

L'anthropologie, la recherche et l'intervention sur le sida en Afrique. Enjeux méthodologiques d'une rencontre

Laurent Vidal*

Résumé. Dans la recherche sur le sida en Afrique, les sciences biomédicales et les institutions internationales sollicitent des analyses anthropologiques sans toujours en assumer les fondements méthodologiques. Les enquêtes CACP sont caractéristiques d'un ensemble d'interrogations de nature anthropologique, sous-tendues par une conceptualisation de pratiques et de représentations et par une démarche méthodologique qui ne s'accordent pas avec une perspective anthropologique. Les questionnaires et les résultats des enquêtes CACP témoignent du difficile apport de l'anthropologie aux études « socio-comportementales » et obligent à redéfinir l'opposition « quantitatif » / « qualitatif » et surtout les cadres conceptuels dans lesquels peut s'inscrire une collaboration entre institutions de financement (type OMS), sciences sociales et médicales. Une éthique globale — confrontant les dimensions personnelles et organisationnelles, celles propres à la recherche et à

* Laurent Vidal, anthropologue, ORSTOM, Département Santé, 210, rue Lafayette, 75480 Paris Cedex 10 ; Institut Santé-Développement, ORSTOM, 15-21, rue de l'École de Médecine, 75005 Paris.

Une première version de ce texte a servi de support à une communication lors des 3^{es} Journées de l'APAD (Association euro-africaine pour l'Anthropologie du Changement social et du Développement), tenues à Bamako du 14 au 17 février 1994.

Fonds Documentaire ORSTOM



010005729

Fonds Documentaire ORSTOM

Cote B* 5729 Ex: 1

l'intervention — est à imposer face aux remises en question épistémologiques engendrées par le bouleversement de la relation de l'anthropologue à son sujet d'étude (la maladie, la sexualité).

Le sida entre médecine et anthropologie : introduction à une difficile rencontre

L'analyse des fondements et des implications politiques du sida en Afrique a mobilisé des anthropologues (Dozon *et al.*, 1989 ; Seidel, 1993) et des médecins (au premier rang desquels J. Mann, ancien responsable du Programme global sur le sida de l'OMS ; Mann, 1993) qui se rejoignent pour désigner les obstacles politiques à une prévention et une prise en charge efficaces de la maladie : reconnaissance tardive de l'épidémie par les États en réaction au discours stigmatisant des pays du Nord, faible disponibilité de moyens financiers et non respect des droits de la personne.

Cette concordance des interprétations de la médecine et des sciences sociales sur les lacunes de l'intervention des responsables politiques africains dans la lutte contre le sida ne débouche toutefois pas sur une mise en pratique aisée d'activités de recherche pluridisciplinaires, susceptibles de répondre aux questions — notamment d'ordre politique — posées par le développement de l'épidémie. Sur ce point essentiel de la réflexion sur le sida, que l'on peut généraliser à l'ensemble des problèmes sanitaires rapprochant anthropologues et médecins, J.-L. Jamard (1989-90) pose le constat de l'existence d'«urgences indiscutables qui, plus d'une fois néanmoins, et c'est fâcheux, induisent à reléguer au second plan, voire sous le boisseau — délibérément ou non — les complexes causalités imputables aux systèmes de santé vernaculaires» en mesure d'expliquer «quelques faillites de ces recherches appliquées», et admet que «c'est dans la pluridisciplinarité et sa difficile distribution des rôles que s'établissent les «anthropologies scientifiques» (pp. 46-47). C'est de cette nécessaire et parfois impossible pluridisciplinarité — dans le sens où les obstacles épistémologiques, méthodologiques et éthiques en découragent la réalisation — que nous souhaiterions débattre, à partir du cas exemplaire de l'approche du sida en Afrique.

Avant de présenter ces obstacles plus en détail, il convient dans un premier temps de se pencher sur les principaux éléments du problème de la collaboration entre médecins et anthropologues. Une première interro-

gation s'impose : la sollicitation par les sciences biomédicales n'est—elle pas fondée — pour reprendre un terme d'épidémiologie — sur un «biais», fruit d'un malentendu ? En effet, face à l'«urgence» — qui a maintenant plus d'une décennie — constituée par la progression du sida, la médecine recherche des analyses et des appréciations sur les comportements sexuels (contextes psychologiques, culturels ou économiques les favorisant) et les effets de l'épidémie sur les structures familiales (leurs capacités à prendre en charge la maladie), sans pour autant accepter les méthodes en mesure de produire ces données dans une perspective anthropologique impliquant une démarche qualitative, inscrite dans la durée et fondée sur l'observation et l'échange avec des interlocuteurs précis. Des compromis ont été trouvés (enquêtes CACP, [Connaissances, Attitudes, Croyances et Pratiques], KAPB en anglais ; RP, [Relations entre Partenaires], PR en anglais ; et, moins systématiquement, RAP, [*Rapid Assessment Procedures*]) mais qui, malgré la mise à contribution de sociologues ou d'anthropologues, ne paraissent pas satisfaisantes au regard d'une telle conception de l'anthropologie. Dès lors, la rencontre entre médecins (et acteurs de la santé en général : chercheurs et praticiens confondus) et anthropologues ne peut-elle s'effectuer que «par défaut», c'est-à-dire soit par absence de représentativité et de possibilité de généralisation des informations de nature principalement qualitative recueillies par les anthropologues — d'où leur impossible application —, soit par abandon de l'approche anthropologique proprement dite ? Répondre à un tel dilemme revient, en partie, à se demander si les exigences — intransigeances ? — de l'anthropologie ne sont pas obsolètes dans le cas d'un problème de santé publique qui mobilise l'ensemble de la communauté scientifique. Cette question épistémologique renvoie à l'évolution de la pensée anthropologique relative à l'intervention de cette science sociale dans les grands enjeux sociaux de notre époque, comme le sida.

