

Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines, discours sur une pandémie

*Karine Delaunay **

Des « groupes à risque » à la « vulnérabilité » : une succession de notions

On peut considérer, schématiquement, que trois grandes notions se sont succédé depuis les débuts de la pandémie de sida pour rendre compte de la diffusion de l'infection à VIH et orienter les politiques de prévention : à l'identification de « groupes à risque » a succédé une approche en termes de « comportements à risque » qui, elle-même, tend aujourd'hui à céder la place à une analyse mettant au premier plan la « vulnérabilité » individuelle et collective. Je voudrais d'abord tenter de replacer ces différentes notions dans le contexte du « discours médico-préventif » [Fabre, 1993] dominant.

Les procédures d'identification du sida en tant que maladie nouvelle, dont les premiers cas furent signalés en 1981, passaient par la construction d'une pathologie homogène au-delà de la diversité des symptômes observés chez les malades¹. En l'absence d'un modèle étiologique établi, cette construction a conduit à rechercher ce que ces malades avaient en commun et, partant, à les constituer en groupes [Péchu, 1992 : 44]. En l'occurrence, la maladie, qui était alors mortelle à très brève échéance, fut d'abord observée dans des villes de la côte ouest des États-Unis d'Amérique, chez de jeunes hommes, dont les médecins relevèrent qu'ils étaient homosexuels, qu'ils avaient des rapports sexuels fréquents et des partenaires multiples, et qu'ils étaient généralement usagers de drogues euphorisantes. Ainsi, les premiers énoncés sur le sida, en 1981, firent-ils référence à l'hypothèse d'un « style de vie homosexuel » prédisposant à un dysfonctionnement

* Historienne, associée IRD, Côte-d'Ivoire.

L'ensemble de la réflexion proposée ici a été initié dans le cadre de ma participation au projet de recherche « Organiser la lutte contre le sida. Une étude comparative sur les rapports État-société civile en Afrique ». Ce projet a été financé par l'ANRS et coordonné par M.-É. Gruénais (IRD).

1 En effet, ce qui a été identifié comme un « syndrome d'immunodéficience acquise » (donnant naissance au sigle AIDS, SIDA en français qui lui-même a pris ensuite la forme de l'acronyme actuel, sida) se manifeste cliniquement par des affections diverses ; si le sarcome de Kaposi (affection maligne de la peau) et une forme particulière de pneumonie furent les premiers « marqueurs » dans l'identification des cas, cette dernière révéla l'existence d'autres infections dites opportunistes, c'est-à-dire également associées à un déficit immunitaire.

immunitaire, ces énoncés ayant procédé par généralisation à partir de l'observation d'un nombre réduit de cas [Oppenheimer, 1988 : 271]. Tandis que le repérage de nouveaux cas renforçait la thèse d'un agent infectieux transmissible, sans pour autant disqualifier la mise en cause d'un « environnement social », leur enregistrement par les centres de surveillance épidémiologique et l'OMS reposa sur la définition de « groupes à risque ». S'il s'agit là d'une notion a priori neutre en ce qu'elle entend rendre compte de la fréquence statistique de la maladie à un moment et dans un contexte d'observation donnés, sa mise en œuvre se fondait, en la circonstance, sur « des facteurs hypothétiques de risque » et opérait là encore « par isolement des caractéristiques communes » aux cas observés [Pollack, 1988 : 129]; surtout, par généralisation à partir de ces cas, elle produisit des effets de désignation et de stigmatisation de « communautés ».

1985 marquait l'entrée de « l'épidémie de sida [...] dans une phase nouvelle » [Grmek, 1990 : 149]. D'une part, la découverte du virus du sida puis l'identification de ses différents modes de transmission (sexuel, sanguin, materno-fœtal), entre 1983 et 1985, avaient permis la construction d'un modèle étiologique scientifiquement admis qui « désenclavait » définitivement le sida de l'hypothèse des styles de vie [selon l'expression de A. Giami, 1996 : 280]. D'autre part, l'épidémie tendait non seulement à s'étendre en dehors des « groupes à risque » antérieurement identifiés mais aussi à se « mondialiser », conduisant à la création du GPA (*Global Program on AIDS* ou Programme mondial sur le sida) au sein de l'OMS; la situation en Afrique apparaissait particulièrement préoccupante, attestant du même coup d'une propagation active du virus par voie hétérosexuelle qui avait été largement ignorée ou niée [Grmek, 1990 : 73-78, 157]. Enfin, la mise à disposition de tests de dépistage, à partir de 1985, faisait apparaître l'existence d'une population séropositive, porteuse du virus et donc potentiellement contaminante, mais n'ayant pas développé la maladie et dont on ne savait prédire avec certitude dans quelle proportion et à quelle échéance elle la développerait effectivement, posant de nombreux problèmes éthiques et sociaux. En rendant ainsi « objective une réalité invisible » [Setbon, 1993 : 23], la possibilité de dépister l'infection tendait à généraliser le risque et contribuait à transformer le sida en problème de santé publique. Dès lors, la question du sida ne pouvait plus être énoncée seulement selon une procédure descriptive « assignant » le risque à certaines catégories de personnes; elle ouvrait le problème de la gestion de ce risque, gestion collective mais aussi individuelle. Dans un contexte où disparaissaient assez vite les espoirs de découverte rapide d'un vaccin et de mise au point d'un traitement curatif, la prévention était appelée à jouer un rôle de premier plan. Outre l'implication directe des pouvoirs publics et de l'OMS en matière de dépistage des dons de sang en vue de prévenir le risque collectif associé à la transfusion sanguine, cette prévention a reposé, pour l'essentiel, selon les recommandations de l'OMS, sur la « responsabilisation individuelle ». Celle-ci mettait au premier plan la notion de « comportements » (et/ou de « pratiques »), notamment ceux relevant du plus intime de la vie de chaque individu, les comportements sexuels. Aussi bien au Nord qu'en Afrique, tandis que les messages préventifs s'attachaient à faire du sida à la fois une menace potentielle pour chacun et une maladie évitable par chacun, dès lors qu'il adopte des comportements

réduisant le risque d'infection (réduction du nombre de partenaires, puis, dès que son efficacité a été prouvée, en 1986, utilisation du préservatif), étaient lancées, en amont, de grandes enquêtes sur les comportements sexuels, d'abord à l'initiative de l'OMS².

