

BILAN DES ENQUÊTES CAP MENÉES EN AFRIQUE : FORCES ET FAIBLESSES

Michel Caraël

Au sujet des recherches sur le sida en sciences sociales, il ne faut pas oublier que les conditions même de cette production ne doivent pas échapper au regard critique et il faut remercier les organisateurs de l'Atelier de nous rappeler cette évidence. En sciences humaines nous sommes à la fois sujet et objet d'études et, lorsqu'une épidémie comme le sida devient objet d'étude, le fil d'Ariane devient un écheveau où l'idéologie, la politique, les urgences, les peurs sont intrinsèquement reliées à l'objet d'études comme l'a rappelé tout à l'heure Mémel Foté. Dans la production des sciences sociales, dans la production scientifique qui a entouré le sida, le Programme mondial de lutte contre le sida (à l'OMS) a joué un rôle surtout au début de l'épidémie.

Je vais m'efforcer brièvement de rappeler dans quelles conditions, dans quelles circonstances, ce rôle a pu être joué et en retracer un bilan provisoire.

La perspective historique d'abord : en février 1987, naissance du Programme mondial de lutte contre le sida de l'OMS et quelques mois plus tard, installation des premiers PNLS (Programmes nationaux de lutte contre le sida) comprenant, en général, trois ou quatre personnes - un médecin, un épidémiologiste, un éducateur de la santé - qui se trouvent situés au sein du ministère de la Santé. Ensuite, c'est l'établissement des plans à court terme, des plans à moyen terme, avec les stratégies bien connues, universelles pour prévenir le sida : prévenir d'abord la transmission sexuelle puis prévenir la transmission par le sang et, enfin, la transmission mère-enfant. Deuxième volet : réduire les effets psychosociaux et lutter contre la discrimination. En général, les plans à court terme sont inclus dans les plans à moyen terme. Quelques mois plus tard, des dizaines de programmes nationaux de lutte contre le sida sont organisés dans différents pays (à peu près 150). Mais il faut garder en mémoire qu'en fait, si dès 1988 sont installés ces programmes, l'épidémie du sida, elle, avait été reconnue en Afrique en 1983 et on peut estimer que les années 1984-1986 ont été perdues pour la prévention, perdues pour la recherche en sciences sociales. Pourquoi ? A cause de la résistance des gouvernements et de l'opinion publique.

Un petit noyau de chercheurs - médecins pour la plupart - qui se heurtaient à la mauvaise foi, souvent à la résistance des administrations, ont essayé de montrer cette évidence : la transmission hétérosexuelle du virus du sida existait. Et face à cette évidence, à l'époque, il y avait une grande résistance, à la fois aux Etats-Unis, en Europe et en Afrique également. Donc, du début de 1988 jusqu'aux années 1990, il y a eu la mise en œuvre des PNLS dans plus de 150 pays, avec d'énormes besoins en IEC (Information-Education-Communication : communiquer à qui, éduquer qui, comment ?). Ceci, dans un grand sentiment d'urgence, avec en plus les 3/4 des fonds à l'époque qui filaient à la transmission sanguine : il fallait inventer, il fallait innover, il fallait agir. Il y avait alors une domination très forte des cliniciens et des hommes de laboratoire qui imposaient des contraintes.

Ce bref historique pour nous rappeler le cadre idéologique dans lequel s'inscrivent les activités de la section sociale des sciences humaines du Programme mondial sida. Ajoutons à cela un très grande vide théorique - que je vais survoler, ce n'est pas l'objet de ma communication - comme dans le domaine de la sexualité où peu de recherches avaient été effectuées. Bien sûr, on avait des recherches de type psychologique où la sexualité était abordée en termes freudiens, on avait des études qui abordaient la sexualité en termes de reproduction et de santé (les recherches sur la contraception). On avait des voies de recherche en sexologie (des études typiquement américaines) conduites pour la plupart par des médecins. On avait sur les comportements sexuels une perspective culturaliste, mais très limitée, avec Margaret Mead et Malinowski. On avait quelques voies de recherche spécifiques, aux Etats-Unis, sur l'homosexualité et la bisexualité, qui se justifiaient à l'époque par le succès et l'expression des groupes homosexuels américains. Et enfin, deux ou trois pierres dans le jardin, à savoir le rapport Kinsey aux Etats-Unis dans les années 50 et le rapport Simon en France.