Une fois évoqués les enjeux épistémologiques de cette remise en cause, on peut cependant se demander si une discussion puis un abandon des méthodes qui ont donné un corpus de connaissances, base du savoir anthropologique, ne risque pas de remettre en question les présupposés éthiques et conceptuels de la discipline. En d'autres termes, peut-on rejeter des principes méthodologiques sans, *ipso facto*, contredire des choix conceptuels et éthiques ? Nous verrons ainsi que sur la question de l'éthique de la recherche en anthropologie, la confrontation avec la problématique du sida et sa perception par la biomédecine peut s'avérer enrichissante. En revanche, la pratique d'une pluridisciplinarité, tendant à uniformiser les options méthodologiques au détriment de la démarche anthropologique de l'observation et du dialogue dans la durée, s'accompagne d'un appauvrissement de la conceptualisation des objets de

l'anthropologie au cœur de la réflexion sur le sida (la maladie, la guérison, la sexualité, l'altérité). Cet écueil apparaît lorsque des sociologues ou des anthropologues prennent argument de la représentativité de leur échantillon — alors même qu'ils ne respectent pas les modalités statistiques de sa constitution (taille, sélection de ses éléments) — pour trouver crédit aux yeux des épidémiologistes, en particulier. Si, dans le même temps, ces derniers complètent leurs données quantitatives par quelques entretiens approfondis ou de groupe, afin de répondre à des interrogations d'ordre anthropologique posées par l'enquête, nous voyons se dessiner des méthodologies qu'aucune des disciplines en question ne peut revendiquer comme étant la sienne propre, mais qui donnent l'illusion d'une démarche pluridisciplinaire.

Questions de méthode : regard anthropologique sur des choix d'enquête

Limites anthropologiques des enquêtes «socio-comportementales»

Lorsque le Programme global sur le sida de l'OMS publia, entre novembre 1989 et février 1990, ses premiers questionnaires et guides d'entretien pour les enquêtes CACP et RP (OMS, 1989-a, -b, -c, -d et 1990-a, -b), l'objectif était donc d'appréhender les connaissances et les comportements sexuels face au sida. En eux-mêmes, ces thèmes de réflexion concernent directement l'anthropologie, sollicitée — dès lors que la transmission hétérosexuelle du VIH s'est confirmée en Afrique (Piot *et al.*, 1984) — pour fournir des informations sur les comportements sexuels dits «à risque» des populations côtoyées depuis des décennies. L'épidémiologie a perçu ici la nécessité de dépasser l'approche de ces comportements à travers la seule identification de «facteurs de risque» de contracter le VIH en faisant appel aux recherches — en particulier anthropologiques — fondées sur une description minutieuse des contextes socio-économiques (les mobilités des populations, jeunes notamment) et culturels (normes en matière de mariage, construction des représentations de la sexualité chez les adolescents) susceptibles de les expliquer. Par ailleurs, le concept de représentation (de la maladie, du malheur, de la mort) est au centre des préoccupations d'une anthropologie formalisée en France notamment par M. Augé (1984, 1986), J.-P. Dozon (1983), A. Zempleni (1982) et N. Sindzingre, A. Zempleni (1982). Cet ancrage de la perspective de l'OMS dans celle de l'anthropologie ne doit cependant pas masquer de profondes divergences dans l'approche des questions de

représentations et de comportements qui rendent délicate la contribution de l'anthropologue aux études CACP et RP.

A cet égard, M. Caraël (1993), sociologue à l'OMS, justifie la difficulté de la rencontre et de la collaboration avec l'anthropologie par les objectifs que s'était assignée l'OMS lors du lancement des enquêtes CACP. Le choix d'enquêtes quantitatives traduisait la volonté d'une «visée descriptive» (des connaissances sur le sida, des comportements «à risque»...) en l'absence de «cadre théorique dans lequel fonctionner» et compte tenu de l'«urgence de la situation» (p. 28). D'emblée, l'apport de l'anthropologie ne semble pas recherché : la littérature sur des thèmes utiles à l'analyse de la sexualité (comme le mariage) n'est pas prise en considération (1) et le concept d'«urgence» sied mal à la perspective anthropologique inscrite dans la durée. Or, si l'on excepte l'objectif de «mesurer les fréquences de comportements» — peu susceptible de mobiliser un anthropologue —, la volonté d'«évaluer des interventions, des activités, des connaissances» dans une optique comparative («multisite» et «multiculturelle») s'accorde avec une problématique anthropologique, développée notamment dans les études sur les systèmes de santé (Hours, 1993). De même, l'application d'enquêtes CACP à des groupes spécifiques (adolescents, personnels de santé, prostituées et clients) peut coïncider avec le regard ciblé sur une communauté donnée et encore prôné par certains anthropologues, même si cette approche semble de plus en plus dater.

