

Note méthodologique

Sida et situations sociales des femmes en Afrique : des notions aux méthodes de recherche

Laurent Vidal, Annabel Desgrées du Loû

Dès lors que l'on se penche sur les situations que vivent en Afrique les femmes confrontées à l'infection à VIH, un triple point de vue doit être adopté qui revient à étudier comment se construisent et s'expriment les « relations de genre ». Concrètement, réflexions et études de terrain ne peuvent ignorer les relations sociales entre hommes et femmes, entre les femmes elles-mêmes, ainsi que les stratégies des hommes qui, toutes, contribuent à expliquer dans quelles situations et avec quelles contraintes les femmes s'exposent au risque de contracter le VIH ou, au contraire, arrivent à le maîtriser. S'intéresser aux « relations » dans lesquelles sont insérées les femmes revient à poser comme centrale la prise en compte de ce que l'on appelle communément et de façon très générale « le contexte ». Contexte qui comprend, dans les faits, tout à la fois le fonctionnement du système de santé, la possibilité d'accéder aux soins et à la prévention, mais aussi la capacité pour la femme d'effectuer des choix dans sa vie affective, sexuelle et matrimoniale, compte tenu des « rôles » et fonctions que la société et la famille lui attribuent. Le contexte, enfin, c'est l'accès différentiel des femmes et des

hommes à l'éducation et à un travail rémunéré.

La nécessité de prendre en compte le « contexte » dans toute sa complexité passe par un examen précis de la signification des notions que l'on est inévitablement conduit à utiliser. Notre objectif dans un premier temps n'est pas simplement de définir ce que l'on entend par vulnérabilité, négociation, prostitution ou sexualité ; il est d'en souligner la diversité des acceptions, pour ouvrir sur une approche du rapport des femmes africaines au sida qui évite le recours à des stéréotypes tout en décrivant les contextes sociaux dans lesquels prennent place les « relations de genre ». Nous montrerons dans un second temps avec quels outils méthodologiques les axes de réflexion suggérés par cette analyse des notions et des contextes peuvent être « traités » dans l'exercice même de la recherche, qu'elle soit de type socio-anthropologique ou démographique¹.

De l'utilisation de notions clés à la construction de stéréotypes

Vulnérabilité

Que des femmes en Afrique soient soumises à la seule volonté des hommes, bridées dans leur accès à la santé et à

l'éducation par un manque de ressources financières n'est, en soi, guère contestable. Cela peut naturellement déboucher sur des situations qui les exposent à la contamination par le VIH. C'est le cas de la femme mariée qui ne peut envisager l'utilisation du préservatif avec son mari par crainte d'une séparation et donc de la perte d'un soutien financier, même si elle a la certitude qu'il a d'autres partenaires. Par ailleurs, la contamination par le VIH entretient un appauvrissement, dû à l'impossibilité de travailler, donc de répondre aux dépenses de la vie quotidienne et à celles exigées par des soins réguliers : il existe par conséquent des liens évidents entre les situations de pauvreté, notamment vécues par les femmes, et le sida.

Ces constats généraux prennent cependant des formes et des intensités variables d'un pays à l'autre, du milieu urbain au milieu rural. Or ils ont tous été rassemblés dans le concept très général de « vulnérabilité » qui, s'agissant des femmes confrontées à l'infection à VIH, regroupe des situations très diverses [6]. Tout d'abord, cela peut faire référence à

¹ Notre propos est une reformulation d'une communication effectuée le 28 septembre 2000 lors du séminaire-atelier de formation Genre et développement qui s'est tenu à l'ENSEA (Abidjan, Côte d'Ivoire) avec la collaboration de l'INED. Tout en se référant à des éléments de la littérature sur la thématique « Femme et sida », nos analyses se fondent sur nos propres recherches anthropologiques et démographiques effectuées sur le sida en Côte d'Ivoire depuis 1990 [1-5].

L. Vidal : IRD UR Socioanthropologie de la santé, BP 5045, 34032 Montpellier Cedex.
A. Desgrées du Loû : IRD-UPED-ENSEA, 08 BP 3, Abidjan 08, Côte d'Ivoire.

Thèmes : Sciences sociales ; Sida ; Méthodologie.

la vulnérabilité des femmes séronégatives face au risque de contracter le VIH, mais aussi à la vulnérabilité spécifique des femmes qui ont été infectées par le VIH. De plus, il est admis que cette vulnérabilité peut être d'origine biologique ou sociale. Dans le domaine bio-physiologique, la « vulnérabilité des femmes » découle de la plus grande fragilité des muqueuses vaginales et, par conséquent, du risque plus élevé de transmission de l'homme infecté à la femme non infectée que de la femme infectée à l'homme séronégatif [7]. Dans le domaine social, les statuts des femmes, leurs comportements et ceux de leurs partenaires sont des facteurs qui contribuent aussi à leur vulnérabilité au VIH. La notion de « vulnérabilité des femmes » englobe donc des situations et des pratiques extrêmement diverses. Elle associe le « social » et le biologique » pour donner l'image de femmes indifféremment et globalement à risque de contracter le VIH compte tenu de leur « vulnérabilité ».

Ajoutons à cela que la notion de « vulnérabilité », même si elle est utilisée par tous, n'est pas forcément comprise par tous de la même manière. Ainsi, pour une femme infectée, la vulnérabilité, ce sera l'impossibilité de partager son statut sérologique avec son partenaire et donc de pouvoir discuter la protection de leurs relations sexuelles ou une aide financière pour ses soins. Il faut noter que cette vulnérabilité est parfois plus ressentie qu'effective. En effet, la majorité des femmes qui apprennent qu'elles sont séropositives n'osent pas l'annoncer à leur mari par peur de sa réaction. Cependant, des études ont montré que lorsque les femmes choisissent de parler à leur mari, sa réaction est souvent meilleure que celle qui est attendue et très peu d'entre eux rejettent effectivement leur femme [8]. Pour une autre femme infectée, le contenu de la situation de vulnérabilité sera différent et essentiellement représenté par les difficultés quotidiennes qu'elle rencontre pour trouver l'argent nécessaire pour se nourrir et se déplacer : difficultés qui réduiront ses possibilités d'accéder aux structures de soins et contribueront, à terme, à la dégradation de son état de santé.

