

**PREMIERES ANALYSES DE LA LITTERATURE EN SCIENCES SOCIALES
CONSACREE AU SIDA**

Monique Chevallier-Schwartz

La problématique

L'étude qu'il m'a été demandé d'entreprendre dans le cadre de l'Action Incitative "Sciences sociales et sida" de l'ORSTOM, et qui va vous être présentée brièvement ici, est le bilan quantitatif et qualitatif de la littérature en sciences sociales face au sida en Afrique, pour que soit mieux cerné, analysé et compris le "fait social total" de cette pandémie.

Cependant, il n'est pas question de faire un compte-rendu exhaustif et systématique des dizaines d'études en sciences socio-culturelles réalisées jusqu'à maintenant sur l'épidémie à VIH en Afrique. Il paraît plus intéressant d'adopter une approche globale pluridisciplinaire et critique par rapport aux orientations théoriques, aux méthodes et aux sujets de recherche actuellement privilégiés par les chercheurs en sciences sociales qui ont trop souvent tendance à aborder ce thème à l'échelle interindividuelle ou même strictement individuelle. Ainsi, il convient de mettre en évidence les manques, les impasses dans lesquels les études se figent, aussi bien que les voies souvent trop peu explorées mais certainement très intéressantes qu'il faudrait emprunter pour les recherches à venir.

Il convient donc d'analyser ces études pour y trouver les implicites, les référents et le non-dit idéologiques qui structurent le discours "pseudo" scientifique que les spécialistes du sida ont élaboré et continuent à élaborer sur les comportements sexuels des Africains et les raisons structurelles qui expliqueraient pourquoi l'épidémie progresse plus vite en Afrique que partout ailleurs.

Depuis dix ans, le corpus de la littérature sur le sida en Afrique a pris une expansion considérable sur tous les aspects de ce sujet. Ce fait est bien évidemment à la mesure de l'ampleur, de la gravité et de la complexité du phénomène. Mais, la plupart, sinon tous les médecins, biologistes, chercheurs en sciences humaines sont finalement trop pris dans leur propre discipline à essayer de contenir l'apport massif des matériaux qui leur parvient sur le sujet. Après un départ quelque peu laborieux, des publications en sciences humaines significatives ont maintenant été produites, ce qui me permet de dire qu'il n'existe pas, en tout cas en anthropologie médicale, un sujet aussi abondamment traité même si l'on peut regretter que les anthropologues

engagés dans cette recherche n'aient pas encore donné toute la mesure de leur investissement ou publié leurs résultats.

"Les spécialistes des sciences sociales furent, de manière générale, tellement convaincus que les maladies infectieuses (incluant celles causées par des virus) pouvaient être identifiées, prévenues et guéries par voie médicale, qu'ils se désintéressèrent progressivement de l'analyse des contextes sociaux et culturels dans lesquels se développent ces maladies. Les scientifiques, aussi bien que les microbiologistes que les sociologues et les anthropologues, ont été victimes d'une confiance exagérée dans les pouvoirs de la biologie, à un point tel que les uns et les autres en sont venus à oublier que les causes d'une infection biologique individuelle ne sont pas les mêmes que celles d'une épidémie, surtout lorsque celle-ci commence à traverser les frontières des groupes sociaux et à franchir les océans". (Bibeau, 1991)

Ainsi, on dispose d'un côté de travaux de laboratoire constituant un corpus biologique, de l'autre, de connaissances sociologiques et anthropologiques et un vrai fossé les sépare. Si les sciences sociales veulent contribuer à enrichir les débats qui font sens autour de cette pandémie, elles doivent s'intéresser absolument à l'étude de ses facteurs contextuels et environnementaux.

Lieux de collecte des données

Les études et les articles qui ont été sélectionnés et qui sont cités en annexe à cette communication, ont été publiés autour des années 90 et ont été repérés en interrogeant plusieurs bases de données; celles de la Bibliothèque générale et celle du GPA-OMS à Genève; du Centre International de l'Enfance, de l'ORSTOM, du CEPED, du Conseil national du sida, de la Faculté de Médecine à Paris et du Laboratoire d'Anthropologie de l'Université de Bordeaux II.

La majeure partie de cette littérature est disponible en anglais; cela signifie-t-il pour autant que les chercheurs francophones montrent peu d'intérêt pour le sujet ou ne peuvent publier les résultats de leurs études que dans les revues anglo-saxonnes ?

Le VIH a été décrit autour des années 80 et les premiers cas de sida enregistrés dans les pays en développement autour de 1985-86. Il est important de signaler l'explosion de l'information sur le sida et le VIH, mais cette épidémie étant encore récente, il n'existe pas encore dans ces domaines de littérature qu'on l'on pourrait qualifier de "classique"; cependant on peut repérer plusieurs articles "fondamentaux".

Principale source de matériau : les enquêtes KABP (Knowledge Attitudes Beliefs Practices).

Le Programme global de lutte contre le sida de l'Organisation Mondiale de la Santé (GPA-WHO), créé en 1987, a mis en place un vaste programme d'enquêtes dans une soixantaine de pays dont une vingtaine de pays africains, sur des échantillons représentatifs de la population concernant les connaissances, les attitudes, les croyances et les pratiques face à l'infection à VIH. Michel Caraël vient de nous faire un bilan global mitigé de ces enquêtes KABP - associées ou non à un volet plus approfondi portant sur les comportements sexuels (PR pour Partner Relationship) exécuté par exemple en Côte-d'Ivoire, au Lesotho, au Nigéria, en Tanzanie, en Ouganda. Il demeure que cette approche a structuré la part la plus importante de la contribution des sciences sociales à la recherche sur le sida.

Ces enquêtes, réalisées auprès d'échantillons importants de populations générales (entre 2 500 et 4 000 personnes), selon des protocoles standardisés, récoltent des données nombreuses (autour de 200 variables) essentiellement descriptives permettant la comparaison entre des différents pays étudiés. Ce qui permet à Caraël et à ses collègues (1991) de dire qu'en Afrique il existe *"une forme de conduites sexuelles à haut risque chez certains groupes de la population urbaine masculine en relation avec les phénomènes migratoires et leurs conséquences sur les réseaux familiaux"*.

Ces enquêtes, reconnues internationalement d'utilité scientifique, veulent être le garant de la coordination de l'ensemble des actions d'information et de prévention. Elles sont aussi l'instigateur - en liaison avec des recherches qualitatives ou sur des sous-groupes ciblés - des arbitrages extra-scientifiques qui mobilisent les décideurs africains et internationaux en leur fournissant des recommandations pour les programmes d'évaluation et d'intervention.

Plusieurs de ces enquêtes font le lien entre la perception sociale de la maladie, les comportements dans la population générale et les différents groupes pouvant nécessiter des approches préventives particulières. Mais cela demande alors la mise en place d'un véritable dispositif de surveillance de type épidémiologique qui s'appuie sur des suivis d'enquêtes KABP portant sur des échantillons représentatifs et comparables. Seul ce type de suivi d'enquêtes peut mettre en évidence une évolution des paramètres étudiés. Cette couverture d'enquêtes, lourde et coûteuse, ne paraît envisageable que dans les seuls pays riches.

Cependant, cette approche quantitative des enquêtes KABP ne permet pas d'appréhender toutes les facettes des problèmes posés par l'épidémie à VIH. Trop peu de données d'ordre psychosociologique et psychoaffectif de la relation sexuelle y sont repérables, ce qui conduit à s'interroger sur l'utilisation future des données récoltées dans le but d'élaborer des stratégies de prévention et ce d'autant plus que les études qualitatives disponibles sur le sujet font encore trop souvent défaut ou bien sont très parcellaires.

Dans la mouvance de ces grosses enquêtes, des études locales qualitatives en sciences humaines sont menées avec des bailleurs de fonds extérieurs - principalement les grandes organisations internationales (USAid, OMS, Banque Mondiale, FAO, UNESCO, etc.) - ainsi qu'avec plusieurs départements de sciences humaines de grandes universités étrangères. Elles sont dirigées par des équipes de chercheurs nationaux. Ces enquêtes sont le mode d'intervention privilégié des sciences sociales sur le monde de la vie en posant comme point de départ l'étude des comportements sexuels qui s'ordonnent selon des lignes de force structurelles, sociales, démographiques et économiques. Les critiques générales qu'on peut être amené à faire sur ces travaux portent tout d'abord sur des questions de méthode : l'explicitation de la méthodologie, la description de l'échantillon font très souvent défaut et surtout la diffusion des résultats tarde à arriver ou reste le plus souvent "confidentielle" en donnant lieu à une intervention lors de Conférences internationales ou à de multiples articles s'appuyant toujours sur le même corpus.