Dans les années quatre-vingt-dix, l'épidémie s'affirme comme pandémie : elle affecte sévèrement l'Asie puis s'étend en Europe de l'Est tandis qu'elle progresse dans les différentes régions de l'Afrique subsaharienne, continent le plus touché dans le monde. Dans ce contexte, l'OMS appelle à la mobilisation « communautaire », comme en témoigne le mot d'ordre donné à la journée mondiale du sida en 1992, « les communautés s'engagent » : aux côtés des autorités politiques, les différentes composantes de la « société civile » doivent contribuer à faire face à la menace du sida sous ses différents aspects (infection, maladie et conséquences de celle-ci, y compris dans les attitudes face aux personnes atteintes). Parallèlement, les études comportementales sont infléchies dans le sens d'une « plus juste prise en compte de la dimension relationnelle », cherchant « moins à expliquer intégralement les comportements selon un schéma de causalité linéaire et davantage à “rendre compte” de ce qui se joue dans les diverses situations étudiées » [Campenhoudt, 1998 : 78]. La question du sida tend ainsi à être contextualisée et, face à l'évolution de la prévalence, s'impose l'idée que le sida suit les lignes de fracture sociale, que celles-ci soient appréhendées en termes de précarité au Nord ou de pauvreté au Sud. Dans ce cadre, la notion de « comportements à risque » tend à être reformulée en référence à des « situations » et une notion va tendre à devenir incontournable, la « vulnérabilité ». Renvoyant à l'existence, antérieurement identifiée, de certains « cofacteurs » biologiques augmentant le risque d'infection par le VIH chez certains individus, notamment le fait d'avoir antérieurement contracté une MST, la notion de vulnérabilité s'est aussi appliquée à la gestion du risque. Dans ce cadre, elle est entendue comme « la résultante de facteurs personnels, sociaux ou en rapport avec des institutions ou des services qui vont déterminer l'adoption de comportements ou la survenue de situations qui peuvent aboutir à l'infection par le VIH » [Tarantola, 1997 : 25]. La notion de vulnérabilité étant plus particulièrement mobilisée au sujet de catégories dominées ou marginalisées, elle tend à faire du sida un risque passif pour celles-ci : « être vulnérable au VIH-sida » signifie alors « être pratiquement ou complètement désarmé face au risque d'infection par le VIH³ » [Onusida, 1995 : 6]. Élaborée au début des années quatre-vingt-dix par une équipe démissionnaire du Programme mondial sur le sida de l'OMS, cette notion est devenue aujourd'hui l'un des arguments de la « réponse élargie » prônée par le Programme des Nations unies sur le sida (Onusida) qui a succédé en 1996 au GPA. Dans un contexte où « l'écart » Nord-Sud s'impose avec évidence en référence à un inégal accès aux traitements qui,

2 Les enquêtes CACP-CAP (connaissances, attitudes, croyances, pratiques) et RP (relations entre partenaires).

3 Plus exactement, les modalités de qualification du risque ont évolué. Comme l'indique M. Setbon [1993 : 67-68] à propos de la France, au milieu des années quatre-vingt, une distinction actif/passif a bien été *de facto* opérée mais en considération des modes de contamination (sexualité/transfusion), la responsabilité politique étant restreinte aux « conséquences moralement insupportables » de l'infection à VIH.

depuis quelques années, ont fait naître « l'espoir⁴ », la vulnérabilité en est venue à rendre compte de situations globales prévalant au Sud, secondairement en Europe de l'Est, et elle est invoquée de manière récurrente au sujet de l'Afrique.

À passer en revue les principales notions utilisées pour rendre compte de l'infection à VIH, on fait apparaître une évolution qui, en première lecture, va dans le sens d'une meilleure appréhension de la complexité des facteurs intervenant dans la gestion du risque. On assiste en effet à un réaménagement du système de causalités mis en œuvre par le raisonnement probabiliste légitimant le concept de risque, réaménagement qui s'accompagne d'un infléchissement du contenu opératoire de ce concept dans le discours préventif selon que les préoccupations sanitaires se développent sur un axe sécuritaire ou sur un axe humanitaire. Dans ce cadre, on a bien affaire à une succession de notions: la désignation de groupes à risque n'est guère compatible avec les messages de responsabilisation individuelle, lesquels n'ont plus guère de sens face à un risque déterminé par des situations socioéconomiques. Or force est de constater aussi que le processus de généralisation, faisant de plus en plus du sida un risque passif, s'accompagne d'une particularisation du Sud, notamment de l'Afrique. Et, de ce point de vue, l'idée, prédominante aujourd'hui, d'une Afrique « vulnérable » à l'infection par le VIH n'est pas sans faire écho à celle d'une Afrique « berceau du sida » qui, comme on va le voir, prévalait dans la première moitié des années quatre-vingt. C'est sur cette construction que je voudrais maintenant revenir.

D'une Afrique « berceau du sida » à une Afrique « vulnérable » à l'infection à VIH: une construction à la croisée de différentes logiques

Les différentes notions que l'on vient de voir fonctionner ne se sont en fait jamais totalement substituées l'une à l'autre; ainsi, la succession évoquée n'exclut-elle pas certaines formes de superposition, à la croisée de différentes logiques, souvent récurrentes, diversement infléchies selon les périodes et les contextes. Ce qui est ici en jeu ne relève pas seulement du dispositif de lutte contre le sida en lui-même mais aussi des représentations du monde social construites et véhiculées par cette lutte, représentations pouvant être travaillées par des tensions entre « discours concurrents » (pour reprendre l'expression de G. Seidel, 1993).