Négociation

Dans des sociétés où les normes et les idéaux individuels et collectifs demeurent fondamentalement masculins, les « rela-

tions de genre » comprennent de multiples moments de « négociation ». De fait, qu'est-ce qui est négocié par la femme (en particulier lorsqu'elle est séropositive) et avec qui ? : avec son partenaire, la protection de leurs relations sexuelles ; avec les proches parents – en particulier la mère – et avec son conjoint, le choix de ne pas avoir d'enfant parce que l'on craint de lui transmettre le VIH ; avec d'autres membres de l'entourage familial et le réseau amical, une aide pour des soins, ou un éventuel accueil en cas de rupture du couple. Ces quelques exemples de processus de négociations que doit engager la femme séropositive prendront une forme différente selon qu'elle a informé ou non de sa séropositivité ses amis, sa mère, son mari. De plus, ces moments de négociations sont plus ou moins fréquents et récurrents et ne présentent pas tous la même « urgence » (protéger ou non ses relations sexuelles maintenant/décider ou non d'avoir un enfant dans les mois qui viennent). Donc, ce qu'il faut comprendre par « négociations » c'est, comme pour la notion de vulnérabilité, un ensemble varié de comportements individuels et de situations qui se présentent aux femmes. Vouloir rapidement des changements radicaux dans les rapports entre hommes et femmes est parfois ambigu. Car, en réalité, ces changements immédiats sont demandés aux femmes, rarement aux hommes. En somme, sous prétexte de vouloir réhabiliter le « pouvoir de décision » de la femme, on l'investit du devoir de transformer les rapports noués avec les hommes : cela avec pour conséquence d'imputer aux femmes un éventuel échec de cette entreprise. À titre d'exemple, dans le cadre de projets de recherche sur la transmission mère-enfant du VIH, il est conseillé aux femmes infectées par le VIH de ne pas allaiter leur enfant (pour éviter la transmission du VIH par le lait). C'est un conseil parfois difficile à suivre pour les femmes compte tenu du contexte social de l'allaitement : une femme qui n'allait pas, alors qu'elle-même sait qu'elle renonce à l'allaitement pour préserver la santé de son enfant, va être considérée comme une « mauvaise mère » par son entourage (mari, belle-mère, voisines...) qui généralement n'est pas au courant de sa séropositivité [9]. Certaines femmes mettent au point des stratégies (maladie des seins, absence de lait...) pour expliquer ce sevrage précoce et arrivent par conséquent à suivre ce conseil. Mais

pour celles qui n'y arrivent pas, il serait vain de la part de l'équipe médicale d'être stricte sur cette question de l'allaitement : en effet, le danger est que la femme adopte alors un allaitement mixte, en commençant un allaitement artificiel pour « faire plaisir » à l'équipe soignante, tout en continuant l'allaitement maternel pour éviter la réprobation du mari et de l'entourage. Or ce cas de figure est le plus dangereux qui soit en matière de risque de transmission du VIH par le lait [10]. Partant de là, les relations qui existent entre la femme et son mari, sa belle-mère, ses belles-sœurs ou ses voisines, doivent être attentivement prises en compte pour délivrer un conseil approprié permettant d'éviter ce type de situation.

Sexualité

Lorsque l'on se penche sur les discours relatifs à « la sexualité », le premier et plus prégnant stéréotype qu'il importe de lever est celui de la prétendue permissivité des sociétés africaines qui expliquerait la diffusion plus large et rapide du VIH dans le continent. Cela alors que nous savons que l'expansion du VIH en Afrique a des causes sociologiques, économiques et politiques et ne peut être réduite à un nombre de partenaires sexuels par mois ou par an.

Le Rwanda nous offre l'exemple même d'une société où la « permissivité » sexuelle n'est pas la norme : les femmes ne doivent pas avoir de relations sexuelles avant le mariage. De ce fait, les hommes ont recours à des prostituées. Puisqu'elles sont fortement contaminées, lorsque ces hommes se marient le risque de contamination de l'épouse devient élevé [11]. Donc, à Kigali, à partir de 1985, l'exposition de la femme au VIH s'explique autant par le comportement de son partenaire que par le sien propre. Nous pouvons tirer un double enseignement de ces constats sociologiques sur la société rwandaise : les normes sociales en matière de sexualité, y compris dans des sociétés très touchées, associent interdits et tolérances et ne se résument pas à un seul de ces aspects ; la sexualité d'un individu donné ne suffit pas à déterminer son risque d'exposition au VIH ; encore faut-il disposer d'informations sur celle de son partenaire. La conception de la fidélité est aussi à prendre en compte lorsqu'on examine les comportements sexuels des hommes et des femmes. Ainsi, pour les Mossi, au Burkina Faso,

la fidélité de l'homme concerne les engagements sociaux qu'il a envers son ou ses épouses. Ce n'est pas une fidélité sexuelle: au contraire, avoir plusieurs partenaires est nécessaire pour « espérer » avoir une épouse supplémentaire [12].

Cet exemple d'une fidélité qui n'est pas sexuelle montre l'importance d'études qui dépassent la question de savoir si les femmes sont ou non fidèles pour tenter de comprendre avant tout ce que signifie pour elles la fidélité et ce qu'elles savent de la fidélité de leur partenaire.

Une même exigence doit guider la réflexion sur la nature de messages qui peuvent être ambigus. Ainsi, lorsque, en Ouganda, dans les slogans à destination de jeunes femmes, il est affirmé « aimez avec prudence », « pas de vagabondage », « je suis contente, je dis "non" au sida », « les jeunes filles doivent apprendre à dire "non" aux hommes » [13], on suggère incidemment que dans le cas où elles diraient « oui » aux hommes, elles s'exposeraient consciemment au VIH et que la possibilité de refuser un rapport sexuel à risque ne dépend que de leur volonté (« ... je dis "non" »). Ces messages sont ambigus dans la mesure, où, finalement, ils sont plus destinés à des hommes – comme les camionneurs qui doivent et peuvent éviter les relations occasionnelles lors de leurs voyages – qu'à des jeunes femmes dont on connaît les pressions de nature sexuelle qui pèsent sur elles, au travail ou à l'école. Elles ne sont, souvent, pas en mesure de « dire "non" au sida » mais, pour autant, aucune femme ne dit « oui » au sida.