Parmi les pays les mieux étudiés, tant par le nombre que par la qualité des études de cas qui y ont été faites, on peut citer en exemple l'Ouganda, la Tanzanie, le Rwanda et le Zaïre.

Approche du sida à partir du "concept de désastre"

Au Buganda, région de l'Ouganda, Barnet et Blaikie (1992) expliquent qu'il existe des similitudes entre la pandémie du sida et d'autres pandémies, telles que la peste, la rougeole, la grippe asiatique. Cependant, ces autres pandémies se développaient d'une façon qui était la résultante des modes de transmission, des spécificités de chaque maladie et aussi des modes de vie des populations

Le sida, en tant qu'événement ayant un impact décisif et négatif sur une population, peut être étudié par les sciences sociales en termes de ce "concept de désastre". C'est l'approche de leur étude.

La compréhension d'un désastre implique deux séries de considérations qui sont celles spécifiques au risque lui-même et celles qui caractérisent la population à risque, et cela est vrai qu'il s'agisse d'une maladie ou d'une sécheresse par exemple.

On peut étudier le sida uniquement en tant que phénomène médical. Une telle approche accentue les caractéristiques physiques du risque. De même, le risque pour la population de contracter la maladie peut s'expliquer par le degré d'exposition aux principaux modes de contamination par l'échange des fluides corporels lors de relations sexuelles, d'injection de sang contaminé, etc. Ce sont des causes immédiates, proches, et la plupart d'entre-elles sont liées aux pratiques sexuelles. Cependant, derrière ces pratiques il y a les manières dont une société particulière structure les relations sexuelles. Ici l'analyse se déplace de la science médicale vers l'épidémiologie, et s'agissant de ces structures contextuelles, vers la sociologie et l'anthropologie. On aborde là le

paradigme de la théorie contemporaine du désastre qui met en évidence les effets d'un tel désastre en aval et à long terme.

Pourquoi rencontre-t-on tant de difficultés aux étapes initiales de formalisation des études ? Parce que le sida était et reste un "désastre sans précédent". Les modes d'étude n'avaient pas été pensés en profondeur et certaines implications n'étaient pas apparues aux organismes de financement des recherches potentielles. Les pays en développement de même que d'autres sociétés apprenaient par l'expérience ce à quoi il fallait s'attendre et comment y répondre, les planificateurs, les agences internationales et les détenteurs de crédits de recherche avaient besoin de temps pour adapter les façon de penser classique à une action appropriée.

La création du GPA au sein de l'OMS a forcé cette organisation à repenser ses vues bien enracinées sur la médecine préventive, la toxicomanie intraveineuse, etc. Puis le GPA, sous la direction de Jonathan Mann, a commencé à sensibiliser les gouvernements nationaux à l'urgence nécessitée de reconnaître le problème causé par le sida et d'agir vite pour limiter ses effets sur la santé. De même, la FAO a d'abord considéré la pandémie du sida comme un problème médical et non comme un problème pouvant affecter la production alimentaire à long terme.

On a trop insisté sur l'aspect physique du risque et on a négligé les questions sociales et économiques de la vulnérabilité et des effets d'une telle pandémie sur l'économie et sur la société, particulièrement à long terme. Les temps ont changé et la façon d'étudier le sida aussi.

Par exemple, au Rwanda se développe une démarche dont la pertinence théorique et méthodologique dépasse le terrain géographique proprement dit comme par exemple l'enquête menée avec le concours de l'Université de San-Francisco sur le suivi de 50 familles séropositives choisies aléatoirement et qui nous permet de comprendre qui sont effectivement ces porteurs du virus.

Par ailleurs, en Tanzanie, une dizaine de chercheurs constitués en équipe gèrent à la fois les fonds extérieurs qui leur sont alloués principalement par la Banque Mondiale, coordonnent et réalisent de remarquables études.

Les groupes ciblés

La conclusion qui se dégage de ces études de cas permet de dire que ce sont les hommes les mieux scolarisés qui courent le plus de risques d'être contaminés. Le taux de prévalence monte très vite chez les hommes suivant le statut social, tandis que chez les femmes ce serait plutôt l'inverse (si l'on en croit les données en provenance de Nairobi montrant que ce sont les prostituées les plus pauvres qui ont le taux de contamination le plus élevé). En conséquence, les épouses des hommes ayant reçu l'éducation la plus poussée sont d'une catégorie plus exposée : elles sont contaminées par des maris qui le sont eux-mêmes par leur "vagabondage sexuel" dit selon l'expression consacrée.

Il est dans la tradition des recherches en sciences sociales d'étudier le mode de vie et la culture dans des sous-groupes spécifiques. L'infection à VIH et le sida sont devenus les maladies de tout le monde. Elles ne sont plus strictement limitées à des groupes à risque bien identifiés et cependant c'est encore à travers ce prisme que les études en Afrique sont principalement conduites.

Alors que les pays occidentaux parlent depuis quelques années de comportements à risque, le discours initial, en Afrique, des autorités locales et des chercheurs continue à se faire en termes de populations ou de catégories à risque. Mentionnons la grande mobilité et l'absence de leurs foyers pour de longues périodes de plusieurs types de population : les conducteurs de camions (Carswell *et al.*, 1989 à Kampala), les mineurs, les migrants saisonniers (Hunt, 1989) généralement célibataires qui, à l'exemple des Burkinabè en Côte-d'Ivoire, travaillent sur les plantations industrielles, les réfugiés (Wallace, 1990), l'armée, la police, etc. Il y a aussi celles qui sont poussées par des circonstances économiques à échanger du sexe contre de l'argent ou de la nourriture. Il ne faut pas oublier non plus les professionnels du sexe, les élites urbaines et les travailleurs sociaux (Mann *et al.* 1986 à Kinshasa ; Van de Perre, 1987 à Kigali).

Les femmes

La littérature les concernant est abondante. Il semble cependant qu'il conviendrait d'étudier cette population avec une vision plus élargie, pas forcément gyno-centrée comme le font certaines études (Caldwell *et al.*, 1989, Schoepf, 1990 ou Piot, 1989) qui passent en revue l'infection à VIH dans les pays en développement en pointant les prostituées comme réservoir de l'infection.

Il manque énormément d'études générales sur les femmes sexuellement actives - différentes de celle sur des femmes pointées comme groupes à risque. Ce sont pourtant les femmes qu'on accuse tout particulièrement en Afrique de transmettre le virus. Elles sont une catégorie à risque sans le vouloir car elles ne peuvent pas contrôler la vie sexuelle de leur partenaire, ni négocier le port du préservatif. Elles sont autant touchées que les hommes, mais sont plus réceptives aux programmes nationaux lancés tant contre le sida, les MST ou le harcèlement sexuel. Ces campagnes qui proclament à tout le monde "N'ayez qu'un partenaire sexuel", "Pas de vagabondage sexuel" sont les mieux entendues dans le monde des femmes mais on ignore leurs capacités de négociation. En Afrique, beaucoup d'entre elles ont une autonomie économique forte; elles ont donc une autonomie dans d'autres domaines. Je pense par exemple aux femmes baoulé dont on a étudié l'indépendance ou aux Nana-Benz qui ont aussi une grande capacité de décision, qui voyagent beaucoup et qui ont certainement une vie sexuelle très libre mais dont on ne sait pas si elles ont le pouvoir d'imposer l'usage du préservatif à leur partenaire sexuel. Il faut s'interroger sur tous ces groupes de femmes ("libres" ou non selon la notion décrite par Carael), qui changent la vision de la femme africaine soumise.