Parallèlement à ces points de convergence entre les objectifs des enquêtes CACP et les préoccupations de l'anthropologie, l'OMS soutient des options discutables sur le plan de l'appréhension de l'objet de recherche (les phénomènes de connaissance et de représentations). M. Caraël mentionne en effet le souhait à l'OMS de «résister à la tentation d'explorer les motivations parce que les modèles rationalistes de comportements humains partent d'une série d'hypothèses que nous, à l'OMS, ne partageons pas : (*i.e.*) que les répondants sont conscients de leurs motivations personnelles, (...) ont la volonté de déclarer leurs raisons, (...) ont un choix» (p. 31). La question du «pourquoi» n'est donc jamais posée. L'argument de la non-conscience que l'individu aurait de son attitude nous paraît découler, en réalité, du type de contact établi avec l'enquêté : fondé sur un unique entretien, superficiel, il ne permet pas, par

(1) A des informations de cette nature sur les règles matrimoniales dans une société sont préférées des données très partielles sur des comportements sexuels, qui ont contribué à façonner la thématique — scientifiquement inexacte et réductrice, et politiquement dangereuse — d'une prétendue sexualité africaine (Dozon *et al.*, 1989, p. 24).

définition, d'approcher les motivations, perceptibles à travers la seule répétition des échanges et la mise en confiance (qui a, certes, elle aussi, ses limites) des interlocuteurs.

Les questionnaires «CACP» et «RP»

Plus fondamentalement se pose ici le problème de la validité du «déclaratif» sur des thèmes aussi précis et personnels que la vie sexuelle. Là encore, l'approche quantitative se heurte à une difficulté inhérente au «protocole» de l'étude. Les manuels de présentation des études CACP et le questionnaire standard de l'OMS témoignent des insuffisances, sur le plan anthropologique, de cette approche des attitudes se rapportant au sida. Dans le questionnaire servant de canevas aux enquêtes engagées en Afrique (OMS, 1989-d), des questions inutiles ou insuffisamment précises nuisent à la pertinence du projet. Ainsi, la simple interrogation «quelle est votre religion ?» (Q113, p. 6) ne présente guère d'intérêt sous cette forme. Nous savons les systèmes de croyances et de pratiques religieuses suffisamment complexes et «cumulables» pour rejeter une approche aussi vague du sentiment religieux. A vouloir explorer cette dimension religieuse, autant y procéder méthodiquement, en évitant des questions qui, pour être habituelles, n'en sont pas moins dénuées d'intérêt. Si l'on souhaite établir de véritables corrélations avec les comportements face au sida, il conviendrait, dans un premier temps, d'analyser la perception de la religion (critères d'affiliation, nature de la croyance et de la pratique) que développent les personnes interrogées.

Toujours dans la section sur les «caractéristiques individuelles», la question : «Est-ce que votre conjoint/partenaire régulier a d'autres partenaires réguliers ? Si oui, combien ?» (Q 121, p. 6) suppose de façon étonnante et quelque peu naïve que la vie extra-conjugale du partenaire est connue de la personne interrogée. L'information recherchée (le nombre de partenaires sexuels) n'est pas ici en cause, mais bien la démarche adoptée qui, outre son aspect indiscret, voire indécent, peut difficilement fournir une information fiable. Dans le même ordre d'idées, l'existence de deux questions ouvertes : 1) «Quelle est d'après vous la plus grave maladie/problème de santé auquel est confronté le monde ?» ou 2) ... «votre pays»... aujourd'hui ?) dans le chapitre «conscience du sida» (Q 201 et 202, p. 9) ne se justifie nullement. Qu'apporte en effet l'identification du «principal problème de santé du monde» selon l'enquêté ? Que peut-on répondre à ce type de question : le cancer, le sida, les maladies cardio-vasculaires ? Une question fermée aurait été, ici, plus pertinente.

L'approche spécifique des connaissances et attitudes sur le sida comprend aussi des questions superflues ou déplacées. Ainsi, imagine-t-on une réponse négative à la question «Pensez-vous qu'une personne puisse attraper le sida avec quelqu'un qui a cette maladie ?» (Q 209, p. 9) ou encore, l'affirmation d'un risque élevé pour soi-même d'attraper le sida ? Répondre «des chances importantes» à la question fermée «quelles sont vos chances d'attraper le sida ? diriez-vous que ce sont : des chances...» reviendrait à assumer un comportement «à risque» (objet en lui-même d'une série indépendante de questions) et le refus ou l'impossibilité de le modifier. Il s'agit là d'attitudes psychologiques certes possibles, mais qui paraissent difficilement identifiables par une approche aussi directe, alors qu'un recouplement de réflexions sur le comportement sexuel serait en mesure de fournir ces indications sur la conscience individuelle du risque.

La question ouverte «Qu'est-ce qui cause le sida ?» (Q 207, p. 9) interdit l'identification des différents niveaux de causalité en œuvre dans la perception de l'origine de la maladie (Vidal, 1992-a, -b). L'enquêteur obtiendra une énumération de causes, alors qu'il serait bien plus instructif d'en connaître la succession et l'importance respective (agression en sorcellerie puis relation sexuelle «à risque», par exemple, selon un schéma observé à Abidjan : Vidal, 1992-a, -b). Sur le thème général de l'origine du mal ou du malheur, il est demandé d'apprécier une série d'affirmations parmi lesquelles, «si quelque chose de mal m'arrive dans la vie, je fais comme si ce n'était pas de ma faute mais juste que c'est ainsi que les choses sont» (réponses possibles : «d'accord», «pas d'accord» Q 809, p. 24). Si la personne marque son accord avec cette réflexion, le questionnaire n'offre malheureusement pas la possibilité d'explorer le thème de la «fatalité», notamment dans les implications qu'elle sous-tend (caractère divin de la sanction ou mise en cause, au-delà d'un discours fataliste, de personnes clairement identifiées).