Logique de classement et imputation

Dans la première moitié des années quatre-vingt, a prévalu une logique de classement conduisant à regrouper les cas recensés selon des facteurs de risque. Ceux-ci demeurèrent étroitement associés, dans les représentations du sida, aux « styles de vie » de groupes minoritaires, généralement caractérisés, selon le vocabulaire du

4 Je reprends là le thème de la Journée mondiale du sida de 1996, « Unis dans l'espoir », qui faisait référence à l'émergence des trithérapies au Nord (les résultats d'essais thérapeutiques rendus publics la même année ayant montré qu'elles pouvaient restaurer significativement le système immunitaire des personnes infectées par le VIH) et le thème de la Conférence internationale sur le sida tenue en 1998 à Genève, « Réduire l'écart ».

moment, par la « promiscuité » (sexuelle). Le décalage entre les effets de désignation des cibles privilégiées de la maladie et l'incertitude médicale quant aux modalités réelles de leur exposition au risque, donnant lieu à de multiples interprétations, a pu faire naître « chez beaucoup d'homosexuels le sentiment qu'ils étaient dénoncés moins pour ce qu'ils faisaient que pour ce qu'ils étaient » [Pollack, 1988 : 12]. La logique épidémiologique de classement ouvrait ainsi la voie à une logique plus large de stigmatisation de l'Autre en tant que porteur potentiel et transmetteur de la maladie. Elle trouva d'autant mieux à se déployer dans l'opinion publique que les centres de surveillance épidémiologique américains en venaient eux-mêmes à construire, en 1983, un groupe à risque « haïtien » après que des cas de sida eurent été repérés chez des immigrés d'origine haïtienne dont le mode de contamination était alors déclaré inexplicable et mystérieux, voire inexplicable [Farmer, 1996 : 299-302]. En poussant ainsi à son extrême une procédure d'« essentialisation » du risque qui désignait une population comme « vecteur du sida » en soi, la stigmatisation s'infléchissait en imputation.

De la sorte, bien que les cas de sida aient d'abord été identifiés au Nord, l'hypothèse selon laquelle les origines du virus devaient être recherchées au Sud, chez un Autre lointain et étranger, a rapidement prévalu. En l'occurrence, « ceux-là mêmes qui venaient d'établir l'entité et l'étiologie biomédicale du sida (et tout particulièrement le célèbre professeur Robert Gallo) énoncèrent un récit de l'épidémie dont les diverses versions proposaient toutes l'Afrique comme sa terre d'origine ou d'élection » [Dozon, 1991 : 148]. Furent ainsi réactivés, au passage, nombre de stéréotypes de l'exotisme, dont cette sorte de « proximité » particulière à la nature et la pratique de rituels liés au sang mises en exergue dans les diverses spéculations sur une éventuelle transmission d'un virus mutant du singe à l'homme. L'hypothèse de l'origine africaine du virus du sida fut largement relayée par les médias et est demeurée prégnante dans l'opinion, bien que la recherche des origines ait alors davantage relevé d'une quête de « la Cause » que d'une problématique proprement scientifique. À la mobilisation, au Nord, des organisations homosexuelles et à celle des représentants de la communauté haïtienne immigrée aux États-Unis contre les préjugés véhiculés à leur endroit, firent pendant, en Afrique, le silence et le déni, la non-déclaration des cas à l'OMS de la part de différents pays et le boycott du premier symposium sur le sida en Afrique tenu à Bruxelles en 1985. Plus largement, prirent corps, en Afrique comme en Haïti, toute une série de rumeurs retournant à l'expéditeur la question des origines.

Logique de classification et discours « médico-moral »

La construction d'un modèle étiologique scientifiquement admis, dans les années 1983-1985, a permis au discours médical de renforcer son pouvoir de référence. Ce phénomène allait faciliter la création, au Nord, des premières associations de prévention et de soutien aux malades, précédant parfois l'engagement des pouvoirs publics. En Afrique, le développement de l'épidémie et la création d'un programme spécifique au sein de l'OMS (susceptible de drainer des aides internationales) allaient conduire les différents États à procéder, dans les années 1986-1988, à la mise en place de programmes nationaux de lutte

contre le sida (PNLS) et à établir ainsi une collaboration étroite avec l’OMS. Du point de vue épidémiologique, la construction d’une étiologie s’est accompagnée d’une recomposition de la logique de classement en une logique de classification fondée sur les modes de transmission du virus. Dans un contexte où le sida tendait à émerger dans l’espace public, cette classification ouvrait elle-même la voie à la mise en œuvre d’une logique de distribution de valeurs (ou de valorisation) prenant pour base l’évaluation du risque de transmission. Celle-ci opéra notamment à l’endroit des pratiques sexuelles, au centre de la prévention du risque individuel, et qui, dès lors qu’elles étaient entendues comme « type de contact sexuel susceptible de transmettre l’infection à VIH », pouvaient être analysées à l’aune d’une opposition entre « le “bon” et le “mauvais” sexe », procédant elle-même d’une « opposition morale entre le “bien” et le “mal” » [Giami, 1995 : 19, 22].

La mise en œuvre de ces logiques de classification et de valorisation tendit à renforcer encore cette sorte de « spécificité » de l’Afrique que la quête des origines du virus avait mise en exergue. L’opération de classification fit d’emblée du mode de transmission hétérosexuel la principale caractéristique du « sida africain » et l’associa à l’expansion rapide de l’épidémie dans cette région du monde. C’est ce qu’entérinait la typologie des profils épidémiologiques élaborée par l’OMS en 1986-1987 en distinguant les pays d’Amérique du Nord et d’Europe de l’Ouest, représentatifs d’un type I à transmission homo- et bisexuelle dominante, des pays d’Afrique subsaharienne, regroupés dans un type II (incluant aussi les Caraïbes) caractérisé par une transmission hétérosexuelle, à laquelle furent attribués 80 à 90 % des cas de contamination⁵. Dès lors, par induction de la transmission hétérosexuelle à la population générale, s’imposait l’idée, pour reprendre une formulation journalistique, qu’« en Afrique, il n’y a pas de groupes à risque mais des peuples entiers » [*Africa International*, juin 1989 : 53], donnant naissance à des scénarios catastrophes quant au dépeuplement possible de certaines régions. Il ne s’agit pas de nier l’importance des taux de prévalence alors relevés au sein de la population sexuellement active dans certaines régions d’Afrique. Mais force est néanmoins de relever que ce que A. Giami [1996] a appelé « la théorie sexuelle du sida », qui, dans les représentations, fait de la sexualité, et particulièrement du « sexe des autres », la « cause » essentielle du déclenchement et du développement de l’épidémie, a dominé les interprétations à l’endroit de l’Afrique. En effet, comme l’ont montré Packard et Epstein [1991], la transmission hétérosexuelle du virus constitua, vis-à-vis de l’Afrique, le paradigme à partir duquel furent construites et exploitées les enquêtes épidémiologiques, conduisant à minimiser ou écarter d’autres modalités d’exposition au risque d’infection. L’analyse allait

5 Rappelons simplement que, dans des contextes africains où la prescription de transfusion était relativement fréquente, les dispositifs de sécurité transfusionnelle furent initiés lors de la mise en place des PNLs; ils ont concerné d’abord le dépistage des poches de sang centralisées dans les banques de sang et subsistent encore aujourd’hui des risques importants de transmission lors de transfusions effectuées dans les structures périphériques de divers pays [Kérouédan *et alii*, 1994; Emmanuel, 1996]... Il est vrai qu’une classification des cas d’infection par le VIH considérant la transmission directement et indirectement imputable à la transfusion sanguine n’est pas plus opérée en Afrique qu’en France.

ainsi se focaliser sur « l'activité sexuelle » que les enquêtes quantitatives élaborées par l'OMS allaient s'attacher à « mesurer »⁶.