Les enfants

L'épidémie fait apparaître deux types de population infantine : les enfants contaminés pendant la grossesse de leur mère qui développeront le plus souvent la maladie et une cohorte d'orphelins que seules la guerre et la famine avaient jusqu'ici produits en nombre important. Mais qu'est-ce qu'un orphelin en Afrique ? La littérature ne prend pas en compte la distinction entre ces enfants malades ou non, abandonnés dans les villes et ceux que leur trop grand nombre - des centaines de mille - empêchent d'être intégrés comme il l'étaient dans les conditions habituelles ou traditionnelles dans la famille élargie. Qu'on se souvienne, à ce propos, du film réalisé par Serge Moatti sur les orphelins du sida au Burundi où une femme interviewée s'occupant de nombreux orphelins du sida, faisait bien, elle, la distinction devant la caméra entre les orphelins du sida et ceux beaucoup plus nombreux de la famine et des conséquences de l'urbanisation.

Les groupes absents

A contrario de ce que l'on vient de voir, certaines population-cibles semblent absentes des études de cas réalisées en Afrique et il serait hautement souhaitable de les prendre en compte.

Les transfusés, mais aussi ceux qui sont traités par injection et pour lesquels on utilise la même seringue sans désinfection préalable. Il ne semble pas exister d'étude particulière sur ce sujet en Afrique. Pourtant bien des malades, des opérés, des accouchées reçoivent du sang et des injections sans qu'on fasse de ce mode de transmission du virus à VIH, qui a provoqué tant de drames et d'écrits en Occident, un important sujet de recherche.

Les drogués (Obot, 1990). Cet article, le seul paraissant exister, traite en général de l'usage de l'alcool et des drogues. Pour les substances qui touchent au mode de transmission par seringue infectée du VIH, il ne signale aucun cas révélé avant 1989, mais il fait état du trafic qui existe entre le Sud-Est asiatique à travers le Nigéria à destination de l'Europe mais aussi de l'Afrique où certaines capitales commencent à offrir de la drogue à injecter à quelques personnes marginales. Pourquoi n'y aurait-il pas là des études à faire ?

Thèmes dominants des études en sciences sociales sur le sida

On constate qu'un très grand nombre de travaux portent sur les impacts démographique et économique de l'épidémie.

L'impact démographique de l'infection à VIH

C'est un sujet très controversé. Tout un ensemble de travaux sophistiqués y sont consacrés.

Les travaux d'Anderson et de ses collègues (1988) construisent un modèle mathématique qui illustre les effets démographiques de l'épidémie sur les pays en développement en s'appuyant sur des études épidémiologiques faites au Kenya, au Zaïre et en Ouganda. Ils parviennent à des conclusions très sombres en prévoyant un déclin de la population dont l'effet se fera sentir d'ici 20 à 70 ans. La progression de l'épidémie dans le monde et en particulier en Afrique fait observer d'abord un ralentissement de la croissance, puis une stagnation et enfin une baisse de la population.

Un autre scénario proposé est celui de Bongaarts (1989) qui inclut, à ses modes de calcul, des variables socio-culturelles aux données épidémiologiques recueillies sur l'Afrique en général, mais sans qu'on sache bien sur quels pays il travaille.

D'autres prévisions sont celles proposées par l'équipe australienne formée par les Caldwell (1989) soulignant le contexte social particulier de l'Afrique où selon eux l'activité sexuelle n'a pas été soumise aux mêmes restrictions morales et religieuses que dans les autres régions du monde. De leur point de vue, cela favorise la multiplicité des partenaires sexuels et une large extension de la prostitution non professionnalisée. Ils estiment dès lors qu'existe une très forte résistance à toute prévention et qu'il faut de ce fait promouvoir la stabilité sexuelle, l'abstinence sexuelle ainsi que l'utilisation de préservatifs.

D'après l'OMS et les travaux de Chin et ses collègues (1989), qui viennent de réviser leur méthode de projection, l'Afrique au sud du Sahara et plus particulièrement l'Afrique centrale et de l'est se situent dans un scénario d'infection différenciée d'une zone de forte prévalence où la contamination hétérosexuelle est prédominante suivie de la transmission périnatale qui devient elle aussi un problème croissant et largement répandu (on estime que près de 500 000 nourrissons infectés par le VIH sont nés en Afrique) et de celle par voie de transfusion sanguine.

De façon générale, il n'existe sur ce thème aucune enquête de base, ni d'études réelles qui portent sur les conséquences mesurées de l'épidémie. Ces travaux d'estimations et de projections sur des pays africains mal repérés, portent sur des populations particulières : les patients hospitalisés, les prostituées, les femmes enceintes, etc. On modélise alors de différentes façons ces variables mal définies ce qui donne des résultats qui ne montrent pas finalement de grandes incidences sur la courbe démographique.

Cependant, trois études très intéressantes permettent par exemple de préciser qui sont les séropositifs ou les malades du sida en Afrique. Deux d'entre elles - concernant le Rwanda et la Zambie - sont basées sur des échantillons aléatoires tandis que la troisième porte uniquement sur les employés hommes d'une usine textile de Kinshasa.

Une autre étude intéressante est celle de Becker (1990) dans laquelle il montre que la maladie "victimise" plus particulièrement les femmes qui meurent d'autant plus tôt qu'elles ont été infectées dès leur plus jeune âge. D'après lui, *"une femme qui atteindra 20 ans en Afrique centrale autour des années 2010 aura 15% de risque de mourir du sida pour son 30ème anniversaire"*. Toujours selon lui *"toutes les projections indiquent que des centaines de milliers de*

morts surviendront du fait du sida tandis que les taux de projections les plus élevés de mortalité ne parlent jamais de dépopulation".

La discussion que suscitent ces affrontements de modélisation est extrêmement abondante. Pourtant, ce qui reste important à savoir c'est : qui et combien de personnes sont infectées. Le sort de la société et l'économie mondiale dépendent de ces réponses.

Les coûts du sida

Jonathan Mann est le premier directeur du programme global de lutte contre le sida à l'OMS à avoir compris la nécessité de procéder à une évaluation du coût du sida. C'est lui qui a eu l'idée de lier les travaux de l'OMS à ceux de la Banque Mondiale. Les travaux sur les coûts des traitements de l'infection à VIH et du sida sont en expansion et s'accompagnent de nombreuses études sur la comparaison entre ces coûts et ceux des autres maladies chroniques à issue toute aussi fatale.

En Afrique, la question du coût de la maladie comme dans tous les pays en développement, se pose de la façon suivante : comment les conséquences de l'épidémie freineront-elles le développement ou plus exactement comment arriveront-elles à être un facteur de sous-développement ? Ces conséquences aggraveront sûrement et sévèrement ces problèmes de santé publique qui ne sont toujours pas résolus en raison de la prédominance sur ce continent des principales maladies transmissibles.

Du seul point vue économique, on peut soulever quelques points particuliers :

- De quels enfants va-t-on s'occuper prioritairement : de ceux, malades, qui vont mourir ou bien des survivants qui risquent d'être orphelins ?

- A cause du sida, la force de travail a été réduite considérablement. En agriculture, il est donc nécessaire de la répartir entre les cultures de rente et les cultures vivrières.

- La prise en charge des malades par les bien-portants tant en nature (temps alloué) qu'en argent (payer les médicaments) va peser sur le système médico-hospitalier déjà précaire et qui, avec l'arrivée de nombreux malades victimes du VIH, ne pourra plus faire face à ses autres missions.

Pour pouvoir répondre à ces interrogations, il faut entreprendre des enquêtes de terrain (étude de budgets familiaux, monographie ethnologique, analyse des transferts de production, études des structures sociales globales ou de groupements particuliers). Il faut d'autre part monter des projets multi-sectoriels d'aide en nature ou en conseils et pas seulement des projets médico-sanitaires.

Après tous les scénarios catastrophiques, les études montrent que dans l'Afrique des années 90 la situation économique, déjà peu favorable, va aller en s'aggravant du fait du sida qui a un impact démographique, un impact agricole, un impact sur la main d'oeuvre qualifiée. Cela interviendra sur la

structure productifs/improductifs, sur l'enfance - en particulier par le nombre d'orphelins -, sur le secteur moderne par la perte en capital humain de nombreux employés du secteur industriel et commercial, sur le secteur médico-hospitalier déjà particulièrement dégradé.

