leurs employeurs, des agents coloniaux et des forces de police (2000 : 193-198). Elle note en particulier que le système judiciaire coutumier accordait une grande place à la discussion et aux compensations, alors que la police d'État utilisait principalement la violence physique (voir Rio, 2011, pour une description des violences policières postindépendance au Vanuatu ; et Stewart, 2012 en Papouasie-Nouvelle-Guinée).

Taylor indique que de nombreuses femmes et hommes du Vanuatu considèrent que la promotion du féminisme à l'occidentale par les organismes de sensibilisation, contribue au

développement de la violence physique à l'encontre des femmes (2008 b : 173). En Mélanésie, certains chercheurs montrent que les identités masculines sont basées sur la subordination des femmes. De ce fait, lorsque les hommes sont confrontés à une perte de contrôle, ils tendent à faire davantage usage de leur force physique envers elles, afin de revendiquer leur masculinité (Mitchell, 2002 : 384 ; Strathern, 1985 : 3 ; Banks, 2000 : 95 ; Meggitt, 1989 : 141 ; Salomon, 2003 ; Zimmer-Tamakoshi, 2012 ; Merry, 2009 : 3, 11). Si la modernité et l'urbanisation sont fréquemment considérées comme responsables de l'augmentation de la violence de genre en Mélanésie, Jolly note cependant que les données statistiques concernant l'usage de la force physique sont difficiles à obtenir (2012 : 9). Les violences n'ont donc pas nécessairement augmenté, mais les formes de violence observées dans la Mélanésie contemporaine sont néanmoins combinées à des transformations sociales liées à ce que l'on appelle la modernisation. Dans l'introduction de l'ouvrage collectif *Engendering Violence in Papua New Guinea*, Jolly résume quatre dimensions de cette modernisation relevées par les chercheurs en Papouasie-Nouvelle-Guinée : le développement des économies de marché, la conversion au christianisme, l'impact du VIH dans la reconfiguration des relations hommes femmes et l'adoption de modes occidentaux de justice et de droit (2012 : 12-24). Les contextes économiques, légaux et épidémiologiques du Vanuatu et de la Papouasie-Nouvelle-Guinée diffèrent, mais certaines transformations sociales, telles que la salarisation des citadines ou le port de shorts ou de pantalons par les jeunes femmes des milieux essentiellement urbains, se rencontrent dans ces deux pays mélanésiens.

Au Vanuatu comme en Papouasie-Nouvelle-Guinée, les shorts et les pantalons sont considérés comme des vêtements inappropriés pour les femmes, à la fois en termes de coutume et de moralité sexuelle chrétienne. De nombreux Mélanésiens affirment que les femmes qui portent des pantalons au lieu d'une jupe en dessous du genou ou d'une robe mission (*aelan dres*, Figure 115) ne sont pas humbles (*hemi mekem flas*). Elles sont non-respectueuses et non respectables et incitent au viol et à l'infidélité (Cummings, 2005 : 53-59 ; 2008 : 134, 145 ; 2013 : 39-40 ; Hess, 2009 : 50 ; Banks, 2000 : 88 ; Haley, 2008 : 35 ; McPherson, 2008 : 238)[64]. Lors de la *Law Week* 2009, un leader coutumier originaire de l'île de Tongoa déclara ainsi : « avant il n'y avait pas de viols. Il faut encourager les jeunes femmes à porter des robes mission. Maintenant, on voit des culottes dépasser des jeans. On

[64] Entretiens du 29 septembre 2011 avec un homme âgé d'une trentaine d'années et une femme âgée d'une cinquantaine d'années, du 28 septembre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années et du 18 novembre 2012 avec une femme de quatre-vingt-cinq ans.

est humain… » (voir aussi Brimacombe, 2016, pour l'association entre viol et pantalon au Vanuatu)[65].

Figure 120. Une jeune fille de Seaside Tongoa portant un short baggy et un T-shirt large, 2012

À Seaside Tongoa, les chefs ont instauré, depuis quelques années, une loi interdisant aux femmes de porter des pantalons au sein de la communauté[66]. En 2011, plusieurs habitantes ont de ce fait été condamnées à verser une amende de 2 000 vatus (15 €), ainsi que des nattes aux chefs, pour avoir revêtu des « habits de garçons » en leur présence[67]. Lissant Bolton explique qu'avant l'introduction des vêtements européens par les missions chrétiennes à partir de 1839, les variations les plus importantes de l'habillement et du traitement du corps n'étaient pas liées au genre, mais au statut (2003 a : 122-136). Certains motifs marquant l'héritage ou la réussite étaient ainsi partagés par les gradés des deux sexes. À Seaside Tongoa, les hommes et les femmes qui reçoivent un titre arborent tous deux, lors de leur nomination, un bandeau de feuilles ou de tissu qu'ils nouent sur leur tête – même si ce bandeau est noué différemment en fonction du sexe du nouveau titré (voir chapitre 4, page 173). Pourtant, aujourd'hui, une

[65] Intervention du 18 novembre 2009 pendant la *Law Week* organisée sur le front de mer de Port-Vila.
[66] Notons qu'à l'inverse, dans les boîtes de nuit de Port-Vila, il était fortement recommandé aux femmes de se vêtir d'un pantalon, afin de se prémunir des viols. Même les femmes qui portaient habituellement des *aelan dres* (robe mission) mettaient ainsi un pantalon lorsqu'elles allaient aux collectes de fonds qui étaient parfois réalisées dans ces lieux urbains. Le 9 juillet 2011, le comité du quartier de Seaside en charge de conduire les célébrations de l'indépendance 2011 (voir chapitre 3, page 119) organisa, par exemple, une collecte au *traders night club*, à laquelle des femmes et des hommes de Seaside Tongoa se rendirent en nombre.
[67] Entretien du 28 septembre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.

femme qui porte un pantalon est considérée comme revendiquant des pouvoirs masculins. L'opposition au pantalon s'est ainsi développée au Vanuatu lorsque des organisations de femmes ont commencé à réclamer des droits et quand certaines ont cherché à être élues au Parlement ou obtenu des emplois hautement qualifiés dans le gouvernement ou dans les entreprises. Maggie Cummings indique néanmoins que les jeunes filles qui portent des shorts baggy et des T-shirts larges au Vanuatu aujourd'hui (Figure 120) ne cherchent pas à exprimer de cette manière leur individualisme ni à imiter un style vestimentaire occidental, mais souhaitent plutôt s'habiller comme les autres jeunes citadins (2013). Elles apprécient la beauté et l'héritage de l'*aelan dres* qui symbolise la *kastom*, la modestie, la domesticité et la maternité, mais elles ne la portent qu'en de rares occasions (pour aller à l'église, par exemple) et s'approprient des vêtements « étrangers » (shorts baggy et T-shirts larges) pour créer leur propre identité de jeunes femmes urbaines, modernes, mais aussi respectueuses.

La vie en ville a donc souvent été accusée de détruire la *kastom* et d'être responsable de l'émergence de nouvelles formes de violence à l'encontre de femmes portant des habits dits masculins ou à l'origine de l'unique source de revenus de leur couple (Cummings, 2008 : 139). Néanmoins, le rapport du VWC indique que, contrairement aux idées reçues partagées par certains leaders locaux, les taux de « violences physiques et sexuelles » au Vanuatu sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain (2011 : 16). Ainsi, 53 % (862 sur 1 620) des femmes interrogées en 2009 dans une zone rurale de l'archipel, déclarèrent avoir subi des « violences physiques » de la part de leur partenaire et 47 % (762 sur 1 620) des « violences sexuelles », contre respectivement 41 % (183 sur 441) et 34 % (148 sur 442) des femmes vivant en ville (VWC, 2011 : 57). Cette différence peut être liée à de multiples facteurs, mais le rapport d'enquête indique que les lieux où le VWC a été le plus actif depuis son établissement dans l'archipel en 1992, tels Port-Vila ou la province Shefa, sont ceux où les taux de « violences physiques et sexuelles » au sein du couple sont les plus bas (VWC, 2011 : 58).

Il est probable que les activités de sensibilisation et de conseils menées par ces organisations ont eu un véritable impact sur les manières dont les habitants de Port-Vila conçoivent la violence et le droit. Une femme de Seaside Tongoa qui avait suivi un atelier organisé par le Conseil national des femmes de Vanuatu et par le ministère de la Justice et des Services communautaires, en 2012, me dit ainsi :

> « Depuis que j'ai fait cette formation, mon mari est meilleur avec moi. Avant il buvait du kava tous les soirs et ne restait pas à la maison avec les enfants. Maintenant, il passe plus de temps avec nous. Et moi aussi j'ai

> changé depuis la formation. Je frappe moins mes enfants. Ou si je les frappe, je leur explique pourquoi je les ai frappés[68] ».

Mon interlocutrice interprète donc ses comportements et ceux de son mari comme mauvais *a posteriori*. Elle souligne aussi l'impact qu'a eu cette formation sur la modification de ses pratiques ainsi que sur ses conceptions de la violence et des relations hiérarchiques avec ses enfants et son conjoint.

Une partie de la population du Vanuatu conteste donc l'idée que les femmes puissent revendiquer les mêmes droits que les hommes. Cette opposition est fondée, à mon avis, sur une conception différente du droit. Les organismes de prévention de la violence de genre au Vanuatu tendaient, en effet, à revendiquer l'égalité des *rights*, alors que les *raet* étaient considérés comme hiérarchiques par la majorité de la population. La revendication que les droits de l'homme (*human rights*) s'appliquent également aux femmes était souvent vue comme une atteinte aux *raet* détenus par les hommes et comme susceptible d'engendrer davantage d'actes de violence physique à l'encontre des femmes. L'urbain, la destruction de la *kastom* et la violence à l'encontre des femmes ont souvent été corrélés, alors que l'enquête du VWC menée dans l'archipel en 2009 a montré que les taux de « violences physiques et sexuelles » déclarées étaient moins élevés en ville qu'en milieu rural (2011 : 16).

Conclusion

Du fait de la signature d'accords transnationaux, de l'expertise et des financements étrangers reçus par le Vanuatu, des actions de sensibilisation aux violences à l'encontre des femmes étaient conduites lors de mes recherches dans l'archipel, en particulier à Port-Vila. Ces actions étaient menées par des organisations spécialisées, tel le *Vanuatu Women's Centre*, mais aussi par des organismes de prévention et de promotion de la santé sexuelle et reproductive. Ces derniers cherchaient non seulement à diminuer les risques d'agression physique et sexuelle, mais aussi à empêcher qu'une grossesse non désirée ou qu'une IST survienne à la suite d'un viol.

Les concepts utilisés dans le cadre de ces actions avaient pour la plupart été élaborés à l'extérieur du pays, par des activistes et des professionnels travaillant pour des organismes transnationaux. Ce chapitre m'a cependant encore une fois permis de souligner le rôle joué par les intermédiaires dans la traduction et la diffusion des messages et des concepts auprès de la population. Si l'expression « violence de genre » était plébiscitée par les Nations unies, les

[68] Entretien du 18 juillet 2012 avec une femme âgée d'une trentaine d'années.

organismes de prévention faisaient, eux, usage de termes qui avaient tendance à faire uniquement référence à la violence physique ou aux actes violents exercés contre les femmes : *domestik vaelens* (« violence domestique »), *vaelens akensem woman* (« violence contre la femme »), *faet long hom* (« bagarre à la maison »), *kilim* (« frapper »), *han blong hem i fli* (« sa main vole »), etc. De plus, j'ai montré que, même si le discours officiel présenté dans certains supports de prévention disculpait totalement les femmes quant à la survenue de violences, les intervenants soulignaient souvent la responsabilité qu'elles pouvaient avoir vis-à-vis de ces actes et de leurs conséquences : la tenue vestimentaire et le fait de ne pas porter de préservatif féminin pouvaient par exemple être l'objet de reproches adressés aux victimes. Dans le cadre de la prévention des violences, comme dans celle des IST, les organismes tentaient ainsi de responsabiliser les individus dans la gestion des risques pour leur santé.

Ce chapitre m'a également permis de continuer mon analyse de la conception de l'urbain au Vanuatu. En effet, si j'ai montré dans les premiers chapitres que la ville était souvent associée au désordre et au danger liés à la modernité, à la mixité communautaire et aux inégalités économiques, j'ai établi ici que la vie en ville était également corrélée à un accroissement des violences à l'encontre des femmes, même si aucune enquête en avait apporté la preuve.

Pour finir, on peut dire que les organismes de prévention de la violence à l'encontre des femmes faisaient face à des résistances de la part de la population de Port-Vila : parce qu'ils tentaient de redéfinir les frontières de la sexualité légitime et utilisaient une définition élargie du viol, y incluant des situations où la victime était localement considérée comme responsable de son agression ; parce qu'ils prônaient le recours à un système judiciaire étatique qui s'intéresse à la victime en tant qu'agent individuel atteint dans son intimité plutôt qu'aux relations entre les familles et à l'idéologie qui sous-tend la pratique de la compensation matrimoniale (transfert des capacités reproductives de la femme au groupe du mari) ; et parce qu'ils revendiquaient une conception égalitaire et universelle du droit au lieu d'une vision d'un monde de hiérarchies de statut. Ces organismes, essentiellement financés par des bailleurs de fonds étrangers, avaient ainsi tendance à imposer de nouvelles valeurs et de nouvelles représentations de la personne dans les communautés, en particulier urbaines, de l'archipel (Stewart, 2012). Les organisations de sensibilisation prônaient un changement profond des rapports entre les hommes et les femmes et présentaient la personne violée comme une victime, un sujet autonome, propriétaire de son corps dont l'intimité a été forcée.

Conclusion

Cette thèse a proposé une analyse des relations entre les forces globales et locales qui agissent dans le cadre de la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) au Vanuatu. Ayant constaté que le nombre d'acteurs et d'actions en santé sexuelle et reproductive était important dans l'archipel au regard du faible nombre de cas de Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) déclarés par le gouvernement et que le Vanuatu connaissait des problèmes de santé impactant la morbidité et la mortalité de ses habitants d'une manière plus sévère que les IST, je me suis intéressée aux effets de la mondialisation contemporaine – c'est-à-dire à la circulation des personnes, des biens, des capitaux, des informations, des normes, des idées et des représentations – qui pouvaient éclairer ce décalage. Ce travail, « localisé » au Vanuatu, s'inscrit donc en quelque sorte dans la perspective définie par Arjun Appadurai selon laquelle le local est une « invention permanente », un « produit historique » toujours en lien avec « la dynamique du monde global » (Appadurai, 2015 [1996] : 52-53).

Mon travail a établi que les organismes de la santé sexuelle et reproductive de Port-Vila cherchent à transmettre des normes, des catégories et des concepts admis au niveau international, qu'ils mettent en avant de nouvelles hiérarchies de valeurs et des représentations de la personne différentes de celles le plus souvent présentées par la population locale et qu'ils participent à la diffusion des discours associant la vie en milieu urbain et les IST. Cependant, je montre que les ni-Vanuatu employés par ces organismes pour conduire des actions de prévention autour de la santé sexuelle et reproductive dans la capitale réalisent un important travail de traduction de ces notions et que les habitants de Port-Vila, tels ceux de Seaside Tongoa, sont confrontés à une multiplicité de sources de savoirs qui imprègnent de diverses manières leurs façons de penser et d'agir autour de ces questions.

Au fil de cette thèse, j'ai souligné à maintes reprises le poids de la mondialisation sur les actions de santé sexuelle et reproductive développées au Vanuatu – et plus particulièrement celui des flux de capitaux, de personnes et d'idées liés à la signature d'accords transnationaux. Le système de santé biomédical du Vanuatu a en effet été impulsé dès la fin du XIX^{e} siècle par les missions, les Églises et l'administration coloniale. Après l'indépendance de 1980, ce système a continué à fonctionner et à se développer avec l'aide financière directe ou indirecte

d'organismes internationaux, de pays et de bailleurs de fonds étrangers. À partir des années 1990, la mise en place, en Mélanésie, d'appareils de surveillance épidémiologique, de politiques de prévention du VIH et d'un système de distribution de traitements antirétroviraux a également eu lieu sous l'impulsion d'experts occidentaux influencés par l'expérience épidémique africaine et à la suite de l'établissement d'objectifs transnationaux (comme les Objectifs du Millénaire pour le Développement – OMD) et de fonds mondiaux autour de la question du VIH. De même, j'ai pu observer que le système de prévention des IST du Vanuatu, tout comme les tentatives pour réduire l'accroissement de la population ou promouvoir les droits de l'homme et la réduction des violences à l'encontre des femmes dans l'archipel, s'appuyait sur des cadres, des politiques et des directives issus d'expertises extérieures.