Cette focalisation infléchit notablement la mise en œuvre de la logique de valorisation. Celle-ci ne s'exerça pas tant à l'endroit des « pratiques sexuelles » mais réactiva bien davantage une interprétation en termes de « styles de vie » : la distinction entre « bon » et « mauvais » sexe s'exerça en référence à la notion déjà ancienne de « promiscuité », favorisant ainsi la mise en œuvre d'un « discours médico-moral » [Seidel, 1993]. L'opposition première « multipartenariat *vs* fidélité » avait rapidement donné lieu, au sein des différents États africains, à l'identification d'un groupe transmetteur du virus, mettant en cause une nouvelle minorité, cette fois féminine : les « prostituées ». Y furent associées les « femmes libres », ce qui tendait à assimiler *de facto* sexualité féminine « non contrôlée » maritalement et multipartenariat et à regrouper des situations diverses sous le label « sexe commercial⁷ ». Plus radicalement, ce premier binôme a pu donner lieu à l'opposition « vagabondage sexuel *vs* union stable » à laquelle se surimposa celle de « culture polygame *vs* culture monogame ». Par généralisation, l'argumentaire comportemental tendit ainsi à être reformulé en argumentaire culturel, ouvrant la voie à une interprétation strictement culturaliste. On put ainsi s'attacher à distinguer un « modèle africain de sexualité », caractérisé notamment par sa « permissivité » vue comme partie intégrante de la culture, d'un « modèle eurasiatique ». Ce schéma, issu d'une publication de sciences sociales qui entendait jeter les bases d'une « *good and culturally sensitive social research* » [Caldwell *et alii*, 1989 : 225], a coexisté avec la version médiatique d'une « boulimie » sexuelle qui, pensée comme « déviante », n'en était pas moins rapportée à une « culture africaine », ainsi qu'avec une version purement raciologique d'une « sexualité négroïde » génétiquement déterminée [voir les analyses de Bibeau, 1991 : 133-143; Dozon, Fassin, 1989 : 24-25; Packard, Epstein, 1991 : 773-776]. Jouant parallèlement de contre-appositions entre ville et campagne comme entre « tradition » et « procès de civilisation », cet argumentaire a pu être diversement infléchi, donnant lieu à l'émission de diverses hypothèses quant aux « chemins de dissémination » du virus. Ceux-ci impliquèrent rapidement les camionneurs comme clients de prostituées puis tendirent à substituer à une focalisation initiale sur les élites la mise en cause du rôle des travailleurs migrants. Parallèlement, les PNLS y trouvèrent d'une certaine façon l'opportunité de recentrer leurs propres énoncés sur les « inconduites » d'une jeunesse urbaine cherchant à s'émanciper du contrôle social des aînés.

Ce type d'analyse trouvait d'autant mieux à se déployer que le dispositif préventif mis en place en Afrique favorisait lui-même une approche non strictement médicale. En particulier, si l'accès au test de dépistage a été partie prenante des politiques publiques développées au Nord (bien qu'il y ait été diversement orienté selon les pays), ce ne fut pas le cas en Afrique où la possibilité du dépistage fut essentiellement

6 Je reprends par ces termes l'intitulé d'une présentation de M. Caraël [1995] des enquêtes CACP dans les pays en développement.

7 Sur les premières notations assimilant prostitution et célibat, voir Packard, Epstein [1991 : 774]; sur la notion de sexe commercial dans les enquêtes de l'OMS voir Caraël [1995 : 61] et sur sa critique voir Vidal [1995 : 15-16].

exercée en liaison avec le dispositif de sécurité transfusionnelle. Malgré une phase où des sessions de formation au « dépistage-conseil » furent organisées, au tournant des années quatre-vingt, l'OMS décida, sous la pression de la coopération américaine, que l'accès au dépistage volontaire n'était pas une priorité en termes de coût/efficacité, au vu des ressources en infrastructures et en personnels des systèmes de santé existant au Sud [Lavollay, 1996]. Dès lors, le sida demeura très officiellement défini en Afrique selon les critères de Bangui (1987), fondés sur la description symptomatologique de la maladie, puis sur les critères d'Abidjan (1992) qui n'incluaient le test de dépistage qu'en confirmation d'un diagnostic clinique. Aucune de ces définitions ne prenait donc en considération la phase de séropositivité asymptomatique⁸, contribuant à façonner les représentations de la maladie [Vidal, 1996 : 180-185] et à exacerber l'impuissance biomédicale des acteurs de santé du Sud, partant le désarroi des malades, de leurs proches et des personnels soignants (auquel tenteront de faire face diverses initiatives locales⁹). Encore aujourd'hui bien peu de centres de dépistage anonyme et gratuit existent en Afrique. L'action des PNLs s'est trouvée ainsi très étroitement orientée vers la prévention qui, reposant comme partout sur la « responsabilisation individuelle » et la promotion du préservatif, ne pouvait guère se réaliser, dans ces circonstances, qu'à travers un message culpabilisateur de « la faute » ayant pour sanction la mort. Cette situation n'est sans doute pas indifférente à la forte implication des milieux religieux dans différents pays, à la fois dans l'élaboration d'un message préventif (faisant du préservatif un ultime recours après l'abstinence et la fidélité) et dans l'accompagnement des malades.

