

Représentations sociales et culturelles du sida

Introduction

Karine Delaunay*

Ce chapitre traite des représentations liées au sida, en ce qu'elles s'inscrivent dans des systèmes déjà existants de normes et de croyances (relatifs au corps, à la maladie, à la vulnérabilité, etc.) mais aussi dans des logiques sociales dynamiques, liées aux processus de changement et de recomposition travaillant les sociétés concernées. Il s'agit de tenter de comprendre les "mises en sens" (voir l'article de Michèle Cros, page 87) comme les "jeux d'interprétation" (voir l'article de Claude Fay, page 95) dont le sida est l'objet dans des contextes socio-culturels africains différenciés, et –en se démarquant par là des discours finalistes ou utilitaristes, souvent dominants en matière de "comportements" de santé– de contribuer à «ouvrir un espace de compréhension» qui, en prise avec la complexité du réel (tel que les gens le vivent et l'interprètent), n'en est pas moins «indispensable à l'action» (Fassin, dans Dozon et Vidal, 1995).

La question culturelle

Une première question soulevée se rapporte à l'idée, somme toute assez répandue, selon laquelle, en matière de sida, l'Afrique serait, d'une certaine façon, malade de sa (ou ses) culture(s) : le travail social sur le symbolique et l'imaginaire auquel l'épidémie de sida a donné lieu au sein des sociétés africaines paraîtrait détourner ces mêmes sociétés des messages de prévention contre l'infection à VIH et faire obstacle à l'adoption de pratiques préventives.

Une première réponse peut être esquissée à partir du cas des Lobi du Burkina Faso étudié par Michèle Cros (voir page 87). Dans cette région qui fait pourtant figure de "Far West" africain, au début des années 90, au cours des danses d'un culte de fécondité (le *bir*), on tape le balafon en chantant le sida «pour civiliser la population». De même, au cours de veillées, les enfants jouent aux devinettes... où il est notamment question du sida, «la maladie qui fait mourir très sérieusement» : deux manifestations d'une «pleine inscription du sida dans le quotidien», mais aussi d'une perception du risque «gérée à la Lobi» (Cros et al., 1994). S'inscrivant dans une logique d'imputation de la maladie assez largement observée sur les divers terrains étudiés¹, les messages délivrés dans le cadre de cette «prévention sauvage» ont une teneur assez conservatrice : évoquant la prostitution et la liberté sexuelle des jeunes, ils font aussi du migrant revenant de Côte-d'Ivoire le sidéen-type (ce jeune-vieux dont on souligne alors le dénuement et l'isolement) et en appellent finalement, en creux, à la restauration d'un ordre ancien (où jeunes et femmes sont soumis au contrôle des aînés) pour juguler le désordre social du présent dont le sida serait

* ORSTOM, Paris.

¹ Logique d'imputation qui relève elle-même des représentations de type persécutif de la maladie assez générales en Afrique (dont l'attaque en sorcellerie est l'une des figures centrales) qui inscrivent celle-ci dans le double registre de la (dé)régulation biologique et de la (dé)régulation sociale ; pour quelques études de référence concernant ces représentations et leur évolution, on peut se reporter à Augé, 1975 ; Piault, 1975 ; Zempléni, 1985 ; ainsi qu'au manuel dirigé par Fassin et Jaffré, 1990.

l'expression voire la résultante². Pourtant les dessins réalisés par des collégiens à la demande de Michèle Cros montrent qu'ils ont connaissance des principaux modes et des chaînes de transmission du virus ; cela est confirmé par l'enquête de type CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) conduite auprès de ces élèves par les deux médecins de l'équipe. Pour autant, l'irruption du sida qui, précisément, touche à l'intimité des individus, ne peut être déconnectée des conceptions locales de la personne, de sa force et de sa vulnérabilité.