La prise en compte des « relations de genre » suppose donc que l'on ne désigne pas les comportements sexuels des femmes en ne s'adressant qu'à elles. Désignation, qui à la fois, risquerait de culpabiliser les femmes et reviendrait à occulter les contraintes auxquelles elles sont soumises ou les négociations qu'elles doivent engager.

Notons encore que la promotion de l'utilisation du préservatif peut revêtir des formes qui, à terme, rendent délicate l'adoption de ce moyen de prévention par les femmes. En effet, dès l'instant où, dans les messages de lutte contre le sida, « vagabondage sexuel » et « préservatif » sont associés, bon nombre de femmes se trouvent dans l'impossibilité de l'utiliser dans le cadre d'une relation stable. C'est là un frein important à la prévention dans des pays où la prévalence est élevée et où toutes les couches de la population sont atteintes par l'épidé-

mie: il n'y a pas *a priori* de relation « non à risque » tant que les deux partenaires n'ont pas fait le test de dépistage du VIH ou tant qu'ils ne protègent pas leurs rapports sexuels. C'est bien ce que semblait ignorer en Guinée une campagne de prévention qui a diffusé comme message: « utilisez le préservatif avec des partenaires que vous ne connaissez pas » [14]. En conséquence, les individus n'utilisaient pas le préservatif dès lors qu'ils pensaient connaître leur partenaire, et les femmes se sentaient humiliées – et en particulier assimilées à des « prostituées » – si un homme leur proposait un rapport avec préservatif, qu'elles refusaient.

Prostitution

Dans les analyses sur le sida en Afrique, la notion de prostitution a généralement recouvert un ensemble de comportements très variables: de la femme qui tire l'essentiel de ses moyens de subsistance de rapports sexuels monnayés avec un nombre important de partenaires, à l'étudiante qui a une relation régulière avec un homme plus âgé qui subvient à une partie de ses besoins, en passant par la femme qui a plusieurs partenaires successifs, susceptibles de l'aider financièrement. Or ces deux derniers cas ne relèvent pas de la prostitution « professionnelle », telle qu'on la définit habituellement.

Les réflexions et messages qui adoptent l'équation sexe + argent = prostitution procèdent par amalgame et effectuent un contresens. Cela revient à désigner de l'extérieur comme « prostituées » des femmes qui tout à la fois ne se reconnaissent pas elles-mêmes comme prostituées et qui ne sont pas reconnues comme prostituées dans leur propre société. Un amalgame s'opère entre la femme célibataire, divorcée ou veuve que l'on qualifiera alors de « femme libre » et la prostituée « professionnelle ». Or les « femmes libres » sont celles qui refusent ce que l'on a coutume d'appeler les « contraintes du mariage ». Que ces femmes reçoivent de l'argent, des « cadeaux » de leurs partenaires, n'en fait des prostituées ni pour ces hommes, ni pour les autres femmes. Cet amalgame entre prostituées et « femmes libres » conduit à des schémas fortement simplificateurs: B.G. Schoepf évoque la situation des deux premières femmes officiellement décédées du sida au Zaïre dans les années 70 [15]. La première est une jeune femme zairoise, présentée comme

une « femme libre » (c'est-à-dire célibataire), qui « aurait été une prostituée » avant de rentrer au village. Son sang fut prélevé en 1976: elle est décédée « quelques années plus tard d'une maladie ressemblant au sida »; la seconde femme est une chirurgienne danoise « qui opérait souvent à mains nues », dans un hôpital missionnaire: elle tomba malade et présenta des signes cliniques faisant penser *a posteriori* au sida. Les rapports médicaux qui consignent ces deux cas ne laissent guère de doute sur la contamination de la femme zairoise par le biais de rapports sexuels, et de la femme danoise suite à un contact avec du sang infecté. Nous voyons alors se construire des oppositions caricaturales entre la femme noire/de mauvaise vie/coupable et la femme blanche/de bonnes mœurs/victime, qui excluent « toute possibilité qu'une prostituée africaine ait pu être infectée par une transfusion sanguine (...) et qu'une femme médecin blanche ait pu être infectée au cours de rapports sexuels » [15].

Maternité et contraception

À l'image de la femme prostituée, répond, en miroir, celle de la femme-mère. Or, si le constat d'une valorisation par les sociétés africaines (et elles ne sont d'ailleurs pas les seules dans ce cas) de la maternité est exact, il comprend des nuances et doit être pondéré suivant les situations. Ni la maternité « à tout âge », ni la maternité « à tout prix » ne sont systématiquement recherchées. L'utilisation croissante de moyens de contraception le prouve [2]. Parallèlement, les motivations des femmes qui utilisent peu de moyens contraceptifs sont variées et ne renvoient pas toutes à des « pesanteurs » ou à des déterminants culturels: par exemple, tant que la mortalité infantile restera très élevée, la femme envisagera difficilement de contrôler sa fécondité. Dans le contexte de l'épidémie de sida, la fécondité et la procréation revêtent des enjeux psychologiques et sociaux particuliers: partant du constat que la femme enceinte infectée par le VIH risque de transmettre le virus à l'enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement, la plupart des programmes de lutte contre le sida en Afrique ont donc adopté le message suivant: « les personnes séropositives ne doivent plus avoir d'enfant ». Or, dans la