En fait, ce vide théorique imposait des contraintes et l'une d'entre elles était de se tourner vers une recherche appliquée et urgente sans bénéficier d'un terrain balisé. En plus, cette épidémie s'avérait très vite comme étant sans frontière, avec des modes de transmission universels et des stratégies de prévention qui sont les mêmes dans tous les pays. Même si ces stratégies sont combinées de façon différente dans chaque culture, les principes de base restent les mêmes : les groupes à risque ou les groupes à comportements à risque différent, mais les stratégies essentielles restent les mêmes. De tels principes balisaient un chemin qui nous conduisait à des protocoles de recherche de type standardisé : une recherche internationale en collaboration, avec des visées essentiellement descriptives puisque nous n'avions pas un cadre théorique dans lequel fonctionner. Ces recherches étaient dirigées en raison de l'urgence de la situation et du vide dans lequel on se trouvait.

Alors, comme toujours en pareil cas, ce sont les objectifs de la recherche qui entraînent le choix et la sélection des méthodes. Quand les objectifs sont de l'ordre de l'exploration, de la description, de la compréhension, alors ces objectifs appellent une recherche de type qualitatif ; lorsqu'au contraire les objectifs sont plutôt d'ordre descriptif, que vous avez en vue d'évaluer des interventions, des activités, des connaissances, lorsque vous cherchez à mesurer des fréquences de comportement, ces principes appellent des recherches, une méthodologie de type quantitatif, qu'elles soient transversales ou rétrospectives. Enfin, on peut envisager des recherches de type quantitatif longitudinal lorsqu'on teste des hypothèses théoriques et lorsqu'on cherche à évaluer des interventions. Ces schémas vous sont familiers, vous connaissez également les avantages de chacune de ces deux ou trois grandes approches en sciences humaines.

Lorsqu'on se tourne vers les approches de type qualitatif, on bénéficie de la possibilité de faire des comparaisons croisées, puisqu'on dispose de plusieurs méthodes de recherche, comme l'interview en profondeur ou l'observation, la participation, les entretiens de groupe, les témoins-clefs. En triangulant ces différentes méthodes de recherche, on peut en accroître la validité. On a aussi la possibilité d'identifier des comportements réels - grâce à l'observation - au contraire des questionnaires où l'on recueille en fait surtout les comportements idéaux. On aborde des sujets sensibles dans leur contexte; les attitudes peuvent être observées et différenciées; il est possible également de ne pas isoler les comportements et de les replacer dans leur contexte socio-culturel. Enfin, l'approche qualitative permet au chercheur de trouver l'inattendu, d'ouvrir sur des éléments qu'il n'avait pas prévu au départ et de recueillir une perspective intérieure à la culture et non pas une perspective extérieure. Cette approche qualitative, bien entendu, présente des limites : difficulté (pas impossibilité) de constituer un échantillon aléatoire; peu de possibilité d'analyse statistique; une certaine difficulté à généraliser les résultats dans la mesure où, bien souvent, ce type d'enquête est surtout fructueux lorsqu'il s'applique à de petites communautés, d'où la difficulté de généraliser les conclusions à d'autres communautés. Ce type d'enquête demande du temps pour se familiariser avec la culture. Enfin, il y a un biais possible dans la collecte des données puisque l'essentiel des observations repose sur l'intelligence, la compréhension d'une, ou plus rarement, deux personnes. Ce type d'enquête est difficile à répliquer en raison précisément de ces différents points.