Précisément, la faible prise en compte de la "parole autochtone" est à l'origine d'un certain hiatus entre messages de prévention et représentations sociales. Mais il ne s'agit pas là d'une simple opposition entre modernité (placée en l'occurrence du côté biomédical) et tradition (sous-entendu culturelle)³. Ici comme en d'autres domaines, modernité et tradition sont en rapport dialectique permanent, la tradition aujourd'hui énoncée pouvant ainsi fournir un "langage" donnant sens à la nouveauté (G. Balandier, 1971). Comme le souligne E. Gérard (dans Diarra *et al.*, 1994), le champ de la maladie est «lui aussi le théâtre d'une dialectique de l'ouverture et de la fermeture» où «se joue le double procès de l'adaptation de la société aux changements globaux qui l'affectent et de sa préservation, à travers celle de ses principales structures et institutions». L'exemple des parcours thérapeutiques des malades montre amplement que la dichotomie établie entre médecines dites moderne et traditionnelle ne rend que très imparfaitement compte des logiques et contraintes des recours effectivement mobilisés (où s'articulent sélection, succession et cumul), y compris, et peut-être particulièrement, en temps de sida⁴. Laurent Vidal le démontre en étudiant les itinéraires thérapeutiques de séropositifs à Abidjan (Vidal, 1992 ; Vidal *et al.*, 1994 ; Diarra, dans Diarra *et al.*, 1994, ainsi que les articles de Laurent Vidal *et al.*, page 153 et Claude Fay *et al.*, page 95 de cet ouvrage). Qui plus est, l'irruption du sida, face auquel la biomédecine se révèle encore impuissante, contribue à la dynamique de ce paysage thérapeutique et à la recomposition des jeux de rôles dont ce pluralisme est le cadre⁵.

C'est bien également en termes de pluralité et de syncrétisme que l'on peut tenter de rendre compte des représentations liées au sida : pas seulement comme «"l'application" de catégories préexistantes, ni une simple "orientation" de celles-ci par des référents nouveaux» (Fay, dans Diarra *et al.*, 1994) mais bien comme un façonnement actif d'interprétations au sein duquel sont reprises et travaillées des informations médicales relatives notamment à la transmission sexuelle du VIH et au thème du sang. Par ailleurs, on ne peut ignorer les problèmes liés aux messages de prévention eux-mêmes, à la multiplicité de leurs émetteurs, à leur caractère parfois contradictoire, problèmes qui participent aussi bien à la production de rumeurs qu'aux procédures inévitables de sélection de la part des divers récepteurs (tout en permettant à ces derniers de réciter tout ou partie d'une leçon assez bien apprise sans pour autant l'intégrer à leurs expériences de vie (voir l'article de Étienne Lecomte et Djigui Diakité,

² Sur un autre terrain, au Mali, dans la région de Sikasso, précisément à Sélingué, dans un site hydro-rizicole soumis à un processus de profonde transformation sociale depuis une dizaine d'années, E. Gérard note aussi que «d'une manière générale, la présence du sida, ou simplement sa menace, résultent d'anc, dans l'imaginaire, d'une contamination du champ social (...) par des éléments (personnes ou biens) exogènes» (dans Diarra *et al.*, 1994).

³ Et ce, même si les messages de prévention jouent parfois eux-mêmes dangereusement de cette opposition stéréotypée, par exemple, au Mali, en valorisant une tradition érigée en valeur nationale, sous la forme d'une image simplificatrice, unifiée et idéale d'un univers social fondé sur la moralité» en vue de dénoncer auprès des jeunes (à Bamako) un «mode de vie urbain considéré comme débridé», c'est-à-dire facteur d'exposition au risque d'infection par le VIH (Le Palec, dans Diarra *et al.*, 1994).