pratique, il a été observé dans plusieurs pays d'Afrique que ce conseil n'était guère suivi. En Côte d'Ivoire, l'incidence des grossesses chez les femmes qui se savent séropositives est très forte, malgré les conseils et les contraceptifs gratuits qui leur sont donnés [16]. Il serait faux d'imputer cela à une éventuelle négligence des femmes ou à une simple réticence à utiliser des moyens de contraception. D'un point de vue psychologique, avoir un nouvel enfant est pour une femme séropositive un moyen d'être rassurée sur son état santé et, ce faisant, sur sa capacité à éloigner la perspective de la mort. Tout en s'affirmant en bonne santé vis-à-vis de son entourage, elle peut envisager de conserver son statut de femme mariée. C'est en ce sens qu'il faut interpréter les explications de femmes séropositives qui ne peuvent refuser à leur mari un autre enfant, de peur qu'il ne prenne une autre épouse [17]. S'agissant des femmes qui ne veulent pas avoir d'enfant, leur choix ne débouche pas nécessairement sur l'adoption de méthodes contraceptives modernes. Ainsi, en Côte d'Ivoire, les femmes séropositives n'adoptent pas la contraception qu'on leur propose mais allongent la durée d'abstinence post-partum [16]. Elles préfèrent donc négocier leurs relations sexuelles plutôt que de recourir à la contraception, dont elles se méfient : en effet, l'absence de règles qui survient lors de l'utilisation de certaines méthodes comme les injections, est perçue négativement et les femmes craignent que ces méthodes n'aient des effets délétères sur leur santé ou sur leur fécondabilité future.

La procréation chez les femmes séropositives est donc clairement le lieu de convergence de pressions variées et parfois contradictoires : psychologiques (désir d'enfant, peur d'avoir un enfant infecté), maritales (désir d'enfant exprimé par le mari, difficulté à proposer le préservatif dans le couple) et sociales (nécessité d'avoir un nombre d'enfants minimum pour être respectée et estimée dans une famille...).

Santé de la mère, de l'enfant... et de la femme

Les stratégies des femmes séropositives face à la procréation le montrent : analyser le rapport des femmes à leur santé et au système de santé doit prendre en

compte la place qu'occupe la santé maternelle et infantile dans les politiques de santé. Il s'agit d'un problème de santé publique évident, qui concerne un grand nombre de femmes et d'enfants et, dans une optique plus sociologique, nous pouvons y lire nombre des situations de dépendance qui caractérisent la vie des femmes. Cela étant rappelé, on ne peut s'empêcher de remarquer que sont de ce fait oubliées des politiques de santé les difficultés que rencontrent les autres femmes, pourtant confrontées aux mêmes contraintes sociales que les femmes enceintes ou les mères. En d'autres termes, il nous paraît indispensable de ne pas se contenter d'appréhender le rapport des femmes à la santé, au travers des seuls problèmes qui mettent en jeu leur capacité à engendrer. On doit considérer le rapport de la femme à la santé comme étant aussi celui qu'établit un adulte, soumis à des contraintes variées – certainement différentes et plus importantes que celles des hommes – mais que l'on ne peut réduire à un rôle de mère.

L'épidémie de sida a certes conduit au développement d'études sur le cancer du col de l'utérus, particulièrement fréquent chez les femmes séropositives. La plus grande attention portée à cette affection pourrait avoir des retombées positives pour les femmes en général, mais c'est à notre connaissance le seul problème de santé qui ne concerne pas la femme enceinte et le jeune enfant qui ait été pris en compte depuis l'épidémie de sida. Force est cependant de remarquer que ces interventions restent dans la sphère gynécologique.

Choix méthodologiques et problématique du « genre »

Ces différentes réflexions sur la complexité des situations que vivent les femmes dans leur confrontation à la menace du sida renvoient, pour l'essentiel, à des recherches anthropologiques et démographiques, mobilisant par conséquent des méthodes de type qualitatif et quantitatif. Dans le souci d'éclairer les contextes de la recherche, nous souhaitons nous attarder sur les principes et les

mises en œuvre de ces méthodes, permettant de recueillir les informations dont il a été question précédemment.

Ajuster méthodes et objectifs de recherche

À travers ce premier grand principe méthodologique – qui peut sembler évident mais qui est loin d'être systématiquement appliqué – nous voulons signifier qu'il faut, d'une part, se fixer des objectifs de recherche compatibles avec les compétences méthodologiques disponibles et, d'autre part, effectuer un choix méthodologique permettant de répondre aux objectifs fixés.

S'agissant du premier point, concrètement, il n'est pas toujours possible d'associer un statisticien, un épidémiologiste, un économiste ou un anthropologue au thème de recherche qui nous intéresse, au moment où on le souhaiterait. Cette contrainte pratique doit être intégrée dans la mise au point des projets de recherche : mieux vaut une recherche répondant à des questions circonscrites, avec des méthodes que l'on maîtrise réellement, qu'une recherche trop ambitieuse et qui n'a en réalité pas les moyens d'atteindre des objectifs, soit trop variés, soit trop généraux. Second volet de ce principe méthodologique : une fois définis des objectifs de recherche réalistes compte tenu des capacités méthodologiques existantes, il importe de ne pas se « tromper de méthode ». Ce principe de base de la recherche n'est lui non plus pas toujours respecté. Ainsi, dès lors que la question posée est « pourquoi les femmes fréquentent-elles moins les centres anti-tuberculeux (CAT) que les hommes ? », on s'intéresse à des motivations et à des perceptions. Il faut donc envisager une méthode de type qualitatif (qui pourra éventuellement être couplée avec une étude quantitative) : réaliser des entretiens répétés auprès d'un groupe limité de femmes doit ainsi permettre de révéler les tenants et aboutissants de ces choix. En revanche, si la question posée est « quelles sont les populations de femmes et d'hommes qui fréquentent les centres anti-tuberculeux ? », on souhaite alors décrire les profils socio-économiques et démographiques des femmes (ou des hommes) qui fréquentent les CAT. Une démarche quantitative est alors indispensable.

Summary

AIDS and social situations of women in Africa: from notions to research methods

L. Vidal, A. Desgrées du Lou

When researchers or actors intend to analyse women's situations in the context of AIDS in Africa, they are conducted to take into account the whole context these women live in: their access to care and prevention, their ability to make choices in their emotional, sexual and marital life, their access to education and to a gainful employment. It is also important in such an approach to define precisely the notions used. This paper proposes first to describe the several realities existing under the notions of vulnerability, autonomy, negotiation, sexuality, prostitution, motherhood and mother and child health. Through examples from researches conducted in Côte d'Ivoire and in other African countries, we enlighten how stereotypes are still used to describe women's situations in Africa. We insist on the need to propose fine-tuned and balanced analyses, in order to avoid sweeping generalisations that are harmful to women themselves.