J'ai en particulier montré que les actions menées par le gouvernement du Vanuatu ou par ses partenaires étaient fréquemment financées par des fonds étrangers et inspirées par des programmes développés en dehors du pays. Les services de santé destinés aux jeunes, l'éducation par les pairs et le programme d'éducation à la vie familiale ont par exemple été instaurés en Amérique du Nord avant d'être développés au Vanuatu. Même si la plupart des supports de prévention utilisés dans l'archipel ont été créés par l'ONG locale *Wan Smolbag*, certaines affiches et brochures venaient elles aussi de l'étranger. J'ai également souligné qu'en conditionnant l'octroi de ses fonds, l'organisation américaine PEPFAR a fortement participé à répandre à travers le monde les méthodes de prévention ABC (*Abstinence, Be faithful, use a Condom*) et CCC (Communication axée sur les Changements de Comportements). Le PEPFAR a en outre contribué à ce que des groupes considérés comme à haut risque pour le VIH (« travailleuses du sexe », « transgenres » ou « hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ») soient pris pour cible sans que de véritables preuves épidémiologiques ou comportementales viennent justifier ce positionnement.

Même si les actions de prévention des IST que j'ai observées étaient structurées par des politiques et des directives nationales, l'expertise technique étrangère, la répartition des fonds et la signature d'accords transnationaux conduisaient les organismes œuvrant en matière de santé sexuelle et reproductive au Vanuatu à faire usage de catégories et de concepts élaborés à l'étranger – le plus souvent en Europe ou aux États-Unis, mais aussi dans d'autres pays d'Océanie comme les îles Fidji. La catégorie biomédicale d'IST, correspondant à la Classification Internationale des Maladies (CIM) élaborée par l'Organisation mondiale de la santé, était par exemple utilisée par les pairs éducateurs et les infirmiers de la capitale dans l'exercice de leurs fonctions.

À Port-Vila, les organismes de prévention des IST véhiculaient non seulement des catégories prônées par les agences internationales mais également des normes et des valeurs entourant la santé, la reproduction, la sexualité ou les droits de l'homme. Ainsi, la tranche d'âge d'accès à la sexualité et à l'enfantement qui était plébiscitée pour les femmes ni-Vanuatu était celle des 18-35 ou des 20-35 ans, le nombre idéal d'enfants était de quatre et la circoncision était présentée comme un moyen de prévention du VIH. Par ailleurs, en cas de contraction d'une IST, ces organismes recommandaient de consulter un spécialiste du système de santé biomédical qui a pour particularité de se focaliser sur les corps individuels, plutôt que sur les contextes et les liens sociaux. En cas de viol ou d'autres types de violence, ils suggéraient d'avoir recours au système judiciaire étatique qui considère les victimes comme des individus traumatisés atteints dans leur intimité plutôt que comme des personnes insérées dans des relations sociales. Certains représentants d'organismes nationaux et transnationaux, voyant dans la compensation matrimoniale un processus par lequel la femme est considérée comme une marchandise, revendiquaient également l'arrêt de cette pratique au Vanuatu.

Mon travail a en outre montré que la politique d'éducation à la sexualité ABC repose sur une conception égalitaire du couple et ne prend pas en considération les relations de parenté ou les inégalités hommes/femmes – en particulier telles qu'elles s'expriment au sein de la jeunesse. Elle met l'accent sur l'individu autonome, responsable et rationnel, surtout lorsqu'il est de sexe masculin. Dans les supports de prévention des IST, les hommes sont en effet généralement présentés comme individuellement coupables alors que les femmes sont dépeintes comme des individus vulnérables lorsque leurs partenaires sont infidèles, mais coupables en cas d'activités prostitutionnelles, de relations extra- ou préconjugales ou de transmission mère-enfant du VIH. Les organismes œuvrant en matière de santé sexuelle et reproductive à Port-Vila tentent ainsi de véhiculer une conception de la personne comme un être responsable, autonome, rationnel plutôt que comme un élément d'un ensemble social, lui-même intrinsèquement social.

J'ai aussi établi que ces organismes de sensibilisation renforçaient les discours locaux qui associent l'urbain – et particulièrement les zones d'habitat dit « spontané », telle la communauté de Seaside Tongoa – à l'insécurité : en créant ou en diffusant des supports décrivant certains lieux de la capitale comme dangereux quant à la contraction des IST, en dépeignant les jeunes citadins – et dans une moindre mesure, les travailleuses du sexe et les MSM – comme des groupes à haut risque face aux IST, et en menant la majorité de leurs actions de prévention à Port-Vila ou à Luganville.

Cette thèse offre une analyse de l'impact de la mondialisation sur les actions de santé sexuelle et reproductive conduites au Vanuatu mais elle aborde également le travail de traduction réalisé par les ni-Vanuatu employés par les ONG. Elle révèle les manières dont les personnels des organismes de la santé sexuelle et reproductive de Port-Vila – contraints à la fois par les discours transnationaux (tels les droits de l'homme) et les manières d'être et de penser valorisées dans leur localité – s'approprient des idées et des pratiques locales, régionales et internationales.

J'ai par exemple montré que la « diminution du taux de natalité parmi les adolescentes » constituait l'un des indicateurs énoncés dans la Déclaration du Millénaire et que les grossesses précoces étaient un sujet de préoccupation du gouvernement et des organismes de prévention du Vanuatu. Néanmoins, certains infirmiers des établissements de santé de la capitale refusaient de délivrer un contraceptif ou une pilule contraceptive d'urgence aux jeunes femmes nullipares, parce qu'ils concevaient la sexualité et la parentalité comme indissociables et parce qu'ils redoutaient d'être accusés d'avoir rendu leurs patientes stériles dans un contexte local où la fertilité – vue comme permettant la reproduction des groupes sociaux – était fortement valorisée.

Si les supports de prévention des IST avaient tendance à présenter les personnes comme des individus autonomes, rationnels et responsables et à ne plus fonder leur message sur la peur, les pairs éducateurs et les infirmiers rencontrés continuaient, eux, à souligner la mort biologique et la perte de liens sociaux – dont l'entretien et la multiplication sont essentiels. De même, alors que les Églises adventiste et presbytérienne du Vanuatu – sur lesquelles je me suis particulièrement penchée du fait des appartenances religieuses de mes interlocuteurs – prônaient uniquement l'abstinence et la fidélité, certains des responsables religieux et fidèles de ces Églises qui travaillaient comme éducateurs ou infirmiers utilisaient l'approche ABC pour prévenir la transmission des IST.

J'ai également souligné que les définitions internationales des personnes catégorisées comme « MSM », « transgenre » et « travailleuse du sexe », et ces appellations elles-mêmes étaient appropriées par les pairs éducateurs de Port-Vila afin de continuer à distinguer les hommes efféminés de leurs partenaires masculins et à mettre en avant l'identité sociale des personnes plutôt que leur identité subjective, leurs pratiques sexuelles ou transactionnelles. Et si, dans le but d'accéder à une reconnaissance politique, à des ressources et à des services internationaux, les membres du groupe *Solidarity* – qui travaillaient pour la plupart pour l'ONG *Wan Smolbag* – employaient eux aussi l'expression « MSM », c'était non pas pour

faire référence à des pratiques sexuelles jugées à risque pour le VIH mais pour exprimer une identité individuelle et collective non hétéronormative.

Dans le cas de la prévention du viol et des autres formes de violence à Port-Vila, nous avons vu que les personnels des organismes de sensibilisation, tel le *Vanuatu Women's Centre*, se servaient rarement de l'expression de « violence de genre » mais utilisaient plutôt des termes faisant uniquement référence à la violence physique ou aux actes violents exercés à l'encontre des femmes. Les supports de prévention distribués à Port-Vila dépeignaient les femmes victimes de violences comme vulnérables. Les pairs éducateurs et les intervenants de *Wan Smolbag* avaient, eux, tendance à utiliser non seulement une définition internationalement admise du viol – en y incluant les viols conjugaux ou les viols de femmes proposant des services sexuels tarifés –, mais encore ils insistaient sur la part de responsabilité individuelle des victimes face à la survenue de l'agression ou face aux conséquences que celui-ci pourrait avoir sur leur santé. Les messages délivrés par les acteurs locaux révélaient ainsi de multiples influences : celle des politiques conduites par les organismes transnationaux mais aussi celle des normes et de valeurs plus localisées, elles aussi variées.

Si les médecins et les infirmiers des établissements de santé étaient davantage diplômés, avaient davantage voyagé et étaient issus de milieux socio-économiques plus favorisés que la moyenne nationale, les acteurs de prévention que sont par exemple les pairs éducateurs n'appartenaient pas à des milieux très éloignés de ceux des personnes auprès desquelles ils intervenaient. En outre, ils avaient plus tendance que les premiers à adapter les concepts et les messages prônés par leurs institutions aux manières de penser et d'agir localement valorisées. En d'autres termes, ils semblaient créer « des transplantations [des idées et des pratiques originaires de l'étranger] plus hybrides » que celles produites par les intermédiaires plus proches des institutions transnationales (voir Merry, 2006 b : 48). L'analyse des matériaux recueillis dans le cadre de mes recherches a néanmoins montré que les frontières entre ces différents intermédiaires pouvaient se révéler floues. Par exemple, elle a établi que les différents spécialistes du soin – tout comme les personnels des ONG – agissant à Port-Vila avaient en commun leur foi en Dieu et que les experts en biomédecine n'étaient pas les seuls spécialistes à exercer dans les établissements de santé, à distribuer des traitements biomédicaux ou à agir sur le corps individuel. En effet, les spécialistes de la médecine locale (*kleva*) légitimaient parfois leurs propres pratiques de soin en mettant en avant des façons de penser et de faire issues de la biomédecine. Les fidèles adventistes considéraient, eux, que Dieu ne soigne les malades qu'à la condition qu'ils prennent des traitements biomédicaux. Et les experts en biomédecine priaient parfois avec leurs patients, recommandaient une prise en

charge spirituelle et approuvaient, lorsque le malade était atteint d'un cancer en phase terminale par exemple, le recours aux spécialistes de la médecine locale et de la divination (*namunua*). J'ai pareillement mis au jour le fait que les systèmes judiciaires étatique et coutumier du Vanuatu ne constituaient pas des systèmes indépendants l'un de l'autre et montré que, dans les affaires de viols, les acteurs de ces deux systèmes pouvaient se référer aux valeurs prônées par la *kastom* comme à celles, aux visées universelles, des droits de l'homme.

Outre l'analyse du travail de traduction effectué par les acteurs en santé sexuelle et reproductive du Vanuatu, j'ai entrepris celle de la réception de leurs messages par la population de Port-Vila et tout particulièrement par celle de la communauté urbaine de Seaside Tongoa. J'ai ainsi montré que les habitants des zones urbaines de l'archipel bénéficiaient d'un accès aux actions de prévention des IST relativement bien développé mais que les messages qui leur étaient délivrés pouvaient varier selon les acteurs et les supports de communication. Au bout du compte, de multiples sources de savoirs influençaient les manières d'agir et de penser de la population. Les représentations qu'ont les habitants de Seaside Tongoa de l'engendrement et plus généralement de la construction de la personne, mais aussi celles concernant l'au-delà, l'esprit humain et sa destinée après la mort montrent qu'ils s'approprient activement les informations dispensées par divers moyens de communication. Ainsi, leurs discours sur la reproduction biologique, la croissance *in utero* et le développement de l'enfant sont multiples et reflètent l'influence de différentes sources de savoirs, au sein desquelles la religion joue un rôle particulièrement marqué.

Lors de mes recherches à Seaside Tongoa, la plupart des enfants naissaient à l'hôpital central de Port-Vila et les femmes enceintes suivaient les recommandations alimentaires du personnel du service de santé féminine. Cependant, mes interlocuteurs de la communauté considéraient que, pour faire de l'enfant une personne sexuée, fertile, relationnelle et appartenant à une localité, l'intervention divine était nécessaire. Consommer des nourritures locales et pratiquer des rituels (fête de naissance, attribution de noms personnels, interdiction d'entrer en contact physique avec son homonyme, incision pénienne, mariage) impliquant différents parents maternels et paternels étaient également indispensables. Notons que si la circoncision était présentée par les organismes de prévention comme un moyen de lutte contre la transmission du VIH, les habitants de Seaside Tongoa la voyaient comme une pratique originaire de l'île de Tongoa – même s'ils avaient adaptée sa technique au contexte urbain – qui permettait non seulement de prévenir des maladies (*sik*) conçues localement comme liées

à la sexualité, mais également d'engendrer des garçons fertiles, robustes, capables de procurer et d'éprouver du plaisir sexuel tout en étant en accord avec les prescriptions bibliques.

Les manières dont les habitants de Seaside Tongoa identifiaient, distinguaient, interprétaient et, globalement, parlaient des *sik* étaient, elles aussi, marquées par diverses sources d'information incluant certes les actions de prévention, mais également l'école, les médias (TV, radio, Internet), les savoirs ancestraux et la religion chrétienne. Ils reprenaient les messages des organismes de sensibilisation associant la contraction des IST à des comportements individuels considérés comme inadaptés – surtout ceux qui portent sur la prévention des cancers de l'utérus, mais décrivaient également les *sik* associées à la sexualité comme le résultat d'une punition divine, de la sorcellerie, d'attaques de démons, d'un contact avec du sang menstruel ou des sécrétions vaginales. En les associant à des comportements déviants ou à des relations sociales inadaptées, ils présentaient ainsi des conceptions plus relationnelles de ces *sik*. En outre, j'ai mis en évidence que les habitants de Seaside Tongoa utilisaient, simultanément ou successivement, des systèmes de soins variés comprenant la consultation de spécialistes de la biomédecine, de la médecine locale, de la divination, de la prière, ainsi que l'automédication. Par ailleurs, les groupes et personnes mis en cause dans les interprétations des *sik* liées à la sexualité (mère de famille infidèle, violeur récidiviste, homme ayant trop travaillé) ne correspondaient pas toujours à ceux que les organismes de prévention des IST catégorisaient comme à haut risque (« MSM », « jeunes », « travailleuses du sexe »).

J'ai aussi montré que les organismes de prévention des IST diffusaient les catégories, validées par les organismes internationaux, de « jeune », de « transgenre », de « MSM » et de « travailleuse du sexe » et que les acteurs locaux s'appropriaient ces appellations. Mais les habitants de Seaside Tongoa utilisaient, eux, d'autres termes qui distinguaient les hommes efféminés des « vrais » hommes et mettaient en avant les conduites sexuelles perçues comme socialement déviantes plutôt que la circulation d'argent ou de biens dans les relations intimes. Les discours homophobes de mes interlocuteurs s'appuyaient non seulement sur la religion chrétienne mais aussi sur la *kastom* mélanésienne et sur la dépendance économique entre les générations, tout particulièrement présente en milieu urbain.

Cette recherche a aussi permis de constater que les habitants de Seaside Tongoa émettent des résistances à la prévention des violences de genre à Port-Vila : parce que les organisations de sensibilisation utilisent une définition du viol incluant des situations où la victime est localement jugée responsable de son agression ; parce qu'elles recommandent le recours au système judiciaire d'état qui a tendance à considérer la victime comme un agent individuel atteint dans son intimité plutôt que comme une personne insérée dans un réseau social ; et

parce qu'elles revendiquent une conception universelle du droit au lieu d'une vision d'un monde de hiérarchies de statut. Dans le même temps, il faut noter l'influence de ces actions de prévention sur la diminution des violences et sur la modification des conceptions de mes interlocuteurs autour des actes violents et du droit. Lors de mes séjours, certains habitants de Seaside Tongoa ont par exemple fait à la fois usage des systèmes judiciaires étatique et coutumier pour traiter des affaires de viols. Et d'autres ont interprété leurs comportements violents comme mauvais après avoir participé à un atelier de prévention.

Au fil de ce travail, j'ai donc pu identifier diverses pratiques et idées valorisées par les habitants de Seaside Tongoa. J'ai affirmé à maintes reprises l'importance accordée à la création, au maintien et à la multiplication des liens sociaux impliquant des types de comportements, de droits et de devoirs particuliers. En fonction des contextes, le respect (*respek*), le partage (*sea*), le soin (*kea*), l'évitement (*stewe*), l'humilité (*no mekem flas*) ou bien la plaisanterie (*tok fani*), avec leurs termes d'adresse et de référence associés, étaient des valeurs encouragées. Par exemple, l'entretien de relations fondées sur le respect et l'évitement de ses oncles et tantes était mis en avant, tout comme le maintien de bons rapports avec le Dieu chrétien tout puissant. De même, l'attachement des habitants de Seaside Tongoa à des lieux (*ples*) – l'île de Tongoa, le quartier de Seaside – et la valorisation de certaines formes d'échange et de déplacement contribuant à assurer le maintien ou la formation de liens entre ces lieux et les personnes qui les occupent ont été soulignés. J'ai également montré que la reproduction des groupes sociaux constituait un impératif social fort qui influence profondément les représentations locales de la sexualité et de la grossesse (la virginité n'est pas requise avant le mariage, les femmes mettent au monde un grand nombre d'enfants et se marient souvent lorsqu'elles sont déjà mères et ont prouvé leur capacité à engendrer). D'autres pratiques sont également marquées par cet impératif : le mariage coutumier, qui permet le transfert des capacités reproductives de la femme au groupe du mari, l'utilisation du préservatif et de la contraception (une nullipare ne doit pas en faire usage), l'incision pénienne (conçue comme indispensable à la fertilité masculine), les violences physiques faites aux femmes (qui sont vues comme légitimes si ces dernières ne remplissent pas correctement leur rôle de mère), le viol (les agressions sexuelles sont jugées plus problématiques lorsque les capacités reproductives de la victime ont déjà été transférées au groupe du mari), les pratiques sexuelles non-hétéronormatives (qui ne permettent pas l'engendrement d'enfants), et les activités de sexualité transactionnelles (celles-ci sont considérées comme plus problématiques lorsque la femme est mariée), etc. Pourtant, les habitants de Seaside Tongoa estiment que l'engendrement de nouvelles personnes ne doit pas être effectué dans n'importe quelles

conditions. Les grossesses précoces, tardives ou rapprochées n'étaient ainsi pas forcément bien vues dans la communauté : non seulement à cause de l'âge et de l'immaturité du corps, mais aussi et surtout pour des raisons socio-économiques particulièrement prégnantes en ville. En outre, dans un contexte urbain que les gens associent souvent à la mixité communautaire, au désordre et à l'insécurité, les liens sociaux entretenus par les membres de Seaside Tongoa – *via* l'attribution de noms personnels, la consultation de spécialistes du soin, les rituels entourant l'enfance ou le mariage coutumier – tendent à se multiplier et à se diversifier afin de parer aux dangers (liés aux actes violents ou aux attaques de sorcellerie) estimés plus menaçants.