On peut contester cette vision pessimiste en critiquant les hypothèses sur lesquelles sont fondés les modèles, les projections, les extrapolations en prenant en compte le phénomène d'auto-limitation de tout processus naturel par exemple.

Il y a aussi des experts qui attribuent au sida des effets non négatifs (voire positifs !). Pour eux, la mortalité - qui réduirait l'expansion démographique incontrôlée sur les territoires arrivés à la limite de leur possibilité de production - et la perte en main-d'oeuvre contrebalanceraient les importants effectifs de chômeurs réels ou déguisés.

On citera volontiers le Dr Nkwowane. Il déclarait en 1990 à propos de la Tanzanie que

"nombreux sont ceux qui en Afrique se consolent en sachant que ce continent a toujours été une terre de survivants ; ces sociétés ont survécu aux catastrophes naturelles, aux guerres tribales, au commerce des esclaves et aux maladies. Il faut croire que les sociétés africaines actuelles sont capables de développer les moyens de lutter contre le sida. Certains indices montrent déjà que les institutions sociales se modifient dans ce sens. En effet, les Ministères de la Santé se rendent compte que l'éducation dans le domaine de la santé doit porter sur un changement de comportements et non sur la simple diffusion de connaissances. Toute la méthodologie est donc revue en ce sens afin d'en accroître l'efficacité".

On constate que le sida a valorisé les fonctions de conseils. On peut espérer que d'autres aspects tels que l'accompagnement des mourants, la gestion des états de maladies chroniques, et la planification familiale, bénéficieront également de ce renouveau d'intérêt pour les services de conseils. En d'autres termes, le sida a mis en évidence les lacunes des soins médicaux en général et oblige à une réévaluation des stratégies et des pratique en la matière.

Mais le sida oblige avant tout les sociétés africaines à remettre en question leurs propres valeurs. Ne faut-il pas se demander à quoi rimerait les arrestations de prostituées dans les rues des grandes villes si l'on ne maîtrisait pas d'abord les facteurs qui favorisent - voire encouragent - la prostitution ? Ne faut-il pas se demander aussi pourquoi les hommes "qui ont réussi" auraient droit aux relations sexuelles de passage, à de nombreuses maîtresses et de concubines ?

Ainsi, le sida provoque incontestablement de profondes mutations sociales dont les répercussions ne sont pas toutes forcément négatives.

Rappelons que les connaissances actuelles nécessaires à l'appréhension de l'impact socio-économique du sida ne sont pas suffisantes, qu'il existe des

besoins d'études projectives de nature qualitative et d'études prospectives pluri-annuelles quantitatives pour arriver à réaliser une révision des politiques sectorielles car "à force de tout vouloir faire, on finit par ne rien réussir". L'Afrique est très exposée parce qu'elle présente déjà une situation économique et sanitaire des plus précaire. Les dépenses médicales liées au sida excéderont rapidement les moyens limités consacrés à la santé (Lambert, 1992).

Les discours sur le sida en Afrique

Il s'agit d'un champ important que les chercheurs en sciences sociales se devraient d'étudier puisqu'il intervient dans le domaine du discours performatif qui, si on ne le repère pas, rend inadaptés les messages de prévention.

Le discours médico-moral sur le sida comme sur les autres maladies sexuellement transmissibles implique d'accuser l'Autre dans le temps et dans l'espace. Cette altérité accumule des effets à travers une combinaison de mécanismes culturels qui font appel à des stéréotypes et à des représentations homophobes, xénophobes, sexistes, racistes.

Comme l'a dit Kisseka (1990) au Nigéria, la phrase qu'on utilise pour nommer les maladies sexuellement transmissibles dans chacune des trois langues principales (le Hausa, l'Igbo, le Yoruba) peut être traduite par "les maladies des femmes", ce qui peut permettre à l'homme de se sentir en dehors de tous ces maux.

Seidel (1992), en étudiant plus particulièrement l'Ouganda, postule que c'est dans le Nord qu'on a forgé le discours officiel sur le sida, induisant par là des attitudes vis-à-vis du Sud que l'on retrouve dans la construction des discours médico-moral, religieux, politique et éthique.

Les leaders religieux (chrétiens ou des grandes croyances fondamentales), l'expriment dans certains pays africains à travers les multiples programmes médicaux qui ont à voir avec le sida. Ils prônent l'abstinence sexuelle en déclarant "les femmes ont le droit de dire non au sexe", version moins morale de "aimez-vous dans la fidélité" et de "Dieu merci je n'ai pas le sida"; ils interdisent la distribution de préservatifs qui, d'après ces leaders, sont un encouragement à la promiscuité sexuelle. Ils considèrent les organisations non confessionnelles comme subversives alors qu'elles ne font preuve au mieux que d'un pragmatisme exceptionnel quand, par exemple, elles ne distribuent des préservatifs qu'aux couples durables.

Ailleurs, en Ouganda, le Président de la République ne se range-t-il pas par exemple du côté de ce discours dominant religieux, nationaliste et culturaliste quand il déclare que c'est en pratique qu'il est impossible de distribuer largement des préservatifs - alors que des médicaments tels que l'aspirine le sont - ou que ces mêmes préservatifs n'étant pas fabriqués dans le pays, ils ne peuvent pas être considérés comme étant une réponse locale à l'épidémie.

Le discours sur le VIH et le sida concerne aussi l'éthique et les droits de l'homme. Hauserman (1990) examine dans son rapport les problèmes que posent l'épidémie en Afrique de ce point de vue et de ses effets sur la société en termes de santé publique. D'autre part, il ne sera plus possible aux agences de financement, aux industries pharmaceutiques et aux scientifiques occidentaux d'affirmer que leurs homologues africains n'ont pas su définir des recommandations claires et nettes qui ont été faites au Nigéria en 1991 et dont il faudrait mieux étudier les effets sur le social, le politique et la prévention.

Le discours dominant a propos de l'Afrique édicte que :

- c'est la transmission hétérosexuelle qui reste le mode de diffusion le plus fréquent dans cette partie de l'Afrique sub-saharienne;
- les données sérologiques récentes en provenance de ces pays indiquent que la prévalence continue d'augmenter et s'étend aux zones rurales dans lesquelles vit la majorité de la population;
- c'est dans les grandes zones urbaines de l'Afrique sub-saharienne que l'impact du sida est le plus important avec une mortalité croissante au sein de la population infantine comme dans la population adulte;
- les structures sanitaires et sociales de ces pays sont, en outre, incapables d'offrir les meilleures conditions de soins aux très nombreux patients déjà hospitalisés;
- le système de la famille étendue est devenu incapable d'absorber le nombre croissant d'orphelins;
- les jeunes adultes fuient la ville dont ils ont de plus en plus peur;
- la population résiste toujours à l'usage du préservatif;
- enfin, les personnes meurent dans leurs années de plus grande productivité.

Ce scénario apocalyptique se réalisera nécessairement, écrivent certains chercheurs, si les Africains ne procèdent pas à des "changements de comportements majeurs" pour tout ce qui touche à leur vie sexuelle. Il semble que la fiabilité de ces exercices de futurologie dépende essentiellement de la solidité et du réalisme des chercheurs à envisager les transformations que subiront les sociétés africaines au cours des prochaines décennies.

Il faut rappeler ici que les différents modèles mathématiques des démographes et des économistes se focalisent trop sur le fait que le mode de propagation du virus restera principalement hétérosexuel, que la médication et la vaccination seront d'un faible secours, que les conditions économiques resteront les mêmes.

Le seul fait de postuler la quasi-absence de changement dans les habitudes sexuelles en dit long sur la façon dont on se représente la sexualité africaine dans les milieux épidémiologiques. Personne n'a sans doute explicité plus clairement l'idée que bien des scientifiques occidentaux se font de la sexualité africaine comme ces spécialistes de revues informatisées de littérature qui accumulent un ensemble impressionnant de citations ethnographiques, retenant celles qui vont dans le sens de leur thèse et rejetant celles qui la nuancent ou la contredisent. On passe ainsi radicalement à côté de ce que sont les structures africaines de la sexualité, de la famille et de la

parenté. Les faits ethnographiques ne prennent sens qu'au sein de la configuration totale de pratiques et de représentations qui ont cours dans une société particulière, et pour cette raison, les ethnologues se sont toujours méfiés de ces "tours d'horizons" des us et coutumes sexuelles.