La vulnérabilité comme produit d'une logique de catégorisation

En dissociant de la sorte prévention et prise en charge médicale et psychosociale, les directives données par l'OMS contribuèrent à créer un clivage entre Nord et Sud dans les politiques de lutte contre le sida. Elles orientèrent de fait les actions conduites en Afrique vers les contextes sociaux ou plutôt vers la modification de cet « environnement à risque » qu'évoquait le responsable du GPA, Michael Merson, à la VII^e conférence sur le sida en Afrique tenue à Yaoundé en 1992. C'est précisément ce qui va marquer les années quatre-vingt-dix. Cette dernière période est caractérisée par la diversification des acteurs intervenant dans la lutte contre le sida. La crise institutionnelle interne que connaît le GPA, conduisant à la démission, en 1990, de celui qui en avait jusqu'alors été le responsable, Jonathan Mann, s'accompagne du développement de programmes bilatéraux au détriment du rôle joué précisément par l'OMS dans l'acheminement des aides et la définition d'une politique internationale. Parallèlement, les relais de prévention se multiplient avec l'in-

8 L'élaboration, au Nord, de critères plus fins, à la fois cliniques et biologiques, pour décrire l'évolution conduisant de l'infection à la maladie (distinguant plusieurs stades au sein de la phase asymptomatique) est à relier aux essais thérapeutiques qui y ont eu lieu en vue de retarder l'apparition des maladies opportunistes et de ralentir, sinon d'empêcher, la réplication du virus (préconisant un traitement de plus en plus précoce).

9 Au sujet des problèmes rencontrés face à l'annonce de la séropositivité mais aussi de la pratique de dépistage à l'insu des patients de la part des médecins, soit dans le cadre de leur activité de cliniciens soit dans le cadre du suivi sentinelle de la séroprévalence, voir Collignon *et alii* [1994].

tervention d'un nombre croissant d'ONG et d'associations tant du Nord que d'Afrique, intervention encouragée par les organismes internationaux qui se montrent de plus en plus critiques envers les PNLs. Ceux-ci se voient notamment reprocher la trop grande verticalité de leur structure qui était pourtant partie intégrante des directives internationales ayant présidé à leur naissance [Fassin, 1994].

Les registres d'analyse tendent alors à être réaménagés: en particulier, la problématique du développement devient un argument d'intervention plus directe pour des organismes tels que la Banque mondiale, le Pnud ou la Banque africaine de développement. Plus largement, cette problématique tend à infléchir la mise en perspective contextuelle du sida. Elle fait apparaître l'épidémie comme une menace majeure vis-à-vis des « efforts de développement » consentis jusqu'alors mais aussi comme une « maladie de la pauvreté » dans des contextes africains où les mesures d'ajustements structurels imposés aux États ont affecté les conditions de vie des ménages. Dans ce contexte, des « voix dissidentes » [Seidel, 1993 : 175] se font davantage entendre, notamment en ce qu'elles prennent appui sur les expériences d'ONG et/ou la conduite de recherches-actions. Prennent ainsi forme des « discours concurrents » vis-à-vis du schéma précédemment mis en œuvre. Pour simplifier, on peut identifier: d'une part, un discours d'inspiration féministe qui entend replacer la problématique du sida dans l'ensemble des relations sociales entre sexes, s'opposant ainsi au discours médico-moral tendant pour sa part à stigmatiser les femmes comme principaux vecteurs de l'épidémie; d'autre part, une approche non seulement sociologique mais plus volontairement « matérialiste » en ce qu'elle vise plus particulièrement à déconstruire les interprétations culturalistes de l'expansion du sida, cela en appréhendant les différents aspects de l'exposition au risque d'infection par le VIH en relation avec les conditions de vie des individus et des groupes sociaux concernés; enfin, un discours des Droits de l'homme et de l'éthique contre les discriminations (que J. Mann avait d'abord tenté de défendre à la tête du GPA), discours universaliste qui refuse la coexistence d'un sida du Nord et d'un sida du Sud y compris dans la formulation des politiques de prévention et de prise en charge.

Les logiques préexistantes trouvent alors de nouveaux axes d'articulation. Les enquêtes quantitatives du type CACP ayant elles-mêmes « mesuré » combien il était délicat de parler « d'une » sexualité africaine et pris la mesure du décalage existant entre connaissance et comportements, ces logiques ne s'exercent plus tant en référence à l'activité sexuelle qu'à des situations et des pratiques. En « désenclavant » les discours sur le sida d'une approche en termes de « promiscuité », elles se recentrent ainsi sur les facteurs de risque. Reste que ces facteurs sont classifiés selon une procédure de distribution de valeurs. Celle-ci persiste cependant à ne pas reposer sur l'évaluation à proprement parler du risque de transmission du VIH selon le type de contact sexuel mais prend appui sur l'identification de situations sociales et pratiques culturelles estimées exposer au risque d'infection, dans un contexte où « la transmission hétérosexuelle » du virus est désormais associée à l'Afrique¹⁰. Donnons un exemple: les risques de transmission par pénétration

10 Et ce, contrairement aux discours préventifs du Nord qui ont traité d'un vaste ensemble de pratiques sexuelles en vue de promouvoir le « *safer sex* » (sexe à moindre risque), il est vrai particulièrement vis-à-vis des homosexuels.

anale non protégée ne sont jamais traités en tant que tels dans les discours préventifs développés à l'endroit de l'Afrique, mais on parlera volontiers de l'exposition particulière des jeunes femmes au risque d'infection. On précisera alors éventuellement, dans certains documents, qu'outre les caractéristiques physiologiques du col utérin des jeunes femmes augmentant le risque lors d'une pénétration vaginale, le rapport anal est « souvent préféré parce qu'il préserve la virginité et évite la grossesse » [Onusida, s. d. : 2].

Tout se passe donc comme si le produit de la logique de valorisation constituait désormais le prédicat à partir duquel sont classés les risques, ce qui conduit simultanément à appréhender ceux-ci à partir de différents registres.

L'un de ces registres concerne les facteurs d'expansion du sida dans un contexte où, depuis la seconde moitié des années quatre-vingt, est posé le problème de l'inégale répartition géographique de la prévalence en Afrique et de son évolution. Puisant une nouvelle fois dans une interprétation strictement culturaliste de la réalité, sont alors identifiées des pratiques « positives » et « négatives » [voir l'analyse de Vidal, 1996 : 156-169] que certains vont entreprendre de cartographier. Au titre des premières, est particulièrement mise en avant la circoncision. Vue comme une « protection » contre l'infection à VIH, elle est dès lors déconnectée de l'ensemble des mutilations sexuelles que des ONG et certains gouvernements (avec l'appui d'organisations internationales) s'attachent par ailleurs à condamner comme « pratiques traditionnelles néfastes » à l'encontre des femmes. À l'inverse, le lévirat (désignant le fait qu'une veuve soit « remariée » à un frère du défunt) a été stigmatisé comme une « coutume » négative. Vue comme favorisant la diffusion de la maladie, cette pratique est alors déconnectée des considérations ayant précédemment fait de l'instabilité des unions un élément de la dynamique de l'épidémie et de ce corpus de représentations occidentales faisant de la « solidarité africaine », notamment de la solidarité familiale, une réponse mécanique aux conséquences du mal¹¹.