La valorisation des liens sociaux créés et entretenus par les personnes de Seaside Tongoa entre elles pourrait sembler entrer en contradiction avec la mise en avant du corps, de la rationalité, de l'autonomie et de la responsabilité individuelle largement prônée par les organismes œuvrant en matière de santé sexuelle et reproductive à Port-Vila. J'ai rappelé à l'instant les résistances à la prévention des violences de genre émises dans cette localité. Les acteurs locaux adaptent cependant leurs discours, dans une certaine proportion, aux manières de penser et d'agir valorisées par leurs interlocuteurs. Ainsi, les habitants de Seaside Tongoa ne résistent pas toujours aux normes et aux valeurs véhiculées par ces organismes et par leurs personnels, mais font usage de leur « imagination » pour articuler les informations, issues de sources de plus en plus diversifiées, sur la santé, la sexualité, la conjugalité, l'enfantement, le droit et d'autres sujets connexes (Appadurai, 2015 [1996] : 33 ; Foucault, 1976 : 26 ; Bozon, 2013 : 120). Souvenons-nous, par exemple, des propos de mon interlocuteur de Seaside Tongoa, rapportés dans le chapitre 3, au sujet du choix de sa partenaire : « en ville, nous faisons un mix entre la *kastom* et les manières de vivre des Blancs »[1]. Les habitants de Seaside Tongoa s'approprient ainsi activement les idées et les pratiques véhiculées par l'école, les établissements de santé, les actions de prévention, la religion chrétienne, les savoirs ancestraux ou les nouvelles technologies d'information et de communication.

Plusieurs anthropologues ont pointé du doigt les travaux de professionnels de santé publique et de chercheurs en sciences sociales qui utilisent la culture comme un mode d'explication des échecs de la lutte contre les épidémies de VIH dans le monde et nient la capacité des personnes à modifier leurs comportements et leurs idées (Brummelhuis et Herdt, 1995 : ix ; Seidel et Vidal, 1997 : 72 ; Vidal, 2003 : 17). Dans son article intitulé *Racial Metaphors*, Eileen Stillwaggon (2003) démontre par exemple que la prévention du VIH dans

[1] Entretien du 20 octobre 2011 avec un homme âgé d'une vingtaine d'années.

les pays africains est construite à partir de stéréotypes occidentaux qui présentent l'Afrique comme un continent homogène et hypersexualisé : « la préférence illogique pour la fertilité », « l'absence de circoncision masculine », « la polygynie » ou « la sexualité extra-maritale » furent en effet avancées comme les causes premières des forts taux de prévalence du VIH en Afrique. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, Katherine Lepani dénonce elle aussi la stigmatisation de la danse *tapiokwa* et des festivités *milamala* qui accompagnent la récolte des ignames aux îles Trobriand comme des pratiques propices à la transmission du VIH (2012 : 12, 64 ; voir aussi Wardlow, 2002 : 153-154 pour les hautes terres de la Papouasie-Nouvelle-Guinée).

Lors de mes recherches au Vanuatu, les « barrières culturelles » n'étaient pas (ou plus) considérées comme insurmontables par les personnels des organismes de la santé sexuelle et reproductive que j'ai rencontrés. Pendant l'élaboration du « Cadre d'Accélération de l'OMD 5 b » qui avait pour objectif de réduire le taux de naissances chez les adolescentes et les « besoins non satisfaits en planification familiale », des solutions visant à modifier les pratiques et les valeurs des habitants du Vanuatu ont en effet été intégrées. Pour diminuer les peurs et les fausses idées entourant les méthodes contraceptives et le Programme scolaire d'éducation à la vie familiale, la mise en place de séances d'information fut par exemple recommandée. Néanmoins, les personnels des organisations gouvernementales et non gouvernementales qui avaient préparé ce Cadre d'Accélération à mes côtés jugeaient que les solutions qu'ils avaient trouvées auraient uniquement un impact à « long terme » – c'est-à-dire plus de cinq ans après la mise en œuvre du cadre (UNDP et Servy, 2013).

Lepani indique que les discours culturalistes décrivent non seulement la culture comme un frein à l'adoption de pratiques visant à réduire le taux de prévalence des IST, mais aussi comme la cause de nombreux problèmes, cette fois lorsqu'elle s'érode (2005 : 21). La Politique de Santé Reproductive 2008 du Vanuatu cite, par exemple, « la modification des valeurs culturelles » et le « déclin du système familial étendu » parmi les facteurs ayant affecté les comportements sexuels des ni-Vanuatu. Ce texte avance, mais sans apporter de preuves, que les « coutumes traditionnelles décourageant la sexualité prénuptiale se sont érodées » (MoH, 2009 : 13) et que les comportements « à risque » pour le VIH et les autres IST ont été, de ce fait, favorisés. Mais comme d'autres chercheurs avant moi l'ont avancé, il est essentiel de ne pas considérer les pratiques culturelles comme un frein à la santé sexuelle et reproductive, car les situations concourant à exposer les personnes au VIH et aux autres IST sont multiples et pas uniquement culturelles. Les épidémies locales sont façonnées par

des aspects complexes de la structure sociale et des forces politiques et économiques globales (Lepani, 2012 : 12 ; 2005 ; Wardlow, 2002 ; Vidal, 2003).

La recherche que j'ai menée a permis d'aborder plusieurs thèmes : la sexualité et les pratiques de soin, mais aussi les spécificités de la vie en milieu urbain, la persistance des pratiques rituelles relevant de la construction de la personne, les rapports hommes-femmes, les violences de genre, la contraception, la maternité, l'homosexualité, les transactions sexuelles, etc. Cependant, comme l'indique George Marcus (2010 [1995] : 377), « les ethnographies multisituées sont inévitablement le produit de connaissances aux qualités et aux intensités variées », et je n'ai ainsi pas pu obtenir autant de matériaux ethnographiques dans tous les sites et sur toutes les thématiques avec la profondeur qu'une immersion sur un seul terrain aurait pu engendrer.

Des pistes restent donc à explorer : j'aimerais par exemple approfondir la réflexion sur les violences de genre, et tout particulièrement sur les viols au Vanuatu. Pendant mes séjours à Port-Vila, j'ai essentiellement recueilli des témoignages auprès d'auteurs de violences sexuelles. Il serait maintenant nécessaire de m'entretenir avec des personnes victimes de viols ou d'autres formes de violence. De telles enquêtes permettraient de réaliser des supports de sensibilisation mieux adaptés (posters, brochures, films, etc.), ainsi que d'ajuster ces actions de prévention aux différents publics et lieux de diffusion (écoles, centres pour jeunes déscolarisés, communautés, lieux de travail, etc.). Ces témoignages pourraient également aider à améliorer les services qui accueillent les personnes violées ou battues au Vanuatu (établissements de santé, *Vanuatu Women's Centre*, service de police, système judiciaire). D'un point de vue plus scientifique, elles aideraient à mieux comprendre quelles sont les formes de violences qui sont considérées comme illégitimes localement, et de saisir la façon dont les violences sont vécues aux niveaux individuel et collectif, et dont elles sont traitées dans ces deux contextes.

Il serait également intéressant d'envisager une approche comparative à différentes échelles. Pour la thèse et lors de mes missions de consultante pour les Nations unies, je me suis rendue dans plusieurs localités de Port-Vila, du Vanuatu et d'Océanie. Mais c'est dans la communauté urbaine de Seaside Tongoa que mes recherches ont été le plus abouties. Afin d'approfondir cette étude et de souligner les particularités de cette communauté, il serait opportun d'analyser les manières dont les habitants d'autres quartiers de Port-Vila réagissent face aux messages de prévention des IST. Et pour mieux apprécier les spécificités urbaines, il faudrait conduire des recherches plus approfondies sur les actions de sensibilisation menées dans des villages isolés de l'archipel, ainsi que sur leur réception par les populations. Enfin,

pour saisir les particularités nationales, il serait sans doute utile de comparer les façons dont interagissent au Vanuatu les forces globales et locales liées à la prévention des IST à celles présentes dans deux autres pays océaniens considérés comme « les moins développés » par les Nations unies : à savoir les îles Salomon et les îles Kiribati[2].

Si, en proposant les résultats d'une étude ethnographique de longue durée, le présent travail a réussi à démontrer l'intérêt d'une telle immersion sur le terrain et la nécessité de passer du temps avec les différents protagonistes des systèmes de soins, qu'il s'agisse des organismes internationaux, des intermédiaires locaux et de ceux auxquels les messages de prévention s'adressent, alors j'estime qu'il a rempli son office, même si des études du même type sont nécessaires ailleurs dans le Pacifique pour mener les comparaisons proposées à l'instant.

[2] http://www.unicef.org/pacificislands/Multi-country_prog_new.pdf, consulté le 9 juin 2015 à 19 h 15.

Références bibliographiques

N.B. J'utilise l'abréviation de l'organisation pour référencer un document dans le texte, mais son nom complet dans la bibliographie.

Ouvrages, thèses, périodiques et rapports

ABEL Myriam, 1995. HIV/AIDS in Vanuatu, *Pacific Health Dialog*, vol.2, n° 2, pp.56-59.

ABELES Marc, 2012 [2008]. *Anthropologie de la globalisation*, Paris, France, Editions Payot & Rivages.

ALEXEYEFF Kalissa et BESNIER Niko, 2014. Gender on the Edge : Identities, Politics, Transformations, *in* BESNIER Niko et ALEXEYEFF Kalissa (eds), *Gender on the Edge : Transgender, Gay, and Other Pacific Islanders*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press, pp.1-30.

ALLEN Michael R., 1993. Ritualized Homosexuality, Male Power, and Political Organization in North Vanuatu : A Comparative Analysis, *in* HERDT Gilbert H. (ed.), *Ritualized Homosexuality in Melanesia*, Berkeley, États-Unis, University of California Press, pp.83-127.

—, 2000. *Ritual, Power and Gender : Explorations in the Ethnography of Vanuatu, Nepal and Ireland*, New Delhi, Inde, Manohar Publishers and Distributors.

ANONYME, 2002 a. Aids victim urged to be like Maire, *Vanuatu Trading Post*, vol.837, 1er octobre 2002, pp.6.

—, 2002 b. Hu i gat aids ?, *Vanuatu Trading Post*, vol.843, 15 octobre 2002, pp.6.

—, 2002 c. AIDS is everybody's concern, *Vanuatu Trading Post*, vol.846, 22 octobre 2002, pp.6.

—, 2002 d. Marriage mo family life : wanem nao i rong, *Vanuatu Trading Post*, vol.847, 24 octobre 2002, pp.6.

—, 2002 e. Aids cure here, *Vanuatu Trading Post*, vol.864, 5 décembre 2002, pp.6.

ANSART Pierre, 1999. Rationalité limitée, *in* AKOUN André et ANSART Pierre (eds), *Dictionnaire de sociologie*, Tours, France, Le Robert Seuil, pp.438.

APPADURAI Arjun, 2015 [1996]. *Après le colonialisme : Les conséquences culturelles de la globalisation*, Paris, France, Payot & Rivages.

AUGE Marc, 1986. L'Anthropologie de la maladie, *L'Homme*, vol.26, n° 97-98, pp.81-90.

BAKER John, 1928. Depopulation in Espiritu Santo, New Hebrides, *The Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland*, vol.58, pp.279-303.

BANKS Cyndi, 2000. Contextualising sexual violence : rape and carnal knowledge in Papua New Guinea, *in* DINNEN Sinclair et LEY Allison (eds), *Reflections on Violence in Melanesia*, Sydney, Australie, Hawkins Press et Asia Pacific Press, pp.83-104.

BEAUVOIR Simone de, 2015 [1949]. *Le deuxième sexe, II L'expérience vécue*, Trebaseleghe, Italie, Éditions Gallimard.

BECKER Howard S., 1985 [1963]. *Outsiders, Études de sociologie de la déviance : fumeurs de marijuana, musiciens de jazz, entrepreneurs de morale, policiers et délinquants*, Paris, France, Editions A.-M. Métailié.

BEDFORD Richard, 1973 a. A transition in circular mobility, population movement in the New Hebrides, 1800-1970, *in* BROOKFIELD Harold (ed.), *The Pacific in transition, geographical perspectives on adaptation and change*, Canberra, Australie, Australian National University Press.

—, 1973 b. *New Hebridean mobility : a study of circular migration*, Canberra, Australie, Australian National University.

BEER Bettina, 2008. Buying betel and selling sex: Contested boundaries, risk milieus, and discourses about HIV/AIDS in the Markham Valley, Papua New Guinea, *in* BUTT Leslie et EVES Richard (eds), *Making sense of AIDS : Culture, Sexuality, and Power in Melanesia*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press, pp.97-115.

BEN HOUNET Yazid, 2009. *Parenté et anthropologie sociale*, Paris, France, Ginkgo éditeur.

BENNETT J.M., 1957. Vila and Santo: New Hebridean towns, *Geographical Studies*, vol.4, n° 2, pp.116-128.

BENVENISTE Annie et SELIM Monique, 2014. Encadrements éthiques et production globalisée des normes, *Journal des Anthropologues*, vol.136-137, pp.21-34.

BESNIER Niko, 2009. *Gossip and the Everyday Production of Politics*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press.

BESNIER Niko et ALEXEYEFF Kalissa (eds), 2014. *Gender on the Edge : Transgender, Gay, and Other Pacific Islanders*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press.

BIEHL Joao et MORAN-THOMAS Amy, 2009. Symptom : Subjectivities, Social Ills, Technologies, *Annual Review of Anthropology*, vol.38, pp.367-388.

BLACK Robert, 1954. *Some Aspects of Malaria in the New Hebrides, including a Suggested Programme for the Control of the Disease in the Group*, Nouméa, Nouvelle-Calédonie, SPC.

—, 1957. Dr Bellamy of Papua II, *Medical Journal of Australia*, vol.44, n° 7, pp.232-238.

BLACKWOOD Evelyn, 2005. Transnational Sexualities in One Place : Indonesian Readings, *Gender & Society*, vol.19, n° 2, pp.221–242.

BLOCH Maurice, 1989. The Symbolism of Money in Imerina, *in* PERRY Jonathan et BLOCH Maurice (eds), *Money and the Morality of Exchange*, Cambridge, Royaume-Uni, Cambridge University Press, pp.165-190.

BOELLSTORFF Tom, 2003. Dubbing Culture : Indonesian "Gay" and "Lesbi" Subjectivities and Ethnography in an Already Globalized World, *American Ethnologist*, vol.30, n° 2, pp.225-242.

—, 2011. But do not identify as Gay : A Proleptic Genealogy of the MSM Category, *Cultural Anthropology*, vol.26, n° 2, pp.287-312.

BOLTON Lissant, 1999 a. Radio and redefinition of kastom, *The Contemporary Pacific*, vol.2, pp.335-360.

—, 1999 b. Women, Place and Practice in Vanuatu : A view from Ambae, *Oceania*, vol.70, n° 1, pp.43-55.

—, 2003 a. Gender, status and introduced clothing in Vanuatu, *in* COLCHESTER Chloë (ed.), *Clothing the pacific*, Londres, Royaume-Uni, Berg, pp.118-139.

—, 2003 b. *Unfolding the Moon, Enacting women's kastom in Vanuatu*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i press.

—, 2007. Resourcing Change : Fieldworkers, the Women's Culture Project and the Vanuatu Cultural Centre, *in* STANLEY Nancy (ed.), *The Future of Indigenous Museums : Perspectives from the Southwest Pacific*, Oxford, Royaume-Uni, Berghahn Books, pp. 23-37.

BOLTON Ralph, 1995. Rethinking Anthropology : The Study of AIDS, *in* BRUMMELHUIS Han Ten et HERDT Gilbert (eds), *Culture and Sexual Risk : Anthropological Perspectives on AIDS*, Amsterdam, Pays-Bas, Gordon and Breach, pp.285-313.

BONNEMAISON Joël, 1970. *Note préliminaire sur les terroirs et structures agraires des îles du Centre et du Nord des Nouvelles-Hébrides : Compte rendu de missions : années 1969-1970*, Nouméa, Nouvelle-Calédonie, ORSTOM.

