

L'article original : une structure précise

L'article original est une forme qui permet de présenter à ses pairs pour la première fois les résultats d'une recherche. Cette recherche a été accomplie pour proposer des conclusions prouvées par des résultats bien établis. La structure de l'article original permet de comprendre les méthodes, de répéter les expérimentations, d'évaluer la démarche scientifique et le raisonnement. La structure IMRAD (*Introduction, Methods, Results and Discussion*), décrite par Bradford Hill est toujours respectée :

Précision	Clarté	Brièveté
Titre	Résumé	
Introduction	Figures	
Méthodes	Tableaux	
Résultats et (and)	Références	
Discussion		

L'auteur doit répondre à quatre questions : Pourquoi j'ai fait ce travail ? Comment j'ai fait ce travail ? Qu'est-ce que j'ai observé ? Qu'est-ce que j'en pense ? Les figures et tableaux illustrent les descriptions. Les références justifient les affirmations des auteurs qui ne sont pas prouvées par le travail exposé.

Autres formes de rédaction : des objectifs différents

- Le cas clinique expose et commente brièvement une observation. Le cas clinique n'est pas une revue de la littérature ni un article didactique. La structure IMRAD s'applique au cas clinique.

- La revue générale analyse tous les travaux publiés sur un thème. Elle doit être critique car les résultats négatifs non publiés ne sont pas analysés. Elle devrait suivre la forme d'un article original. Les revues générales des bonnes revues respectent la structure IMRAD.

- La lettre à la rédaction correspond soit à un cas clinique court, soit à un commentaire d'un article déjà publié dans la revue, soit à des résultats préliminaires d'un travail original.

- L'éditorial est court ; l'auteur donne librement son opinion sur un thème ; l'auteur analyse des travaux déjà publiés, formule éventuellement des hypothèses.

- La thèse de doctorat devrait respecter les objectifs et la forme d'un article original. Sa longueur permet d'exposer les résultats de manière exhaustive.

Des recommandations internationales

Des recommandations pour les manuscrits soumis aux journaux biomédicaux ont été publiées par le comité international des rédacteurs de journaux médicaux. Ces recommandations sont appelées « Convention de Vancouver » du nom de la ville où les rédacteurs se sont réunis en janvier 1978. La quatrième édition de cette convention a été publiée en février 1991 aux États-Unis (*New England Journal of Medicine*) et en Europe (*British Medical Journal*). Plus de 400 journaux scientifiques ont accepté de respecter ces recommandations. La convention de Vancouver n'est pas uniquement la description d'un système de références. Ce sont des recommandations pour aider les auteurs à moins publier et à mieux écrire. Les sujets abordés sont : ne pas soumettre pour publication des résultats déjà publiés, comment préparer et dactylographier un manuscrit, qualification pour être auteur, contenu d'un résumé, structure IMRAD, le bon usage des statistiques, les remerciements, comment préparer des figures et tableaux, les unités de mesures.

Le système de références recommandé est un système numérique. Les références sont citées dans le texte par un numéro chronologique correspondant à leur ordre d'apparition. Dans la liste des références, placée après le texte, les

éléments de chaque référence doivent être donnés avec précision. La convention de Vancouver expose 35 exemples différents. Pour un article original, les six premiers auteurs (nom suivi des initiales des prénoms) sont cités, séparés par des virgules. S'il y a plus de six auteurs, mettre *et al.* (pour le latin *et alii*) après le sixième auteur. Le titre de l'article est transcrit dans sa langue originale, suivi d'un point. Le nom de la revue est transcrit selon les abréviations de l'*index medicus*. Il est suivi de l'année de publication, du tome ou volume et des première et dernière pages de l'article. La ponctuation des exemples ci-dessous doit être strictement respectée.

Cette série d'articles est inspirée des recommandations du groupe de Vancouver, et des ouvrages cités ci-dessous. Volontairement ces articles didactiques n'ont que quelques références, mais l'auteur peut, sur demande, fournir l'origine de tout fait précis énoncé. Les thèmes suivants seront abordés dans 12 articles, divisés chaque fois en trois parties :

- la structure de l'article original (titre, résumé, introduction, méthodes, résultats, figures, tableaux, discussion, références) ;
- le style en rédaction scientifique (précision, clarté, brièveté, temps des verbes, imagination, ponctuation, abréviations) ;
- thèmes généraux (auteur, conflit d'intérêt, publications multiples, expertise, biais, statistiques, éthique).