⁴ Maladie polymorphe où se combinent différents troubles et affections qui peuvent être antérieurement connus (faisant eux-mêmes l'objet de diverses interprétations tant en terme de diagnostic que sur le plan thérapeutique) mais dont la combinatoire, la conjonction de symptômes et la succession de rémissions et rechutes, paraît aussi imprévisible que désordonnée, compliquant la trajectoire du malade. Par ailleurs, souligne L. Vidal (dans Dozon et Vidal, 1995), alors qu'on a tendance à considérer qu'un traitement symptomatique est recherché auprès des institutions biomédicales et un traitement étiologique auprès des guérisseurs et devins, il «semble qu'avec le sida le problème est un peu plus compliqué : il y a aussi la recherche d'un traitement auprès du guérisseur, bien évidemment, mais aussi la recherche d'une cause, d'un nom à cette maladie, de ses modes de transmission, auprès des médecins».

⁵ Voir Dozon, dans Dozon et Vidal, 1995; Diarra *et al.*, 1994 (particulièrement le texte de E. Gérard et celui de C. Fay) ; ainsi que Gruénais *et al.*, 1994 et, page 117, leur présentation (qui introduit largement au thème des réponses à l'épidémie).

page 105). Il n'y a, pas plus en Afrique qu'ailleurs, de lien mécanique entre restitution et adhésion aux messages de prévention, comme entre adhésion à ces messages et adoption de comportements préventifs.

Une seconde réponse à la question des "obstacles culturels" à la prévention relève de cet «écueil culturaliste» que Jean-Pierre Dozon discute plus particulièrement en conclusion de ce volume (page 169).

Il convient de replacer ce problème dans un contexte idéologique et politique plus large, celui des relations Nord-Sud qui n'est pas sans lien avec cette «tendance à l'ethnocentrisme» (Vidal, 1995). En effet, en temps de crises économiques et politiques, de plans d'ajustement structurel imposés par les institutions financières internationales aux États, c'est désormais la "faillite" et la "tragédie" du continent africain qui sont mises en avant. L'image de l'Afrique s'est ainsi rapidement recomposée «en la désignant à la vindicte publique comme coupable de ses propres malheurs et dépositaire d'une altérité pouvant désormais lui être fatale» (Dozon, 1991). La survenue du sida a cristallisé cette construction globale : les premières analyses épidémiologiques, en se situant dans une perspective culturaliste systématique, ont ainsi contribué à tisser «entre le sida et l'Afrique, des liens privilégiés, presque électifs» (Dozon, Fassin, 1989)⁶. Cette dimension politique et idéologique est également partie prenante des représentations liées au sida. Sur différents terrains, en particulier au Mali, au Burkina comme aussi au Congo (Diarra *et al.*, 1994 ; Lecomte et Diakité, page 105 de cet ouvrage ; Cros, dans Dozon et Vidal, 1995 ; Cros *et al.*, 1994 ; Fassin, 1994), on observe ainsi un singulier retour à l'envoyeur quant aux origines fantasmatiques du sida : la maladie serait due à des pratiques zoophiliques dont les Blancs seraient les acteurs ou les ordonnateurs-voyeurs, ou bien encore aurait été envoyée par les Blancs pour limiter la croissance démographique et/ou écouler leur production de préservatifs ; la dévaluation du Franc CFA semble d'ailleurs avoir contribué à la réactivation exacerbée de ces dernières interprétations parmi les jeunes de Bamako⁷.

Cette quête de sens populaire qui travaille les imaginaires aussi bien sur les origines que sur les causes de diffusion d'une maladie nouvelle se conjugue avec une tendance assez générale qui consiste à «taire le sida»⁸.

La question de l'annonce de la séropositivité

En effet, une deuxième question abordée à partir des textes présentés dans cette partie de l'ouvrage, concerne le problème de l'annonce de la séropositivité au VIH ou plus exactement de sa "non-annonce". Pour Tieman Diarra, «la non-révélation de la séropositivité et du sida n'est-elle pas le plus grand comportement à risque dans la progression de la maladie au Mali ?» ; interpellation qui conduit à étudier au même titre que les représentations populaires celles que «le personnel médical confronté à la maladie véhicule dans le cadre de ses rapports aux malades» (Le Palec, dans Diarra *et al.*, 1994).