—, 1977. *Système de migration et croissance urbaine à Port-Vila et Luganville (Nouvelles-Hébrides)*, Paris, France, ORSTOM.

—, 1986. *L'arbre et la pirogue : Les fondements d'une identité : Territoire, Histoire et Société dans l'Archipel du Vanuatu (Mélanésie), Livre 1*, Paris, France, ORSTOM.

BONNEMÈRE Pascale, 1990. Considérations relatives aux représentations des substances corporelles en Nouvelle-Guinée, *L'Homme*, vol. 114, pp.101-120.

—, 1996. *Le pandanus rouge : Corps, différence des sexes et parenté chez les Ankave-Anga*, Paris, France, CNRS Editions.

— (ed.), 2004. *Women as Unseen Characters : Male Ritual in Papua New Guinea*, Philadelphie, États-Unis, University of Pennsylvania Press.

—, 2009. Une perspective anthropologique sur l'infanticide : la notion de personne en Nouvelle-Guinée, *Enfances & PSY*, vol.44, pp.29-41.

BORREY Anou, 2000. Sexual violence in perspective : the case of Papua New Guinea in DINNEN Sinclair et LEY Allison (eds), *Reflections on Violence in Melanesia*, Sydney, Australie, Hawkins Press et Asia Pacific Press, pp.105-118.

BOUGEROL Christiane et SALOMON Christine, 1998. *Représentations du sida et gestion du risque chez les femmes kanakes de Nouvelle-Calédonie*, Paris, France, CERMES-ANRS.

BOURGOIS Philippe, 2010. Violences étatiques et institutionnelles contre le Lumpen aux États-Unis, *in* BRUNETEAUX Patrick et TERROLLE Daniel (eds), *L'arrière-cour de la mondialisation : Ethnographie des paupérisés*, Bellecombe-en-Bauge, France, Éditions du croquant, pp.125-150.

BOURGOIS Philippe et SCHONBERG Jeff, 2009. *Righteous Dopefiend*, Berkeley, États-Unis, University of California Press.

BOWIE Charlotte, 1995. *Voice blong ol woman = The women's voice : report of the Rural Women's Needs Assessment*, Port-Vila, Vanuatu, Vanuatu National Council of Women.

BOZON Michel, 1999. Les significations sociales des actes sexuels, *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol.128, pp.3-23.

—, 2012. Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes : Le garçon sans frein et la fille responsable, *Agora débats/jeunesses*, vol.60, pp.121-134.

—, 2013. *Domaines et approches : Sociologie de la sexualité, 3e édition*, Paris, France, Armand Colin.

BRADACS Gesine, HEILMANN Jörg et WECKERLE Caroline S., 2011. Medicinal plant use in Vanuatu : A comparative ethnobotanical study of three islands, *Journal of Ethnopharmacology*, vol.137, pp.434-448.

BROWN GLICK Paula, 1970. Melanesian Mosaic : The Plural Community of Vila, *in* PLOTNICOV Leonard et TUDEN Arthur (eds), *Essays in Comparative Social Stratification*, Pittsburgh, États-Unis, University of Pittsburgh Press, pp.95-117.

BRUMMELHUIS Han Ten et HERDT Gilbert, 1995. Introduction : Anthropology in the Context of AIDS, *in* BRUMMELHUIS Han Ten et HERDT Gilbert (eds), *Culture and Sexual Risk : Anthropological Perspectives on AIDS*, Amsterdam, Pays-Bas, Gordon and Breach, pp.ix-xxiii.

BUCHANAN ARUWAFU Holly et MAEBIRU Rose, 2008. Smoke from Fire Desire and Secrecy in Auki, Solomon Islands *in* BUTT Leslie et EVES Richard (eds), *Making sense of AIDS : Culture, Sexuality, and Power in Melanesia*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press, pp.168-186.

BUCHANAN-ARUWAFU Holly, MAEBIRU Rose et ARUWAFU Francis, 2003. Stiki Lole : language and the mediation of desire in Auki, Malaita, Solomon Islands, *Culture, Health & Sexuality*, vol.5, n° 3, pp.219-235.

BULU Siula, GOLD Judy et SLADDEN Tim, 2007. *Vanuatu Female Sex Workers Survey : Final Report*, Port-Vila, Vanuatu, WSB, Burnet Institute et SPC.

BURNET INSTITUTE, 2011. *World Vision Pacific Development Group : Health Cluster Evaluation : Tafea Traem Bilong Stopem HIV/AIDS and STI Project Phase II Vanuatu, Evaluation Report*, Port-Vila, Vanuatu, Burnet Institute.

BUTLER Judith, 2005 [1990]. *Trouble dans le genre (Gender Trouble) : Le féminisme et la subversion de l'identité*, Paris, France, La Découverte.

BUTT Leslie, 2005. "Lipstick Girls" and "Fallen Women": AIDS and Conspiratorial Thinking in Papua, Indonesia, *Cultural Anthropology*, vol.20, n° 3, pp.412–442.

—, 2008. Silence speaks volumes : Elite responses to aids in Highlands Papua, *in* BUTT Leslie et EVES Richard (eds), *Making sense of AIDS : Culture, Sexuality, and Power in Melanesia*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press, pp.116-132.

CALANDRA Maëlle, 2014. Faire dessiner le terrain : La nature à « risques » et les jardins de subsistance de Tanna et Tongoa (Vanuatu), *Techniques & Culture*, vol.60, n° 1, pp.2-21.

—, 2015. *Les natures du jardin à Tongoa (Vanuatu)*, intervention du 27 mars 2015, Marseille, France, Séminaire : Actualité de la recherche en Océanie, CREDO, Aix-Marseille Université.

CASTRO Eduardo Viveiros de, 2004. Le don et le donné : trois nano-essais sur la parenté et la magie, *ethnographiques.org*, n° 6, *in* http://www.ethnographiques.org/2004/Viveiros-de-Castro.html, consulté le 2 mars 2016.

CHUNG Margaret et HILL David, 2002. *Urban informal settlements in Vanuatu : Challenge for equitable development, Report prepared for Pacific Islands Forum Secretariat and UN Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, Pacific Operation Centre*, *in* http://mjcs.gov.vu/images/research_database/Vanuatu_Squatter_Settlement_Study_2002.pdf, consulté le 31 août 2016 à 17 h 15.

CICCHELLI Vincenzo et PUGEAULT-CICCHELLI Catherine, 2006. Les recherches sociologiques sur la jeunesse en France et leurs liens avec les préoccupations politico-administratives, *Papers*, vol.79, pp.101-120.

CLARK Jeffrey, 1997. State of Desire: Transformations in Huli Sexuality, *in* MANDERSON Lenore et JOLLY Margaret (eds), *Sites of Desire Economies of Pleasure : Sexualities in Asia and the Pacific*, Chicago, États-Unis, The University of Chicago Press, pp.191-211.

CODRINGTON R.H., 1957. *The Melanesians: Studies in Their Anthropology and Folk-lore*, New Haven, États-Unis, Hraf Press.

COMAROFF Jean, 2007. Beyond Bare Life, AIDS, (Bio) Politics, and the Neoliberal Order, *Public Culture*, vol.19, n° 1, pp.197-219.

COMTE Jacqueline, 2010. Stigmatisation du travail du sexe et identité des travailleurs et travailleuses du sexe, *Déviance et Société*, vol.34, n° 3, pp.425-446.

CONNELL John et LEA John, 1994. Cities of Parts, Cities Apart ? Changing Places in Modern Melanesia, *The Contemporary Pacific*, vol.6, n° 2, pp.267-309.

CORBET Alice, 2012. *Rapport de recherche : Approche communautaire en Haïti : décryptage de la notion de « communautés » et recommandations*, Port-au-Prince, Haïti, Groupe URD (Urgence – Réhabilitation – Développement).

CORBOZ Julienne, 2009. *Globalisation and Transnational Sexualities*, Melbourne, Australie, Australian Research Centre in Sex, Health and Society.

CROWLEY Terry, 2003 [1995]. *A new Bislama dictionary*, Suva et Port-Vila, Fidji et Vanuatu, Institute of Pacific Studies et Pacific Languages Unit.

CUMMINGS Maggie, 2005. Who wears the trousers in Vanuatu ?, *in* MENELEY Anne et YOUNG Sonna J. (eds), *Auto-Ethnographies : The Anthropology of Academic Practices*, Toronto, Canada, Broadview Press, pp.51-64.

—, 2008. The Trouble with Trousers : Gossip, Kastom, and Sexual Culture in Vanuatu, *in* BUTT Leslie et EVES Richard (eds), *Making sense of AIDS : Culture, Sexuality, and Power in Melanesia*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press, pp.133-149.

—, 2013. Looking good : The Cultural Politics of the Island Dress for Young Women in Vanuatu, *The Contemporary Pacific*, vol.25, n° 1, pp.33-65.

—, 2014. *Uncertain Belongings : Relationships, Money, and Returned Migrant Workers in Port Vila, Vanuatu*, intervention du 30 Avril 2014, Toronto, Canada, CASCA Annual Meeting, York University.

DAVID Gilbert, 1997. L'indépendance d'un micro-État : le pari du Vanuatu, *Tiers-Monde*, vol.38, n° 149, pp.121-138.

DEACON Bernard, 1934. *Malekula : A* Vanishing *People in the New Hebrides*, Londres, Royaume-Uni, Routledge.

DELPHY Christine, 2001. *L'ennemi principal 2. Penser le genre*, Paris, France, Syllepse.

DEMEULENAERE Pierre, 2003. *Homo oeconomicus, Enquête sur la constitution d'un paradigme*, Paris, France, PUF.

DINNEN Sinclair, 2000. Violence and governance in Melanesia – an introduction, *in* DINNEN Sinclair et LEY Allison (eds), *Reflections on Violence in Melanesia*, Sydney, Australie, Hawkins Press et Asia Pacific Press, pp.1-16.

DIPATMEN BLONG KOREKSENOL SEVIS, 2008. *Sexual Offenders : An analysis of 50 offenders and their offences*, Port-Vila, Vanuatu, Dipatmen blong Koreksenol Sevis.

DOUGLAS Bronwen, 2003. Christianity, Tradition, and Everyday Modernity : Towards an Anatomy of Women's Groupings in Melanesia, *Oceania*, vol.74, n° 1-2, pp.6-23.

DOUGLAS Mary, 1990. Risk as a Forensic Resource, *Daedalus*, vol.199, n° 4, pp.1-16.

DOUSSET Laurent, 2011. *Quand l'empoisonnement n'a plus rien à voir avec la sorcellerie : le cas du Vanuatu, Pacifique*, intervention du 28 janvier 2011, Marseille, France, Séminaire inter-laboratoire, Aix-Marseille Université.

DROLET Marie, 1986. L'approche communautaire : un moment pour réfléchir sur l'orientation du service social, *Service social*, vol.35, n° 3, pp.416-444.

DRYSDALE Robyn, 2012. *« It's who I am » : Harnessing the power of the media to dispel the stigma and discrimination surrounding diverse sexual orientations and expressions*, intervention du 11 juillet 2012, Canberra, Australie, Workshop: Sexualities, sexual rights, and HIV in Papua New Guinea and the Pacific, Australian National University.

DUMIT Joseph, 2012. *Drugs for life : How Pharmaceutical Companies Define Our Health*, Duham et Londres, Canada et Royaume-Uni, Duke University Press.

DUNDON Alison, 2009. Sexuality, Morality and Lifestyle : The ABC of HIV Prevention Strategies in Rural Papua New Guinea, *The Asia Pacific Journal of Anthropology*, vol.10, n° 3, pp.171-185.

DUREAU Christine, 2001. Mutual Goals ? Family Planning on Simbo, Western Solomon Islands, *in* JOLLY Margaret et RAM Kalpana (eds), *Borders of Being : Citizenship, Fertility, and Sexuality in Asia and the Pacific*, Ann Arbor, États-Unis, University of Michigan Press, pp.232-261.

DURRAD Walter John, 1922. The Depopulation of Melanesia, *in* RIVERS William Halse (ed.) *Essays on the Depopulation of Melanesia*, Cambridge, Royaume-Uni, Cambridge University Press, pp.3-24.

DUSSY Dorothée, 2005. *S'approprier la ville : Nouméa au miroir de ses squats*, Ouvrage prépublication, *in* https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00004151/document, consulté le 30 août 2016 à 15 h 55.

ERIKSEN Annelin, 2008. *Gender, Christianity and Change in Vanuatu : An Analysis of Social Movements in North Ambrym*, Hampshire, Royaume-Uni, Ashgate Publishing Limited.

ERIKSEN Annelin et ANDREW Rose, 2010. *Churches in Port-Vila*, *in* http://genpent.b.uib.no/files/2012/11/Churches-in-Port-Vila-ferdig.pdf, consulté le 3 septembre 2016 à 18 h 29.

ESPIRAT Jean-Jacques, GUIART Jean, LAGRANGE Marie-Salomé et RENAUD Monique, 1973. *Système des titres dans les Nouvelles-Hébrides Centrales d'Efate aux îles Sheperds*, Paris, France, Institut d'Ethnologie.

EVES Richard, 2003. AIDS and Apocalypticism : Interpretations of the Epidemic from Papua New Guinea, *Culture, Health and Sexuality*, vol.5, n° 3, pp.249-264.

—, 2008. Moral reform and miraculous cures : Christian healing and AIDS in New Ireland, Papua New Guinea, *in* BUTT Leslie et EVES Richard (eds), *Making sense of AIDS : Culture, Sexuality, and Power in Melanesia*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press, pp.206-223.

—, 2010. Masculinity Matters : Men, Gender-Based Violence and the AIDS Epidemic in Papua New Guinea, *in* LUKER Vicki et DINNEN Sinclair (eds), *Civic Insecurity : Law, Order and HIV in Papua New Guinea*, Canberra, Australie, ANU E Press, pp.47-79.

—, 2012. Resisting Global AIDS Knowledges : Born-Again Christian Narratives of the Epidemic from Papua New Guinea, *Medical Anthropology : Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, vol.31, n° 1, pp.61-76.

EVES Richard et BUTT Leslie, 2008. Introduction *in* BUTT Leslie et EVES Richard (eds), *Making sense of AIDS : Culture, Sexuality, and Power in Melanesia*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press, pp.1-23.

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL INSTITUTE FOR HIV/AIDS (FHI 360), 2002. *Behavior Change Communication (BCC) for HIV/AIDS : A strategic framework*, Arlington, États-Unis, Family Health International Institute for HIV/AIDS.

FARMER Paul, 1996 [1992]. *Sida en Haïti. La victime accusée*, Paris, France, Les Éditions Karthala.

FASSIN Didier et RECHTMAN Richard, 2009. *The Empire of Trauma : An Inquiry into the Condition of Victimhood*, Princeton, États-Unis, Princeton University Press.

FAUSTO-STERLING Anne, 1993. The Five Sexes : Why Male and Female Are Not Enough, *The Sciences*, May-April 1993, pp.20-24.

—, 2000. The Five Sexes Revisited, *Sciences (New York)*, vol.40, n° 4, pp.18-23.

FAVRET-SAADA Jeanne, 1977. *Les mots, la mort, les sorts*, Paris, France, Gallimard.

FILE Karen et McLAWS Mary-Louise, 2015. Ni-Vanuatu health-seeking practices for general health and childhood diarrheal illness : results from a qualitative methods study, *BMC Research Notes*, vol.8, n° 189, pp.1-8.

FORSYTH Miranda, 2006. Sorcery and the criminal law in Vanuatu, *LawAsia*, vol.1, pp.1-27.

FOUCAULT Michel, 1976. *Histoire de la sexualité 1 : La volonté de savoir*, Paris, France, Gallimard.

FOY Dina, 1993. The value of family planning user profiles in better targeting of family planning : the case of Vanuatu, *Tropical doctor*, vol.23, pp.126-127.

FRANCOIS Alexandre, LACRAMPE Sébastien, FRANJIEH Michael et SCHNELL Stefan (eds), 2015. *The Languages of Vanuatu: Unity and Diversity*, Canberra, Australie, Asia–Pacific Linguistics Open Access.

GARDISSAT Paul (coll.), 2004. *Nabanga. Une anthologie illustrée de la littérature orale du Vanuatu*, Port Vila, Vanuatu, Centre Culturel du Vanuatu.

GEERTZ Clifford, 1973 [1966]. Person, Time and Conduct in Bali, *in* GEERTZ Clifford, *Interpretation of cultures*, New York, États-Unis, Basic Books, pp.360-411.

GELL Alfred, 1998. *Art and agency : An anthropological theory*, New York, États-Unis, Oxford University Press.

GEORGE Nicole, 2014. In Sickness and in Health : Evolving Trendsin Gay Rights Advocacy in Fiji, *in* BESNIER Niko et ALEXEYEFF Kalissa (eds), *Gender on the Edge : Transgender, Gay, and Other Pacific Islanders*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press, pp.293-322.

GIAMI Alain, 2002. Sexual Health : The Emergence, Development, and Diversity of a Concept, *Annual Review of Sex Research*, vol.13, n° 1, pp.1-35.