Secondly, we describe the methodological tools that can be used in this kind of analysis of notions and contexts in gender relations. We describe qualitative and quantitative survey techniques. For each one, we emphasise their requirements but also their effects on our research process on women's experiences facing AIDS.

Cahiers Santé 2001; 11: 265-72.

Objectifs, apports et limites de la méthode qualitative

Sous le terme de « méthode qualitative », on regroupe en réalité des techniques d'enquêtes qui utilisent des entretiens (individuels ou de groupe) et des observations. Cette méthode est caractéristique de la démarche de l'anthropologue : elle doit permettre au chercheur de disposer des moyens lui permettant d'approfondir des questions, en multipliant les entretiens et en les comparant avec les observations effectuées.

Comme la méthode quantitative, la méthode qualitative se propose de décrire et d'analyser des réalités : situations vécues, pratiques ou perceptions. Cependant, au lieu de travailler sur des échantillons représentatifs d'une population au moyen de questionnaires, elle portera son attention sur des effectifs plus restreints. Pour compenser le fait qu'aucun test statistique de représentativité ne peut être effectué, la méthode qualitative se donne un atout : l'approfondissement des thèmes, l'exploration de leurs ramifications, de leurs fondements et de leurs conséquences. À cette première condition, les résultats d'une enquête qualitative permettent d'expliquer comment

s'élaborent les comportements des individus.

Insistons sur le fait que le « qualitatif » n'est ni uniquement le « petit nombre » de personnes enquêtées, ni l'approfondissement des informations recueillies : c'est l'association des deux. À titre d'exemple, mener une étude auprès de 30 femmes sur leurs relations de couple, leur approche du risque représenté par le sida et leur attitude face au test de dépistage peut fournir des informations pertinentes sur la façon dont sont gérées les relations de couple, la menace du sida ou le test : à la condition que le choix de ces femmes soit raisonné et que l'étude reste fidèle aux techniques d'entretiens et d'observations (cf. ci-dessous). Si ces conditions sont respectées, on recueillera une somme d'informations sur l'histoire affective, familiale et professionnelle de ces femmes ainsi que sur leurs connaissances sur le sida, leurs incertitudes et leurs craintes.

• Le groupe de personnes enquêtées

Sa constitution peut se fonder sur les principales caractéristiques démographiques de la population générale à laquelle il appartient. Avant de commencer notre travail auprès des personnes

infectées par le VIH, prises en charge dans un centre antituberculeux à Abidjan, nous avons relevé les caractéristiques socio-démographiques de tous les séropositifs traités dans les deux CAT depuis un an. Il s'est avéré qu'il y avait 80 % d'hommes et près de 50 % d'étrangers. Nous avons donc décidé de contacter plus d'hommes que de femmes et autant d'étrangers que d'ivoiriens. Le nombre de malades auxquels nous avons proposé notre démarche n'a pas excédé 50, de façon à pouvoir les rencontrer, personnellement, au moins une fois par mois.

Le choix des personnes constituant le groupe peut aussi être fonction de caractéristiques sociales : lors d'une recherche sur les perceptions et pratiques relatives au risque à Abidjan, nous avons identifié quatre profils de personnes en fonction de ce que nous avons appelé leur « proximité » avec la maladie : des personnes infectées par le VIH, donc concernées au plus près par le VIH ; des tuberculeux séronégatifs, proches de la maladie parce qu'il ont été testés, mais dans une moindre mesure que le premier groupe car ils ne sont pas infectés ; des personnels de santé, proches de l'infection à VIH, de par leur travail ; des habitants d'un quartier d'Abidjan, *a priori* moins proches du sida que les trois autres groupes puisqu'ils n'étaient pas rencontrés en fonction de leur statut sérologique.

• Entretiens

Dans une recherche qualitative, il est préférable que les entretiens soient réalisés par le chercheur lui-même et non par un enquêteur. Un guide d'entretien est d'abord confectionné. Il doit comprendre l'ensemble des thèmes et des sous-thèmes qui doivent être abordés avec les personnes retenues. L'objectif du chercheur est de faire en sorte que son interlocuteur aborde tous ces thèmes : il faut donc accepter que ces thèmes ne soient pas abordés dans l'ordre dans lequel ils sont mentionnés dans le guide et il faut se donner les moyens (notamment en termes de durée de l'étude) de répéter les entretiens.

Une fois le premier entretien réalisé, le chercheur prépare l'entretien suivant sur la base des informations déjà obtenues. Lors de ce second entretien – qui variera donc d'un interlocuteur à l'autre – il sera possible non seulement d'aborder des thèmes qui n'avaient pas pu l'être lors du premier, mais aussi de développer des points évoqués de façon superficielle.

L'expérience montre qu'une personne rencontrée peut développer un même problème de façon différente, lors de deux entretiens. Cela est particulièrement sensible dans les recherches sur le sida où des questions très personnelles sont abordées. Ainsi, une femme infectée par le VIH, informée de son statut sérologique et des mesures de prévention à adopter, pourra déclarer lors d'un premier entretien que dorénavant elle protège ses relations sexuelles avec son mari. Puis, dans un entretien ultérieur, en évoquant la question de l'information qu'elle a donnée à son mari sur son statut sérologique, elle remarquera que c'est une démarche difficile, de même qu'il est délicat pour elle de proposer l'utilisation de préservatifs à son mari. Le chercheur est donc incité à revenir sur cette question et il apprend alors que, contrairement à ce qui avait été dit au début, cette femme ne protège qu'occasionnellement ou pas du tout ses relations sexuelles. Seule la répétition des rencontres et des entretiens a donc permis d'avoir cette information, de façon « naturelle », dans le droit fil de la discussion, sans avoir à insister.