D'ailleurs, peut-on parler d'une sexualité africaine alors qu'on ne parle jamais d'un modèle occidental de la sexualité ? On peut saisir les structures de la sexualité, de la famille et de la parenté en entrant dans l'univers des représentations d'un groupe ethnique particulier et se centrer sur un champ bien délimité de signification, celui étudié par exemple par "l'anthropologie symbolique du corps" de Françoise Héritier-Augé (1991) qui considère que l'étude de la sexualité, de la fécondité, de la stérilité, de la famille, de la parenté, de la féminité, de la masculinité, de la filiation, ainsi que celle des prohibitions matrimoniales, des rapports entre sang, sperme et lait, entre fluides corporels et partage de nourriture, et bien d'autres éléments, forment ensemble une formidable association de champs des signifiants, au sein desquels certains concepts agissent à la manière de mécanismes de transfert qui permettent les passages d'un domaine à un autre, du corps biologique à l'espace social et aux valeurs culturelles.

Conclusion

Il apparaît important et urgent de rappeler que les sciences sociales n'existent que si elles satisfont aux trois conditions suivantes : le recueil de données fiables et valides, l'usage de méthodes rigoureuses et l'explicitation du raisonnement qui permet de passer des données à leur interprétation. Ce n'est pas parce qu'une interprétation est formulée dans un langage scientifique qu'elle est vraie; ce n'est pas non plus parce qu'elle est logiquement cohérente qu'elle rend nécessairement compte des faits.

Il est souhaitable que l'on puisse apporter des éléments de réponse à un des dilemmes redoutables de fond qui est à résoudre pour l'Afrique : à qui donner la priorité ? A ceux qui sont atteints par l'infection à VIH et qui risquent de développer la maladie ou aux survivants ?

Il faut enfin formuler le souhait que cet Atelier soit le lieu de redémarrage de programmes d'études plus généralement qualitatives (ou de recommandations allant dans ce sens) et qu'on y prenne conscience de la place très importante que doivent tenir les sciences sociales dans l'étude du sida en Afrique, abordé globalement en tant que fait appartenant à l'anthropologie du monde contemporain.

Eléments récents de bibliographie

ABRAMSON P.R. and HERDT G.

(1990) "The Assessment of sexual Practices relevant to the Transmission of AIDS : a global Perspective", *The Journal of Sex Research*, 27(2), pp.215-232.

AIRHIHENBUWA C.O.

(1989) "Perspectives on AIDS in Africa : Strategies for Prevention and Control", *AIDS Education and Prevention*, 1(1), pp.57-69.

ALMEIDA d' L., GUISSÉ Y.M. et BIENVENUE-BA E.

(1990) *Connaissance du Sida et pratiques sexuelles chez une population de femmes au Sénégal*, ENDA/SYSPRO, Dakar, Sénégal.

AMAT ROZE J.M., COULAUD J.P. et al

(1990) "Géographie de l'infection à VIH et du Sida en Afrique noire", *Cahiers GEOS*, 27, pp.1-27.

ANDERSON C.

(1991) "AIDS. Small Wonders in Africa", *Nature*, 353, p.4.

ANDERSON R.M., MAY R.M. et al

(1988) "Possible demographic Consequences of AIDS in developing countries", *Nature*, 332, pp.228-234.

(1991) "The spread of HIV1 in Africa : sexual contact pattern and predicted demographic impact of AIDS", *Nature*, 352, p.581.

ANKOMAH A.

(1992) "Premarital sexual Relationships in Ghana in the area of AIDS", *Health Policy and Planning*, 7(7), pp.135-143.

ANKRAH E.M.

(1989) "AIDS : methodological Problems in studying its Prevention and Spread", *Soc. Sci. Med.*, 29(3), pp.265-276.

(1991) "AIDS and the social Side of Health", *Soc. Sci. Med.*, 32(9), pp.967-980.

BAJOS N.

(1991) "Comportement sexuel et Sida. Enquêtes en population générale", *Le Journal du Sida*, suppl. 31-32 (sept.-oct.), *Sciences sociales et santé publique*, 7è conf. int. sur le Sida, Florence.

BARNETT T. and BLAIKIE P.

(1992) *AIDS in Africa : its present and future Impact*, London, Belhaven Press, 193p.

BASSET M.T. and MHLOYI M.

(1991) "Women and AIDS in Zimbabwe : the Making of an Epidemic", *International Journal of Health Services*, 21(1), pp.143-156.

BECKER C.

- (1991) *Facteurs de risque du sida liés aux migrations et aux comportements sexuels : une étude en milieu rural sénégalais*, Dakar, 6è conf. int. sur le Sida en Afrique.

BECKER C.M.

- (1990) "The demo-economic Impact of the AIDS Pandemic in sub-saharan Africa", *World Development*, 18(12), pp.1599-1619.

BIBEAU G.

- (1989) "Pour une approche bio-culturelle du Sida : impasses et nouvelles pistes", *Plurale*, 7(1), pp.153-159.
 (1991) "L'Afrique, terre imaginaire du Sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes", *Anthropologie et Sociétés*, 15(2-3), pp.125-148.

BOLTON R., LEWIS M. and OROZCO G.

- (1991) "AIDS Literature for Anthropologists : a working Bibliography", *The Journal of Sex Research*, 28(2), pp.307-346.

BONGARTS J.

- (1989) "A Model of the Spread of HIV and the demographic Impact of AIDS", *Statistics in Medecine*, 8, pp.103-120.

BRADLEY C. and AYAYO O.

- (1991) *AIDS and sexual Conservaticism in traditional and contemporary Kenya*, nov.

BRUYN M. de

- (1992) "Women and AIDS in developing countries", *Soc. Sci. Med.*, 34(3), pp.249-262.

CALDWELL J.C.

- (1993) "Health Transition : The cultural, social and behavioural Determinants of Health in the Third World", *Soc. Sci. Med.*, 36 (2), pp.125-135.

CALDWELL J.C., CALDWELL P. and QUIGGIN P.

- (1989) "The social Context of AIDS in sub-saharan Africa", *Population and development Review*, 15 (2), pp.185-234.

CARAEI M. et al.

- (1992) "Research on sexual Behaviour that transmits HIV. The GPA/WHO collaborating Surveys. Preliminary Findings", *Sexual Behaviour and Networking anthropological and socio-cultural Studies on the Transmission of HIV*, Tim Dyson Ed., Liège, Belgium, IUSSP, pp.65-88.

CARAEI M., CLELAND J., ADEOKUM L. et al

- (1991) "Overview and selected Findings of sexual behaviour Surveys", *AIDS*, 5 (suppl. 1), pp.S65-S74.

CARAEL M. and PIOT P.

(1989) "HIV Infection in developing Countries", *Journal of biosocial Science*, 10, pp.35-50.

CAROVANO K.

(1991) "More than Mothers and Whores : redefining the AIDS Prevention Need of Women", *International Journal of Health Services*, 21(1), pp.131-142.

CARSWELL W.

(1988) "Impact of AIDS in the developing World", *British Medical Bulletin*, 44(1), pp.183-202.

CARSWELL W., LLOYD G. and HOWELLS J.

(1989) "Prevalence of HIV1 in East african lorry drivers", *AIDS*, 3, pp.759-761.

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE

(1990) *Sida. Enfant. Famille : les implications de l'infection à VIH pour l'enfant et la famille (synthèse bibliographique)*, Paris, CIE, 288p.

CHAN KAM C. et GUILLAUME A.

(1991) "Sida : une enquête de comportement à l'île Maurice", *Cahiers Santé d'études et de recherches francophones*, 1, pp.135-140.

CHEVALLIER E.

(1991) "L'impact du Sida sur les parents et les enfants. Atteintes aux cellules familiales", *Le Journal du Sida*, suppl. 31-32 (sept.-oct.), *Sciences sociales et Santé publique*, 7è conf. int. sur le Sida, Florence.

CHIN J., LWANGAS S. and MANN J.M.

(1989) "Epidémiologie mondiale du Sida et effets démographiques prévus à court terme", *Bulletin démographique des Nations Unies (US)*, 27, pp.69-87.