Références

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *N Engl J Med* 1991 ; 324 : 424-8.

Day RA. *How to write a scientific paper*. Cambridge : Cambridge University Press, 1989.

Huguier M, Maisonneuve H. *La rédaction médicale*. De la thèse à l'article original. La communication orale. Paris : Doin, 1990.

Huth EJ. *Medical style and format*. An international manual for authors, editors and publishers. Philadelphia, PA : ISI Press, 1987.

Point de vue sur les liens unissant VIH et pratiques rituelles en Afrique tropicale

François Deniaud, Jean-Michel Livrozet, Jean-Loup Rey

contribuer à la transmission du VIH [2].

Excision et circoncision

Position du débat

Aujourd'hui, l'excision [3] et la circoncision ont tendance à se dérouler plus précocement dans la vie des jeunes et semblent perdre, en zone urbaine, leur dimension « initiatique ». Un risque de contamination par le VIH, lors de ces gestes pratiqués en série avec des instruments non stériles, a été évoqué dans des communications scientifiques occidentales et africaines.

Par ailleurs, un grand nombre de matériels éducatifs en Afrique présentent les sacrifices de la peau avec des instruments non stérilisés comme un risque, sinon un mode de transmission du VIH (Zaire, Cameroun, Bénin, Tchad, Rwanda, ...); il en est de même pour les circoncisions et excisions (Cameroun, République Centrafricaine, Bénin, Tchad, par exemple). Souvent, dans ces documents, le risque mentionné semble placé au même niveau que le risque de transmission sexuelle ou sanguine par des transfusions (*figures 3 et 4*), ce qui n'est pas sans poser problèmes compte tenu de l'absence d'études prospectives concernant le mode de transmission par scarifications. En plus de l'appareur vacuité des données épidémiologiques, nous avons été étonnés de constater la contradiction de certains arguments.

Des études scientifiques affirment, par exemple, que les hommes non circoncis présentent un risque plus élevé de contaminations sexuelles par le VIH

que les hommes circoncis [4], ou encore que « il y a un risque d'infection à VIH plus faible chez les hommes circoncis » [5, 6]. Un article paru en 1989 dans la revue *Science* était intitulé : « La circoncision peut protéger contre le virus du SIDA » [7]. Une autre publication datant de 1990 a étudié la pratique de la circoncision dans plus de 700 sociétés africaines et colligé 140 enquêtes de séroprévalence du VIH issues de 41 pays. Dans les régions où la circoncision était pratiquée, la séroprévalence est considérablement plus basse que dans les régions où elle ne l'est pas, ce qui semble suffisant aux auteurs pour avancer l'hypothèse que l'absence de circoncision est un facteur de risque pour la transmission du VIH [8]. Des universitaires ougandais [9], en conclusion d'une communication sur « les comportements sexuels dans l'est de l'Ouganda », estiment que « la promotion élargie de l'utilisation de préservatifs et la circoncision est nécessaire en tant que mesure de réduction des risques ». D'autres études concluent exactement l'inverse, en soulignant l'absence de corrélation significative entre les deux paramètres [10]. Une enquête de C. Katlama rapporte un taux analogue de séroprévalence dans deux groupes, l'un composé en majorité de femmes excisées, l'autre de femmes non excisées (faibles échantillons) [11].

F. Deniaud : Centre de diagnostic du SIDA, hôpital Lariboisière, 75010 Paris, France.
ORSTOM, Centre de Petit-Bassam, Abidjan, Côte-d'Ivoire.
J.-M. Livrozet : Service d'immunologie clinique, hôpital Édouard-Herriot, 69437 Lyon Cedex 03, France.
J.-L. Rey : ORSTOM, Montpellier, France.