• Observation

Complément indispensable des entretiens, l'observation permet de mieux comprendre comment les personnes avec lesquelles nous avons des entretiens répétés se comportent avec leur entourage, quelles sont les attitudes de celui-ci à leur égard, quelles sont leurs conditions de vie. Ces observations peuvent susciter des questions ou des thèmes de discussion pour un prochain entretien ; elle peuvent aussi confirmer ou contredire ce qui avait été dit lors d'un précédent entretien. Prenons un exemple, par ailleurs instructif de la nature des relations de couple que peut incidemment révéler une étude anthropologique : un homme infecté par le VIH, suivi dans un CAT, affirmait, d'une part, protéger ses relations sexuelles avec son épouse et, d'autre part, ne plus boire d'alcool. Il estimait donc suivre les conseils des médecins. Au terme d'une discussion à son domicile, son épouse est arrivée et a commencé à lui reprocher son comportement : non seulement il dépense son argent dans la boisson mais il exige des rapports non protégés. Nous assistons alors à une discussion où chacun argumente de sa bonne foi. Si nous n'étions pas partis de la nécessité d'observer personnellement les conditions de vie de ce

malade, nous n'aurions jamais pu assister à cet échange, rencontrer sa femme et prendre connaissance de son point de vue sur les affirmations de son mari.

L'observation peut aussi porter sur le fonctionnement d'une structure de santé. Au cours des entretiens, les patients décrivent les rapports qu'ils ont avec les personnels soignants et les conditions de leur accueil dans les structures de soins. Dans le même temps, les soignants expliquent les difficultés de leur travail et notamment leur contact avec les malades, qui ne comprennent pas leurs instructions ou ne les respectent pas. Face à ces descriptions et à ces reproches mutuels, il est indispensable de pouvoir observer comment se passe l'accueil des patients lors des consultations du matin : on mesure alors mieux la longueur de l'attente du malade, la durée d'une consultation et la charge de travail des médecins et des autres soignants. Les déplacements dans la structure méritent aussi d'être observés : patients qui s'égarerent d'un service à l'autre, personnels de santé tantôt surchargés de demandes de renseignements, tantôt absents de leur poste de travail. Nous avons là autant d'informations qu'il n'aurait pas été possible d'obtenir sans une présence du chercheur sur le lieu de prise en charge des malades.

• Analyse des données

À la lecture des entretiens et des notes sur les observations effectuées dans les conditions évoquées précédemment, l'étape suivante consiste à classer les informations recueillies en fonction des différents thèmes mentionnés dans le guide d'entretien. Ainsi, dans une étude sur les comportements en matière de prévention et de recherche de soins des femmes infectées par le VIH, on aura par exemple les thèmes « relations avec le conjoint/partenaire », « information des proches sur sa séropositivité » ou « itinéraire thérapeutique », etc. Les données sont donc dépouillées dans un premier temps par thème, puis on analyse thème par thème les informations recueillies auprès de l'ensemble des personnes rencontrées. Ensuite, l'ensemble des entretiens et des observations seront repris, personne par personne : on résumera alors chacune des expériences des femmes ou des personnels de santé rencontrés. On disposera donc de « fiches individuelles » détaillées qui retracent le parcours thérapeutique du malade, les modifications de ses rapports avec les

soignants et son entourage ou encore l'évolution de ses connaissances.

Une troisième étape consistera à présenter une analyse qui associe le volet thématique et le volet individuel. Deux façons d'opérer peuvent être utilisées. Soit on repère, dans l'analyse thématique, des comportements ou des représentations qui reviennent régulièrement, et on illustre alors ces caractéristiques par des cas individuels en montrant bien ce que chaque cas peut apporter comme nuances, précisions ou contradictions à ces caractéristiques générales. Soit on considère tout d'abord les cas individuels et on note, au sein de chacun d'entre eux, des correspondances entre différents thèmes. Prenons le cas de cette femme sans enfant et séropositive qui doit composer avec la « pression » familiale pour qu'elle ait un enfant, tout en craignant de contaminer cet enfant à venir et son partenaire. On se reporte alors à l'analyse par thème afin de voir si les questions relatives au désir d'enfant, à l'insistance de la famille pour que la femme ait un enfant, à la peur de la personne infectée de contaminer un enfant ou à la connaissance effective des modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant reviennent fréquemment.

Objectifs, apports et limites de la méthode quantitative

Les méthodes quantitatives s'appuient sur des enquêtes faites sur des échantillons dont la taille et la structure sont calculés de façon à ce que les indicateurs mesurés dans l'échantillon renseignent de façon correcte sur ce qui se passe effectivement dans la population générale. Cela conduit à travailler généralement sur des échantillons de grande taille, avec des questionnaires standardisés et fermés. Les données recueillies sont codées et saisies sous forme de fichiers qui font l'objet de traitements statistiques. Les objectifs de cette méthode sont donc de décrire comment se répartissent des éléments dans un groupe, de mesurer des indicateurs qui synthétisent l'information sur ce groupe et, enfin, d'analyser les évolutions et les interactions entre ces éléments. Ce type de méthode va, par exemple, permettre de calculer des indicateurs sur la santé et les comportements. Des tendances seront donc caractérisées au sein d'une population et des liaisons statistiques entre indicateurs pourront être détectées.