En se penchant sur ces quelques exemples de questions soit inutiles, soit imprécises, on conçoit que la collaboration des anthropologues à l'analyse des données recueillies suivant ces protocoles d'enquêtes s'avère délicate. Les mêmes constatations s'imposent à la lecture des manuels d'enquêtes et des questionnaires relatifs aux «relations entre partenaires». Le questionnaire destiné aux femmes (OMS, 1989-b) ignore ainsi la possibilité d'être mariée et d'avoir, dans le même temps, un partenaire régulier (Q 301, p. 7) et ne recherche aucune information sur les interruptions (volontaires ou non) de grossesse, dont la connaissance revêt pourtant une grande importance pour les stratégies de prévention (la promotion du préservatif, aussi, comme moyen de contraception). De plus, une question sur les pratiques sexuelles de la femme durant les douze

derniers mois semble fort ambitieuse et risque de ne donner que des informations fragmentaires très générales et donc inutilisables. Or, dans une perspective d'application, la nécessité de pouvoir utiliser, pour des campagnes de prévention, les résultats obtenus constitue la raison d'être de ces enquêtes quantitatives CACP et RP, qui mobilisent des moyens importants (de 20 000 à 100 000 \$, entre 20 et 30 enquêteurs et 1 000 à 3 000 adultes interrogés : Caraël, 1993, p. 32 ; OMS, 1989-a) et revêtent une dimension régionale ou, le plus souvent, nationale.

Les données des enquêtes CACP : deux exemples

Dans le prolongement des imperfections des questionnaires administrés, les informations recueillies sur le terrain permettent d'éclairer de façon concrète les limites de la démarche et des objectifs poursuivis. Un regard sur une enquête CACP menée en avril 1990 en milieu scolaire dans la région de Banfora, au Burkina Faso (Sicard *et al.*, 1992), marque les faiblesses de ce type d'étude. A dimension régionale, ciblée sur une population donnée (adolescents scolarisés dans le secondaire), cette enquête CACP précise avoir utilisé un questionnaire «élaboré à partir des documents OMS», en particulier celui évoqué ci-dessus. La présentation des résultats par grands thèmes («connaissances» ; «attitudes et croyances» ; «habitudes sexuelles») ne propose aucun croisement de variables ni d'analyse des motivations. Nous ne disposons ainsi d'aucune précision sur les déclarations, pour le moins paradoxales, des 124 élèves disant ne pas utiliser de préservatifs et qui, dans leur grande majorité (105 sur 124), affirment dans le même temps «avoir peur du sida» (p. 67). Sur quels choix débouche cette peur de la maladie, sachant qu'ils refusent le préservatif ?

A quels modes de transmission la peur en question est-elle rattachée ? Des questions ne sont pas posées mais, aussi, des réponses ne sont pas obtenues : «Certaines investigations, comme la recherche de changement de partenaire(s) et le nombre de relations sexuelles au cours du mois précédant l'enquête, sont responsables de non-réponses» (p. 69). Dès lors, il apparaît difficile de soutenir que «l'élaboration du questionnaire demeure le support de toute étude (et que) son élaboration et son acceptabilité sont à la base des chances de succès de l'étude» (p. 68). Si l'enquête a «très bien été acceptée par les élèves», on peut émettre l'hypothèse que l'insuffisance se situe en amont de la confection du questionnaire, dans la définition des concepts utilisés et des attitudes décrites : par exemple, qu'entend-on par «habitude sexuelle» et «utilisation du préservatif» (à chaque rapport ? comment ? Voir à ce sujet les enquêtes chez les jeunes

abidjanais répertoriant les avatars de l'emploi du préservatif : Deniaud, 1991).

Doris Schopper (1993) résume cette impasse méthodologique des enquêtes CACP en constatant qu'elles «essaient de quantifier des comportements qui sont subjectifs et dépendent d'une compréhension commune des termes qui peut être difficile à définir avec exactitude» (p. 410). Parallèlement à une analyse parfois pessimiste («étant donné le caractère privé du comportement sexuel, il risque d'être impossible de savoir la *vérité* au niveau de l'individu» (p. 402)) et souvent critique de la pertinence des enquêtes CACP, D. Schopper détaille les résultats d'une étude à laquelle elle a participé en milieu rural ougandais (entre janvier et mars 1991) en entérinant quelques options et résultats contestables. En complément de l'enquête strictement quantitative, des entretiens approfondis et des groupes de discussion ont ainsi été organisés. Le choix de mener les premiers avec les responsables (*leaders*) de village et les seconds avec les villageois — hommes d'un côté, femmes de l'autre —, n'est pas argumenté. La singularité et l'originalité des discours des *leaders* serait-elle plus remarquable que celle des simples habitants du village ? Ces derniers «parleraient-ils plus facilement dans un cadre collectif que lors d'entretiens individuels ?» Rien ne justifie — *a priori* — de telles options. Par ailleurs, le constat d'un écart important entre la faible proportion d'individus jugeant «acceptables» les relations sexuelles avant le mariage et le nombre élevé de ceux reconnaissant en avoir eues (2), confirme les lacunes relevées précédemment dans le questionnaire «Relations entre partenaires», mais n'est pas analysé. Il s'agit là d'une donnée «brute», certes stimulante, mais dont l'interprétation ne peut être que fort limitée dans la mesure où cette étude ne se donne pas les moyens d'explorer les raisons et les enjeux de ce qui, dans un premier temps, apparaît comme une contradiction entre la valorisation de l'abstinence pré-maritale (variable suivant le sexe de la personne interrogée) et l'affirmation d'un comportement sexuel personnel distinct de cette image idéalisée de la sexualité. D'autres résultats tombent, au contraire de celui-ci, sous le sceau de l'évidence. D. Schopper nous explique ainsi, figure à l'appui, que «plus âgé est le répondant à son premier mariage, plus probables sont des relations sexuelles avant le mariage» (p. 405) !