Le problème, récurrent, de l'annonce doit d'abord être replacé dans des contextes où les services hospitaliers, souvent surchargés, disposent de peu de moyens, ce qui rend délicate la question de la prise en charge et même parfois celle de la confirmation des tests⁹ ; ce problème s'inscrit également dans des contextes où l'exercice de la profession médicale n'a guère été en mesure jusqu'ici de développer ce "colloque singulier" nécessaire à l'écoute et à l'accompagnement des patients. Placés dans cette situation, les médecins font état, dans leurs discours relatifs à l'annonce, de différents facteurs faisant obstacle à une parole annonciatrice

⁶ Les modes de transmission du virus (par les relations sexuelles et le sang) ont fourni la matière à la réactivation de nombre de stéréotypes ; la résurgence du thème de la "promiscuité sexuelle", relevant d'un vocabulaire évolutionniste du XIX^e siècle, est à cet égard révélatrice.

⁷ Cette «construction de l'altérité» dans laquelle «s'inscrit l'interprétation de ceux par qui l'épidémie arrive» (Fassin, 1994) n'est pas seulement dirigée vers un ailleurs lointain : en Côte-d'Ivoire, les prostituées ghanéennes auraient introduit le sida, au Congo les prostituées zairoises, au Mali et au Burkina, les migrants revenant de Côte-d'Ivoire.

⁸ Pour reprendre en partie le titre de l'article d'A. Le Palec paru dans Collignon *et al.*, 1994.

⁹ Ce serait le cas au Burkina et au Mali (Cros *et al.*, 1994 ; Diarra *et al.*, 1994).

de mort qui met en cause leur capacité à soigner : ces facteurs tiennent à la fois à la représentation qu'ils se font de leur pratique professionnelle et aux réactions supposées des patients, réactions assez généralement redoutées¹⁰ (dégradation de l'état général, suicide, contamination volontaire de tiers, violence, etc.) mais référées par ces praticiens au contexte socio-culturel dans lequel ils évoluent, c'est-à-dire à la conception qu'ils en ont¹¹.

Si nombre de médecins s'estiment dans l'incapacité d'annoncer la séropositivité à celui qui est porteur du virus, ils n'en estiment pas moins de leur responsabilité professionnelle de contribuer à limiter la transmission du VIH. Dans la plupart des cas, ils délivrent donc au patient dépisté séropositif un message préventif, concernant en particulier la protection des relations sexuelles. Mais l'adoption effective (et dans le long terme) de comportements préventifs est rendue d'autant plus problématique que ce message est déconnecté de l'annonce (au mieux rapporté alors à un "sang mauvais" selon le vocabulaire métaphorique auquel peut avoir recours le praticien)¹². Qui plus est, face à un problème tel que le lévirat, les médecins de Bamako se sentent parfois contraints d'informer, non la personne testée, mais l'un des membres de son entourage, en l'occurrence un parent de leur patient afin qu'il fasse en sorte que les veuves ne soient pas mariées au sein de la famille : ainsi, la transmission du virus peut n'être perçue qu'en référence à une communauté sociale circonscrite, la famille ou le lignage¹³. Plus particulièrement, dans les représentations ainsi mises en œuvre, les femmes qui sont les vecteurs de l'alliance entre familles ou lignages seraient également les principaux vecteurs de diffusion du VIH, comme elles le seraient pour les MST, largement perçues comme des "maladies de femmes" : « même si le test n'a pas été fait, les épouses sont considérées comme potentiellement contaminantes » ; mais dès lors, remarque A. Le Palec, « il est surprenant que les médecins ne songent pas que si les épouses ne sont pas gardées au sein de la famille de leur mari défunt, elles sont automatiquement remises sur le "marché sexuel et matrimonial", et que, par conséquent, il y a là un réel risque de contamination diffuse non contrôlable » (Le Palec, dans Collignon, 1994).