L'approche quantitative est utile lorsque des résultats chiffrés sont nécessaires et lorsqu'on souhaite généraliser les conclusions à l'ensemble de la population, également lorsqu'on essaie de recueillir des tendances et

Si l'on applique - à l'époque ce que l'on a fait à l'épidémie VIH - sur le sida, ces quelques principes que je viens d'énoncer et qui sont familiers à la plupart d'entre vous, on conçoit que la meilleure approche, la plus logique lorsqu'on aborde l'étude des comportements sexuels est celle qui utilise les deux voies : l'approche quantitative et l'approche qualitative. En effet, ces approches sont complémentaires et ainsi, par exemple, on peut dériver d'études qualitatives des hypothèses de travail, un cadre théorique; on peut valider grâce à une approche en profondeur les résultats d'enquêtes; on peut, grâce à des enquêtes en profondeur, à des études de type anthropologique, interpréter des associations purement statistiques que l'on retrouve dans les enquêtes quantitatives; on peut illustrer des résultats avec des témoignages plus personnalisés; on peut éclairer des réponses ambiguës, on peut également compléter ce type d'enquête en utilisant des sous-échantillons d'enquêtes quantitatives pour approfondir, pour valider les résultats qui sont obtenus par l'interrogatoire; on peut, dans un autre sens, également utiliser des données d'enquêtes quantitatives pour sélectionner des sous-classes, et effectuer une enquête plus approfondie sur ces sous-classes, de même que l'on peut se baser sur les résultats d'enquêtes quantitatives pour approfondir par des études de type anthropologique la problématique en question.

On a notamment résisté à la tentation d'explorer les motivations, parce que les modèles rationalistes de comportement humain partent d'une série d'hypothèses que nous, à l'OMS, nous ne partageons pas : l'hypothèse que les répondants sont conscients de leurs motivations personnelles, que les répondants ont la volonté de déclarer leurs raisons, que les répondants ont un choix. Cela a entraîné pour nous le refus d'utiliser les questions ouvertes de type « pourquoi » et de préférer une approche indirecte, par la comparaison de groupes, à savoir, par exemple, comparer ceux qui utilisent des préservatifs à ceux qui n'en utilisent pas; comparer les personnes qui ont des comportements à risque et celles qui n'en ont pas et éviter les questions directes sur les motivations.

Cette approche empirique, pragmatique, n'est pas exempte d'idéologie. De toute façon, l'étude des comportements sexuels et du sida se déroule dans le cadre d'une maladie et cela entraîne bien entendu une restriction du champ d'étude. Ce n'est pas tout le comportement sexuel que l'on veut étudier, mais seulement les variables d'intérêt pour la transmission et pour la protection. Notre but est essentiellement de baliser le terrain, un peu à l'image de ce qui avait été fait dans les enquêtes de fécondité, c'est-à-dire recueillir des données de base sur les répondants (l'âge, le sexe, l'éducation, milieu urbain-rural) et de les comparer aux variables d'intérêt. Le questionnaire de base était standardisé, il était, aussi, interculturel mais il n'a pas été développé en isolat à Genève. En 1988, on a tenu cinq ateliers régionaux dont trois en Afrique, où ce questionnaire a été discuté avec des chercheurs locaux (une trentaine dans chaque séminaire) de façon à obtenir un questionnaire qui rencontre l'accord des chercheurs de terrain. Il était également « prétesté ». Dans l'enquête de type CACP, l'accent est plus mis sur les connaissances, les attitudes, tandis que dans le questionnaire « relations entre partenaires », l'accent est mis davantage sur le comportement sexuel. On voit donc que l'on recueille une série de variables sur le contexte socioculturel, des variables intermédiaires d'attitudes et de connaissances, (contraception, MST, exposition aux médias, attitudes sur la sexualité), enfin, des variables plus proches, comme la connaissance et les attitudes à l'égard des préservatifs, la perception du risque du sida, la connaissance d'une personne avec le sida (variable qui avait été décelée comme importante) et, enfin, une série de variables dépendantes sur les comportements sexuels comme le début et puis les rapports sexuels occasionnels, l'utilisation des préservatifs et les changements de comportement.

En fait, plus de 60 pays dans le monde ont participé à cet effort en collaboration avec l'OMS : voici la liste d'une vingtaine de pays en Afrique qui ont participé à ces travaux dans les années 1988-1990. Vous voyez la grande prédominance des enquêtes CACP, c'est-à-dire les enquêtes où le volet « comportement sexuel » était plus restreint et le peu de pays qui ont recouru directement à des enquêtes sur les comportements sexuels.