(2) 18,5% des femmes interrogées affirment avoir eu des relations sexuelles avant le mariage, mais seules 3,9% jugent cela «acceptable» pour une femme et 6,4% pour un homme. Près de la moitié des hommes (49,9%) ont eu des relations sexuelles avant leur mariage : 17,6% estiment cela acceptable pour un homme, 16,3% pour une femme (p. 404).

Alternatives aux faiblesses des études CACP

Cette étude ougandaise — à l'instar de la plupart des enquêtes CACP — met en lumière la complexité de l'interprétation des réponses brèves à des questions « fermées » et non-répétées. Le problème du « déclaratif » semble réellement constitutif de l'approche CACP, quantitative et portant, sans en approfondir les contradictions ou les silences, sur des thèmes relevant de l'intimité. Afin de contourner cette difficulté, D. Schopper propose de systématiser les procédures d'évaluation à partir de quelques vérifications : ainsi, la question sera posée de savoir si le nombre de partenaires et le type d'union déclarés par les hommes et les femmes est concordant. Plus généralement, existe-t-il des différences significatives suivant le sexe de l'enquêteur ? Ce dernier point, au cœur de la méthodologie CACP basée sur le travail d'enquêteurs, n'autorise pas de conclusions définitives. Lorsqu'elles sont interrogées par une femme, les femmes reconnaissent plus fréquemment avoir eu des relations sexuelles les douze derniers mois que lorsqu'un homme leur pose la question. En revanche, elles font état d'un souhait plus important d'utiliser des préservatifs quand un enquêteur homme le leur demande (33,1% contre 13,7% en réponse à des enquêtrices). Le contenu de l'étude ne permettant pas — faute de « croisements » de réponses — de juger de la validité des réponses fournies, la proposition d'évaluer en général ces enquêtes CACP (Caraël, 1993, p. 34) et, plus précisément, ces réponses divergentes, au moyen de recherches spécifiques (Schopper *et al.*, 1993, p. 411), peut sembler opportune. Ce choix évite cependant de s'interroger sur le contenu même de la question ayant biaisé les réponses.

A cet égard, une étude zambienne en milieux scolaire et universitaire (1 121 personnes interrogées, début 1990), reprenant quelques éléments des enquêtes CACP (perceptions de la sexualité et du sida) apporte un élément de solution en ne posant pas certaines questions. Les élèves et étudiants ne sont donc pas interrogés sur leur vie sexuelle — « questions trop sensibles et qui n'amèneraient pas de réponses sincères » (Mufune, 1993, pp. 25-26) — mais sur celle de leur « meilleur ami ». On pourrait craindre qu'un tel détour donne l'occasion de surévaluer la sexualité des personnes en question (le « meilleur ami ») : les conclusions s'opposant aux affirmations de J. Caldwell (1989) — par ailleurs fortement critiquées — sur un encouragement à la « permissivité et la promiscuité sexuelle en Afrique » révèlent au contraire une perception négative du multipartenariat sexuel et des relations sexuelles hors mariage. Il convient de se garder de généralisations à partir d'études focalisées sur des groupes bien déterminés (élèves-étudiants) : ce seul témoignage suffit toutefois à relever des jugements erronés sur une prétendue sexualité africaine même

si, en retour, il ne permet pas de dresser un tableau complet des comportements sexuels, ne serait-ce qu'au seul niveau de la Zambie.

Ces quelques considérations sur des erreurs d'interprétation à ne pas commettre et des précautions conceptuelles à prendre peuvent déboucher sur des propositions méthodologiques concrètes, illustrant l'apport de la démarche et de la réflexion anthropologique dans la recherche sur le sida.

Des concepts aux méthodes : la négligence d'un lien

Si les questionnaires CACP et RP et l'exploitation des résultats qu'ils génèrent expliquent en partie la difficile insertion du regard anthropologique dans les études de l'OMS, un problème central vient compliquer le rapprochement entre les disciplines et acteurs de la recherche et de l'intervention sur le sida autour de ces protocoles. Nous souhaitons revenir ici sur la question des concepts utilisés lorsque des groupes et des comportements sont étudiés. La notion de groupes à risque, inadaptée sur le plan de l'épidémiologie et stigmatisante pour les personnes ainsi désignées, a été délaissée au profit de celle de «comportements à risque». Les sciences sociales — dites «comportementales» à l'OMS —, en contribuant à ce déplacement de l'objet de recherche au plus près des pratiques des individus, indépendamment d'un quelconque «statut» (ainsi, à titre d'exemple, une prostituée utilisant systématiquement des préservatifs n'est pas «à risque» — en termes épidémiologiques — de contracter le VIH), ont été insuffisamment sollicitées pour accompagner cette évolution d'une réflexion sur la nature des concepts employés.