On doit s'inquiéter de cet «abus de pouvoir» (Fassin, 1994) manifeste qu'est la pratique de tests à l'insu, de la non-annonce de la séropositivité aux patients¹⁴, et se demander s'il ne s'agit pas parfois davantage «de protéger le "corps médical" en prétendant protéger le "corps social" que de protéger et d'orienter les malades et leurs familles» (Fay, dans Diarra *et al.*, 1994).

Pour autant, si la non-annonce est généralisée, elle n'est pas systématique. Surtout, la situation peut évoluer, comme c'est le cas notamment à Abidjan et Brazzaville où ont été en mises en place des structures d'annonce et de conseils. Concernant Abidjan, Laurent Vidal, page 153, souligne que, respectant la confidentialité de l'annonce, ces structures ont contribué à améliorer très nettement la position du séropositif dans ses relations à l'entourage et avec les structures de santé, même si un certain nombre de personnes n'ont pu être informées de leur séropositivité que plusieurs années après que le test ait été effectué¹⁵.

¹⁰ Qui le sont d'autant plus (même si elles ne sont pas avérées) qu'il n'y a pas eu de conseil de pré-test, s'agissant généralement de dépistages à l'insu.

¹¹ Un exemple significatif de la perception de ces contraintes de la part des médecins est fourni par la gestion de l'information face à la pratique du lévirat (selon laquelle, au sein d'un système de filiation patrilinéaire, une veuve épousera un frère cadet de son mari défunt, demeurant ainsi intégrée en tant qu'alliée au lignage dont ses enfants sont membres), étudiée par A. Le Palec auprès de praticiens exerçant dans des centres de santé de quartier à Bamako, au Mali (pays où il n'existe de fait aucune instance nationale susceptible de recommander un certain nombre de règles déontologiques aux médecins, chacun se trouvant donc seul face à ses patients pour gérer la situation en fonction de ses convictions personnelles) : « La plupart des médecins, par rapport au sida, décrivent le lévirat comme une coutume dangereuse car elle risque d'endeuiller de nouveau la famille après le décès du malade (Le Palec dans Collignon *et al.*, 1994) ».

¹² Voir Vidal *et al.* (1994) dans le cas de patients dépistés dans le cadre de Centres antituberculeux d'Abidjan.

¹³ Cas extrême mais d'autres exemples pourraient être trouvés ; le texte de Marc-Éric Gruénais *et al.*, page 117, souligne quelques contradictions liées à la gestion du problème de la solidarité familiale et des interprétations sorcellaires.

¹⁴ D'autant plus que les différentes recherches soulignent les effets pervers de la non-annonce, celle-ci créant de fait un climat général de suspicion de la part des malades et de l'entourage.

¹⁵ Voir Vidal *et al.*, 1994. La pratique de l'annonce contribue également à un meilleur fonctionnement des équipes de prise en charge par une plus nette répartition des tâches entre médecins (annonce) et assistants sociaux (soutien). Restent cependant à analyser, comme L. Vidal l'a fait auprès de séropositifs des Centres antituberculeux, les perceptions qu'ont les consultants et leur entourage des structures sanitaires identifiées comme s'occupant spécifiquement de malades du sida, où le traitement devient dès lors "signifiant de la maladie" (voir l'article de Marc-Éric Gruénais *et al.*, page 117).