GIBBS Philip, 1977. Blood and life in a Melanesian context, *in* AHRENS Theodor et KNIGHT James (eds), *Christ in Melanesia: exploring theological issues*, Goroka, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Melanesian Institute, pp.166-177.

—, 2009. *Sorcery and AIDS in Simbu, East Sepik, and Enga Provinces, Occasional Paper No. 2*, Boroko, Papouasie-Nouvelle-Guinée, National Research Institute.

GODDARD Michael, 2013. Liaisons dangereuses. Les villageois urbains et le développement en Papouasie-Nouvelle-Guinée, *in* DUSSY Dorothée et WITTERSHEIM Éric (eds), *Villes invisibles : Anthropologie urbaine du Pacifique*, Paris, France, L'Harmattan, pp.163-191.

GODELIER Maurice, 1965. Objets et méthodes de l'anthropologie économique, *L'homme*, vol.5, n° 2, pp.32-91.

—, 1974 [1966]. *Rationalité et irrationalité en économie-II*, Paris, France, Librairie François Maspero.

—, 2003 [1982]. *La production des grands hommes*, Manchecourt, France, Flammarion.

—, 2008 [1996]. *L'énigme du don*, Malesherbes, France, Flammarion.

GOVERNMENT OF VANUATU, 2006. *Priorities and Actions Agenda (PAA) 2006-2015*, Port-Vila, Vanuatu, Government of the Republic of Vanuatu.

—, 2011. *Annual Development Report 2010*, Port-Vila, Vanuatu, Government of the Republic of Vanuatu.

GRAY William, 1894. Some notes on the Tannese, *Archives internationales d'Ethnographie*, vol.7, pp.227-241.

GRAY Patrick, 1986. Growing Yams and Men : An Interpretation of Kimam Male Ritualized Homosexual Behavior, *Journal of Homosexuality*, vol.11, n° 3-4, pp.55-68.

GREGG Jessica, 2011. An Unanticipated Source of Hope : Stigma and Cervical Cancer in Brazil, *Medical Anthropology Quarterly*, vol.25, n° 1, pp.70-84.

GREWAL Inderpal et KAPLAN Caren, 2001. Global identities : Theorizing Transnational Studies of Sexuality, *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, vol.7, n° 4, pp.663-679.

GROES-GREEN Christian, 2013. « To Put Men in a Bottle » : Eroticism, kinship, female power, and transactional sex in Maputo, Mozambique, *American Ethnologist*, vol.40, n° 1, pp.102-117.

HABERKORN Gerald, 1989. *Port Vila, transit station or final stop ? : recent developments in Ni-Vanuatu population mobility*, Canberra, Australie, National Centre for Development Studies, Research School of Pacific Studies, Australian National University.

HALEY Nicole, 2008. When there's no accessing basic health care : Local politics and responses to hiv/aids at Lake Kopiago, Papua New Guinea, *in* BUTT Leslie et EVES Richard (eds), *Making sense of AIDS : Culture, Sexuality, and Power in Melanesia*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press, pp.24-40.

HAMAYON Roberte N., 2005. L'anthropologue et la dualité paradoxale du « croire » occidental, *Théologiques*, vol.13, n° 1, pp.15-41.

HAMLIN Hannibal, 1932. The Problem of Depopulation in Melanesia, *Yale Journal of Biology and Medicine*, vol.4, n° 3, pp.301-321.

HAMMAR Lawrence, 1998. AIDS, STDs, and Sex Work in Papua New Guinea, *in* ZIMMER-TAMAKOSHI Laura (ed.), *Modern Papua New Guinea*, Kirksville, États-Unis, Thomas Jefferson University Press, pp.257-296.

—, 2004. Editorial : Sexual Health, Sexual Networking and AIDS in Papua New Guinea and West Papua, *PNG Medical Journal*, vol.47, n° 1-2, pp.1-12.

—, 2008. Fear and loathing in Papua New Guinea : Sexual health in a Nation under siege, *in* BUTT Leslie et EVES Richard (eds), *Making sense of AIDS : Culture, Sexuality, and Power in Melanesia*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press, pp.60-79.

—, 2010 a. *Sin, sex and stigma : A Pacific response to HIV and AIDS*, Wantage, Royaume-Uni, Sean Kingston Publishing.

—, 2010 b. From Gift to Commodity… and Back Again : Form and Fluidity of Sexual Networking in Papua New Guinea, *in* LUKER Vicki et DINNEN Sinclair (eds), *Civic Insecurity : Law, Order and HIV in Papua New Guinea*, Canberra, Australie, ANU E Press, pp.119-139.

HANNERZ Ulf, 1983 [1980]. *Explorer la ville : éléments d'anthropologie urbaine*, Paris, France, Les Editions de Minuit.

—, 1989. Notes on the Global Ecumene, *Public Culture*, vol.1, n° 2, pp.66-75.

HARRISSON Tom, 1937. *Savage civilisation*, Londres, Royaume-Uni, Victor Gollancz LTD.

HERDT Gilbert, 1989. Father Presence and Ritual Homosexuality : Paternal Deprivation and Masculine Development in Melanesia Reconsidered, *Ethos*, vol.17, n° 3, pp.326-370.

—, 1994 [1981]. *Guardians of the flutes : idioms of masculinity*, Chicago et Londres, États-Unis et Royaume-Uni, The University of Chicago Press.

HESS Sabine C., 2009. *Person and place: Ideas, Ideals and the Practice of Sociality on Vanua Lava, Vanuatu*, New York, États-Unis, Berghahn Books.

HEWAT Sarah, 2008. Love as sacrifice : The romantic underground and beliefs about HIV/AIDS in Manokwari, Papua, *in* BUTT Leslie et EVES Richard (eds), *Making sense of AIDS : Culture, Sexuality, and Power in Melanesia*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press, pp.150-167.

HIRSCH Jennifer S., WARDLOW Holly, SMITH Daniel Jordan, PHINNEY Harriet M., PARIKH Shanti et NATHANSON Constance A., 2009. Introduction, *in* HIRSCH Jennifer S., WARDLOW Holly, SMITH Daniel Jordan, PHINNEY Harriet M., PARIKH Shanti et NATHANSON Constance A., *The Secret : Love, Marriage, and HIV*, Nashville, États-Unis, Vanderbilt University Press, pp. 1-22.

HLABANGANE Nokuthula, 2014. From object to subject : Deconstructing anthropology and HIV/AIDS in South Africa, *Critique of Anthropology*, vol.34, n° 2, pp.174-203.

HODŽIĆ Saida, 2013. Ascertaining Deadly Harms: Aesthetics and Politics of Global Evidence, *Cultural Anthropology*, vol.28, n° 1, pp.86-109.

HOPKINS Arthur Innes, 1922. Depopulation in the Solomon Islands, *in* RIVERS William Halse (ed.), *Essays on the Depopulation of Melanesia*, Cambridge, Royaume-Uni, Cambridge University Press, pp.62-66.

HUGHES Jenny, 1997. A History of Sexually Transmitted Diseases in Papua New Guinea, *in* LEWIS Milton, BAMBER Scott et WAUGH Michael (eds), *Sex, Disease, and Society : A comparative History of Sexually Transmitted Diseases and HIV/AIDS in Asia and the Pacific*, Westport, États-Unis, Greenwood Press, pp.231-248.

HUKULA Fiona, 2012. Conversations with Convicted Rapists, *in* JOLLY Margaret, STEWART Christine et BREWER Carolyn (eds), *Engendering Violence in Papua New Guinea*, Canberra, Australie, ANU E Press, pp.197-212.

HUNTER Mark, 2002. The Materiality of Everyday Sex : Thinking beyond « prostitution », *African Studies*, vol.61, n° 1, pp.99-120.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF), 2006. *Intégré, Impliqué, Inspiré : Un cadre pour les programmes d'éducation par les pairs*, Londres, Royaume-Uni, IPPF.

JAFFRÉ Yannick, 1999. La maladie et ses dispositifs, *in* JAFFRÉ Yannick et OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre (eds), *La construction sociale des maladies : Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, France, PUF, pp.41-68.

JAFFRÉ Yannick et OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1995. Tijiri, la naissance sociale d'une maladie, *Cahiers des Sciences Humaines*, vol.31, n° 4, pp.773-795.

JAFFRÉ Yannick et SUH Siri, 2016. Where the lay and the technical meet : Using an anthropology of interfaces to explain persistent reproductive health disparities in West Africa, *Social Science & Medicine*, vol.156, pp.175-183.

JANZEN John M., 1987. Therapy Management : Concept, Reality, Process, *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, vol.1, n° 1, pp.68-84.

JASPARD Maryse, 2005. *Sociologie des comportements sexuels*, Paris, France, La Découverte.

JENKINS Carol, 2006. *Male Sexuality and HIV : The case of male-to-male sex*, intervention du 23-26 septembre 2006, New Delhi, Inde, Risks and Responsabilites : Male Sexual Health and HIV in Asia and the Pacific International Consultation, Naz Foundation International.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS), 2013. *Global report : UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*, Genève, Suisse, UNAIDS.

JOLLY Margaret, 1987. The Forgotten Women : A History of Migrant Labour and Gender Relations in Vanuatu, *Oceania*, vol.58, n° 2, pp.119-139.

—, 1996. Woman Ikat Raet Long Human Raet O No ? Women's Rights, Human Rights and Domestic Violence in Vanuatu, *Feminist Review*, vol.52, pp.169-190.

—, 1997 [1994]. *Women of the place : Kastom, colonialism and gender in Vanuatu*, Amsterdam, Pays-Bas, Harwood Academic Publishers.

—, 1999. Another Time, Another Place, *Oceania*, vol.69, n° 4, pp.282-299.

—, 2001 a. Damming the Rivers of Milk ? Fertility, Sexuality, and Modernity in Melanesia and Amazonia, *in* GREGOR Thomas A. et DONALD Tuzin (eds), *Gender in Amazonia and Melanesia : An Exploration of the Comparative Method*, Berkeley, États-Unis, University of California Press, pp.175-206.

—, 2001 b. Infertile State : Person and Collectivity, Region and Nation in the Rhetoric of Pacific Population, *in* JOLLY Margaret et RAM Kalpana (eds), *Borders of Being : Citizenship, Fertility, and Sexuality in Asia and the Pacific*, Ann Arbor, États-Unis, University of Michigan Press, pp.262-306.

—, 2001 c. Introduction : Embodied States-Familial and National Genealogies in Asia and the Pacific, *in* JOLLY Margaret et RAM Kalpana (eds), *Borders of Being : Citizenship, Fertility, and Sexuality in Asia and the Pacific*, Ann Arbor, États-Unis, University of Michigan Press, pp.1-35.

—, 2005. Beyond the Horizon ? Nationalisms, Feminisms, and Globalization in the Pacific, *Ethnohistory*, vol.52, n° 1, pp.137-166.

—, 2012. Introduction – Engendering Violence in Papua New Guinea : Persons, Power and Perilous Transformations, *in* JOLLY Margaret, STEWART Christine et BREWER Carolyn (eds), *Engendering Violence in Papua New Guinea*, Canberra, Australie, ANU E Press, pp.1-45.

—, 2015. Braed praes in Vanuatu : Both Gifts and Commodities ?, *Oceania*, vol.85, n° 1, pp.63-78.

JOLLY Susie, 2007. *Why the Development Industry Should Get Over its Obsession With Bad Sex and Start to Think About Pleasure : Working Paper 283*, Brighton, Royaume-Uni, Institute of Development Studies.

JOSHUA Jane, 2012. 4 new HIV cases, *Vanuatu Daily Post*, vol.3714, 24 novembre 2012, pp.1.

JOWITT Anita, 2005. Reconstructing custom : The politics of homophobia in Vanuatu, *Alternative Law Journal*, vol.30, n° 1, pp.10-14.

KALVAU Moli, 2002 a. AIDS IS HERE !, *Vanuatu Trading Post*, vol.835, 26 septembre 2002, pp.1-2.

—, 2002 b. Dealing with our first AIDS case, *Vanuatu Trading Post*, vol.836, 28 septembre 2002, pp.1.

KECK Verena, 2007. Knowledge, Morality and "Kastom" : SikAIDS among Young Yupno People, Finisterre Range, Papua New Guinea, *Oceania*, vol.77, n° 1, pp.43-75.

KELLY Susanna Katharine, 1999. *Unwrapping mats : people, land and marital culture in Tongoa, Central Vanuatu*, Thèse de doctorat en anthropologie sociale non publiée, Londres, Royaume-Uni, University College London.

KENNEDY Elissa C., BULU Siula, HARRIS Jennifer, HUMPHREYS David, MALVERUS Jaylins et GRAY Nathalie J., 2013. « Be kind to young people so they feel at home » : A qualitative study of adolescents' and service providers' perceptions of youth-friendly sexual and reproductive health services in Vanuatu, *BMC Health Services Research*, vol.13, n° 455, *in* http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-455, consulté le 28 juin à 16 h 48.

—, 2014. « These issues aren't talked about at home » : A qualitative study of the sexual and reproductive health information preferences of adolescents in Vanuatu, *BMC Public Health*, vol.14, n° 770, *in* http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-770, consulté le 28 juin à 17 h 14.

KHAN Shivananda et KHAN Omar A., 2006. The trouble with MSM, *American Journal of Public Health*, vol.96, n° 5, pp.765-766.

KIPPAX Susan et CRAWFORD June, 1993. Flaws in the Theory of Reasoned Action, *in* TERRY Deborah J., GALLOIS Cynthia et McCAMISH Malcolm (eds), *The Theory of Reasoned Action : Its Application to AIDS-Preventive Behavior*, Oxford, Royaume-Uni, Pergamon, pp.253-269.

KIRIBATI MINISTRY OF HEALTH (MoH) et MEDICAL SERVICES, 2013. *2011 United Nations General Assembly Political Declaration on HIV/AIDS Kiribati Mid Term Review 2013*, South Tarawa, Kiribati, Kiribati MoH et Medical Services.

KLEINMAN Arthur, 1988. *The illness narratives : Suffering, Healing, and the Human Condition*, New York, États-Unis, Basic Books.

KRAEMER Daniela, 2013. *Planting Roots, Making Place : An Ethnography of Young Men in Port Vila, Vanuatu*, Thèse de doctorat en anthropologie sociale non publiée, Londres, Royaume-Uni, Department of Anthropology of the London School of Economics.

KRISTIANSEN Ingvill, 2009. Managing sexual advances in Vanuatu, *in* DONNAN Hastings et MASGOWAN Fiona (eds), *Transgressive sex : subversion and control in erotic encounters*, New York, États-Unis, Berghahn Books, pp.235-253.

LABBÉ Fabienne, 2011. *Living With HIV and AIDS : Perspectives of Women and Men in Fiji*, *Report prepared for the Fiji National Health Research Committee, Ministry of Health*, Marseille, France, *in* http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/documents/Living_with_HIV_and_AIDS_ Perspectives_of_Women_and_Men_in_Fiji.pdf, consulté le 4 septembre 2016 à 14 h 21.

LAI Yan et GRACE Robert, 2014. Alternative medecine use at Vila Central Hospital : a survey of « custom medicine » use in patients and staff a decade later, *Tropical doctor*, vol.44, n° 3, pp.140-142.

LAING J. K., 1989. *The Development of Medical and Health Services in New Hebrides and Vanuatu*, Thèse non publiée, archivée avec les documents de Noeline Harris à la Macmillan Brown Library, Christchurch, Nouvelle-Zélande, pp.127-166.

LAYARD John, 1942. *Stone men of Malekula : Vao*, Londres, Royaume-Uni, Chatto&Windus.

LECLERC-MADLALA Suzanne, 2003. Transactional Sex and the Pursuit of Modernity, *Social Dynamics : A journal of African studies*, vol.29, n° 2, pp.213-233.

LEENHARDT Maurice, 1985 [1947]. *Do kamo : la personne et le mythe dans le monde mélanésien*, Paris, France, Gallimard.

LEPANI Katherine, 2005. « Everything Has Come Up to the Open Space » : Talking about sex in an epidemic, *ANU Working paper*, vol.15, pp.1-24.

—, 2008 a. Fitting condoms on culture : Rethinking approaches to VIH prevention in the Trobriand Islands, Papua New Guinea, *in* BUTT Leslie et EVES Richard (eds), *Making sense of AIDS : Culture, Sexuality, and Power in Melanesia*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press, pp.246-266.

—, 2008 b. Mobility, Violence and the Gendering of HIV in Papua New Guinea, *The Australian Journal of Anthropology*, vol.19, n° 2, pp.150-164.

—, 2012. *Islands of Love, Islands of risk : Culture and HIV in the Trobriands*, Nashville, Australie, Vanderbilt University Press.

LÉVI-STRAUSS Claude, 1962. *La pensée sauvage*, Paris, France, Libraire Plon.

LIGHTNER Sara, NAUPA Anna et TABANI Marc, 2010 [2005] a. *Histri Blong Yumi Long Vanuatu : Histoire du Vanuatu, un outil pédagogique, Volume 1*, Port-Vila, Vanuatu, Centre Culturel du Vanuatu.