CHIN J. and MANN J.M.

(1990) "HIV Infections and AIDS in the 1990s", *Annual Review of public Health*, 211, pp.127-142.

CHIRIMUNTA R.C. and CHIRIMUNTA R.J.

(1989) *AIDS, Africa and Racism* (new and revised ed.), London, Press Association Books.

CHOUINARD A. and ALBERT J.

(1989) *Human Sexuality : Recherche Perspectives in a World facing AIDS, Background Papers and Reports of a Workshop held in Ottawa, Ontario, Canada, juin.*

CLATTS M.C.

(1989) "AIDS and the dangerous others. Methaphore to Sex and Deviance in the Representation of Disease", *Medical Anthropology*, 10, p.105-114.

COLL S. et AWA M.

- (1990) "Femmes et Sida en Afrique sub-saharienne : l'expérience du Sénégal", *Séminaire sur les interactions entre la condition de la femme et les phénomènes démographiques en Afrique francophone au sud du Sahara*. Lomé.

CONANT F. P.

- (1988) "Evaluation social science data relatig to AIDS in Africa", dans Miller and Rockwell Eds., *AIDS in Africa . The Social and Policy Impacts*, pp.197-209.
- (1989) "Introduction. Anthropology, Sexuality and AIDS", dans Gilbert Herdt et al Eds., *Anthropology, AIDS and Sex, The Journal of Sex Research*, (special issue).

COOK J.

- (1990) "Approche anthropologique de l'étude du Sida", dans *Sida, Enfant, Famille (synthèse bibliographique)*, Paris, C.I.E., pp.119-142.

CROS M.

- (1990) *Anthropologie du sang en Afrique. Essai d'hématologie symbolique chez les Lobi du Burkina Faso et de Côte-d'Ivoire*, Paris, L'Harmattan.
- (1991) "La parenté des "sangs mauvais" ou l'antique estampille d'une nouvelle maladie", *Les Cahiers du LASPEC*, 1(1), pp.44-50.

DALTON H.L.

- (1989) "AIDS in Blackface", *DAEDALUS*, n° *Living with AIDS II*. (summer), pp.205-227.

DANYOD M., ZEUHINDA D., KOUO O. et al.

- (1990) "Connaissances, attitudes, croyances, comportements relatifs au Sida dans les cinq grandes villes du Tchad", *Revue scientifique du Tchad*, pp.3-12.

DECOSAS J.

- (1992) "AIDS Education is not our only Weapon", *Family Planning World*, 2(1), p.4.

DE COCK K.M., PORTER A., ODEHOURI et al.

- (1989) "Rapid emergence of AIDS in Abidjan, Ivory Coast", *Lancet*, pp.408-411.

DENIAUD F., LIVROZET F.M. et REY J.L.

- (1991) "Point de vue sur les liens unissant VIH et pratiques rituelles en Afrique tropicale", *Cahiers Santé d'Etudes et de recherches francophones*, 1, pp:327-333.

DOZON J.P. et FASSIN D.

- (1986) "Les Etats africains à l'épreuve du Sida", *Politique Africaine*, 32.
- (1989) "Raison épidémiologique et raisons d'Etat. Les enjeux socio-politiques du Sida en Afrique", *Sciences sociales et Santé*, 7(1), pp.21-36.

DYSON Tim (ed.)

(1992) *Sexual Behaviour and Networking : anthropological and social cultures Studies on the Transmission of HI*, Liège, IUSSP.

ENGELHARD P. et SECK M.

(1989) "Comportements sexuels et contexte culturel. Approche méthodologique de la prévention du Sida", *Plurale : Sida en Afrique*, 1(1), pp.83-108.

EPELBOIN A.

(1989) "SIDA et Sida : réflexions anthropologiques à propos du "phénomène sidaïque" en Lobaye en République Centrafricaine", *Bull. de la Société de pathologie exotique et de ses filiales*. 82(2), pp.260-266.

FARMER P.

(1992) *Haiti, AIDS and Accusation. Haiti and the Geography of Blame*, Berkeley, Univ. California Press.

FASSIN D.

(1992) *Pouvoir et maladie en Afrique*. Paris, PUF, coll "Les champs de la santé".

FELDMAN D.A.

(1991) "The sociocultural Impacts of AIDS in central and east Africa", dans Richard ULACK, and W. F. SKINNER Eds., *AIDS and the social Sciences : Common Threads*, Lexington, The Univ. Press of Kentucky, pp.124-133.

FELDMAN D.A. (dir.)

(1990) *Culture and AIDS*, New York, Praeger.

FOSTER S. and LUCAS S.

(1991) *Socioeconomic Aspects of HIV and AIDS in developing Countries. A review and annotated Bibliography*, London School of Hygiene and tropical Medicine.

FRANK O.

(1992) "Sexual Behaviour and Disease Transmission in sub-saharian Africa : past trends and future Prospect", dans Tim Dyson (ed.), *Sexual Behaviour and Networking. Anthropological and socio-cultural Studies on the Transmission of HIV*, Liège, Ed. Derouaux, pp.89-108.

GARENNE M., BECKER Ch. and CARDENAS R.

(1992) "Heterogeneity, life cycle and the potential demographic impact of AIDS ina rural area of Africa", dans Tim Dyson (ed.), *Sexual Behavior and Networking. Anthropolgical Studies on the Transmission of HIV*, Liège, Ed. Derouaux, pp.259-282.

GAUDIN L.

(1992) *L'approche culturelle de la maladie chez les sara du Tchad : le vécu de la folie et du sida*, Université Bordeaux, maîtrise d'ethnologie.

GAUTHIER J. G.

(1991) "Appréhension subjective du Sida dans une population rurale du Nord-Cameroun", *Actions et recherches sociales*, 3 ("L'épidémie").

GENTILINI M. et CHIEZE F.

(1990) "Aspects socio-économiques de l'infection à VIH dans les pays en voie de développement", *Bull. de l'Académie Nationale de Médecine*, 174(8), pp.1209-1221.

GIAMI A.

(1991) "Les limites d'un camp retranché", *le Journal du Sida*, suppl. 31-32 (sept-oct.), *Sciences sociales et santé publique*, 7è conf. int. sur le Sida, Florence.

GOODGAME R.W.

(1990) "AIDS in Uganda Clinical and social Features", *New England Journal of Medicine*, 323(6), pp.383-389.

GREEN E.C.

(1988) "AIDS in Africa : an Agenda for behavioral Scientists" dans N. Miller and R.C. Rockwell (eds.), *AIDS in Africa, The Social and Policy Impact*, Lewiston, NY, Edwin Mellen, pp.175-185.

(1992) "Sexually transmitted Disease, Ethno-Medicine and Health Policy in Africa", *Soc. Sci. Med.*, 35 (2), pp.121-130.

(1992) "The Anthropology of sexually transmitted Disease in Liberia", *Soc. Sci. Med.*, 35(12), pp.1457-1468.

GUILLAUME A. et REY J.L.

(1990) "Les enquêtes sur le sida en Afrique", *Bull. de la société de pathologie exotique et de ses filiales*, 83(4), pp.552-560.

GUY F. et ANANI ADOTEVI F.

(1989) "L'Afrique et le Sida : un drame et/ou un défi ?", dans A. Ruffiot (ed.), *Psychologie du sida, Approches psychanalytiques, psychosomatiques et socio-ethniques*, Liège, Belgique, Pierre Mardaga, pp.233-246.

HAUSERMANN J.

(1990) *Ethical and social Aspects of AIDS in Africa*, Consultant's Report commissioned by Commonwealth Secretariat, London, multigraph.

HERDT G. and BOXER A.

(1991) "Ethnographic Methods in the Study of AIDS", dans G. Herdt et al. (eds.), *Anthropology, AIDS and Sex, The Journal of Sex Research* (special issue).

HERDT G. and LINDENBAUM S. (eds)

(1991) *Social Analysis in the Time of AIDS. Theory, Method and Practice*, Newbury Park CA, Sage.

HERITIER-AUGE F.

(1991) "Sida : le défi anthropologique", *ARS*, 1 ("Médecine et sociétés").

HUNT S.W.

(1989) "Migrant labour and sexually transmitted diseases : AIDS in Africa", *Journal Health. Soc. Behav.*, 30, pp.353-373.