Il en est ainsi de la prostitution. Comme le fait justement remarquer H. Standing (1992), en uniformisant des pratiques et des situations variées sous l'expression de «sexe commercial» ou «rémunéré», l'OMS — sur le plan de la conceptualisation du phénomène — s'interdit de réfléchir aux critères économiques présidant à sa définition, à la conscience des intéressées d'être ou non «prostituées» et aux perceptions des hommes de ces pratiques (p. 477) (3). Compte tenu des écueils rencontrés par les

(3) Contrairement à ce que sous-entend l'expression de «*commercial sex worker*», en Afrique, tout don d'argent ou tout cadeau en échange d'un rapport sexuel ne suffit pas à définir la prostitution. Dans la relation affective, l'homme peut donner de l'argent à sa partenaire — y compris après un rapport sexuel — sans pour autant que celui-ci soit perçu *ipso facto* comme le «prix» de celui-là. Cette dimension existe, en revanche, dans le cadre d'une prostitution clairement identifiée, elle, par la fréquence et l'importance de ce type d'échange dans les activités sexuelles et les revenus de la femme. La notion de prostitution se nuance dès lors considérablement, suivant une topologie fine des «rapports sexuels commerciaux» qui déborde largement de ce que l'on entend en Europe par «prostitution».

recherches dans le milieu de la prostitution, une telle réflexion initiale devrait s'imposer.

Fort éloignée, de par la méthodologie déployée, des études quantitatives soutenues par l'OMS, la recherche approfondie menée par H. Pickering (1992) auprès des prostituées et de leurs clients en Gambie durant quatorze mois expose avec franchise le délicat travail de terrain qui la sous-tend et les limites des investigations, y compris anthropologiques, sur les comportements sexuels. Avant d'en venir au contenu même de la démarche adoptée, il importe de préciser qu'à la différence de nombreux textes sur les aspects sociaux du sida, le travail de H. Pickering s'attarde longuement sur l'exercice du terrain, les conditions de réalisation de l'enquête. Loin d'être un simple exercice de style obligé, standardisé, formalisé en quelques phrases, la présentation des modalités de la recherche éclaire fondamentalement la problématique de l'auteur. Les sciences sociales ne peuvent faire l'économie de ce travail critique, en particulier sur des thèmes où la qualité de la relation établie avec les interlocuteurs constitue un premier gage d'exhaustivité et de cohérence des informations recueillies, devant toutefois être confirmé au fil de l'étude.

Ainsi, malgré des rencontres individuelles avec des prostituées dont «la majorité devinrent rapidement des participantes enthousiastes» (p. 76) et la multiplication des approches (questionnaire, bilan des relations sexuelles quotidiennes, observation et entretiens approfondis), celles-ci donnèrent, dans un premier temps, de faux noms, occultèrent des avortements et leur toxicomanie et inventèrent des histoires familiales. Seules la comparaison des réponses et la répétition des entretiens — en dehors du seul canevas d'un questionnaire «fermé» — permettent d'éclaircir ces points. Subsistent toutefois des imprécisions sur les activités sexuelles des prostituées (le prix du rapport sexuel) et leur fréquence (nombre de clients) (p. 77). Par ailleurs, le travail auprès de clients, effectué au moyen d'un questionnaire bref (compte tenu de leur manque de disponibilité) ne peut faire l'objet d'une évaluation rigoureuse. H. Pickering reconnaît les limites de cette partie de la recherche, précisant cependant qu'elle faillit ne pas avoir lieu, les prostituées craignant initialement que les informations données par leurs clients sur les prix payés ne restent pas confidentielles.

On le voit clairement à travers la démarche adoptée ici, la seule opposition entre le qualitatif et le quantitatif ne suffit pas à expliquer la pertinence des résultats obtenus. L'option méthodologique ne peut se définir qu'en fonction des objectifs recherchés et, de ce fait, par une réflexion préalable sur la nature des concepts et pratiques au cœur de la problématique. Pas plus que l'on ne reprochera à l'épidémiologie sa démarche comptable, essentiellement quantitative, on ne fera grief à l'anthropologie

de prôner une approche longue, empirique et comparative de phénomènes et de groupes circonscrits dans l'espace, à condition que l'objet d'étude l'exige. Ce constat reste fréquemment ignoré, comme nous l'ont montré les précédents exemples d'enquêtes CACP qui n'adaptent pas — sur certains points — leurs méthodes à leurs objectifs (4).

En se penchant sur les questions de «validation» des enquêtes quantitatives, M. Boulton (1993) confirme les dangers de ce *hiatus* entre méthodes et objectifs. Pour pouvoir prétendre analyser les changements de comportements, les études de grande envergure sur la sexualité doivent inclure des procédures d'évaluation (p. 251). Or, le plus souvent, la méthodologie des approches quantitatives, omettant des investigations ultérieures visant à évaluer les informations recueillies, ne se donne pas les moyens d'appréhender les processus de transformation, au centre de toute analyse anthropologique. M. Caraël (1993) regrette, à cet égard, l'absence de répétition des enquêtes CACP à quelques années d'intervalle, afin d'approcher les changements de comportements (p. 33). Scientifiquement souhaitable, la reprise d'une étude quantitative, financièrement et techniquement lourde à gérer, semble ne pas correspondre à une véritable volonté politique au niveau de l'OMS et des PNLs (programmes nationaux de lutte contre le sida). En effet, dans leur conception même — offrir un éclairage, ciblé dans le temps et représentatif à l'échelle du pays, sur un ensemble de connaissances et de comportements liés au sida — les enquêtes CACP n'incluent pas la nécessité d'une évaluation. Les PNLs, d'autre part, les sollicitent afin de lancer des campagnes de prévention : les répéter, ne serait-ce pas admettre implicitement la faillite de ces campagnes ?

La solution à ce problème de l'évaluation se situe en partie dans la succession d'une étude qualitative à l'enquête CACP. Une initiative de cet ordre a été expérimentée en Ouganda, dans le district de Rakai, où, en complément d'une enquête CACP classique, des *focus group* (groupes de discussion) ont été organisés (Kondé-Lule *et al.*, 1993). Dans une perspective anthropologique, l'intérêt de cette méthode réside moins dans l'utilisation de *focus group* que dans la possibilité, à partir de cette expérience, de «générer de nouveaux domaines d'investigation et des questions qui peuvent être inclus dans des questionnaires et activités ultérieures» (p. 679). Parmi ces «activités», nous pourrions regrouper des recherches anthropologiques que les premiers résultats des *focus group* sur les perceptions du sida, du préservatif ou du dépistage rendent pertinentes.