Précisons toutefois que les liaisons statistiques que l'on met en lumière entre deux phénomènes avec les méthodes quantitatives ne renseignent pas explicitement sur une quelconque relation de cause à effet entre ces deux phénomènes. Pour passer de l'observation d'une liaison statistique à la description d'un mécanisme d'interactions, il faut disposer d'informations supplémentaires que peuvent précisément apporter des études utilisant des méthodes qualitatives, comme l'illustre l'expérience suivante. À Abidjan, on observe chez des femmes infectées par le VIH suivies dans le cadre d'un projet de réduction de la transmission mère-enfant, une incidence des grossesses, dans la première année après l'accouchement, deux fois plus forte chez les femmes instruites (niveau secondaire ou plus) que chez les autres femmes, cela alors que ces femmes ont toutes reçu des informations précises pour ne pas être enceintes trop rapidement. On observe, par ailleurs, que les femmes instruites reprennent les relations sexuelles beaucoup plus vite que les femmes moins instruites, dont la durée de l'abstinence post-partum s'avère plus longue que dans la population générale [17]. À partir de ces informations (recueillies au moyen d'une étude quantitative), nous avons émis l'hypothèse que les femmes qui se savent séropositives, compte tenu des difficultés qu'elles rencontrent pour proposer le préservatif à leur partenaire, s'appuient sur une méthode traditionnelle d'abstinence post-partum pour retarder le plus possible la reprise de l'activité sexuelle, fort délicate à négocier avec le partenaire. Cela étant, nous estimons que les femmes les plus instruites pourraient avoir plus de difficultés à appliquer ces pratiques traditionnelles : malgré leur instruction supérieure, elles sont donc « contraintes » de reprendre les relations sexuelles et soumises plus tôt au risque d'infecter le partenaire et au risque de grossesse. Il s'agit là d'une hypothèse, construite à partir de l'examen de l'ensemble des relations statistiques. Pour la confirmer et l'étayer, une approche plus spécifiquement qualitative s'impose : des entretiens aussi bien avec les femmes qu'avec les hommes sont nécessaires pour comprendre comment les femmes les moins instruites arrivent à maintenir une abstinence post-partum si longue, pourquoi les femmes plus instruites n'y recourent pas, ou encore pourquoi elles n'adoptent pas en contrepartie une contraception efficace.

Associer le qualitatif au quantitatif

Ce dernier exemple souligne incidemment l'intérêt de mettre au point des recherches qui associent les démarches qualitatives et quantitatives, notamment autour de la problématique « femme et VIH ». Un tel choix, là encore, doit répondre à une exigence scientifique : les questions posées doivent nécessiter cette double approche et il importe d'être en mesure de pouvoir rassembler et faire travailler sur un même projet des chercheurs qui emploient des méthodes différentes, les unes qualitatives, les autres quantitatives.

Dans l'exercice pratique de la recherche, mener de pair le volet qualitatif et le volet quantitatif constitue une première possibilité. Cette méthode peut être choisie quand on préfère mettre en commun les résultats obtenus, par questionnaires, entretiens et observations. Cela dans l'idée de repérer les points qui mériteraient d'être approfondis lors d'un « second passage ». L'avantage d'une telle démarche est qu'aucune étude n'est influencée, dans les questions auxquelles elle se propose de répondre, par les résultats de l'autre. Chacune garde la liberté de développer ses propres interrogations. Néanmoins, de ce fait, par définition, les possibilités d'échange entre les deux enquêtes sont réduites, chacune étant déjà lancée. Le projet de recherche risque alors de se dédoubler et de ne plus être un projet commun mobilisant deux méthodes différentes.

Une seconde possibilité consiste à effectuer le volet qualitatif avant le volet quantitatif. Ce choix découle de l'idée que les données recueillies et analysées par l'étude qualitative doivent aider à sélectionner les questions qui méritent d'être abordées dans l'enquête quantitative. Cette dernière pourra alors profiter des résultats de l'étude qualitative pour concevoir ses questionnaires. Des questions auxquelles on n'avait pas pensé dans un premier temps seront alors ajoutées. De même, des questions largement traitées par le volet qualitatif pourront être supprimées du questionnaire. Mais – inconvénient de cet avantage-là en quelque sorte – le volet qualitatif ne peut pas bénéficier des résultats de l'enquête quantitative : disposer de ces résultats aurait pu suggérer au qualitatif de nouveaux thèmes d'entretiens.

Dans un troisième cas de figure, le volet quantitatif peut être mené avant le volet

qualitatif. Le principe consiste alors à décrire l'ensemble de la situation au moyen de l'enquête quantitative, à charge pour le volet qualitatif d'illustrer des thèmes précis et de développer des thèmes que le quantitatif ne peut traiter. L'intérêt d'une telle démarche est que l'étude qualitative, plutôt que de traiter des thèmes très divers, se concentrera sur des tendances révélées par l'enquête quantitative. Ces résultats peuvent suggérer aux chercheurs qui doivent mener l'enquête qualitative des thèmes auxquels ils n'avaient pas pensé. Leur étude les approfondira et les illustrera par des entretiens et des observations. Mais, dans le même temps, les résultats de l'enquête quantitative peuvent conduire à trop « guider » ou « brider » l'étude qualitative. Or, c'est parfois en abordant des thèmes sans lien direct apparent avec la question de recherche de départ que l'on recueille des informations qui s'avéreront pourtant utiles.

Femmes et sida : une ouverture vers de nouveaux enjeux pour la recherche

Une attention particulière pour les situations que vivent les femmes dans leur confrontation à la menace du sida, ou dès lors qu'elles sont infectées par le VIH, pose avec une acuité renouvelée l'exigence de penser les notions et les méthodes que l'on mobilise pour décrire la réalité. En effet, l'intimité des comportements et des souffrances, des craintes et des attentes dans laquelle plonge toute recherche sur le sida se trouve redoublée, dès l'instant où l'on s'intéresse à la situation des femmes. Plus que l'homme, la femme doit engager des discussions, des négociations avec son conjoint pour avoir un contrôle sur sa vie sexuelle, mais aussi avec ses proches pour obtenir une aide afin de se soigner ; plus que l'homme, la femme est prise dans le dilemme de la victime (contaminée par un homme alors qu'elle s'estime fidèle, par exemple) dans le même temps potentiellement perçue « coupable » (de contaminer son enfant, en cas de grossesse ou lors de l'allaitement). Parmi les principes

qui doivent guider le chercheur, ceux qui consistent, d'une part, à ne pas contribuer aux discours stéréotypés sur le sida, aux images archaïques des sociétés africaines et, d'autre part, à ne pas nuire aux intérêts des personnes dont sont rapportées les conditions de vie, les expériences, prennent autour de la question des « relations de genre », une dimension particulière. Il convient d'être d'autant plus attentif à ces problèmes que le risque d'*a priori*, d'analyses stéréotypées voire stigmatisantes nous paraît plus élevé lorsque l'on s'intéresse aux choix et aux attentes des femmes face au sida, que lorsqu'on se penche sur tout autre « objet ». Dans le même temps les stratégies des femmes, qu'elles soient ou non infectées par le VIH et précisément parce qu'elles sont riches de nuances et combattent maintes idées reçues, provoquent, en retour, une réflexion non seulement sur les notions que l'on utilise mais aussi sur nos méthodes habituelles, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives : ce fut le cas de l'entretien au domicile d'un malade qui permet à la parole de sa femme de s'exprimer et qui, de ce fait, bouscule l'agencement prévu des entretiens et des observations ; ce fut aussi le cas lorsque les femmes rencontrées – plus systématiquement et plus fortement soucieuses que les hommes de s'assurer de la confidentialité de nos échanges car elles vivent dans la crainte d'une attitude de rejet de la part de leur mari – obligent le chercheur à encore plus de patience et de prudence dans sa démarche de recueil de données ■