Un second niveau de réponse au problème de l'annonce de la séropositivité pose plus généralement la question de la mise en mot du sida, dans des contextes où la parole a une forte valeur performative et où, à l'image de ces messages de prévention diffusés au Mali, dire de quelqu'un qu'il a le sida c'est l'accuser d'avoir eu une vie "dépravée". Loin d'être simple traduction, elle est construction : construction sociale autant que symbolique. Ainsi l'emploi actuel par les jeunes de Bamako de la référence à la nosologie locale (le *sayi*¹⁶, en même temps mis en regard et opposé au sida) semble correspondre à une appropriation de la pathologie par ces jeunes mais aussi à leur rejet de l'étiologie biomédicale en tant que discours externe à partir duquel les autorités (médicales et autres) et les aînés portent des jugements de valeur sur leur mode de vie (Le Palec et Diarra, dans Dozon et Vidal, 1995 ; Le Palec, dans Diarra *et al.*, 1994 ; voir également l'article page 95 de cet ouvrage).

Problématiques et méthodologies

Les analyses précédentes sur les représentations liées au sida montrent que celui-ci est bien l'objet d'un « traitement social métaphorique » (Fassin, 1994), au double sens de façon de concevoir la maladie à partir d'images du monde social et de manière de parler de la société à travers la lecture faite de l'épidémie¹⁷. Cependant, en travaillant sur le sida, les chercheurs en sciences sociales se sont trouvés placés dans une situation relativement inédite : non pas tant parce qu'ils ont affaire à un objet préalablement défini par d'autres disciplines (ils y ont déjà été confrontés dans d'autres domaines) mais parce qu'ils ont à aborder de front l'expansion d'une épidémie où l'observation devient nécessairement "impliquante"¹⁸, posant de ce fait des questions éthiques et méthodologiques rarement formulées en tant que telles auparavant (Dozon, dans Agier, 1995). Cela est évident pour les chercheurs qui ont décidé de travailler sur les représentations du sida auprès de séropositifs et de malades (Vidal et Gruénais, dans Agier, 1995), mais aussi pour ceux qui ont opté pour des terrains *a priori* moins éprouvants : face au sida, la recherche en sciences sociales ne peut se satisfaire d'une « approche assez normative de la vie sociale » longtemps dominante (Dozon, dans Agier, 1995). Il convient donc de préciser les angles d'attaque et les méthodologies mobilisées par les différentes recherches présentées dans cette session et de mettre en évidence les conceptualisations proposées pour rendre compte des processus de "mises en sens" du sida.

Un premier type de travaux s'apparentant aux enquêtes CAP est représenté ici par l'étude de Myriam de Loenzien et ses collègues (page 77) ; il s'agit, par le biais d'une enquête par questionnaires, de mesurer les niveaux de connaissances relatives au sida en référence à sa définition biomédicale et d'en identifier les déterminants par le traitement statistique des données collectées sur neuf sites ruraux de trois pays (Sénégal, Cameroun, Burundi)¹⁹. L'un des intérêts de cette étude est d'avoir concilié, d'une part, une approche micro-locale et une approche comparative entre pays et, d'autre part, une démarche socio-démographique et une démarche socio-anthropologique. Dans ce cadre, deux modèles sont proposés pour rendre compte des connaissances, opinions et attitudes relatives au sida : un "modèle

¹⁶ «Catégorie nosologique très ouverte et au sein de laquelle diverses maladies opportunistes peuvent trouver leur place», désignant une maladie qui, dans sa forme évolutive, est une «maladie grave, difficile à traiter et bien souvent mortelle». Du point de vue étiologique, elle est notamment imputée à un excès de fraîcheur vécue (notamment celle de la Côte-d'Ivoire) ou consommée (nourritures importées), renvoyant plus généralement aux conditions de vie à Bamako «mais aussi à des formes d'urbanisation et de modernité encore plus développée (Côte-d'Ivoire et pays européens)» (Le Palec, dans Diarra *et al.*, 1994).

¹⁷ L'analyse produite par E. Gérard (dans Diarra *et al.*, 1994) au sujet de la région de Sélingué au Mali est de ce point de vue assez exemplaire.

¹⁸ Pour reprendre l'expression de M. Cros dans Dozon et Vidal, 1995.