N'étant ni sociologues ni ethnologues, nous n'avons pas la prétention d'étudier ici les rapports complexes du rituel et du SIDA dans les sociétés africaines. C'est en notre qualité de médecins attachés à la prévention que nous avons relevé certains faits dans la littérature. Nous rapportons ici le fruit de réflexions qui font suite à une série d'entretiens avec des médecins, des infirmières, des universitaires, des missionnaires, ainsi que des jeunes, à Paris, Lyon, Brazzaville, Abidjan, Freetown. Différentes questions sont posées autour du rôle hypothétique des pratiques rituelles dans le risque de contamination par le VIH. Certaines restent encore sans réponse. Excision et circoncision sont deux pratiques rituelles très répandues en Afrique occidentale et centrale, sans qu'elles soient l'apanage de cette région ou du continent africain. Leur représentation sociale a de multiples composantes dont la plupart sont étrangères aux fondements logiques et scientifiques occidentaux [1]. Pratiques séparément, elles sont traditionnellement intégrées, chez les hommes surtout, à des rites d'initiation qui marquent un passage de l'enfance à l'âge adulte, et la transmission d'un savoir et d'une culture (*figures 1 et 2*). Les scarifications rituelles ainsi que les tatouages se rencontrent sur tout le continent africain. Ils peuvent se voir chez les hommes, chez les femmes, ou dans les deux sexes. L'âge de leur pratique est très différent suivant les ethnies et parfois les clans. Les scarifications liées aux pratiques de médecine traditionnelle sont très largement répandues.

Il a été suggéré que ces pratiques rituelles ancestrales africaines pouvaient

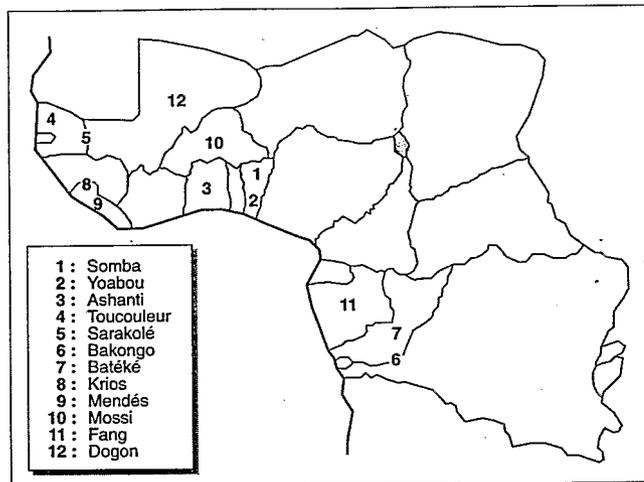


Figure 1. Principales ethnies citées.

Figure 1. Main ethnic groups mentioned.

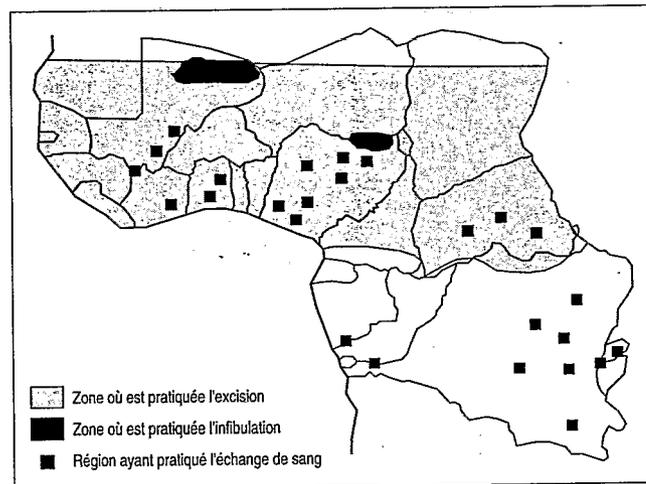


Figure 2. Carte des pratiques rituelles évoquées dans le risque de contamination par le VIH.

Figure 2. Map of ritual practices carrying a risk of HIV contamination.

Le SIDA est un révélateur des crises de nos sociétés. Il semble avoir été utilisé par les détracteurs et les partisans de la circoncision et de l'excision africaines. Les premiers ont prôné la suppression de ces rituels mutilants devant le préjudice psychologique [12], l'existence de complications hémorragiques et infectieuses, ainsi que les séquelles gynécologiques, urologiques et obstétricales de l'excision. Ces complications, dont on a du mal à apprécier la fréquence, sont indiscutables. Les détracteurs sont aussi des Africains. Un film burkinabé de Boureyma Nikiéma est un manifeste contre l'excision. Les seconds sont en faveur du maintien de la tradition et dénoncent l'ingérence occidentale dans la culture et l'intégrité africaines. Il est donc difficile de conclure sur ce sujet qui dépasse largement « l'histoire naturelle » de l'infection au VIH.