Pays engagés dans les enquêtes CACP et RP en Afrique subsaharienne

Pays	Type d'enquête
Botswana	CACP
Burundi	CACP
Cameroun	CACP
République centrafricaine	CACP
Tchad	CACP
Congo	CACP
Côte-d'Ivoire	CACP/RP
Ethiopie	CACP
Guinée-Bissau	CACP
Kenya	CACP
Lesotho	CACP/RP
Mali	CACP

Pays	Type d'enquête
Maurice	CACP
Niger	CACP
Nigeria	CACP/RP
Rwanda	CACP
Sénégal	RP
Tanzanie	CACP/RP
Togo	CACP
Ouganda	CACP/RP
Zambie	CACP

Il faut se placer dans le climat de l'époque où ce type d'enquête n'était pas facile à effectuer, lorsque la plupart des pays trouvaient plus facile de commencer par des études portant davantage sur les connaissances et attitudes que sur les comportements. Ces enquêtes ont été conduites sur un échantillon national. Il y a 2 000 à 3 000 répondants triés de façon aléatoire parmi des adultes. Pour se réaliser, ces enquêtes ont pris entre quelques mois et deux ans, pour certains pays; les budgets ont varié de 20 000 à 100 000 dollars; une partie du financement se faisait à travers les Programmes nationaux de lutte contre le sida, une partie était fournie par l'OMS. On recrutait pour ce type d'enquête entre 20 et 30 interviewers, hommes et femmes ayant une formation de 8 à 10 jours. Il y avait, en général, peu de changements dans le protocole de base établi par l'OMS en collaboration avec les chercheurs nationaux, peu d'ajouts également. L'assistance technique fournie par l'OMS dans ces enquêtes a varié de très peu de choses à une assistance soutenue.

Enfin, dernier exemple, celui du préservatif : l'enquête de 1989, également en Côte-d'Ivoire permet, en fonction du sexe et de l'âge, de voir où se trouvent les déficits de connaissance et d'utilisation (« Connaissance et utilisation du préservatif »).

D'une façon générale on peut dire que ces enquêtes CACP ont rempli, selon les pays, plusieurs fonctions. Certaines ont joué un rôle important pour la promotion de la sensibilisation à la fois de l'opinion publique et des décideurs. Elles ont joué un rôle utile, souvent, comme bilan de situation, photographie de l'opinion publique à un moment donné. Elles ont servi quelques fois à planifier des interventions et à identifier, dans des secteurs, des comportements à risque.

Par contre ces enquêtes CACP ont très peu servi, en Afrique subsaharienne, pour évaluer les changements à travers le temps : aucun des pays dont on a vu la liste tout à l'heure n'a répété l'enquête nationale CACP ou « comportement sexuel », ce qui fait que l'on a pas pu évaluer ce qui s'est passé dans l'intervalle et on n'a pas pu évaluer les activités des divers intervenants, y compris celles du Programme national de lutte contre le sida.

D'une façon générale, avec ces enquêtes, on peut baliser la connaissance, avec parfois des approfondissements. Par exemple, dans la mesure où le protocole était standard, ces enquêtes se prêtent à des comparaisons inter-pays. L'OMS fait actuellement un gros effort pour synthétiser ce qu'on a appris, en utilisant une trentaine des meilleures de ces enquêtes, pour essayer de tirer des leçons générales : montrer, par exemple, qu'il y a des constantes à travers le temps et que l'on a plus de comportements occasionnels en ville qu'en milieu rural; que l'éducation et l'émigration jouent un rôle. Il y a un domaine de connaissance qui a pu s'élargir. Ces enquêtes ont servi aussi pour les prévisionnistes, pour les « modélisateurs » qui les ont utilisées pour prévoir l'évolution de l'épidémie du sida dans certains pays et qui manquaient cruellement de données de base sur le comportement sexuel. Enfin, ces enquêtes CACP n'ont pas servi uniquement pour la population générale. L'OMS a initié quelques enquêtes parmi les groupes particuliers. Il y a eu une explosion d'enquêtes parmi les étudiants, les prisonniers, les chauffeurs routiers, les pêcheurs.