HYDEN G. and LANEGRAN K

(1991) "Eastern Africa : mapping the Politics of AIDS", *AIDS and Society*, 2(2), pp.1,6,12-13.

INGSTAD B.

(1990) "The Cultural Construction of AIDS and its Consequences for Prevention in Botswana", *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, 4(1), pp.28-40.

IRWIN K., BERTRAND J., MIBANDUMBA N. *et al.*

(1991) "Knowledge, Attitudes and Beliefs about HIV Infection and AIDS among healthy Factory Workers and their Wives, Kinshara, Zaïre", *Soc. Sci. Med.*, 32(8), pp.917-930.

KAPLAN H.B.

(1989) "Methodological Problems in the Study of psychosocial Influence of AIDS Process", *Soc. Sci. Med.*, 29(3), pp.277-292.

KISSEKKA M. and OTESANYA B.N.

(1990) "Sexually transmitted diseases as a gender issue : examples from Nigeria and Uganda". Unpublished paper presented to the *Assoc. of African Women for Research and Development*. Dakar.

LAMBERT D.C.

(1992) *Le coût mondial du sida 1980-2000*, Paris, CNRS.

LARSON A.

(1991) "The social Epidemiology of AIDS in Africa", *African Affairs*, 89, pp.5-25.

LESLIE C.

(1990) "Scientific Racism : Reflections on peer Review, Science and Ideology", *Soc. Sci. Med.*, 31(8), pp.891-912.

LINDEMBAUM S., TUZIN D. *et al.*

(1991) "Anthropology Rediscovered Sex", *Soc. Sci. Med.*, 33(8), pp.865-907.

LWIHULA G.K.

(1990) "Sexual Practices and Patterns of Interaction in Kagera Area with Reference to the Spread of HIV", *Seminar on anthropological Studies relevant to the sexual Transmission of HIV*, Liège, UIESP, 19 p.

MANN J.

(1990) "Women, Mothers, Children and global AIDS", *Global AIDS Fact File*, special issue.

(1991) "AIDS. Where are we now ?", *Health Policy and Planning*, 6(2), pp.191-193.

MANN J., FRANCIS H., QUIN T.C. et al.

(1986) "HIV seroprevalence among hospital workers in Kinshasa, Zaïre. Lack of association with occupational exposure", *Journal of the Americ. Medic. Assoc.* 256(22), pp.3099-3102.

MANN J., TARANTOLA D.J.M. and NETTER T.W. (eds)

(1992) *AIDS in the World. A global Report*, Harvard, Cambridge Univ. Press.

MARSHALL P.A. and BENNETT L.A. (eds)

(1990) "Culture and Behaviour and the AIDS Epidemic", *Medical Anthropology Quarterly*, 4(1).

MERCER M.A. and SALLY D. SCOTT (eds)

(1991) *Tradition and Transition : NGO'S Respond to AIDS in Africa*, Baltimore, The Johns Hopkins Univ.

MOATTI J.P.

(1991) "Usage et usure d'un outil. Les enquêtes, connaissances, attitudes, croyances et pratiques face au sida", *Le Journal du Sida*, suppl. 31-32 (sept.-oct.), *Sciences sociales et santé publique*, 7è conf. int. sur le Sida, Florence.

NABARRO D. and Mc CONNEL C.

(1989) "The Impact of AIDS on socioeconomic Development", *AIDS*, 3 (suppl. 1), pp.S265-S272.

NEEQUAYE A.R. and BIGGAR R.J.

(1991) "Factors that could influence the Spread of AIDS in Ghana, West Africa : Knowledge of AIDS, sexual Behaviour, Prostitution and traditional medical Practices", *Journal of AIDS*, 4(9), pp.914-919.

NIANG C.

(1991) "La question du sida en Afrique : approches et méthodes en anthropologie", *Bull. du CODESRIA* (Dakar), 3.

NKOWANE B.M.

(1991) "Sida : l'état actuel de l'épidémie" (exposé à la 5è Conf. int. sur le Sida, Kinshasa, Zaïre, 1990), *Le courrier Afrique-Caraïbes-Pacifique-CEE*, 126 (mars-avril).

NZILA N., LAGAM et al.

(1991) "HIV and other sexually transmitted Diseases among female Prostitutes in Kinshasa", *AIDS*, 5(6), pp.715-721.

OBOT I.

(1990) "Substance Abuse, Health and Social Welfare in Africa : an Analysis of the nigerian Situation", *Soc. Sci. Med.*, 31(6), pp.699-704.

OVER M.A. and PIOT P.

(1990) "HIV Infection and other sexually transmitted Diseases", dans Jamison D.T. and Mosley W.H. (eds.), *The World Bank Health Sector Priorities Review*, World Bank.

PACKARD R.M. and EPSTEIN P.

(1991) "Epidemiologists, social Scientists and the Structure of medical Research on AIDS in Africa", *Soc. Sci. Med.*, 33(7), pp.771-794.

PELA O.A. and PLATT J.J.

(1989) "AIDS in Africa : emerging trends", *Soc. Sci. Med.*, 28(1), pp.1-8.

PELTO P.J. and PELTO G.H.

(1992) "Developing applied medical Anthropology in Third World Countries : Problems and Actions", *Soc. Sci. Med.*, 35(11), pp.1389-1395.

PIOT P., KAPITA B.M. et al.

(1991) "AIDS in Africa : the first Decade and Challenges for the 1990s", *AIDS*, 5 (suppl. 1), pp.S1-S5.

QUINN T.C., MANN J.M., CURRAN J.W. and PIOT P.

(1986) "AIDS in Africa : an epidemiologic Paradigm", *Science*, 234, pp.955-963.

RANDALL M., PACKARD R. and EPSTEIN P.

(1991) "Epidemiologist, social Scientists and the Structure of medical Research on AIDS in Africa", *Soc. Sci. Med.*, 33(7), pp.771-794.

ROUDI N.

(1991) "AIDS gains Momentum in 1990's", *Population Today*, 19(6), pp.3-4.

ROWLEY J., ANDERSON R.M. et al.

(1990) "Reducing the Spread of HIV Infection in sub-saharian Africa : some demographic and economic Implications", *AIDS*, 4, pp.47-56.

RUFFIOT A. (ed.)

(1989) *Psychologie du Sida. Approches psychanalytiques, psychosomatiques et socio-ethniques*, Liège, Ed. P. Mardaga.

SABATIER R.

(1989) *Sida. L'Epidémie raciste*, Paris, L'Harmattan (P. Institut Panos).

SAME-EKOBO A., LOHOUE J. et al.

(1992) "La perception sociale du sida dans le milieu urbain de Yaoundé", *Cahiers Santé d'études et de recherches francophones* 2(2).

SCHOEPF B.G.

- (1990) "Women, AIDS and economic Crisis in Central Africa", *Canadian Journal of African Studies*, 22(3), pp.625-644.
 (1991) "Ethical, methodological and political Issues of AIDS Research in Central Africa", *Soc. Sci. Med.*, 33(7), pp.749-763.
 (1992) "Sex, Gender and Society in Zaire", dans Tim Dyson (ed.), *Sexual Behaviour and Networking Anthropological and socio-cultural Studies on the Transmission of HIV*, Liège (Belgium), IUSSP, pp.353-375.

SCHOPPER D.

- (1990) "Research on AIDS Interventions in developing Countries : State of the Art", *Soc. Sci. Med.*, 30(12), pp.1260-1272.

SCRIMSHAW S.C.M., CARBALLO M., CARAEL M. et al.

- (1991) "The AIDS rapid anthropological Assessment Procedures : a tool for Health Education Planning and Evaluation", *Health Education Quarterly*, 18(1), pp.111-123.

SEIDEL G.

- (1993) "The competing Discourses of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa : Discourses of Rights and Empowerment vs Discourses of Control and Exclusion", *Soc. Sci. Med.*, 36(3), pp.175-194.
 (1989) "Thank God I said No to AIDS" ; on the changing discours of AIDS in Uganda", *Discours Soc.*, 1, pp.61-64.

SINDZINGRE N. et JOURDAIN C.

- (1987) "Le Sida : épidémiologie et anthropologie", *Politique Africaine*, 28, pp.33-41.