(4) H. Standing (1992) développe largement l'importance de ce lien direct entre conceptualisation et choix méthodologique.

C'est à un projet de ce type que se sont attelés des anthropologues américains et ougandais s'intéressant aux réactions et réponses familiales au sida (McGrath *et al.*, 1993). Le suivi de 22 familles — dont un des membres est séropositif — de l'agglomération de Kampala, pendant 5 mois (de mars à juillet 1989), n'exclut pas des comparaisons avec des situations observées dans d'autres contextes. Ainsi, à l'image de nos observations à Abidjan (Vidal, 1992-a, -b ; 1993), les malades de Kampala rencontrés informent sélectivement leurs proches, sachant que des risques d'exclusion de l'entourage sont fondés sur une suspicion de séropositivité. Nous pourrions multiplier les similitudes d'analyse de l'épreuve de la maladie, entre Abidjan et Kampala : contentons-nous de relever que la démarche anthropologique appliquée dans toute sa spécificité autorise des comparaisons — loin d'être réservées aux seules études quantitatives — et, plus encore, les suggère avec force, comme cet exemple le montre clairement. Par spécificité de l'approche anthropologique, nous entendons aussi bien le recul dans le temps par rapport à l'objet de recherche permettant d'observer des transformations d'attitudes que la prise en considération des discours individuels dans leur totalité, n'excluant aucun des thèmes qui définissent les relations sociales, à l'intérieur de la famille et des réseaux amical et professionnel. Sur ce point, le travail de J.W. McGrath et de ses collègues, malgré sa relative brièveté (cinq mois), ne s'apparente pas à une étude de type RAP. Les *Rapid Assessment (ou Anthropological) Procedures* se caractérisent en effet par leur focalisation sur ce qu'A. Desclaux (1992) appelle des données objectives (comportements, conditions de vie...), laissant à l'anthropologie classique les données «conceptuelles», «délicates» (représentations, peurs...) (p. 302). Ceci étant, le choix d'entretiens approfondis les distingue nettement des enquêtes CACP aux questionnaires fermés ou semi-ouverts.

Originale à la fois au regard des approches RAP et CACP, la recherche actuelle en anthropologie sur le sida en Afrique fournit donc divers exemples d'études qui — sur des terrains éloignés les uns des autres — donnent corps à un ensemble de connaissances comparables (mentionnons, en plus des études déjà citées, celles de M. Ankrah en Ouganda, 1992 ; C. Raynaut et F. Muhongayire au Rwanda, 1993) et autorisent parfois même des généralisations, contrairement aux idées reçues sur les approches qualitatives.

L'anthropologie face aux enjeux éthiques et méthodologiques

Ethique du chercheur, éthique de la recherche

En filigrane des réflexions précédentes sur les méthodes de recherche anthropologiques et celles émanant plus particulièrement des institutions de financement de lutte contre le sida, la dimension éthique des interventions et travaux de terrain revient constamment dans les propos des chercheurs, à la fois comme un passage obligé des études et un point d'achoppement dans les rapprochements interdisciplinaires. La mise en garde quelque peu provocatrice de B. Hoffmaster (1992 — qui ne concerne pas spécifiquement le sida mais qui peut lui être appliquée — selon laquelle «quand tout devient éthique, le danger est que l'éthique ne devienne rien» (p. 1424), nous paraît d'actualité. En effet, l'inévitable réflexion éthique présidant à toute intervention (aussi bien au niveau de la recherche que de la communication et de l'information) dans le domaine du sida doit se concentrer sur la protection de l'individu enquêté, qu'il soit malade, proche d'un patient séropositif ou susceptible d'avoir un comportement à risque. Il ne s'agit certes là que d'un aspect du «discours éthique» habituel fondé, comme nous le rappelle G. Seidel (1993), d'une part, sur ce qui est «bien pour le plus grand nombre» et, d'autre part, sur le respect de la dignité et des droits de chaque individu (p. 182). En somme, cela revient à promouvoir des mesures destinées à protéger conjointement la société (le «plus grand nombre») et l'individu. Si le premier objectif peut aller dans le sens d'une plus grande équité — par l'information et l'éducation dont on perçoit chaque jour le caractère déterminant dans les actions contre le sida —, il est susceptible de sous-tendre aussi des mesures de protection coercitives, telles que les quarantaines sanitaires. En effet, l'intérêt de la société — en l'occurrence celle des bien portants — peut se traduire, en temps d'épidémie, par la mise à l'écart des personnes touchées.