—, 2010 [2005] b. *Histri Blong Yumi Long Vanuatu : Histoire du Vanuatu, un outil pédagogique, Volume 2*, Port-Vila, Vanuatu, Centre Culturel du Vanuatu.

LIND Craig, 2010. *Placing Paamese : Locating Concerns with Place, Gender and Movement in Vanuatu*, Thèse de doctorat en anthropologie sociale non publiée, St. Andrews, Royaume-Uni, St. Andrew's University.

—, 2014. Why the Future is Selfish and Could Kill : Contraception and the Future of Paama, *in* ROLLASON Will (ed.), *Pacific futures: Projects, Politics and Interests*, New York, États-Unis, Berghahn Books, pp.71-95.

LINDSTROM Lamont, 1980. Spitting on Tanna, *Oceania*, vol.50, n° 3, pp.228-234.

—, 2011 a. Urbane Tannese : Local perspectives on settlement life in Port-Vila, *Le Journal de la Société des Océanistes*, vol.133, pp.255-266.

—, 2011 b. Vanuatu migrants lives in village and town, *Ethnology*, vol.50, n° 1, pp.1-15.

LIPUMA Edward, 2000. *Encompassing others : the magic of modernity in Melanesia*, Ann Arbor, États-Unis, University of Michigan Press.

LOCK Margaret et NGUYEN Vinh-Kim, 2010. *An Anthropology of Biomedicine*, Oxford, Royaume-Uni, Wiley-Blackwell.

LUKAI Daniel Graham, 2010. *Program Blong Namakura Week, 28 th to 5 th March 2010, « United Long Kastom, Blong wan Peaceful mo Harmonious Komuniti long Fiuja »*, Rapport non publié, Port-Vila, Vanuatu, Centre Culturel du Vanuatu.

LUKER Vicki, 2004. Civil Society, Social Capital and the Churches : HIV/AIDS in Papua New Guinea, State, *Society and Governance in Melanesia Project Working Paper*, *in* http://ips.cap.anu.edu.au/ssgm/papers/working_papers/LukerCivilSocietyFeb04.pdf, consulté le 13 juin 2013 à 16 h 14.

LYONS Maryinez, 2004. Mobile Populations and HIV/AIDS in East Africa, *in* KALIPENI Ezekiel, CRADDOCK Susan, OPPONG Joseph R. et GHOSH Jayati (eds), *HIV and AIDS in Africa : Beyond Epidemiology*, Oxford, Royaume-Uni, Blackwell, pp.175-190.

MACCLANCY Jérémy, 2002. *Faire de deux pierres un coup : Une brève histoire du Vanuatu jusqu'à l'indépendance*, Port-Vila, Vanuatu, Centre culturel du Vanuatu.

MACINTYRE Martha, 2012. Gender Violence in Melanesia and the Problem of Millennium Development Goal No.3, *in* JOLLY Margaret, STEWART Christine et BREWER Carolyn (eds), *Engendering Violence in Papua New Guinea*, Canberra, Australie, ANU E Press, pp.239-266.

MADEN Christopher, MCKENDRICK Sophie et GRACE Robert, 2003. Alternative medicine use at Vila Central Hospital Vanuatu : a survey of the use of « custom medicine » in patients and staff, *Tropical doctor*, vol.33, pp.22-24.

MALACHI Irène, SSENABULYA Julius et MATOVU Moses, 2009. *LIVING WITH HIV : My personal testimony: Another chance to live my life, Another chance to make your choice*, Port-Vila, Vanuatu, IZA Foundation, VFHA, MoH-HIV/STI unit et VSO Vanuatu.

MALINOWSKI Bronislaw, 1970 [1929]. *La vie sexuelle des sauvages du nord-ouest de la Mélanésie : Description ethnographique des démarches amoureuses, du mariage et de la vie de famille des indigènes des îles Trobriand de la Nouvelle-Guinée*, Paris, France, Payot.

MALLETT Shelley, 1995. Bearing the Inconceivable, *in* GREENWOOD Emma, NEUMANN Klaus et SARTORI Andrew (eds), *Work in Flux*, Parkville, Australie, University of Melbourne History Department, pp.41-57.

MARCUS George, 2010 [1995]. Ethnographie du/dans le système-monde : L'émergence d'une ethnographie multisituée, *in* CEFAI Daniel (ed.), *L'engagement ethnographique*, Paris, France, Editions de l'EHESS.

MASON Merrin, 2000. Domestic Violence in Vanuatu, *in* DINNEN Sinclair et LEY Allison (eds), *Reflections on Violence in Melanesia*, Sydney, Australie, Hawkins Press et Asia Pacific Press, pp.119-138.

MASVAWURE Tsitsi, 2010. « I just need to be flashy on campus » : Female students and transactional sex at a university in Zimbabwe, *Culture, Health and Sexuality : An International Journal for Research, Intervention and Care*, vol.12, n° 8, pp.857-870.

MATHIEU Lilian, 2015. *Sociologie de la prostitution*, Paris, France, La Découverte.

MAUSS Marcel, 1938. Une Catégorie de L'Esprit Humain : La Notion de Personne, Celle de « Moi », *The Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland*, vol. 68, pp.263-281.

—, 2002 [1923-1924]. Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques, *L'année sociologique*, *in* http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthropo/2_essai_sur_le_don/essai_sur_le_don.html, consulté le 1er septembre 2016 à 18 h 49.

MEAD Margaret, 2007 [1928 et 1935]. *Mœurs et sexualité en Océanie*, Paris, Plon.

MECARTNEY Sarah Anne Nautong, 2000. *Blacksands Settlement : A case for urban permanence in Vanuatu*, Thèse de master en géographie non publiée, Sydney, Australie, Université de Sydney.

MEGGITT Mervyn, 1989. Women in Contemporary Enga Society, Papua New Guinea, *in* JOLLY Margaret et MACINTYRE Martha (eds), *Family and Gender in the Pacific : Domestic Contradictions and the Colonial Impact*, Cambridge, Royaume-Uni, Cambridge University Press, pp.135-155.

MERRY Sally Engle, 2006 a. *Human Rights and Gender Violence : Translating International Law into Local Justice*, Chicago et Londres, États-Unis et Royaume-Uni, The University of Chicago Press.

—, 2006 b. Transnational Human Rights and Local Activism : Mapping the Middle, *American Anthropologist*, vol.108, n° 1, pp.38-51.

—, 2009. *Gender Violence : A Cultural Perspective*, West Sussex, Royaume-Uni, Wiley-Blackwell.

MCMILLAN Karen et WORTH Heather, 2011 a. *Risky Business Vanuatu : Selling sex in Port Vila*, Sydney, Australie, University of New South Walles.

—, 2011 b. The impact of socio-cultural context on young people's condom use : evidence from two Pacific Island countries, *Culture, Health & Sexuality*, vol.13, n° 3, pp.313-326.

MCNABB Daniel, 1894. Diseases in the New Hebrides, *Journal of the Anthropological Institute of Great Britain and Ireland*, vol.23, pp.393-395.

MCPHERSON Naomi, 1991. A question of morality : Sorcery and concepts of deviance among the Kabana West New Britain, *Anthropologica*, vol.33, n° 1-2, pp.127-143.

—, 2008. SikAIDS : Deconstructing the awareness campaign in rural West New Britain, Papua New Guinea, *in* BUTT Leslie et EVES Richard (eds), *Making sense of AIDS : Culture, Sexuality, and Power in Melanesia*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press, pp.224-245.

—, 2012. Black and Blue : Shades of Violence in West New Britain, PNG, *in* JOLLY Margaret, STEWART Christine et BREWER Carolyn (eds), *Engendering Violence in Papua New Guinea*, Canberra, Australie, ANU E Press, pp.47-105.

MILLER J. Graham, 1978. *Live : A history of church planting in the New Hebrides to 1880, Book One*, Sydney, Australie, The Christian Education Committee of the Presbyterian Church.

—, 1981. *Live : A history of church planting in the New Hebrides, now the Republic of Vanuatu, to 1880, Book 2*, Sydney, Australie, The Christian Education Committee of the Presbyterian Church.

MINISTRY OF EDUCATION (MoE) CURICULUM DEVELOPMENT UNIT, 2012. *Family Life Education Syllabus for Senior Secondary Schools Years 11-13*, Port-Vila, Vanuatu, Curriculum Development Unit.

MINISTRY OF HEALTH (MoH), 2008. *National Strategic Plan for HIV and Sexually Transmitted Infections 2008-2012*, Port-Vila, Vanuatu, MoH.

—, 2009. *Reproductive Health Policy 2008 and Strategy 2008-2010*, Port-Vila, Vanuatu, MoH.

—, 2010 a. *National Policy and Strategy for Healthy Islands, 2011-2015*, Port-Vila, Vanuatu, MoH.

—, 2010 b. *National Peer Education Manual*, Port-Vila, Vanuatu, MoH.

—, 2012. *Operational Guidelines for VCCT Centers in Vanuatu 2012-2016*, Port-Vila, Vanuatu, MoH.

—, 2015. *Global AIDS Progress Report Vanuatu*, *in* http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/VUT_narrative_report_2015.pdf, consulté le 17 juin 2016 à 16 h 41.

MINISTRY OF HEALTH (MoH) PLANNING UNIT, 2012. *2011 Ministry of Health Annual Report : Moving Health Forward*, Port-Vila, Vanuatu, MoH.

MINISTRY OF HEALTH (MoH), VANUATU NATIONAL STATISTCS OFFICE (VNSO) et SECRETARIAT OF THE PACIFIC COMMUNITY (SPC), 2014. *Vanuatu Demographic and Health Survey 2013, Final Report*, Nouméa, Nouvelle-Calédonie, SPC.

MITCHELL Margaret Jean, 2000. Violence as continuity : violence as rupture – narratives from an urban settlement in Vanuatu, *in* DINNEN Sinclair et LEY Allison (eds), *Reflections on Violence in Melanesia*, Sydney, Australie, Hawkins Press et Asia Pacific Press, pp. 189-208.

—, 2002. *Road, Restlessness, and Relationships: An Urban Settlement in Postcolonial Vanuatu*, Thèse de doctorat en anthropologie sociale non publiée, North York, Canada, York University.

—, 2013 [2003]. Tuer le temps dans une ville postcoloniale. Les jeunes et les quartiers à Port-Vila, Vanuatu, *in* DUSSY Dorothée et WITTERSHEIM Éric (eds), *Villes invisibles : Anthropologie urbaine du Pacifique*, Paris, France, L'Harmattan, pp.247-284.

—, 2014. *Materialising the Future and Exercising Citizenship : Work and Worry in a Port Vila Settlement*, intervention du 14 novembre 2014, Londres, Royaume-Uni, Atelier Urban Vanuatu, Melanesia Research Seminar, British Museum.

MORIN Jack, 2008. "It's mutual attraction" : Transvestites and the Risk of HIV Transmission in Urban Papua, *in* BUTT Leslie et EVES Richard (eds), *Making sense of AIDS : Culture, Sexuality, and Power in Melanesia*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press, pp.41-59.

MOSKO Marc, 2010. Partible penitents : dividual personhood and Christian practice in Melanesia and the West, *Journal of the Royal Anthropological Institute*, vol.16, n° 2, pp.215-240.

MURPHY Elaine, GREENE Margaret, MIHAILOVIC Alexandra et OLUPOT-OLUPOT Peter, 2006. Was the "ABC" Approach (Abstinence, Being Faithful, Using Condoms) Responsible for Uganda's Decline in HIV?, *PLOS Medicine*, vol.3, n° 9, pp.1443-1447.

NANDA Serena, 1994. Hijiras : An alternative Sex and Gender Role in India, *in* HERDT Gilbert (ed.), *Third Sex, Third Gender : Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*, New York, États-Unis, Zone Books, pp.373-417.

NAUPA Anna, 2011. *Social networks with a conscience : Vanuatu on the brink of a new social revolution ?, in* http://www.pacificpolicy.org/component/k2/item/17-social-networks-with-a-conscience-vanuatu-on-the-brink-of-a-new-social-revolution, consulté le 16 décembre 2011 à 16 h 40.

NEWLAND J., 1973. History of the Health Services in Papua New Guinea, *in* BELL Clive (ed.), *The Diseases and Health Services of Papua New Guinea*, Port Moresby, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Department of Public Health, pp.436-446.

NEW ZEALAND PARLIAMENTARIANS' GROUP ON POPULATION AND DEVELOPMENT (NZPPD), 2015. *Engaging Boys and Men in Sexual and Reproductive Health, Report*, Wellington, Nouvelle-Zélande, NZPPD.

NICHTER Mark, 2002. The social relations of therapy management, *in* NICHTER Mark et LOCK Margaret (eds), *New Horizons in Medical Anthropology*, Londres et New York, Royaume-Uni et États-Unis, Routledge, pp.81-110.

NUSSBAUM Martha C., 1998. "Whether From Reason or Prejudice" : Taking Money for Bodily Services, *Journal of Legal Studies*, vol.XXVII, pp.693-724.

OAKLEY Ann, 1972. *Sex, Gender and Society*, Londres, Royaume-Uni, Temple Smith.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1999 a. Introduction, *in* JAFFRÉ Yannick et OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre (eds), *La construction sociale des maladies : Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, France, PUF, pp.7-12.

—, 1999 b. Les représentations des maladies : des modules ?, *in* JAFFRÉ Yannick et OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre (eds), *La construction sociale des maladies : Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, France, PUF, pp.15-40.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 1958. *Les dix premières années de l'Organisation mondiale de la santé*, Genève, Suisse, OMS.

—, 1968. *La deuxième décennie de l'Organisation mondiale de la santé 1958-1967*, Genève, Suisse, OMS.

—, 2002. *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, Suisse, OMS.

—, 2011. *Risques pour la santé des jeunes, Rapport du Secrétariat, Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé, Point 13.16 de l'ordre du jour provisoire*, *in* http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_25-fr.pdf, consulté le 18 juin 2016 à 22 h 17.

PAKOA George E.S., 1987. *Sheperd islands, extended family system*, Port-Vila, Vanuatu.

PARENT Colette, 2001. Les identités sexuelles et les travailleuses de l'industrie du sexe à l'aube du nouveau millénaire, *Sociologie et sociétés*, vol.33, n° 1, pp.159-178.

PARIKH Shanti A., 2007. The Political Economy of Marriage and HIV : The ABC Approach, « Safe » Infidelity, and Managing Moral Risk in Uganda, *American Journal of Public Health*, vol.97, n° 7, pp.1198-1208.

PARSONS Claire, 1985. Tongan healing practices, *in* PARSONS Claire (ed.), *Healing Practices in the South Pacific*, Honolulu, États-Unis, The Institute for Polynesian Studies, pp.87-107.

PATTERSON Mary, 2001. Breaking the stones : Ritual, gender and modernity in North Ambrym, Vanuatu, *Anthropological Forum*, vol.11, n° 1, pp.39-54.

PELTZER Karl et PENGPID Supa, 2016. Risk and Protective Factors Affecting Sexual Risk Behavior Among Scholl-Aged Adolescents in Fiji, Kiribati, Samoa, and Vanuatu, *Asia Pacific Journal of Public Health*, vol.28, n° 5, pp.1-12.

PENNER Angelina, 2016. *Wanem ia jenda? [What is gender ?] : Translations and (Mis)Understandings between Development Discourse & Everyday Life Experiences in Port Vila, Vanuatu*, Thèse de master en anthropologie sociale non publiée, Bergen, Norvège, University of Bergen.

PERETTI-WATEL Patrick, 2001. Les conduites à risque des jeunes : défi, myopie ou déni ?, *Agora*, vol.27, pp.16-33.

PETROU Kirstie, 2009. *Wan nes nomo : Place and access to primary care in rural Vanuatu*, Thèse de master en géo-sciences non publiée, Sydney, Australie, University of Sydney.

PHILIBERT Jean-Marc, 1994. Nouvelles-hybrides, *Journal de la Société des Océanistes*, vol.99, pp.197-205.

PLEYERS Geoffrey, 2012. Sociologie de la mondialisation, *Recherches sociologiques et anthropologiques*, hors-série, pp.105-123.

POUILLON Jean, 1979. Remarques sur le verbe « croire », *in* IZARD Michel et SMITH Pierre (eds), *La fonction symbolique, Essais d'anthropologie,* Paris, France, Gallimard, pp.43-51.

PRIME MINISTER'S OFFICE (PMO), 2010. *Millennium Development Goals 2010 Report for Vanuatu*, Port-Vila, Vanuatu, PMO.

—, 2011. *National Population Policy 2011-2020*, Port-Vila, Vanuatu, PMO.

PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA (ONUSIDA), 1998. *Le point sur l'épidémie de SIDA, décembre 1998*, Genève, Suisse, ONUSIDA et OMS.

—, 2000 [1999]. *Education par les pairs et VIH/SIDA : Concepts, utilisations et défis*, Genève, Suisse, ONUSIDA.

—, 2011. *Guide de terminologie de l'ONUSIDA (octobre 2011)*, Genève, Suisse, UNAIDS.

RANDELL Shirley, 2003. *Awareness Raising on Court Rules Relating to Domestic Violence in Vanuatu*, Port Vila, Vanuatu, Blackstone Publishing.