Excision et circoncision sont couramment pratiquées parmi les ethnies vivant entre le Tropique du Cancer et le 4^e Parallèle Nord. Par exemple, les Krios musulmans de Sierra Leone [13] pratiquent la clitoridectomie partielle, les Bambaras du Mali et les Mossi du Burkina Faso, l'excision proprement dite (excès des petites lèvres) [14-16]. En Afrique occidentale et centrale, l'infibulation serait réalisée dans certaines régions du Mali et du Nigéria [17] (figures 1 et 2).

Le rituel et le cérémonial

A titre d'exemple, en Sierra Leone, tous les enfants ou adolescents (à l'exception des Krios chrétiens), soit 95 % des enfants, sont circoncis ou excisés. Ces rites sont menés par des sociétés secrètes du pays appelés Bundo (pour les femmes) et Poro (pour les hommes). L'initiation dure 3 à 6 mois dans un lieu tenu secret, isolé et éloigné des villes. Pendant que les filles reçoivent des principes de ménage, de respect du mari, d'éducation et de soins des enfants, les garçons sont préparés à leur futur rôle social ; on leur inculque, entre autres, la non-promiscuité sexuelle, le respect de leur épouse pendant les règles et la grossesse. Aujourd'hui, la durée du séjour se

Summary

Aspects of HIV risks and ritual practices in tropical Africa
F. Deniaud, J.-M. Livrozet, J.-L. Rey

Some ancestral African rituals, such as male and female circumcision, scarification and blood brotherhood have been held as risk factors for HIV transmission. However, male circumcision can involve two levels of risk, since uncircumcised men may be at a higher risk of contamination by HIV and the risk will increase in the case of serial circumcisions (depending on the age of the children and on tribal practices).

Female circumcision is commonly practiced among ethnic groups living between the Tropic of Cancer and the fourth northern parallel, with clitoridectomy among krio muslims (Sierra Leone), excision among the Bambaras and infibulation among the Sarakolés. Non-therapeutic scarification is generally practiced on the face during secret initiation ceremonies and is a means of recognition between ethnic groups. Therapeutic scarification can carry a risk of HIV transmission, especially when the same instrument is used on a number of patients and when these latter have symptoms of HIV infection. Pending rigorous seroepidemiological studies of these practices, the use of sterile instruments should be promoted by educational programmes involving community leaders and traditional healers.

Cahiers Santé 1991 ; 1 : 327-33.

réduit et l'âge d'initiation tend à baisser, ce qui rend plus précoces les relations sexuelles (selon la tradition en vigueur, une jeune fille doit rester vierge jusqu'à l'initiation, date à laquelle elle sera promise à un fiancé), et de ce fait le risque d'être enceinte ou de contracter des MST. L'excision et la circoncision sont pratiquées « en série », au moyen d'un même instrument pour tous les enfants. Chez les Mendés, qui constituent 30 % de la population, l'excision est pratiquée par la « majo », une femme d'un certain statut social et doté d'un pouvoir spirituel. « Au moyen d'une lame, d'un couteau ou d'un morceau de verre, elle excise d'abord le clitoris qu'elle tient avec une feuille à vertu hémostatique, puis la petite lèvre. Des herbes mélangées à des cendres vives sont appliquées sur les plaies. Les mêmes instruments sont utilisés pour plusieurs filles sans stérilisation » [13].

Risque de contamination

Le risque théorique de contamination par le VIH est direct, par contact sanguin. Avant de le préciser, mentionnons l'éventuelle influence — indirecte — de l'excision mutilante sur l'exposition au risque de contamination hétérosexuelle du VIH chez la femme : les tissus cicatriciels d'une vulve opérée pourraient en effet se rompre plus facilement lors de l'acte sexuel de pénétration et donner des plaies qui seraient alors des portes d'entrée supplémentaires pour le VIH. Quant au risque sanguin de l'excision, il dépend :

- du degré de l'hémorragie provoquée par le geste et par conséquent de la quantité de sang sur l'unique instrument ;
- de l'absence ou non de désinfection ou de nettoyage de l'instrument ;
- de la prévalence de l'infection à VIH chez les candidates à l'excision et de l'âge auquel elles vont la subir.