Un des grands reproches que l'on peut faire aux promoteurs de ces enquêtes CACP, c'est d'avoir peu étudié les questions de validité. A travers l'expérience, pourtant, qui s'est accumulée depuis quelques années, on voit bien que de nombreux facteurs influencent la qualité des réponses. Un des premiers est certainement la confidentialité de l'entretien. Le lieu de l'interview est important, selon que cela se déroule dans un marché ou dans un ménage, on ne va pas parler de son comportement sexuel de la même façon. Il est important que les enquêteurs et les répondants correspondent selon les cultures en termes d'âge et de sexe, et qu'il n'y ait pas de trop grandes différences. Une jeune femme de 20 ans aura quelques difficultés à recueillir des données sur la sexualité d'une femme âgée de 35 ans avec des enfants. Bien entendu, la capacité de l'enquêteur à établir le contact est essentielle et cela demande un entraînement : parler de sexualité n'est pas une chose immédiate. L'ordre des questions est important. La nature des questions entraîne des taux de réponse très différents. L'utilisation de cartes a été peu pratiquée, mais elle permet, normalement, de faciliter l'interrogatoire : les codes sont inscrits, on facilite l'échange entre le répondant et l'interviewer. L'utilisation des questions administrées n'a pas été validée, pas plus que les techniques de réponse aléatoire. En général, on peut dire que les questions de validité pour les enquêtes CACP et les enquêtes sur le comportement sexuel souffrent d'un retard considérable. On ne sait pas bien ce que l'on mesure.

Pour donner un simple exemple, des femmes ont été interrogées selon le protocole OMS en Ouganda par Schopper et ses collaborateurs ougandais en 1992 :

Réponses données par les femmes selon le sexe de l'interviewer
(Ouganda. Schopper, 1992)

	Sexe de l'interviewer	
	Féminin	Masculin
	N = 282 %	n = 471 %
Non sexuellement active	8,9	8,5
Jamais mariée	6,7	8,7
Pas de sexe dernière année	12,4	5,7
Pas de sexe avec partenaire régulier, derniers mois	20,8	14,4
Sexe occasionnel, 12 derniers mois	1,2	1,9
Sexe occasionnel, dernier mois	3,2	0,9
Connaissance préservatif	25,9	26,5
Désire utiliser préservatif	13,7	33,1
MST dernière année	7,1	4,3

Les auteurs ont observé que selon que l'enquêteur est de sexe féminin ou masculin, les femmes répondent de façon différente pour au moins plusieurs variables importantes (cf. tableau ci-dessus). Je vous les cite rapidement : lorsqu'elles déclarent qu'elles n'ont pas eu de rapport sexuel au cours de la dernière année, il y a une variation importante selon le sexe de l'enquêteur. C'est vrai également pour d'autres variables importantes comme, par exemple, l'utilisation des préservatifs. Il y a donc un manque crucial de recherches portant sur les questions de validité.

On a vu également qu'en ce qui concerne les problèmes associés à la mesure des changements, peu de sociologues se sont lancés dans des recherches de type expérimental ou des enquêtes prospectives. Peu de sociologues également ont essayé d'aller plus loin en partant des enquêtes CACP pour essayer de réduire des notions relativement complexes en variables simples. Je vous donne deux exemples : la perception du risque qui reste un concept de type « boîte noire » - on ne se sait pas ce qu'on mesure - ou encore l'influence du statut de la femme sur l'utilisation ou la connaissance du préservatif. Le statut de la femme reste également un concept beaucoup trop complexe. Peu d'efforts ont été faits pour passer du compliqué au simple.

Les enquêtes qualitatives auraient pu jouer ce rôle de compagnon des enquêtes quantitatives mais cela ne s'est pas produit. Je ne puis donc pas vous fournir, par exemple, des résultats obtenus à partir des protocoles OMS, qui étaient explicitement des protocoles de type ethnographique et qui devraient compléter les enquêtes quantitatives. Cela est dû en partie à des difficultés internes au niveau de l'institution elle-même et à des changements de direction qui ont fait qu'on n'a pas pu promouvoir ces enquêtes de type qualitatif, comme on a pu le faire pour les enquêtes CACP. On a aussi observé pour les enquêtes de type qualitatif une absence de réponse, dans les pays, de la part des institutions sérieuses de recherche en sciences sociales.