Un autre registre concerne les facteurs d'exposition au risque d'infection à VIH dans un contexte où l'évolution des *sex-ratios* de prévalence semble particulièrement préoccupante, montrant l'infection d'un nombre croissant de femmes jeunes. Les situations de transmission sont alors divisées en « actives » et « passives ». Les prostituées, dont les représentations persistent à en faire des « vecteurs du sida », mais dont diverses études ont montré qu'elles étaient en mesure d'adopter des comportements à moindre risque (du moins celles exerçant une prostitution de métier), coexistent désormais avec les femmes mariées comme « victimes » du comportement de leur mari à l'extérieur du foyer. Si cette dernière figure n'est pas infondée, elle n'en devient pas moins problématique dès lors que l'on érige le fait d'être mariée en « facteur de risque majeur » pour les femmes [Pnud, 1992] et que cette situation est prise comme emblématique d'un statut spécifique de « la femme

11 Le lévirat pourrait tout aussi bien être considéré comme un mode de prise en charge des veuves et de leurs enfants ; s'il y a un risque de transmission du VIH, il ne tient pas au lévirat en lui-même mais aux problèmes d'accès des femmes au dépistage et à la connaissance de leur statut sérologique comme aussi à la prise en charge des personnes malades [Le Palec, in Collignon *et alii*, 1994 ; Taverne, 1996].

africaine ». Elle l'est tout autant que la figure où « l'Africain » est vu comme opposé à l'utilisation du préservatif. Elles tendent l'une et l'autre à placer les populations africaines « dans la situation de boucs émissaires d'une épidémie abusivement imputée à des cultures défailantes ou inadaptées » [Vidal, 1996 : 162].

Les énoncés produits procèdent ainsi par réduction : entre la circoncision et la limitation éventuelle du risque d'infection au VIH, il y a probablement l'idée d'un moindre risque de contracter une MST ; entre le lévirat et le risque de diffusion de l'infection, il y a le problème de l'accès à l'information et au conseil ; entre tout individu et l'exposition au risque de transmission sexuelle du virus, il y a, entre autres, la difficile question de la négociation du préservatif, particulièrement dans le cadre conjugal, surtout quand son utilisation a été associée à la fréquentation des prostituées dans les messages préventifs. Ces mêmes énoncés opèrent aussi par généralisation : à partir de l'observation de certaines situations et pratiques sont mis en cause des statuts et des normes culturelles vus comme immobiles. En sorte qu'ils relèvent globalement d'une logique de catégorisation qui conduit à distinguer des dominants et des dominés, des libres et des dépendants, des actifs et des passifs, des transmetteurs et des victimes, etc. Or les « voix dissidentes » évoquées plus haut ont pu elles-mêmes se trouver prises dans cette logique. Le discours d'inspiration féministe, centré sur le concept de genre, était en mesure de replacer la problématique du sida dans l'ensemble des relations de pouvoir entre hommes et femmes. Il a perdu une partie de sa pertinence par l'infléchissement de cette analyse relationnelle en une approche tendant à faire du pouvoir un attribut discriminant, c'est-à-dire détenu par les hommes, dont les femmes seraient dépossédées et qu'il faudrait renforcer parmi elles, comme l'indique la référence aujourd'hui récurrente à la notion d'*empowerment* à l'endroit des femmes. Cet infléchissement paraît s'être lui-même opéré dans un double mouvement de réduction et de généralisation : réduction des rapports entre hommes et femmes à la seule gestion de la sexualité ; généralisation de la notion d'*empowerment* comme « solution » face aux différents facteurs et situations de risque identifiés, depuis la négociation de la sexualité jusqu'à l'accès aux soins. Le discours « matérialiste » apportait, pour sa part, des éléments d'appréciation de l'intrication complexe entre le « phénomène sida » et les systèmes de positions socioéconomiques considérés dans leur dynamique historique. Il s'est tendancielleme nt réduit à une évaluation des déterminants structurels de la pandémie, occultant virtuellement de la sorte les dynamiques en œuvre pour ne retenir que des situations globales telles que « la pauvreté » et entretenant ainsi des liens ambigus avec l'idéologie plus proprement développementaliste des agences de coopération. Enfin, en liaison avec cette évolution des approches « féministe » et « matérialiste », le discours universaliste des droits des individus s'est vu progressivement reformuler en un discours des besoins de groupes sociaux particuliers ; cet aspect est particulièrement sensible au sujet des femmes, comme l'ont déjà souligné G. Seidell [1993 :184] et B. Taverne [1996 : 100-101].

Dans ces circonstances, les énoncés se sont certes complexifiés. Ainsi, dans les « chemins » de transmission du virus, les travailleurs migrants sont toujours vus comme « disséminateurs » potentiels. Mais ils sont également considérés comme « victimes » de la pauvreté qui détermine leur migration et les place dans des

situations qui les exposent au risque d'infection aussi bien en les éloignant de leurs foyers qu'en rendant plus difficile leur accès à l'information et aux soins. De même, la réalité s'est, d'une certaine façon, chargée de rappeler que s'il n'y a pas de lien mécanique entre connaissance et comportement, l'analyse des pratiques et des représentations qui leur sont liées ne peut être totalement dissociée des messages de prévention qui contribuent à leur donner forme et sens, qu'il s'agisse de rendre compte des pratiques et représentations populaires ou de celles du corps médical.