Si l'excision a lieu à un jeune âge, comme cela semble être de plus en plus le cas en zone urbaine, la séro-prévalence dépend de la fréquence de la transmission verticale du VIH dans la région considérée et du taux de survie des nourissons. Si l'excision est

pratiquée à l'adolescence, la prévalence dépend de la transmission hétérosexuelle du VIH, donc de la fréquence locale des rapports sexuels et du nombre de partenaires des filles de cet âge. L'environnement (rural, urbain) dans lequel se déroule l'excision peut aussi influencer sur le risque théorique de contamination. Est-ce là où elle est médicalisée que l'excision serait la plus dangereuse, c'est-à-dire en zone urbaine où la prévalence de l'infection au VIH est la plus élevée et où les instruments utilisés, bien que chirurgicaux, ne sont pas toujours correctement désinfectés ? En confrontant ces hypothèses, on se demande où situer les risques... Qu'en est-il du risque iatrogène lors d'une excision pratiquée dans un dispensaire urbain sur une fillette ? Qu'en est-il du risque lors d'excisions en série auprès d'adolescentes d'une zone rurale où les relations sexuelles des filles sont tolérées ou encouragées avant le mariage ?

Quelle prévention ?

Comment peut-on lutter contre ces risques, encore mal circonscrits ? Une façon radicale, mais encore théorique, serait bien sûr la disparition des pratiques mutilantes, telle que l'a recommandé l'OMS [18]. Une alternative pourrait être un simulacre d'excision ou une excision très superficielle. L'éducation peut s'adresser aux agents de santé ruraux (figure 3), aux exciseuses et chefs des initiations (Sierra Leone), mais également au public par des conférences, par la presse ou même par le cinéma comme avec la fiction de B. Nikiéma : *Ma fille ne sera pas excisée* (1989).

Scarifications rituelles, tatouages et médecine traditionnelle

Les scarifications rituelles

Les scarifications rituelles sont réalisées à l'aide de couteaux rituels ou de



ATTENTION RISQUE SIDA



Figure 3. Matériel éducatif (Tchad).

Figure 3. Educational aids (Chad).

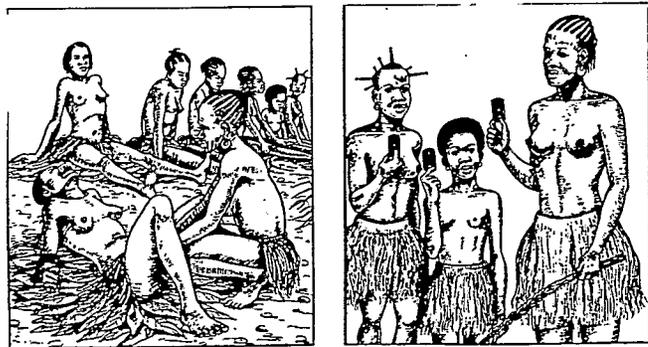


Figure 4. Affiche éducative à l'usage des agents de santé communautaire en zone rurale (République Centrafricaine). [Origine : « Échange » 1990 n° 2, OMS, Genève.]

Figure 4. Educational poster for use by community health workers in rural areas (Central African Republic). [From « Échange » 1990 n° 2, OMS, Genève.]

lames de rasoir. Il s'agit d'un rite sanglant où le jaillissement du sang est constant. Il se pratique en série à l'âge de l'initiation dans beaucoup d'ethnies et peut donc entraîner un risque de transmission du virus VIH. « L'initiation constitue une valeur stable dans les sociétés africaines. Cette cérémonie, indispensable au passage à la vie adulte, revêt de multiples aspects dont la composante essentielle est commune : dominer la peur, la douleur » [17]. Elle permet l'accès au savoir et à un statut adulte (figure 5). Les scarifications rituelles se pratiquent à des âges différents parmi les différentes ethnies. Elles sont relativement fréquentes en Afrique de l'Ouest (Sambas, Yoabou, figure 1) et se trou-