RAWLINGS Gregory, 1999. Foundations of Urbanisation : Port-Vila Town and Pango Village, Vanuatu, *Oceania*, vol.70, n° 1, pp.72-86.

RIO Knut, 2002. The sorcerer as an absented third person : Formations of fear and anger in Vanuatu, *in* KAPFERER Bruce (ed.), *Beyond Rationalism. Rethinking Magic, Witchcraft and Sorcery*, Oxford, Royaume-Uni, Berghahn Books, pp.129-154.

—, 2007 a. Exposer la vie après la mort : du bon usage social des prestations mortuaires au Vanuatu, *Le Journal de la Société des Océanistes*, vol.124, n° 1, pp.67-81.

—, 2007 b. *The power of Perspective : Social Ontology and Agency on Ambrym Island, Vanuatu*, New York et Oxford, États-Unis et Royaume-Uni, Berghahn Books.

—, 2010. Handling sorcery in a state system of law : Magic, violence and kastom in Vanuatu, *Oceania*, vol.80, pp.182-197.

—, 2011. Policing the Holy Nation : The state and righteous violence in Vanuatu, *Oceania*, vol.81, pp.51-71.

ROBBINS Joel, 2013. Beyond the suffering subject : toward an anthropology of the good, *Journal of the Royal Anthropological Institute*, vol.19, pp.447-462.

RODMAN Margaret, KRAEMER Daniela, BOLTON Lissant et TARISESEI Jean, 2007. Introduction, *in* RODMAN Margaret, KRAEMER Daniela, BOLTON Lissant et TARISESEI Jean (eds), *House-Girls Remember : Domestic workers in Vanuatu*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i press.

RODMAN William, 1993. Sorcery and silencing the chiefs Words of the wind in Post-independence Ambae, *Journal of Anthropological Research*, vol.49, n° 3, pp.217-235.

ROMANUCCI SCHWARTZ Lola, 1969. The Hierarchy of Resort in Curative Practices : The Admiralty Islands, Melanesia, *Journal of Health and Social Behavior*, vol.10, n° 3, pp.201-209.

ROSCOE Will, 1994. How to Become a Berdache : Toward a Unified Analysis of Gender Diversity, *in* HERDT Gilbert (ed.), *Third Sex, Third Gender : Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*, New York, États-Unis, Zone Books, pp.329-372.

SALOMON Christine, 2003. Quand les filles ne se taisent plus. Un aspect du changement postcolonial en Nouvelle-Calédonie, *Terrain*, vol.40, pp.133-150.

SALOMON Christine et HAMELIN Christine, 2008. Why are kanak women more vulnerable than others to hiv ? Ethnographic and statistical insights from New Caledonia, *in* BUTT Leslie et EVES Richard (eds), *Making sense of AIDS : Culture, Sexuality, and Power in Melanesia*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press, pp.80-96.

SALOMON-NEKIRIAÏ Christine, 1997. Le sida dans les sociétés kanakes : Maladie des femmes ou/et maladie des Blancs ?, *Le Journal des anthropologues*, vol.68-69, pp.129-142.

SAVE THE CHILDREN AUSTRALIA (SCA), 2011. *SCA Vanuatu Sexual Reproductive Health Program Review : Revised Program Logic Proposal*, Port-Vila, Vanuatu, SCA.

SCHEPER-HUGHES Nancy et BOURGOIS Philippe, 2004. Introduction : Making sense of violence, *in* SCHEPER-HUGHES Nancy et BOURGOIS Philippe (eds), *Violence in War and Peace: An Anthology*, Oxford, Royaume-Uni, Blackwell Publishing, pp.1-27.

SCHERPER-HUGHES Nancy et LOCK Margaret M., 1987. The Mindful Body : A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology, *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, vol. 1, n° 1, pp.6-41.

SECKINELGIN Hakan, 2009. Global activism and sexualities in the time of HIV/AIDS, *Contemporay Politics*, vol.15, n° 1, pp.103-118.

SECRETARIAT OF THE PACIFIC COMMUNITY (SPC), 2005. *The Pacific Regional Strategy on HIV/AIDS 2004-2008*, Nouméa, Nouvelle-Calédonie, SPC.

—, 2007. *Mid Term Review of the Pacific Regional HIV Strategy (2004-2008) and its Implementation : Final Draft Report*, Nouméa, Nouvelle-Calédonie, SPC.

—, 2009. *Solomon Islands Family Health and Safety Study : A Study on Violence Against Women and Children*, Nouméa, Nouvelle-Calédonie, SPC.

—, 2010. *Kiribati Family Health and Safety Study : A Study on Violence Against Women and Children*, Nouméa, Nouvelle-Calédonie, SPC.

—, 2013. *HIV surveillance in Pacific Island countries and territories : 2011 report*, Nouméa, Nouvelle-Calédonie, SPC.

SECRETARIAT OF THE PACIFIC COMMUNITY (SPC) et KIRIBATI MINISTRY OF HEALTH (MoH), 2008. *Second Generation Surveillance of Antenatal Women, Seafarers, Policemen and Youth Kiribati*, South Tarawa, Kiribati, SPC et Kiribati MoH.

SECRETARIAT OF THE PACIFIC COMMUNITY (SPC) et SOLOMON ISLANDS MINISTRY OF HEALTH (MoH), 2008. *Second Generation Surveillance of Antenatal Women and Youth Solomon Islands 2008*, Honiara, Iles Salomon, SPC et Solomon Islands MoH.

SECRETARIAT OF THE PACIFIC COMMUNITY (SPC) et VANUATU MINISTRY OF HEALTH (MoH), 2008. *Second Generation Surveillance of Antenatal Women, STI Clinic Clients and Youth, Vanuatu, 2008*, Port-Vila, Vanuatu, SPC et Vanuatu MoH.

SEIDEL Gill et VIDAL Laurent, 1997. The Implications of « Medical », « Gender and Development » and « Culturist » Discourses for HIV/AIDS Policy in Africa, *in* CRIS Shore et WRIGHT Susan (eds), *Anthropology of Policy : Critical Perspectives on Governance and Power*, Londres, Royaume-Uni, Routledge, pp.59-87.

SERVY Alice, 2010. *Usages et représentations de l'argent à Seaside Tongoa : Perceptions d'une communauté urbaine du Vanuatu à travers ses faits économiques*, Thèse de master en socio-anthropologie non publiée, Marseille, France, EHESS.

—, 2011. Bingo et enjeux sociaux : L'exemple de la communauté urbanisée de Seaside Tongoa (Port-Vila, Vanuatu), *Journal de la Société des Océanistes*, vol.133, pp.285-298.

—, 2013. « As-tu un petit-copain ? Non je n'ai pas de téléphone » : Moralité, progrès technique et sexualité en milieu urbain au Vanuatu, *Revue Hermès*, vol.65, pp.137-143.

SHIRAKAWA Chihiro, 1996. *Kastom Merecin : Preliminary report on the medical knowledge and practice of the people of Tongoa, Vanuatu*, Port-Vila, Vanuatu, Centre culturel du Vanuatu.

—, 1998. The Titular System of Tongoa, Vanuatu, *Bulletin of the National Museum of Ethnology*, vol.23, n° 2, pp.267–319, (en japonais avec un résumé anglais).

—, 1999. Dengue Fever Outbreak and the Place of Traditional Medecine among the People of Tongoa, Vanuatu, *Man and Culture in Oceania*, vol.15, pp.45-64.

SIJAPATI-BASNETT Bimbika, 2008. *Social and economic impact of introducing telecommunications throughout Vanuatu : Research findings report November 2008*, Port-Vila, Vanuatu, Pacific Institute of Public Policy.

—, 2009. *Social and economic impact of introducing telecommunications throughout Vanuatu : Research findings December 2009*, Port-Vila, Vanuatu, Pacific Institute of Public Policy.

SIMEONI Patricia, 2009. *Atlas du Vanouatou (Vanuatu)*, Port-Vila, Vanuatu, Éditions Géo-Consulte.

SOLDENHOFF Richard de, 1979. Primary health care in the New Hebrides, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, vol.29, n° 204, pp.423-426.

SOLER Nathanaëlle, 2011. *Théâtre pour le développement et prévention du Sida au Vanuatu : Monographie du Wan Smol Bag Theatre*, Thèse de master en socio-anthropologie non publiée, Paris, France, EHESS.

SOLOMON ISLANDS NATIONAL AIDS COUNCIL et MINISTRY OF HEALTH (MOH), 2013. *Solomon Islands National Strategic Plan for HIV and STIs 2013-2017, Draft 20 b*, Honiara, Iles Salomon, Solomon Islands National AIDS Council et MoH.

SONTAG Susan, 2001 [1978]. *Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphors*, New York, États-Unis, Picador.

SPEISER Felix, 1922. Decadence and Preservation in the New Hebrides, *in* RIVERS William Halse (ed.) *Essays on the Depopulation of Melanesia*, Cambridge, Royaume-Uni, Cambridge University Press, pp.25-61.

—, 1996 [1923]. *Ethnology of Vanuatu : an early twentieth century study*, Bathurst, Australie, Crawford House Publishing.

SPERLICH Wolfgang, 1991. *Namakir : A Description of a Central Vanuatu Language*, Thèse de doctorat en linguistique non publiée, Auckland, Nouvelle-Zélande, University of Auckland.

STADLER Jonathan, 2003. Rumor, Gossip and Blame : Implications for HIV/AIDS Prevention in the South African Lowveld, *AIDS Education and Prevention*, vol.15, n° 4, pp.357-368.

STERN Monika, 2007. Les identités musicales multiples au Vanuatu, *Cahiers d'ethnomusicologie*, vol.20, pp.165-190.

—, 2014 a. *Reflecting the city in urban reggae music (Port-Vila, Vanuatu)*, intervention du 14 novembre 2014, Londres, Royaume-Uni, Atelier Urban Vanuatu, Melanesia Research Seminar, British Museum.

—, 2014 b. " Mi wantem musik blong mi hemi blong evriwan" [" I want my music to be for everyone"] : Digital developments, copyright and music circulation in Port Vila, Vanuatu", *First Monday*, *in* http://firstmonday.org/ojs/index.php/fm/article/view/5551, consulté le 20 juin 2016 à 14h13.

STEWART Christine, 2012. « Crime to be a Woman? » : Engendering Violence against Female Sex Workers in Port Moresby, Papua New Guinea, *in* JOLLY Margaret, STEWART Christine et BREWER Carolyn (eds), *Engendering Violence in Papua New Guinea*, Canberra, Australie, ANU E Press, pp.213-238.

—, 2014. On the Edge of Understanding : Non-Heteronormative Sexuality in Papua New Guinea, *in* BESNIER Niko et ALEXEYEFF Kalissa (eds), *Gender on the Edge : Transgender, Gay, and Other Pacific Islanders*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press, pp.323-346.

STILLWAGGON Eileen, 2003. Racial Metaphors : Interpreting Sex and AIDS in Africa, *Development and Change*, vol.34, n° 5, pp.809-832.

STRACHAN Jane, 2004. Gender and the formal education sector in Vanuatu, *Development Bulletin*, vol.64, pp.73-77.

STRATHERN Marilyn, 1975. *Report on questionnaire relating to sexual offences as defined in the Criminal Code*, Boroko, Papouasie-Nouvelle-Guinée, New Guinea Research Unit.

—, 1985. Introduction, *in* TOFT Susan (ed.), *Domestic Violence in Papua New Guinea*, Port Moresby, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Law Reform Commisson, pp.1-13.

—, 1988. *The gender of the gift*, Berkley, États-Unis, University of California Press.

SWIDLER Ann et COTTS WATKINS Susan, 2007. Ties of Dependence : AIDS and Transactional Sex in Rural Malawi, *Studies in Family Planning*, vol.38, n° 3, pp.147-162.

TABET Paola, 1987. Du don au tarif. Les relations sexuelles impliquant compensation, *Les Temps modernes*, vol.490, pp.1-53.

TABANI Marc, 2002. *Les pouvoirs de la coutume à Vanuatu : traditionalisme et édification nationale*, Paris, L'Harmattan.

TAYLOR Janelle S., 2005. Surfacing the Body Interior, *The Annual Review of Anthropology*, vol.34, pp.741-756.

TAYLOR John P., 2008 a. *The other side : ways of being and place in Vanuatu*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press.

—, 2008 b. The Social Life of Rights : « Gender Antagonism », Modernity and Raet in Vanuatu, *The Australian Journal of Anthropology*, vol.19, n° 2, pp.165-178.

—, 2015 a. Sorcery and the Moral Economy of Agency : An Ethnographic Account, *Oceania*, vol.85, n° 1, pp.38-50.

—, 2015 b. Drinking Money and Pulling Women : Mobile Phone Talk, Gender, and Agency in Vanuatu, *Anthropological Forum*, vol.25, pp.1-16.

TCHÉRKÉZOFF Serge, 2008. *Polynésie-Mélanésie : L'invention française des races et des régions de l'Océanie, XVI^e^-XX^e^ siècles*, Pirae, Polynésie française, Au vent des îles.

—, 2013. La valeur immatérielle des nattes fines de Samoa : Une monnaie au sens maussien, *Journal de la Société des Océanistes*, vol.136-137, pp.43-62.

THERY Irène, 2007. *La distinction de sexe : Une nouvelle approche de l'égalité*, Paris, Odile Jacob.

—, 2010. Le genre : identité des personnes ou modalité des relations sociales ?, *Revue française de pédagogie*, vol.171, pp.103-117.

THOMAS Christopher, 2014, *Epidemic Time*, intervention du 20 mars 2014, Toronto, Canada, MEDUSA Conférence, University of Toronto.

TONKINSON Robert, 1968. *Maat Village, Efate : A relocated Community in the New Hebrides*, Eugene, États-Unis, Department of Anthropology, University of Oregon.

—, 1981. Sorcery and Social Change in South East Ambrym, Vanuatu, *Social Analysis*, vol.8, pp.77-88.

—, 1982. Vanuatu values : A changing symbiosis, *Pacific Studies*, vol.5, n° 2, pp.44-63.

TREICHLER Paula A., 1987. AIDS, Homophobia and Biomedical Discourse : An Epidemic of Signification, *Cultural Studies*, vol.1, n° 3, pp.263-305.

—, 1999. *How to Have Theory in an Epidemic : Cultural Chronicles of AIDS*, Durham et Londres, Royaume-Uni, Duke University Press.

TRYON Darrell T., 1972. The languages of the New Hebrides : A Checklist and General Survey, *in* BEAUMONT Clive, TRYON Darrell T. et WURM Stephen A. (eds), *Papers in Linguistics of Melanesia n°3*, Canberra, Australie, The Australian National University.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF), 2010 a. *I no bin gat protection, Understanding HIV and AIDS Risk and Vulnerability Among Vanuatu Youth*, Suva, Fidji, UNICEF Pacific Offices et Government of Vanuatu

—, 2010 b. *Youth Friendly Health Services National Operational Guidelines, Final Draft Report*, Port-Vila, Vanuatu, UNICEF.

—, 2010 c. *Bad sickness, Rubbish sicki, Understanding HIV and AIDS Risk and Vulnerability Among Solomon Islands Youth*, Suva, Fidji, UNICEF Pacific Offices et Government of Solomon Islands.

—, 2010 d. *I feel i can never get infected, Understanding HIV and AIDS Risk and Vulnerability Among Kiribati Youth*, Suva, Fidji, UNICEF Pacific Offices et Government of Kiribati.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF) et MINISTRY OF HEALTH (MoH), 2008. *Vanuatu Multiple Indicator Cluster Survey 2007, Final report*, Port-Vila, Vanuatu, UNICEF et MoH.

—, 2012. *Analysis and Costing of Health-Related MDGs in Vanuatu : Evidence-based Strategic Planning, Costing and Budgeting for Accelerated Achievement of health-related Millennium Development Goals, Targets and Indicators, Final Draft Report*, Port-Vila, Vanuatu, UNICEF et MoH.

UNITED NATIONS (UN) CONVENTION ON THE ELIMINATION OF ALL FORMS OF DISCRIMINATION AGAINST WOMEN (CEDAW), 2005. *Consideration of reports submitted by States parties under Article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Combined initial, second and third periodic reports of States parties : Vanuatu, CEDAW/C/VUT/1-3, 30 November 2005, in* https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N05/625/04/PDF/N0562504.pdf?OpenElement, consulté le 1 septembre 2016 à 18 h 26.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP), 2010. *La communication pour le développement : Accroître l'efficacité des Nations Unies*, New York, États-Unis, UNDP, Bureau for Development Policy Democratic Governance Group.

—, 2012. *Sex work and the law in Asia and the Pacific : Laws, HIV and human rights in the context of sex work*, Bangkok, Thaïlande, UNDP Asia-Pacific Regional Centre.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP) et SERVY Alice, 2013. *Vanuatu MDG Acceleration Framework, Improving access to reproductive health services*, Port-Vila, Vanuatu, UNDP.

UNITED NATIONS ECONOMIC AND SOCIAL COMMISSION FOR ASIA AND THE PACIFIC (UNESCAP), 2011. *Statistical yearbook for Asia and the Pacific 2011*, Bangkok, Thaïlande, UN Publications.

UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (UNHCR), 2008. *L'approche communautaire dans les opérations de l'UNHCR*, Genève, Suisse, UNHCR.