¹⁹ Sur cette recherche, voir aussi la thèse de M. de Loenzien [1995]. Précisons que dans cette étude, l'auteur s'est refusée à traiter des comportements considérant que, s'ils sont en interactions avec les connaissances, opinions et attitudes –ces dernières entendues comme le produit de normes et de croyances intériorisées par l'individu– relatives au sida, ces interactions sont complexes et qu'il est délicat de recueillir des données fiables à leur sujet (notamment sur les pratiques sexuelles) dans le cadre de ce genre d'enquête.

d'information" notamment par les médias (particulièrement la radio) qui influencerait sur les connaissances des modes de transmission du VIH ; d'autre part, un "modèle de confrontation" selon lequel le fait d'avoir personnellement connu une personne atteinte contribuerait à faire reconnaître l'existence du sida. Une telle analyse rend compte d'un état des connaissances à un moment donné mais ne vise pas à appréhender les processus de construction des représentations qui leur sont associées.

Ces processus sont précisément l'objet des recherches menées par Claude Fay et son équipe (Diarra *et al.*, 1994). Il s'agit de travaux anthropologiques de type monographique réalisés sur des terrains circonscrits, au sein desquels les situations et relations sociales des différents locuteurs (villageois, migrants, jeunes hommes et jeunes femmes, guérisseurs, etc.) peuvent être précisément analysées ; parallèlement, des comparaisons entre les différentes régions étudiées sont possibles en référence aux pratiques de changement social qui s'y développent. Ces travaux conduisent à analyser les processus d'interprétation de l'entité sida comme «des jeux actifs de positionnement» au sein des recompositions sociales en cours, lesquelles ne mettent pas seulement en cause les relations entre hommes et femmes (celles-ci constituant certes un point névralgique) mais aussi entre aînés et cadets, migrants et non migrants, guérisseurs et médecins... Pour sa part, une autre recherche anthropologique, celle conduite par Laurent Vidal auprès de séropositifs à Abidjan (page 153), insiste davantage sur l'individualisation de la gestion de l'information vis-à-vis de l'entourage tout en soulignant les procédures de négociation auxquelles cette gestion donne lieu.