Par contre on a vu se multiplier, parallèlement aux enquêtes CACP, ce qu'on appelle les RAP, les « rapid assessment procedures » qui sont d'origine anglo-saxonne, et qui sont des substituts à la recherche anthropologique de type sérieux, des enquêtes qualitatives rapides. C'est le cas, par exemple, de l'utilisation de « focus group ». On a vu se multiplier les études de « focus group » qui, en soi, est une technique qui peut être intéressante mais qui, dans les conditions dans lesquelles cela s'est pratiqué, n'a pas abouti à des données sérieuses. On a vu se multiplier les enquêtes rapides dans des groupes et au lieu de rester à un niveau d'aide à la décision elles se présentent sur le terrain scientifique avec des prétentions.

A l'OMS, après un mouvement de balancier qui a consisté à promouvoir fortement les enquêtes quantitatives de type CACP, on en revient aux enquêtes de type anthropologique et ethnologique. La nouvelle direction actuellement a identifié trois thèmes pour lesquels elle souhaite une collaboration dans les différents pays du monde. Ces trois thèmes sont : les réponses des ménages et des communautés face au sida, l'étude en profondeur des négociations sexuelles et le renforcement du pouvoir des femmes, en ce qui concerne ces négociations et les mesures de protection.

Les enquêtes CACP ne font plus l'objet d'une priorité de la part de l'OMS, sauf pour un domaine qui est apparu important. C'est celui de l'évaluation des activités des programmes nationaux. De nouveaux protocoles de recherche sont développés, des indicateurs d'impact des interventions et des activités des programmes nationaux ont été dégagés et les enquêtes de population vont être proposées dans des buts spécifiques d'évaluation des activités et des campagnes d'éducation.

Voilà un état des activités de promotion en matière de sciences sociales à l'OMS. Je voudrais dire pour conclure qu'à travers cette expérience de quelques années d'enquêtes quantitatives, on a observé un certain nombre de relations difficiles entre les sciences sociales et les hommes de santé publique. On a eu beaucoup de difficultés à intéresser les chercheurs au début de l'épidémie. Ceci probablement en grande partie parce qu'il n'y a pas de tradition de multidisciplinarité arrêtée dans les sciences sociales. Il y a un rejet, souvent justifié, des fondements de l'épidémiologie; il y a trop souvent une fascination pour le rituel, pour la tradition contre le changement et pour le milieu rural, dans la grande tradition des écoles anthropologiques et ethnologiques. Il y a une grande difficulté à changer de terrain, à changer d'activité et à se donner d'autres priorités. On a trouvé également que les chercheurs avaient une tendance à se cantonner dans les théories holistiques, c'est-à-dire, où on dit « tout est dans tout ». Et si cette approche se justifie face à des tentatives de découpage qui sont trop restrictives, elle aboutit aussi à des recherches extrêmement longues, confuses et qui, dans le cas d'une épidémie, posent problème. Enfin, on a observé une grande méfiance des chercheurs - cela a déjà été soulevé ce matin - à l'égard des interventions. Méfiance justifiée dans beaucoup de cas. Mais méfiance qui est aussi un obstacle au rapprochement entre les hommes de santé publique et les sciences sociales.

Du côté des sciences biomédicales - et l'OMS n'en manque pas -, on a observé peu de compréhension pour la spécificité des sciences sociales, pour le respect de ses méthodes. On a noté une tendance à la domination dans les agendas de recherche : les sciences sociales servent de roues de secours aux problèmes que se posent les épidémiologistes et les hommes de santé publique. Et, enfin, la formule est choquante, mais il y a eu peu d'intérêt pour une prévention qui aborde réellement les fondements de la prévention. Il y a un intérêt très fort pour une prévention immédiate mais il y a peu d'intérêt pour une prévention qui sort du cadre médical. Ceci n'est certainement pas une conclusion dans la mesure où ce sera l'objet de nos débats au cours de ces journées.