SOUTEYRAND Y. et THIAUDIERE C.

- (1991) "Les logiques de l'offre. Aspects économiques et sociologiques", *Le Journal du Sida*, suppl. 31-32 (sept.-oct.), *Sciences sociales et santé publique*, 7è conf. int. sur le Sida, Florence.

STANDING H.

- (1992) "AIDS : conceptual and methodological Issues in researching sexual Behaviour in sub-saharian Africa", *Soc. Sci. Med.*, 34(5), pp.475-483.

STANDING H. and KISEKKA M.N.

- (1990) *Sexual Behaviour in sub-saharian Africa : a Review and annotated Bibliography*, prepared for the Overseas Development Administration, UK.

TAPE GOZE A. et DEDY SERI F.

- (1991) *Comportements sexuels et Sida en Côte-d'Ivoire*, Rapport d'étude au GPA/OMS, Abidjan, Institut de sociologie et d'anthropologie.

UDVARDY M.

(1988) "Social and cultural Dimension for Research on sexual Behaviour related to HIV Transmission : anthropological Perspectives from Africa" dans G. Sterky and I. Krantz (eds), *Society and HIV/AIDS, Selected Knowledge Base for Research and Action*, Stockholm, D. Broberg, 55-95.

ULIN P.R.

(1992) "African Women and AIDS : a negotacting behavioral Change", *Soc. Sci. Med.*, 34(1), pp.63-73.

VAN DE PERRE M., CARAEL M., NZARAMBA D. et al.

(1987) "Risk factors for HIV seropositivity in selectel urban-basex Rwandese adults", *AIDS*, 1, pp.207-211.

VIDAL L.

(1992) "Sida et représentations de la maladie. Elements de réflexion sur la séropositivité du tuberculeux et sa prise en charge (Abidjan, Côte d'Ivoire), dans M.E. Gruenais et J.P. Dozon (ed.), *Anthropologie et Santé Publique, Cahiers des Sciences Humaines* (ORSTOM), Paris, 28(1), pp.83-98.

WALLACE B.

(1990) "AIDS prevention and care for refugees and migrants : the need for a coordinated NGO response", *Disasters*, 14(3), pp.259-264.

WILSON D. and MEHRYAR A.

(1991) "The Role of AIDS Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices Research in sub-saharan Africa", *AIDS*, 5 (suppl.1), pp.S177-S188.

YAO F.K.

(1990) "Prévention du sida chez les jeunes en Afrique : contraintes culturelles", *Hygiène*, 9(4), pp.18-21.

Commentaires des rapporteurs

Dr. Eric Chevallier

Je suis frappé par le fait que, dans les recherches économiques et démographiques, on reste très centré, et c'est le cas dans la littérature, sur les aspects "macro" et, notamment, dans les recherches économiques, sur l'impact macro-économique de l'épidémie analysé à partir d'agrégats de données économiques formelles. Cela n'est pas totalement satisfaisant. Plus profondément, comme le disait à la Conférence d'Amsterdam Susan Foster qui

travaille à la London School, il faudrait peut-être arrêter de se faire peur avec des projections macro-économiques catastrophiques, il serait peut-être temps de s'occuper de choses plus micro-économiques dans une perspective opérationnelle. Je suis assez sensible à ce type de remarque car l'on voit trop souvent la recherche démographique et économique réduite à de grandes perspectives macro qui ne me paraissent pas tout à fait opérationnelles.

Cela me permet de dire à propos d'une remarque de quelqu'un, ce matin, sur le fait que les chercheurs en sciences sociales ne sont pas là pour répondre aux questions des médecins et des décideurs, que je ne suis que partiellement d'accord avec cela car le problème n'est pas de répondre à la question des médecins ou décideurs mais à celle posée par la maladie et l'épidémie et, qu'on le veuille ou non, l'un des effets de cette épidémie est que les chercheurs, qu'ils soient bio-médicaux ou en sciences sociales, se disent que l'on est confronté à une épidémie à laquelle il faut bien apporter des réponses.

Une remarque sur les orphelins : ils ne venaient pas simplement, jusqu'à maintenant, de la guerre ou de la famine mais aussi d'un phénomène que l'on oublie trop souvent et qui me paraît important, la mortalité maternelle.

Ma contestation concernera la conclusion et la question de savoir "à qui donner la priorité : aux personnes touchées par l'infection ou à la prévention ?". On peut trouver au niveau de l'allocation des ressources des lignes de fracture mais, en ce qui me concerne, je crois qu'il est impératif de travailler à la fois sur les personnes vivant avec le virus et sur la prévention ne serait-ce que pour des raisons éthiques mais aussi parce que les personnes vivant avec le virus sont sûrement les acteurs essentiels de la prévention. J'ai du mal à m'inscrire dans cette ligne de partage.

Claude Raynaud

Je crois qu'il faut remercier Monique Chevallier de ce gros travail de lecture et de synthèse. Ce qui me frappe, ayant aussi une certaine connaissance de la littérature produite sur l'Afrique et le sida, c'est que derrière une certaine abondance, surtout de titres anglo-saxons, je trouve qu'il y a une grande pauvreté et cette illusion est entretenue dans la redondance. Je pense en particulier à la démographie, mais c'est aussi le cas dans bien d'autres domaines.

L'essentiel du travail s'est fait, pour des raisons d'urgence qui ont été évoquées par Michel Caraël, à la marge des sciences sociales, dans le domaine des sciences de la communication, des enquêtes d'opinion (vite réutilisées dans des études macro : ce sont des outils peu adaptés aux problèmes que l'on se posait, comme l'a dit Eric Chevallier) ou alors de manière très sélective, autour de la sexualité. Petit à petit, commence à se forger - et je crois qu'il y a là un danger - une espèce de "sidatologie", comme il y a bien failli avoir autour de la sécheresse une "xérologie". C'est le grand risque car on passe à côté de ce qui peut être essentiel dans l'apport des sciences sociales : avoir une capacité d'analyse des faits sociaux comme réalité structurée, comme ensemble

structuré fonctionnant en système avec des interrelations. C'est cela notre métier, mais c'est peu utilisé ensuite lorsqu'apparaît un événement comme celui du sida. De la même manière, vous souligniez tout ce qui est dynamique, la compréhension du rapport qu'il peut y avoir entre le phénomène du sida et la dynamique sociale, en amont et en aval : tout cela est très peu étudié, il n'y a pratiquement rien là-dessus.

Votre bilan aurait pu être un peu plus critique, concernant les déficits forts qui apparaissent. En un mot toutes les questions que l'on pourrait se poser à partir de ce que l'on connaît - car il y a quand même des choses qui ont été faites sur l'Afrique, par les chercheurs africains et les africanistes - sur les facteurs structurants de l'épidémie et des réseaux le long desquels circule le virus. Il y a des choses qui ont été faites qui permettent de comprendre les sociétés : on pourrait essayer d'en tirer partie. En aval, je pense qu'il faudrait, plus qu'on ne le fait, se dégager de la notion d'impact, au sens ponctuel du terme, pour réfléchir à la question de savoir quelles sont les formes d'adaptation des systèmes sociaux au niveau des stratégies individuelles et collectives face au phénomène du sida. Là aussi, pratiquement rien n'est fait, ce sont des questions qui se posent : ce n'est pas seulement la réaction d'un individu, se sont des systèmes qui fonctionnent, avec des contraintes, avec des relations déjà existantes. On a des éléments et on pourrait aller loin, mais ce n'est pas fait.

Sur le plan de la perspective opérationnelle des recherches, j'ai le sentiment que l'effort n'est pas suffisant - bien qu'il ait été engagé - pour relativiser les notions de risque. Le discours de la prévention se fait à partir d'une certaine notion - épidémiologique, de santé publique et probabiliste - qui ne correspond pas forcément à la réalité, aux situations réelles dans lesquelles les personnes ont à gérer le risque. Je crois qu'il y a un effort à faire, qui a été engagé, mais qui doit aller plus loin. Si on fait la lecture de ce qui a été fait, on se rend compte qu'il y a un grand nombre de déficits et j'espère qu'au terme de ce séminaire on pourra faire apparaître un certain nombre de grands axes qui permettent de combler ces lacunes.