vent parmi quelques tribus d'Afrique centrale (Batéké du plateau au Congo) [19-21]. Elles peuvent se rencontrer sur le visage, mais aussi sur l'ensemble du corps, particulièrement le thorax et l'abdomen. L'âge de la pratique des scarifications rituelles est différent selon les ethnies. Chez les Saras du Tchad, les impressionnantes scarifications profondes rappelant des coups de griffe de fauve se font lors des cérémonies d'initiation, se déroulant tous les 7 ans, au moment des mois d'été où les jeunes garçons entrent en brousse. A l'inverse, chez les Sambas du Bénin, les scarifications commencent dès la prime enfance : lorsque le bébé atteint l'âge de 2 ans 1/2 à 3 ans, les premières scarifications

sont réalisées sur le visage, à la saison sèche également. Ensuite les scarifications de la ceinture se déroulent entre 5 et 10 ans et sont ensuite poursuivies sur le torse. Chez les Dogons, les mutilations régmentaires sont pratiquées chez les femmes, au niveau de l'abdomen et des tempes : « chacune de ces incisions est un sexe taillé à l'aide d'un rasoir qui symbolise un membre viril... ainsi la fécondité de la femme est-elle multipliée » [22]. Cependant ces rites sont éminemment variables suivant les clans. Ils ont également tendance à se perdre en tant que signe de reconnaissance tribale. L'urbanisation de l'Afrique Noire et l'émergence des nouveaux états faisant suite à la décolonisation, accentuent ce processus.

Différents auteurs n'ont pas trouvé de corrélation entre les scarifications rituelles et la séropositivité, que ce soit en Afrique centrale ou en Afrique orientale [23, 24]. Cependant, sur de grands échantillons (2 002 adultes dans le premier cas et 253 dans l'autre), il est difficile de mettre en évidence un facteur de risque faible. En effet, ces études ont été réalisées chez des individus adultes, parmi lesquels les risques de transmission du VIH par voie sexuelle étaient forts, et à une époque où la séroprévalence de l'infection n'était pas aussi élevée qu'aujourd'hui. Rappelons ici qu'au Brésil, les incisions et coupures pratiquées lors des cérémonies collectives du Candomblé (rite d'origine africaine) ont été incriminées dans le risque de contamination par le VIH [25]. Il n'est donc pas possible, sans étude rigoureuse portant sur des jeunes en âge d'être scarifiés, d'éliminer totalement les scarifications comme facteur mineur de transmission du VIH.

Les tatouages

Les tatouages sont pratiqués au niveau des organes génitaux chez les Ashantis, des gencives chez les Toucouleurs. On réalise également des tatouages avec des bananes chez les Batékés. Il y a piqure avec une aiguille non stérile et application ensuite des pigments colorés. Il a été rapporté, en Angleterre,



Figure 5. Masque Fang de société d'initiation. (Origine : Musée National des Arts Africains et Océaniques. Cliché JM Labat, CFAO.)

Figure 5. Initiation Fang mask. (From the Musée National des Arts Africains et Océaniques. Photograph by JM Labat, CFAO.)

des contaminations par tatouage en milieu carcéral [26].

Médecine traditionnelle

Les scarifications thérapeutiques semblent actuellement les scarifications les plus fréquentes. On rencontre au Congo des pratiques traditionnelles médicales d'incision cutanée afin de déposer des poudres de plante. En Casamance, des ablations d'adénopathies ont été observées, réalisées par des guérisseurs. Il existe aussi des coupeurs de luette. Tous ces gestes de la médecine traditionnelle utilisent des instruments qui ne sont pas stérilisés d'un patient à l'autre. Le risque infectieux majeur, retrouvé au Congo par exemple, est le tétanos. On peut également observer une surinfection des plaies, avec formation de cicatrices chéloïdes.

Le risque de transmission du VIH au cours de telles pratiques dépend donc de l'emploi ou non d'instruments stériles, de la succession de patients dans un bref laps de temps, du risque hémorragique et de la séroprévalence au sein de cette population malade qui a recours à la médecine traditionnelle. Il est probable que ces tradithérapeutes auront de plus en plus de clients séropositifs.

Une étude faite dans le Sud du Ghana montre que 88 % des tradipraticiens font des scarifications ; 53 % d'entre eux réutilisent le même instrument après un simple essuyage [27]. Des médecins africains, en Mauritanie et au Ghana, ont insisté sur la nécessité d'élaborer des actions éducatives en direction des tradithérapeutes et des guérisseurs [27, 28].