Commentaires des rapporteurs

Claude Raynaut

Il y a une chose qui est intéressante à retenir et sur laquelle il a bien mis l'accent : il n'y a pas de guerre, il y a une complémentarité - il devrait y en avoir une - entre enquête extensive et enquête approfondie. Et cette complémentarité, je crois qu'elle est possible si un certain nombre de préalables sont levés et si l'on sort de certains schémas simplistes. Tout d'abord, il ne faut pas qu'il y ait assimilation - ce qui est trop souvent le cas, de manière inconsciente - entre, d'un côté, le quantitatif et la rigueur et, d'un autre côté, le qualitatif et le flou. Il y a du quantitatif qui peut être totalement flou s'il est basé sur des catégories qui sont mal décou-

pées et mal conçues et il y a du qualitatif qui est extrêmement rigoureux par les protocoles qu'il met en œuvre. Et, parallèlement à cela, il y a une assimilation qui me paraît fautive entre qualitatif et sciences sociales et quantitatif et sciences de la matière et de la nature. Il y a des sciences de la matière et de la nature qui sont descriptives et qualitatives, et il y a beaucoup de sciences sociales qui ont recours au nombre et à la mesure. Il ne faut donc pas travailler sur des schémas qui sont trop opposés. Si on accepte l'idée qu'en face de soi les sciences sociales peuvent à la fois faire du qualitatif et du rigoureux ou, aussi bien, du quantitatif, on aura alors bien avancé.

D'autre part, je pense et cela ressort bien de ce que disait Michel Caraël, qu'il faut qu'il y ait une bonne

Eric Chevallier

Un premier point pour dire que je crois que l'un des effets positifs de l'épidémie c'est de réduire un peu, d'un côté, l'arrogance du milieu médical et, de l'autre, le splendide isolement des sciences sociales. On a l'impression - et peut-être que ce séminaire en est la démonstration - que les choses commencent à bouger et que les gens commencent à se parler.

Ma seconde remarque c'est que la communication de Michel Caraël a beaucoup tourné autour du problème de la validité : la question centrale de la validité du déclaratif. Et j'aimerais savoir si, concrètement, dans le travail que vous faites à l'OMS, vous avez pu réduire cette distance entre le déclaratif et la « réalité » du comportement.

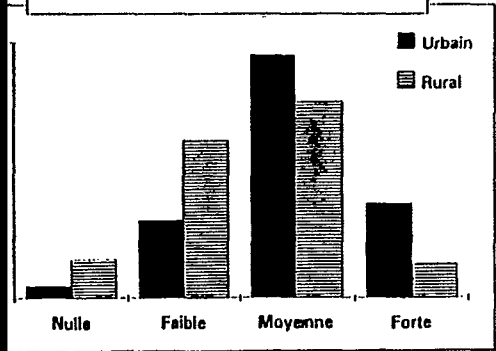
Une troisième réflexion : vous nous avez dit que les enquêtes CACP ne pouvaient pas servir à évaluer les changements à travers le temps et comme, par ailleurs, vous avez évoqué le fait qu'il n'y avait pas eu de réalisations d'enquêtes successives qui permettraient justement d'évaluer, en quelque sorte comment vous

Niveau de connaissance à propos du SIDA

pourcentages par sexe et habitat. Population générale (n=3001) Côte d'Ivoire (PI) - '89 BCR4.1

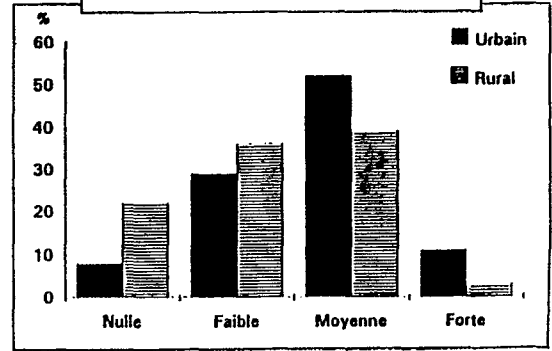
		Connaissances			
Habitat		Null	Faible	Moyenne	Forte
Hommes	Urbain	3%	18%	57%	22%
	Rural	9%	37%	46%	8%
Femmes	Urbain	8%	29%	52%	11%
	Rural	22%	36%	39%	3%

Niveau de connaissance Hommes



Investigateurs
Professeurs Seri DEDY & Gøze TAPE

Niveau de connaissance Femmes



Coordination
WHO/GPA/IDS/SSB

Sexe commercial au cours des 12 derniers mois.