Reste que ces nouvelles approches ont elles-mêmes donné lieu à certaines globalisations, affectant du même coup la portée analytique de certains concepts nés de l'observation de contextes précis. Les emplois de la notion de « situations à risque » sont, de ce point de vue, éclairants. Posée comme alternative à la notion de « comportements à risque », elle a d'abord été utilisée chaque fois que l'exposition au risque était liée à l'exercice d'une violence, individuelle (viol) ou collective (guerre, déplacements forcés). La même notion s'est progressivement élargie pour rendre compte du quotidien de personnes appartenant à des catégories dont le caractère désocialisé (travailleurs migrants) ou dominé (femmes) ou encore, de manière plus extensive, la pauvreté définissent des « situations de vie », exposant au risque. Par superposition, les « situations de vie » qui avaient été initialement conçues comme relevant d'un quotidien tel qu'il est géré par les individus, ont tendu à être appréhendées sous l'angle des « situations à risque », c'est-à-dire conditionnées par des contraintes d'ordre structurel sur lesquelles la gestion individuelle n'a aucune prise. Un glissement de même ordre semble avoir été opéré dans l'appréhension de la « mobilité » et des « besoins des populations mobiles » dès lors que sont mis sur le même plan « les difficultés économiques et la situation de l'emploi, les conflits armés ouverts, les dégâts causés à l'environnement, les catastrophes naturelles et les guerres larvées », en ce qu'elles « provoquent des mouvements de populations et le déplacement de millions de personnes en Afrique ¹² ». On peut alors lire que « les situations de conflits et les déplacements de populations qui en résultent exacerbent la vulnérabilité préalable des populations africaines vis-à-vis du sida » [Tarantola, 1997 : 23].

De fait, l'emploi actuel de la notion de « vulnérabilité » tend précisément à pousser à son extrême la logique de catégorisation par effet de globalisation ¹³. En particulier, il conduit à surimposer aux catégories préexistantes une catégorisation hommes/femmes. Prenant pour fondement premier des caractéristiques physiologiques exposant davantage les femmes que les hommes au risque d'infection lors de pénétrations vaginales non protégées, elle y associe la considération selon laquelle, en raison de « leur statut socioéconomique », les femmes sont « interdites

12 « Situation et tendances des épidémies de VIH-sida en Afrique. Points saillants du rapport final d'un atelier organisé à Kampala, Ouganda, 8 et 9 décembre 1995 », encadré in Tarantola [1997].

13 En particulier, telle qu'elle est employée dans les documents d'Onusida, elle tend à superposer différents niveaux identifiés dans *AIDS in the World* [Mann et alii, 1992]: celui des individus, celui des programmes et celui des sociétés. Plus exactement, elle entérine une évolution, sensible dans la deuxième édition de cet ouvrage [Mann, Tarantola, 1996], consistant à faire de la « vulnérabilité sociale » la principale entrée d'une « analyse contextuelle » considérant à la fois les aspects gouvernementaux, socioculturels et économiques; évolution qui conduit, parallèlement, à identifier une « vulnérabilité communautaire » [Tarantola, 1994].

d'autonomie » et n'ont dès lors « guère, voire absolument pas le pouvoir de choisir les conditions ni le moment du rapport sexuel » [Onusida, s. d. : 2]. Cette catégorisation, certes, inverse les présupposés du discours médico-moral prévalant lors des premières campagnes de prévention qui faisaient des femmes des vecteurs de la propagation du sida. Mais ces dernières sont désormais constituées, globalement, en l'un des « groupes de population particulièrement à risque » [Onusida, 1996 : 1], cela en leur attribuant une nouvelle fois, en référence à un « statut » qui les définirait toutes, une sexualité particulière, vue comme « passive ». Cette catégorisation tend ainsi à occulter l'ensemble des dynamiques sociales à l'œuvre en Afrique et qui, face au sida, de négociations individuelles en « initiatives communautaires », soulignent « le potentiel de ressources des femmes elles-mêmes » [Seidel, 1996 : 35]. Or, comment prétendre renforcer la capacité des femmes à gérer leur vie si cette capacité leur est, au départ, déniée et donc si l'on se refuse à prendre en considération l'ensemble des espaces relationnels au sein desquels elles évoluent, y gérant différents positionnements sociaux, et ont à affronter de multiples contraintes (il ne s'agit pas de le nier), mais à partir desquels elles sont aussi en mesure de préserver certaines marges de manœuvre ?

Parallèlement, l'emploi de la notion de vulnérabilité tend à entériner l'écart Nord/Sud en faisant de la poursuite de la propagation du sida au Sud tout à la fois la conséquence d'un « mal-développement » et la cause d'un nouveau « sous-développement ». Il est significatif à cet égard que le terme de tiers monde soit aujourd'hui régulièrement repris pour parler du sida au Sud, non seulement dans les médias, mais dans les discours des représentants des agences internationales, comme s'il y avait bien là une nouvelle inversion des imputations qui, dans les années quatre-vingt, faisaient de l'Afrique un continent potentiellement « contaminant » du fait de son « étrangeté ». Dans ce cadre, peut-être n'est-il pas indifférent que le Plan stratégique d'Onusida [1995 : 15] prône, aux côtés de la poursuite de la prévention telle qu'elle est entendue depuis le début des années quatre-vingt-dix (information, promotion du préservatif, éducation sexuelle pour la santé, diagnostic et traitement des MST) en vue de réduire le risque de transmission du virus, « le changement des normes culturelles et sociales afin de favoriser des comportements moins à risque » dans le cadre de la réduction de la vulnérabilité. Certes, la « réponse élargie » d'Onusida ne se limite pas à ces quelques aspects. Elle insiste en particulier sur l'articulation nécessaire entre prévention et prise en charge et sur un meilleur accès aux traitements de l'infection à VIH. Elle affirme ainsi une volonté politique à l'encontre de ce qui avait précisément contribué à faire émerger un « sida du Sud » ; cela dans des contextes africains où, de fait, la question de la prise en charge des malades ne peut plus être éludée. Reste que cette question de l'accès aux traitements favorise désormais un discours humanitaire dont le président français, Jacques Chirac, et le secrétaire d'État à la Santé, Bernard Kouchner, se sont faits les principaux promoteurs en lançant l'idée d'un fonds de solidarité thérapeutique international lors de la conférence sur le sida en Afrique, tenue à Abidjan en décembre 1997. Dès lors, tout en entendant placer la question du sida dans une analyse relevant de l'économie politique au sens large, cette approche ne s'inscrit-elle pas dans un vaste courant de disqualification des États africains ? Dans le même temps, sachant que le discours des agences

internationales tend à s'imposer comme cadre de légitimation de toute action, quelle opportunité laisse-t-elle à la « société civile » de s'emparer politiquement du problème du sida? En particulier, les associations africaines de personnes vivant avec le VIH dont on a montré, par ailleurs, les difficultés de positionnement dans les contextes ivoirien et sénégalais [Delaunay et *alii*, 1998] seront-elles en mesure de surmonter leur quête d'intégration face à la marginalisation sociale, économique et politique actuelle de leurs membres pour donner naissance à un véritable mouvement social?