Conclusion

Cette recherche bibliographique et par entretiens a été menée en vue :
- d'attirer l'attention des scientifiques et des sociologues sur le risque infectieux au VIH que représentent les pratiques rituelles en série. Ce risque devrait être pris en compte dans les études socio-épidémiologiques et évalué précisément ;

- de postuler l'existence d'un risque théorique qui s'ajoute aux autres risques infectieux et hémorragiques, en attendant d'en savoir plus et d'en déduire les autres risques de contamination du VIH ;
- ce risque devrait être hiérarchisé par rapport aux risques connus de contamination et l'information le concernant, adaptée et ciblée ;
- grâce à la sensibilisation des chefs de village, l'éducation des agents de santé communautaires [29], des opérateurs [30], des exciseuses, des guérisseurs et des tradithérapeutes, de conseiller l'utilisation de matériel stérile à usage unique ou correctement désinfecté (*figures 3 et 4*). En Sierra Leone, par exemple, l'UNICEF sensibilise les « majos » aux risques éventuellement en rapport

avec les rituels d'excisions et leur fournit des lames de rasoir stériles à usage unique (Kargbo M., communication personnelle). Ces conseils ne devraient pas être considérés comme une ingérence occidentale dans les traditions culturelles africaines, s'ils peuvent aboutir à un compromis entre les traditions et la prévention sanitaire, représenté par un « rituel à moindre risque ».

Nous remercions le Dr M.A. Piens, l'UNESCO, la Société des missions africaines, la bibliothèque des Œuvres pontificales missionnaires de Lyon, Madame Odile Jourmet, Monsieur Alain Epelboin, Madame O. Thomas Koso et Madame Patricia Criton d'Air Afrique.

Résumé

Certains rites africains tels que l'excision et la circoncision, les scarifications et la fraternité de sang, ont été impliqués dans le risque de transmission du VIH le plus souvent par voie sanguine lorsque ces pratiques utilisent des instruments non stériles. Cependant la circoncision pourrait intervenir à deux niveaux : il semble que l'homme non circoncis ait un risque augmenté de contamination sexuelle par le VIH ; d'autre part le danger existe par voie sanguine lors des circoncisions en série à différents âges selon les ethnies. L'excision est couramment pratiquée parmi les ethnies

vivantes entre le Tropique du Cancer et le 4° Parallèle Nord : il peut s'agir de clitoridectomie simple, d'excision proprement dite ou d'infibulation. Les scarifications, principalement au niveau de la face, sont réalisées lors des cérémonies secrètes de l'initiation. Les pratiques médicales traditionnelles (incisions, scarifications) peuvent présenter un risque. En attendant des études séro-épidémiologiques rigoureuses sur ces pratiques, il faudrait promouvoir l'utilisation de matériel stérile par l'éducation des populations à travers les chefs coutumiers et les tradithérapeutes.