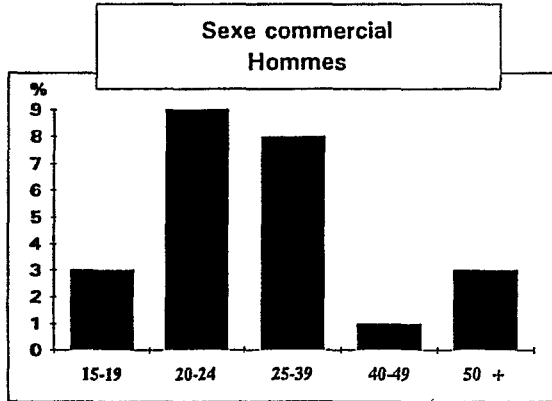
Pourcentage par sexe et classe d'âge. Population générale (n=2332)

TOGO (KABP) - '89
BCR2.1

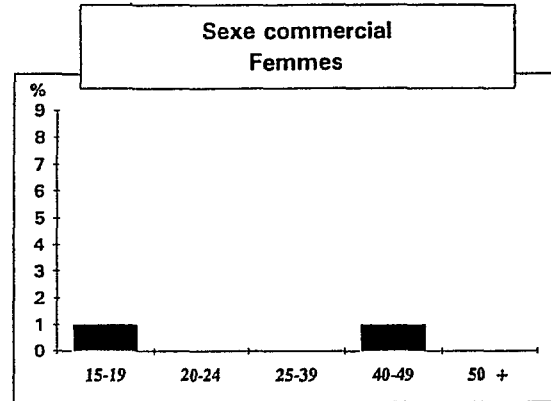
	15-19 ans		20-24 ans		25-39 ans		40-49 ans		50 ans et +		%
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
Sexe commercial	3	1	9	0	8	0	1	1	3	0	

Pour ceux qui pratiquent le sexe commercial :

% protégé par préservatif	0	0	12	-	9	-	0	0	0	-	%
% non protégé par préservatif	100	100	88	-	91	-	100	100	100	-	%



Investigateur
Mme Geneviève AWISSI



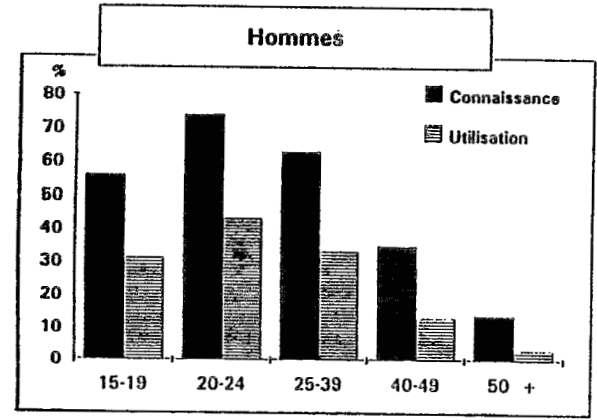
Coordination
WHO/GPA/IDS/SSB

Connaissance et utilisation du préservatif

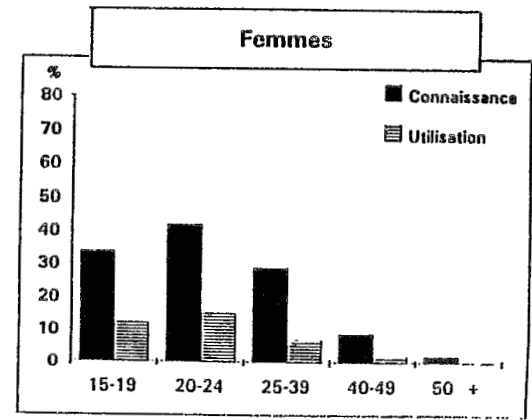
Pourcentages par sexe et classe d'âge. Population générale (n=3001)

Côte d'Ivoire (PR) - '89
BCR5.1

	15-19 ans		20-24 ans		25-39 ans		40-49 ans		50 ans et +	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Connaissance	56%	34%	74%	42%	63%	29%	35%	9%	14%	2%
Utilisation	31%	12%	43%	15%	33%	7%	13%	2%	3%	0%



Investigateurs
Professeurs Seri DEDY & Goze TAPE



Coordination
WHO/GPA/IDS/SSB