De cette confrontation entre deux types de recherche, quelques points peuvent être mis en avant. Plutôt que d'entrer dans un débat, aux allures de controverse, sur les apports et limites des approches qualitatives et quantitatives (l'expérience de l'équipe dirigée par Michèle Cros (page 87) montre d'ailleurs l'intérêt d'une démarche conjointe, notamment pour ce qui touche à la transmission sanguine du VIH), il paraît important de souligner l'intérêt des études inscrites dans la durée : d'une part, parce que les discours et représentations évoluent, que l'on se situe à l'échelle du temps individuel du séropositif ou à celle du temps social des relations entre groupes sociaux, de leurs positionnements et repositionnements ; d'autre part, parce qu'un suivi semble nécessaire en vue de repérer des espaces sociaux, des espaces relationnels (et non nécessairement des "groupes") où les messages préventifs peuvent avoir prise, ce dans des contextes où les négociations de sens et les jeux d'interprétation auxquels le sida donne lieu évoluent rapidement. Enfin, pour s'en tenir aux approches plus strictement anthropologiques, alors même qu'elles se trouvent confrontées à des problèmes méthodologiques spécifiques, les recherches sur les représentations liées au sida témoignent d'un élargissement progressif des champs d'investigation dans deux directions principales : on observe, d'un côté, que face au sida, l'anthropologie de la maladie s'oriente de plus en plus vers une anthropologie de la santé (en particulier autour des relations médecins-malades) (voir en page 117 de cette publication, Marc-Éric Gruénais *et al.* pour le Congo ; Laurent Vidal *et al.*, en page 153, pour la Côte-d'Ivoire) ; de l'autre, les travaux liés au sida tendent à s'inscrire de plus en plus nettement dans une anthropologie du changement social plutôt que dans une anthropologie culturelle et symbolique plus classique, sans évidemment renier les apports de celle-ci (orientation affirmée par Claude Fay *et al.*, page 95, dans leurs études de différentes régions du Mali, voir aussi Michèle Cros *et al.*, page 87 en pays Lobi du Burkina, Étienne Lecomte et Djigui Diakité, page 105, au Mali). Ces deux orientations manifestent certes le pragmatisme dans lequel ces recherches se sont construites (problèmes de prise en charge plus nettement posés d'un côté, de prévention de l'autre) mais aussi les premières perspectives conceptuelles qu'elles ont permis de mettre en avant.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agier M. (1995). *Les composantes politiques et éthiques de la recherche*, Paris, éd. ORSTOM.
- Augé M. (1975). *Théorie des pouvoirs et idéologie. Étude de cas en Côte-d'Ivoire*, Paris, Hermann.
- Balandier G. (1971). *Sens et puissance*, Paris, PUF.
- Collignon R., Gruénais M.-É., Vidal L., (1994). Annonce de la séropositivité au VIH en Afrique. *Psychopathologie africaine*, 26 (2).
- Cros M., Kambou S., Msellati P. (1994). *La gestion du risque d'infortune sanitaire transmissible. L'exemple du sida en pays lobi burkinabè*. Eléments pour une politique de prévention. Rapport final dans le cadre de l'Action Incitative ORSTOM "Sciences sociales et sida" (dactyl.).
- Diarra T., Fay C., Gérard E., Koné F., Le Palec A., Pamanta A., Tioulenta T., Vuarin R. (1994). *Révélation du sida et pratiques du changement social au Mali*. Rapport final dans le cadre de l'Action Incitative ORSTOM "Sciences sociales et sida" (dactyl.).
- Dozon J.-P. (1991). D'un tombeau l'autre. *Cahiers d'Études Africaines*, 121-122 : 135-157.
- Dozon J.-P., Fassin D. (1989). Raison épidémiologique et raisons d'Etat. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique. *Sciences Sociales et Santé*, VII.(1) : 21-36.
- Dozon J.-P., Vidal L., (1995). *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, éd. ORSTOM (1^{re} éd. 1993, Abidjan).
- Fassin E. (1994). L'espace privé de la santé publique. Pouvoir politique et sida au Congo. *Annales, Histoire, Sciences Sociales*, 4 : 745-775.
- Fassin D., Jaffré Y. (1990). *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses-AUPELF.
- Gruénais M.E., Boungou G., Bibila M., Boumpoto M., Fassin D., Gauvrit E., Poaty J.P., Tonda J. (1994). *Enjeux sociaux et politiques de la prise en charge des malades du sida au Congo*. Rapport final dans le cadre de l'Action Incitative ORSTOM "Sciences sociales et sida" (dactyl.).
- de Loenzien M. (1995). *Connaissances, opinions et attitudes relatives au sida en milieu rural africain (Sénégal, Cameroun et Burundi)*. Thèse de doctorat sous la direction de Y. Charbit, Université de Paris V (2 vol., dactyl.).
- Piault C. (1975). *Prophétisme et thérapeutique*, Paris, Hermann.
- Vidal L. (1992). Sida et représentations de la maladie. Éléments de réflexion sur la séropositivité et sa prise en charge (Abidjan, Côte-d'Ivoire). *Cahiers de Sciences Humaines*, 28 (1) : 83-98.
- Vidal L. (1995). Les risques du culturalisme. *Le Journal du Sida*, 75-76 : 32-34.
- Vidal L., Nguessan B.T., Blibolo A.D. (1994). *Coûts du sida et prise en charge de la séropositivité : aspects anthropologiques et économiques de la maladie à Abidjan (Côte-d'Ivoire)*. Rapport final dans le cadre de l'Action Incitative ORSTOM "Sciences sociales et sida" (dactyl.).
- Zempléni A. (1985). La "maladie" et ses "causes". *L'Ethnologie*, 2 : 13-44.