UNITED NATIONS (UN) HUMAN RIGHTS COUNCIL, 2009. *General Assembly : A/HRC/WG.6/5/VUT/3 23 February 2009 : Summary prepared* by *the Office* of the *High Commissioner for Human Rights, in accordance* with *paragraph 15* (*c*) *of the annex* to *human rights council resolution 5/1* : *Vanuatu*, *in* http://www.univie.ac.at/bimtor/dateien/ Vanuatu_upr_2009_Stackholders_info.pdf, consulté le 1er septembre 2016 à 18 h 33.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA) et SERVY Alice, 2014. *Strategic Analysis to Improve Distribution and Uptake of Condoms in Vanuatu, Solomon Islands and Kiribati*, Suva, Fidji, UNFPA.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA) et WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2006. *Vanuatu Evidence Based Guidelines in Family Planning for Health Workers*, Port-Vila, Vanuatu, UNFPA et WHO.

UNITED NATIONS (UN) WOMEN, 2011. *In Pursuit of Justice : 2011-2012 Progress of the World's Women*, New York, États-Unis, UN Publications.

VAIDIS David et HALIMI-FALKOWICZ Séverine, 2007. La théorie de la dissonance cognitive : une théorie âgée d'un demi-siècle, *Revue électronique de Psychologie Sociale*, vol.1, pp.9-18.

VALERI Valerio, 1994. Buying Women But Not Selling Them : Gift and Commodity Exchange in Huaulu Alliance, *Man, New Series*, vol.29, n° 1, pp.1-26.

VAN GEMERT Caroline, KWARTENG Tamara, BULU Siula, BERGERI Isabel, MALVERUS Jaylene, WANYEKI Ian, BADMAN Steve, TARIVONDA Len, VELLA Alyce et STOOVE Mark, 2013. *Vanuatu Integrated Bio-Behavioural Survey and Population Size Estimation with Men Who Have Sex with Men and Transgender People, 2011*, Melbourne, Australie, Burnet Institute.

VAN GEMERT Caroline, STOOVE Mark, KWARTENG Tamara, BULU Siula, BERGERI Isabel, WANYEKI Ian, BADMAN Steve, MALVERUS Jaylene, VELLA Alyce, TARIVONDA Len et JOHNSTON Lisa Grazina, 2014. Chlamydia Prevalence and Associated Behaviours Among Female Sex Workers in Vanuatu: Results from an Integrated Bio-behavioural Survey, 2011, *AIDS* and *Behavior*, vol.18, pp.2040-2049.

VAN GENNEP Arnold, 1981 [1909]. *Les rites de passage. Étude systématique des rites de la porte et du seuil, de l'hospitalité, de l'adoption, de la grossesse et de l'accouchement, de la*

naissance, de l'enfance, de la puberté, de l'initiation, de l'ordination, du couronnement, des fiançailles et du mariage, des funérailles, des saisons, etc., Paris, France, Picard.

VANDEPUTTE-TAVO Leslie, 2011. Mécanismes d'identification linguistique et jeunesse urbaine à Port-Vila (Vanuatu) : une approche anthropologique, *Le Journal de la Société des Océanistes*, vol.133, pp.241-253.

—, 2014. *D'une fonction véhiculaire à une fonction identitaire : trajectoire du bislama au Vanuatu (Mélanésie)*, Thèse de doctorat en anthropologie sociale non publiée, Marseille et Paris, France, EHESS.

VANUATU FAMILY HEALTH ASSOCIATION (VFHA), 2008. *Integrated HIV and Sexual Reproductive Health, Strategic Plan 2009-2013, Revised in July 2008*, Port-Vila, Vanuatu, VFHA.

VANUATU NATIONAL STATISTICS OFFICE (VNSO), 2000. *Vanuatu 2000 Labour Market Survey Report*, Port-Vila, Vanuatu, VNSO.

—, 2009 a. *National Census of population and housing, summary release*, Port-Vila, Vanuatu, VNSO.

—, 2009 b. *2009 Census Household listing Counts*, Port-Vila, Vanuatu, VNSO.

—, 2011. *National Census of Population and Housing 2009*, Port-Vila, Ministry of Finance and Economic Management.

VANUATU WOMEN'S CENTRE (VWC), 2011. *Vanuatu national survey on women's lives and family relationships*, Port-Vila, Vanuatu, VWC.

VANUATU YOUNG PEOPLE'S PROJECT (VYPP), 2008. *Complete report*, Port-Vila, Vanuatu, Centre Culturel du Vanuatu.

VAUGHAN Ashley, 2013. *The gift and the road : exploring the meanings of health and illness in Tautu, Vanuatu*, Thèse de doctorat en anthropologie sociale non publiée, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i.

VIDAL Laurent, 2003. Travers culturalistes et pertinences du social dans l'approche du sida en Afrique, *in* UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNSECO) (ed.), *Stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique*, Études et rapports, série spéciale n° 20, Paris, UNESCO, pp.15-19.

VIENNE Bernard, 1984. *Gens de Motlav : Idéologie et pratique sociale en Mélanésie*, Paris, France, Musée de l'Homme.

VIGARELLO Georges, 1998. *Histoire du viol : XVI^{e}-XX^{e} siècle*, Paris, France, Éditions Seuil.

VINEY Kerri, JOHNSON Penelope, TAGARO Markleen, FANAI Saen, LINH Nguyen N., KELLY Paul, HARLEY David et SLEIGH Adrian, 2014. Traditional healers and the potential for collaboration with the national tuberculosis programme in Vanuatu : Results from a mixed methods study, *BMC Public Health*, vol.14, n° 393, pp.1-9.

WALTER Annie, 1983. *Recueil des savoirs et des faits concernant la procréation dans une société mélanésienne : État d'avancement des travaux et notes méthodologiques*, Port-Vila, Vanuatu, ORSTOM.

—, 1988. *Naissance et maternité à Vanuatu, 1ère partie : Aspects Ethnologiques*, Port-Vila, Vanuatu, ORTSOM.

—, 1991. *Prestige et savoirs des femmes un aspect de la médecine populaire à Vanuatu*, Thèse de doctorat en anthropologie sociale non publiée, Marseille, France, Université d'Aix Marseille.

WAN SMOLBAG (WSB), 2009. *Wan Smolbag Theatre, Annual Report 2009*, Port-Vila, Vanuatu, WSB.

—, 2011. *Annual Report January-December 2011*, Port-Vila, Vanuatu, WSB.

WANYEKI Ian, 2013. *HIV surveillance in Pacific Island countries and territories 2012 report*, Nouméa, Nouvelle-Calédonie, SPC.

WARDLOW Holly, 2002. Giving Birth to Gonolia : « Culture » and Sexually Transmitted Disease among the Huli of Papua New Guinea, *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, vol.16, n° 2, pp. 151-175.

—, 2004. Anger, Economy, and Female Agency : Problematizing « Prostitution » and « Sex work » among the Huli of Papua New Guinea, *Signs*, vol.29, n° 4, pp.1017-1040.

—, 2006. *Wayward women : sexuality and agency in a new guinea society*, Berkeley et Los Angeles, États-Unis, University of California Press.

—, 2007. Men's Extramarital Sexuality in Rural Papua New Guinea, *American Journal of Public Health*, vol.97, n° 6, pp.1006-1014.

—, 2008. "You have to understand : some of us are glad aids has arrived" : Christianity and condoms among the Huli, Papua New Guinea, *in* BUTT Leslie et EVES Richard (eds), *Making sense of AIDS : Culture, Sexuality, and Power in Melanesia*, Honolulu, États-Unis, University of Hawai'i Press, pp.187-205.

WIDMER Alexandra, 2011. Making mothers : Birth and the Changing Relationships of Mothering in Pango Village, Vanuatu, *in* WALKS Michelle et MCPHERSON Naomi (eds), *An Anthropology of Mothering*, Bradford, Canada, Demeter Press, pp.102-114.

—, 2013. Diversity as valued and troubled : social identities and demographic categories in understandings of rapid urban growth in Vanuatu, *Anthropology & Medicine*, vol.20, n° 2, pp.142-159.

WILLCOX R.R., 1980. Venereal diseases in the islands of the South Pacific, *British journal of* venereal diseases, vol.56, pp.204-209.

WITTERSHEIM Éric, 2006. *Après l'indépendance : le Vanuatu, une démocratie dans le Pacifique*, La Courneuve, Aux lieux d'être.

WITTERSHEIM Éric et DUSSY Dorothée, 2013. La question urbaine en Océanie, *in* DUSSY Dorothée et WITTERSHEIM Éric (eds), *Villes invisibles : Anthropologie urbaine du Pacifique*, Paris, France, L'Harmattan, pp.13-43.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1999. *Development of Food-based Dietary Guidelines for the Western Pacific Region : The shift from nutrients and food groups to food availability, traditional cuisine and modern foods in relation to emerging chronic noncommunicable diseases*, Manille, Philippines, WHO.

—, 2000. *Antenatal clinic STI survey : Port-Vila, Vanuatu*, Manila, Samoa, WHO Regional Office for the Western Pacific.

YOUNG Allan, 1982. The anthropologies of Illness and Sickness, *Annual Review of Anthropology*, vol.11, pp.257-285.

YOUNG Rebecca M. et MEYER Ilan H., 2005. The Trouble With « MSM » and « WSW » : Erasure of the Sexual-Minority Person in Public Health Discourse, *American Journal of Public Health*, vol.95, n° 7, pp.1144-1149.

ZELIZER Viviana, 2000. The Purchase of Intimacy, *Law and Social Inquiry*, vol.25, n° 3, pp.817-848.

ZEMPLENI Andras, 1985. La « maladie » et ses « causes » : Introduction, *L'Ethnographie*, vol.2, pp.13-44.

ZIMMER-TAMAKOSHI Laura, 2012. Troubled Masculinities and Gender Violence in Melanesia, *in* JOLLY Margaret, STEWART Christine et BREWER Carolyn (eds), *Engendering Violence in Papua New Guinea*, Canberra, Australie, ANU E Press, pp.73-105.

Sites Internet

<u>Dictionnaires</u>

- http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3406900155.html, consulté le 1er août 2015 à 9 h 42.
- http://www.larousse.fr/encyclopedie/nom-commun-nom/maladie/67643, consulté le 20 avril 2013 à 11 h 20.
- http://www.larousse.fr/encyclopedie/rechercher?q=risque&t=, consulté le 21 août 2013 à 11 h 10.
- http://littre.reverso.net/dictionnaire-francais/definition/risque, consulté le 21 août 2013 à 10 h 52.
- http://www.universalis.fr/encyclopedie/presbyteriens/, consulté le 17 octobre 2016 à 14 h 48.
- http://www.vocabulary.com/dictionary/#word=vulnerability, consulté le 31 janvier 2014 à 16 h 12.

Médias

- http://indigenouswatch.wordpress.com/2014/05/13/lesbians-and-homosex-not-welcomed-by-vcc/, consulté le 6 novembre 2014 à 18 h 55.
- http://newspad-pacific.info/, consulté le 6 avril 2013 à 12 h 00.
- http://tunein.com/radio/FM107-Mi-Laekem-1070-s89915/, consulté le 4 août 2015 à 16 h 29.
- http://www.channel4.com/programmes/meet-the-natives, consulté le 13 octobre 2016 à 16 h 18.
- http://www.comminit.com/global/content/famili-blong-serah-radio-series, consulté le 5 août 2015 à 15 h 57.
- http://www.nytimes.com/1981/07/03/us/rare-cancer-seen-in-41-homosexuals.html, consulté le 29 octobre 2014 à 8 h 51.
- http://www.radionz.co.nz/international/pacific-news/198352/vanuatu-government-funds-theatre-company-to-produce-sexual-harassment-play, consulté le 25 mai 2015 à 15 h 07.
- http://www.radionz.co.nz/international/pacific-news/252981/vanuatu-women-decry-chiefs%27-views, consulté le 23 mars 2015 à 14 h 59.
- http://www.radionz.co.nz/international/programmes/datelinepacific/audio/2596089/vanuatu-churches-will-not-accept-lgbt-community-bishop, consulté le 6 novembre 2014 à 11 h 44.

Agences des Nations unies

- http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/I, consulté le 12 janvier 2016 à 16 h 06.
- https://data.un.org/CountryProfile.aspx?crName=Kiribati, consulté le 10 juin 2015 à 9 h 14.
- https://data.un.org/CountryProfile.aspx?crName=SOLOMON%20ISLANDS, consulté le 10 juin 2015 à 9 h 16.
- https://data.un.org/CountryProfile.aspx?crName=Vanuatu, consulté le 29 avril 2015 à 12 h 11.
- http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.ADO.TFRT?page=1&order=wbapi_data_value_2009%20wbapi_data_value&sort=asc, consulté le 11 novembre 2015 à 10 h 38.
- https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-8&chapter=4&lang=en&clang=_en, consulté le 14 janvier 2015 à 17 h 37.
- http://www.endvawnow.org/fr/articles/295-definition-de-la-violence-contre-les-femmes-et-les-filles.html, consulté le 3 décembre 2014 à 11 h 19.
- http://www.endvawnow.org/fr/articles/677-comprendre-les-liens-entre-le-vih-sida-et-la-violence-contre-les-femmes-et-les-filles.html, consulté le 1er décembre 2016 à 14 h 55.
- http://www.theglobalfund.org/fr/, consulté le 22 juin 2013 à 15 h 40.
- http://www.un.org/fr/documents/udhr/index2.shtml, consulté le 28 janvier 2015 à 16 h 52.
- http://www.un.org/fr/millenniumgoals/, consulté le 22 juin 2013 à 15 h 33.
- http://www.un.org/french/millenaire/ares552f.htm, consulté le 14 juillet 2016 à 12 h 02
- http://www.un.org/News/fr-press/docs/2013/AG11462.doc.htm, consulté le 19 mars 2013 à 17 h 24.
- http://www.unicef.org/pacificislands/Multi-country_prog_new.pdf, consulté le 9 juin 2015 à 19 h 15.
- http://www.who.int/about/fr/, consulté le 9 mai 2015 à 9 h 03.

- http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/abouzahrabstract0805/fr/, consulté le 20 octobre 2016 à 10 h 55.
- http://www.who.int/classifications/icd/en/, consulté le 12 janvier 2016 à 16 h 06.
- http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/fr/, consulté le 12 mai 2015 à 11 h 34.
- http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/, consulté le 22 janvier 2015 à 9 h 13.

Organisations non gouvernementales

- http://psdnetwork.org/psdn-board-members/, consulté le 2 septembre 2016 à 17 h 33.
- http://visit.wansmolbag.org/the-love-patrol-series/, consulté le 7 août 2015 à 15 h 47.
- http://visit.wansmolbag.org/who-we-are/, consulté le 25 mai 2015 à 9 h 32.
- http://www.ippf.org/our-work/what-we-do, consulté le 5 juin 2015 à 17 h 55.
- http://www.savethechildren.org.au/about-us/who-we-are/accountability, consulté le 10 juin 2015 à 12 h 53.
- http://www.savethechildren.org.au/our-work/the-issues/health, consulté le 10 juin 2015 à 15 h 16.
- http://www.spc.int/fr/a-propos-de-spc/historique.html, consulté le 9 mai 2015 à 11 h 16.
- http://www.wansmolbag.org/DynamicPages.asp?cid=5&navID=2, consulté le 6 septembre 2013 à 17 h 51.

Autres

- http://paca.lecrips.net/spip.php?article284#part4, consulté le 1er mai 2016 à 16 h 34.
- http://www.bayswan.org/sexwork-oed.html, consulté le 4 juillet 2016 à 14 h 52.
- http://www.crin.org/en/library/publications/papua-new-guinea-child-rights-references-universal-periodic-review, consulté le 10 décembre 2014 à 9 h 35.
- http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC0QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.divinerevelations.info%2Fdocuments%2Fpictures_from_the_pit%2Fpictures_from_the_pit.doc&ei=fDhaVKDCO7eOsQTs4IK4BQ&usg=AFQjCNGKbVkaBQS3SGlGIuraT23yD58cmg&bvm=bv.78677474,d.cWc, consulté le 5 novembre 2014 à 16 h 02.
- http://www.indexmundi.com/facts/vanuatu/health-expenditure, consulté le 12 décembre 2012 à 13 h 43
- http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codgeo=dep-75, consulté le 15 septembre 2015 à 10 h 14.
- http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T11F034, consulté le 10 novembre 2015 à 12 h 18.
- http://www.paclii.org/vu/cases/VUSC/2004/67.html, consulté le 3 février 2012 à 12 h 31.
- http://www.paclii.org/vu/legis/num_act_fr/pidcp2003390.rtf, *consulté le 14 juillet 2016 à 20 h 40.*
- http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/espace-presse/documents-presse/la-recherche-sur-le-vihsida-l-institut-pasteur/la-decouverte-du-virus-du-sida-en-1983, consulté le 9 mai 2015 à 10 h 25.
- http://www.sunearthtools.com/fr/tools/distance.php, consulté le 20 janvier 2016 à 18 h 08.
- www.divinerevelations.info/pit/, consulté le 2 septembre 2016 à 17 h 46.