BIBLIOGRAPHIE

- BIBEAU G. [1991], « L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes », *Anthropologie et Sociétés*, 15 (2-3): 125-147.
- CALDWELL J.C., CALDWELL P., QUIGGIN P. [1989], « The Social Context of AIDS in Sub-Saharan Africa », *Population and Development Review*, 15 (2): 185-234.
- CAMPENHOUDT L.V. [1998], « Nouvelles tendances théoriques dans la recherche européenne sur les comportements sexuels face au risque du VIH », in *Le Sida en Europe. Nouveaux enjeux pour les sciences sociales*, Paris, ANRS: 71-80.
- CARAËL M. [1995], « La mesure de l'activité sexuelle dans les pays en développement », in N. Bajos et *alii* (éd.), *Sexualité et Sida. Recherches en sciences sociales*, Paris, ANRS: 57-80.
- COLLIGNON R., GRUÉNAIS M.-É., VIDAL L. (éd.) [1994], *L'Annonce de la séropositivité au VIH en Afrique*, numéro spécial de *Psychopathologie africaine*, XXVI (2).
- DELAUNAY K., en collaboration avec BLIBOLO D. et CISSÉ-WONE K. [1998], « Des ONG et des associations: concurrences et dépendances sur un "marché du sida" émergent. Cas ivoirien et sénégalais », in J.-P. Deler, Y.-A. Fauré, A. Piveteau, P.-J. Roca (éd.), *ONG et Développement. Société, économie, politique*, Paris, Karthala: 115-141.
- 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'État. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique », *Sciences sociales et Santé*, VII (1): 21-36.
- EMMANUEL J. [1996], « Sécurité transfusionnelle: beaucoup reste à faire (entretien) », *Le Journal du sida*, 86-87: 87-89.
- FABRE G. [1993], « La notion de contagion au regard du sida, ou comment interfèrent logiques sociales et catégories médicales », *Sciences sociales et Santé*, XI (1): 5-32.
- FARMER P. [1996], *Sida en Haïti. La victime accusée*, Paris, Karthala (trad. fr. de *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*, 1992).
- FASSIN D. [1994], « La mémoire courte. Coopération internationale et lutte contre le sida en Afrique », *Sociétés d'Afrique et Sida*, 5: 2-3.
- GIAMI A. [1995], « Représentations de la sexualité et représentations des partenaires à l'époque du sida », in N. Bajos et *alii* (éd.), *Sexualité et Sida. Recherches en sciences sociales*, Paris, ANRS: 15-38.
- GIAMI A. [1996], « Représentations du sida: une théorie sexuelle », dans S. Hefez (dir.), *Sida et Vie psychique*, Paris, La Découverte: 275-290.
- GRMEK M.-D. [1990], *Histoire du sida*, Paris, Payot (2^e éd.).
- KÉROUÉDAN D. et *alii* [1994], « Réflexions sur la transfusion sanguine en Afrique au temps de l'épidémie de sida. État des lieux et perspectives en Côte-d'Ivoire », *Cahiers santé*, 4: 37-42.
- LAVOLLAY M. [1996], « Quand Usaid et GPA s'opposaient au dépistage-conseil... », *Journal du sida*, 86-87: 61-62.
- MANN J., TARANTOLA D., NETTET T. [1992], *AIDS in the World*, Harvard University Press.
- MANN J., TARANTOLA D. [1996], *AIDS in the World II*, Oxford University Press.
- OPPENHEIMER G. [1988], « In the Eye of the Storm: the Epidemiological Construction of AIDS », in E. Fee, D. Fox (éd.), *Aids: the Burden of History*, Berkeley, University of California Press: 267-300.

- ONUSIDA (Programme commun des Nations unies sur le VIH-sida) [s. d.], *Réduire la vulnérabilité des femmes à l'infection à VIH*, Genève.
- ONUSIDA [1995], *Plan stratégique 1996-2000*, Genève, multigr.
- ONUSIDA [1996], *VIH-sida: faits et tendances*, Genève.
- PACKARD R.M., EPSTEIN P. [1991], « Epidemiologists, Social Scientists, and the Structure of Medical Research on AIDS in Africa », *Social Science and Medicine*, 33 (7): 771-794.
- PÉCHU C. [1992], « Tenir le politique à l'écart. Jeux et enjeux du travail médical », in P. Favre (éd.), *Sida et Politique. Les premiers affrontements*, Paris, L'Harmattan: 41-59.
- PNUD (Programme des Nations unies pour le développement) [1992], *Young Women: Silence, Susceptibility and the HIV Epidemic*, New York.
- POLLACK M. [1988], *Les Homosexuels et le Sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris, Métailié.
- SEIDEL G. [1993], « The Competing Discourses of HIV-AIDS in Sub-Saharan Africa: Discourses of Rights and Empowerment vs Discourses of Control and Exclusion », *Social Science and Medicine*, 36 (3): 175-194.
- SEIDEL G. [1996], « Le deuxième sexe de la prévention », *Le Journal du sida*, 86-87: 32-35.
- SETBON M. [1993], *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage*, Paris, Le Seuil.
- TARANTOLA D. [1994], « Vulnérabilité communautaire face au sida », *Sociétés d'Afrique et Sida*, 3 : 4-5.
- TARANTOLA D. [1997], « Effets des conflits sur le risque et la vulnérabilité vis-à-vis du VIH-sida en l'Afrique. Ébauche d'une méthode analytique », in A. Desclaux, C. Raynaud (éd.), *Urgence, Précarité et Lutte contre le VIH-sida en Afrique*, Réseau sociétés d'Afrique et sida-L'Harmattan: 19-34.
- TAVERNE B. [1996], « Stratégie de communication et stigmatisation des femmes: lévirat et sida au Burkina Faso », *Sciences sociales et Santé*, 14 (2): 87-106.
- VIDAL L. [1995], « L'anthropologie, la recherche et l'intervention sur le sida en Afrique. Enjeux méthodologiques d'une rencontre », *Sciences sociales et Santé*, 13 (2): 5-27.
- VIDAL L. [1996], *Le Silence et le Sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Anthropos.