Références

- Balandier G. *Afrique ambiguë*. Paris : Plon, 1957 : 41-2 ; 133-42.
- Grmek M. *Histoire du SIDA*. Paris : Payot, 1990 : 279.
- Pieters G. Gynécologie au pays des femmes cousues. *Acta chirurgica Belgica* 1972 ; 71 : 173-93.
- Moses S, Plummer FA, Ronald AR, Ndinya-Achola JO. *Male circumcision in eastern and southern Africa : association with HIV seroprevalence*. V^e conférence internationale sur le SIDA. Montréal, 1989 : N° 993.
- Bougaerts J, Reining P, Way P, Conant FP. *The relationship between male circumcision and HIV infection in African populations*. V^e conférence internationale sur le SIDA. Montréal, 1989 : N° 113.
- Konde-Lude JK. *Relationship between various sex practices and HIV infection in Uganda*. V^e conférence internationale sur le SIDA en Afrique. Marseille, 1989 : N° 141.
- Marx JL. *Circumcision may protect against the AIDS Virus*. *Science* 1989 ; 245 : 470-1.
- Moses S, Bradley JE, Nagelkerke NJ, et al. *Geographic patterns of male circumcision practices in Africa : association with seroprevalence*. *Int J Epidemiol* 1990 ; 19 : 693-7.
- Ankrh EM, Asingwire N, Wangalwa S, et al. *Sexual behaviours in Eastern Uganda*. 7^e conférence internationale sur le SIDA. Florence, juin 1991. Affiche n° MD 4086.
- Suride I, McLaughlin M, Chaisson M, et al. *HIV infection and circumcision status*. V^e conférence internationale sur le SIDA. Montréal, 1989 : N° 113.
- Katlamä C. *Infection par les virus de l'immunosé déficience humaine VIH1, VIH2 : étude d'une population de prostituées de Bamako (Mali)*. Mémoire de DEA-Santé Publique et pays en voie de développement 1990-1991. Université Paris VI.
- Ladjali M, Toubia N. *L'excision féminine. A la recherche désespérée d'un espace féminin*. *Bull Med de l'IPPF* 1980 ; 24 : 1-2.
- Koso-Thomas O. *The circumcision of women : A strategy for eradication*. London, 7ed Books Ltd, 1987 : 19.
- Botti O. *Les mutilations sexuelles féminines*. *Impact Médecin* 1986 ; 205 : 76-9.
- Botti O. *Les mutilations sexuelles féminines au Burkina*. *Impact Médecin* 1986 ; 206 : 85-7.
- Epelboin A, Epelboin S. *L'excision : tradition mutilante ou valeur culturelle ? Environnement africain. Enfants et jeunes au Sahel, 1981 (article repris par Tribune médicale, numéro du 27.02.1982)*.
- Mérand P. *La vie quotidienne en Afrique noire à travers la littérature africaine*. Paris : L'Harmattan, 1985.
- Bannerman RHO, Rushwan H, Sharof I. *Background papers for seminars on traditional practices affecting the health of women and children*. In : WHO EMRO technical publication. Alexandria : WHO, 1982 : 2.
- Maurice AM. *Atakora, peuples du Nord Bénin*. Paris : Académie des sciences d'Outre-Mer, 1986.
- Hrdy DB. *Cultural practices contributing to the transmission of human immunodeficiency virus in Africa*. *Rev Inf Dis* 1987 ; 9 : 1109-19.
- Cornevin R. *La république populaire du Bénin*. Aubenas : GP Maisonneuve et Larose, 1981.
- Griaille M. *Dieu d'eau*. Paris : Fayard, 1966.
- N'Galy B, Ryder RW, Bila K, et al. *Human immunodeficiency virus infection among employees in African hospital*. *New Engl J Med* 1988 ; 319 : 1123-7.
- Schmurtzard E, Fuchs D, Hengster P, et al. *Retroviral infections (HIV1-2 and HTLV1) in rural northwestern Tanzania*. *Am J Epidemiol* 1989 ; 130 : 309-18.
- Inglasi Arevalo E, Lemos Fernandes ME, Ferreira G. *L'éducation anti-SIDA et la culture afro-brésilienne*. *Échanges* 1990 ; 1 : 3-4.
- Doll DC. *Tattooing in prison and HIV infection (letter)*. *Lancet* 1988 ; 1 : 66-7.
- Neequaye JE, Neequaye AR. *Traditional healers are scarifications practices likely to spread HIV ? 2^e conférence sur le SIDA en Afrique*. Arusha, septembre 1988.
- Kone M. *Scarification en médecine traditionnelle mauritanienne et SIDA*. 2^e Symposium international pour l'information et l'éducation sur le SIDA. Yaoundé, octobre 1989. Affiche 1, 1, 17.
- Graham E, Adamson M. *Female circumcision and consciousness raising : A manual for educators and group facilitators*. Londres : Forward, 1987.
- Chaze S. *Pretesting of educational materials for village use in the Central African Republic*. *Exchange* 1990 ; 2 : 11-3.

John Libbey EUROTEXT

N. JOB-SPIRA
J.P. MOATTI
B. SPENCER
E. BOUVET

1990, broché
600 pages
550 FF

BON DE COMMANDE

NOM Prénom

Adresse

.....

Désire recevoir **SANTÉ PUBLIQUE et MST** au prix de 550 FF + 30 FF de frais de port, soit 580 FF.

Ci-joint mon règlement à l'ordre de **John Libbey Eurotext**
6, rue Blanche,
92120 MONTROUGE, FRANCE
Tél. : (1) 47.35.85.52.