Références

- Vidal L. *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*. Paris : Anthropos-Economica, 1996 ; 217 p.
- Vidal L. *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*. Paris : PUF, collection Politique d'aujourd'hui, 2000 ; 195 p.
- Desgrées du Loû A, Msellati P, Ramon R, et al. HIV-1 infection and reproductive history: a retrospective study among pregnant women, Abidjan, Côte d'Ivoire 1995-1996. *Int J STD & AIDS* 1998 ; 9 : 452-6.
- Desgrées du Loû A, Msellati P, Yao A, et al. Impaired fertility in HIV-1 infected pregnant women: a clinic-based survey in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1997. *AIDS* 1999 ; 13 : 517-21.
- Desgrées du Loû A, Msellati P, La Roche G, Wellfens-Ekra C, Ramon R, Dabis F. Estimation of HIV-1 prevalence in the population of Abidjan by adjustment of the prevalence observed in antenatal centres. *AIDS* 1999 ; 13 : 526-7.
- Vidal L. Anthropologie d'une distance. Le sida, de réalités multiples en discours unifiés. *Autrepart* 1999 ; 12 : 19-36.
- Mastro T, DeVincenzi I. Probabilities of sexual HIV-1 transmission. *AIDS* 1996 ; (suppl. 1) 10 : 75-82.
- Keogh P, Allen S, Almedal C, Temahagili B. The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda: a prospective study. *Soc Sci Med* 1994 ; 38 : 1047-53.
- Desclaux A, Taverne B eds. *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*. Paris : Karthala, 2000 ; 556 p.
- Coutsoudis A, Pillay K, Spooner E, et al. Influence of infant feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa. *Lancet* 1999 ; 353 : 471-6.
- Carael M. Women vulnerability to STD/HIV in Sub-Saharan Africa: an increasing evidence. In IUSSP-UIESP eds. *Seminar on Women and demographic change in sub-saharan Africa*. Liège : IUSSP-UIESP, 1993 ; 43 p.
- Taverne B. Valeur morale et stratégie de prévention : la « fidélité » contre le sida au Burkina Faso. In : Becker C, Dozon JP, Obbo C, Touré M, eds. *Vivre et penser le sida en Afrique/Experiencing and understanding AIDS in Africa*. Paris : Codesria-Karthala-IRD, 1999 : 509-24.
- Obbo C. Gender, age and class : discourses on HIV transmission and control in Uganda. In : Brummelhuus H, Herdt G, eds. *Culture and sexual risk. Anthropological perspectives on AIDS*. New-York, Amsterdam : Gordon & Breach, 1995 : 79-85.
- Hogsborg M, Aaby P. Sexual relations, use of condoms and perceptions of AIDS in an urban area of Guinea Bissau with a high prevalence of HIV-2. In : Dyson T, eds. *Sexual Behaviour and networking : anthropological and socio-cultural studies on the transmission of HIV*. Liège : Ordina, 1992.
- Schoepf B. Les femmes à risque : cas étudiés au Zaïre. In : Berer M, Ray S, eds. *Les femmes et le VIH/SIDA*. Londres : Women and HIV/AIDS Book, 1994 : 241-6.
- Desgrées du Loû A, Msellati P, Viho I, et al. Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. Ditrane ANRS 049 Project, Abidjan, 1995-2000. *Int J of STDs and AIDS* (sous presse).
- Aka Dago H, Desgrées du Loû A, Msellati P, Dossou R, Wellfens-Ekra C. Issues surrounding reproductive choice for women living with HIV in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Reproductive Health Matters* 1999 ; 13 : 20-9.

Résumé

Lorsque la recherche ou l'intervention se proposent d'analyser les situations des femmes face au sida en Afrique, elles sont amenées à prendre en compte des données « contextuelles ». Soit : la possibilité pour la femme d'accéder aux soins et à la prévention ; sa capacité d'effectuer des choix dans sa vie affective, sexuelle et matrimoniale compte tenu des « rôles » et fonctions que la société et la famille lui attribuent ; son difficile accès à l'éducation et à un travail rémunéré. Cette nécessaire mise en perspective doit s'accompagner d'un examen précis de la signification des notions que l'on est alors inévitablement conduit à utiliser. Cet article se propose donc, dans un premier temps, de décrire les réalités diverses que recouvrent les notions de vulnérabilité, autonomie, négociation, sexualité, prostitution, maternité et santé de la mère et de l'enfant. À travers des exemples pris dans des recherches menées en Côte d'Ivoire et dans d'autres pays d'Afrique, nous mettons en évidence la permanence de stéréotypes concernant les situations que vivent les femmes (infectées par le VIH ou non, jeunes ou non, etc.) et, partant de là, la nécessité de proposer des analyses nuancées, seules à même d'éviter des généralisations qui, *in fine*, s'avèrent stigmatisantes pour les femmes elles-mêmes. Dans un second temps, nous montrons avec quels outils méthodologiques, les axes de réflexion suggérés par cette analyse des notions et des contextes se rapportant aux « relations de genre » peuvent être « traités » dans l'exercice même de la recherche. Nous décrivons les techniques d'enquêtes qualitatives et quantitatives, en soulignant, pour conclure, leurs exigences mais aussi leurs effets sur nos propres démarches de recherches prenant pour objet les expériences des femmes confrontées au sida.