Au niveau de l'individu, le principal enjeu éthique demeure le respect de la confidentialité, droit fondamental et — à notre sens — premier de la personne, dans toute recherche sur le sida. Sans certitude de confidentialité, aucune information ne peut être donnée par le praticien ni assimilée par le patient (5). Exiger le respect de la confidentialité sous-

(5) Dans le travail de l'anthropologue, les assurances de confidentialité fournies à l'interlocuteur «enquêté» engagent, bien entendu, l'éventuel interprète. Ce fut le cas lors de notre recherche à Abidjan : l'interprète qui nous a accompagné lors des premières prises de contact avec les patients accepta naturellement cette nécessité, qui fut clairement exposée au malade. Les personnes rencontrées étant la plupart du temps francophones, la médiation d'un interprète, au fil des mois, ne s'imposa qu'épisodiquement.

entend *ipso facto* la recherche du consentement éclairé des sujets de l'étude : la première ne peut être assurée au détriment du second. D. G. Gréco (1992) considère à juste titre que les personnes «incompétentes pour donner légalement leur consentement informé (...) peuvent être considérées comme vulnérables» (p. 128). Ajoutons que cette vulnérabilité concerne tout individu dès lors que le consentement est bâclé et les assurances de confidentialité non respectées, et pas uniquement «les enfants, les femmes enceintes et allaitantes, les malades mentaux, les personnes psychologiquement instables et les prisonniers» (*id.*).

Ces considérations renvoient, en premier lieu, à une éthique de la pratique médicale qui déborde du cadre déontologique habituel du fait de ses implications sur la prise en charge familiale du patient. Ceci précisé, l'inévitable collaboration d'un grand nombre de recherches en sciences sociales avec le milieu médical — ne serait-ce que par l'utilisation des services des structures sanitaires — transforme rapidement ces questions d'éthique médicale face au sida en enjeux éthiques pour toute recherche se développant à partir d'une structure sanitaire.

Évoquant la mise en œuvre de notre travail auprès de séropositifs à Abidjan (Vidal, 1992-c), nous nous sommes penché sur le difficile accord entre perspectives anthropologique, épidémiologique et médicale. L'éthique de la prise en charge du séropositif est ici au cœur du fonctionnement de la structure de soins (les centres antituberculeux : CAT). En effet, dans le contexte de 1990 — qui a depuis lors évolué — l'absence de «prétest», le dépistage systématique du VIH chez les tuberculeux, la non-annonce de la séropositivité (sauf rares exceptions), d'une part, et notre souhait de rencontrer et d'établir des relations durables avec des patients séropositifs, d'autre part, éveillaient chez les épidémiologistes en charge de cohortes de séropositifs la crainte de voir certains de nos malades abandonner leur suivi. Par ailleurs, nous nous sommes retrouvé dans la position ambiguë de côtoyer des patients qui ignoraient leur statut sérologique. Nous avons en effet souhaité tenir compte de la situation réelle en matière d'annonce de la séropositivité dans les CAT en ne nous contentant pas de rencontrer les seuls — et rares — patients informés de leur séropositivité. Dès lors, la question s'est posée de l'attitude à adopter face à la sous-information sur la nature de la maladie et, le cas échéant, aux demandes d'explications de certains patients. A de rares exceptions près, pour lesquelles la demande du séropositif était pressante et s'accompagnait d'indices précis d'abandon des mesures de prévention, nous avons décidé de ne pas révéler la séropositivité, qui demeure à notre sens de la responsabilité du médecin (éventuellement des services sociaux de la structure sanitaire) ayant décidé le dépistage.

Nous voyons donc clairement qu'un choix éthique personnel, portant sur un petit nombre de patients, est aussi l'expression et le fruit d'une situation d'ensemble (les procédures de prise en charge en vigueur dans les CAT de 1990 à aujourd'hui). Il est illusoire de vouloir distinguer, dans le domaine éthique, les dimensions personnelles et organisationnelles, celles de la recherche et de l'exercice de la médecine (y compris le travail des assistantes sociales). Sauf à isoler l'anthropologie du sida des acteurs de la médecine et des structures de soins, une éthique globale est à définir. Elle nécessite des remises en question à la fois pour le médecin (renouer un véritable dialogue avec le patient, obtenir son consentement pour le test, l'informer des résultats quels qu'il soient) et l'anthropologue (la position neutre et objective par rapport au sujet ne devient-elle pas illusoire ?).

De plus, comme nous le montre l'expérience d'Abidjan, la concertation sur une éthique commune ne peut faire l'économie d'un débat méthodologique. De la prise en charge du plus grand nombre possible de patients — ce qui équivaut, avec un personnel constant, à consacrer moins de temps à l'information du malade et à l'annonce du diagnostic — au respect des cohortes des épidémiologistes et de l'approche anthropologique, longue et interpersonnelle, les traditions et nécessités méthodologiques propres à chaque discipline ne facilitent pas un consensus éthique. Pour tenter de l'élaborer, une réflexion préalable de chaque discipline sur les effets du sida sur sa propre démarche s'avère indispensable.

Problèmes et implications épistémologiques

Partie intégrante du métier d'anthropologue, la collaboration avec un enquêteur-interprète peut revêtir des inconvénients au regard des enjeux de confidentialité évoqués précédemment. M. Boulton (1993) estime que l'établissement de relations durables entre l'enquêteur local (elle parle, en général, d'*indigenous worker*) et son interlocuteur est susceptible d'amener des révélations d'informations en principe confidentielles (p. 250). La proximité culturelle (appartenance à la même ethnie) constituerait un handicap au regard des exigences méthodologiques et éthiques de la démarche anthropologique. Si ce problème n'est pas original en anthropologie, il revêt toutefois une acuité particulière dans le cas d'une maladie comme le sida, sur laquelle pèsent toujours honte et soupçon de faute. Le danger réside, nous semble-t-il, dans le constat qu'à la position d'intermédiaire (entre l'anthropologue et son sujet) de l'enquêteur-interprète, s'ajoute celle de l'anthropologue lui-même, entre médecin et malade. En effet, à l'écoute des représentations de la souffrance de l'un et des inter-

rogations de l'autre sur sa pratique professionnelle, l'anthropologue travaille au cœur de sollicitations qui constituent, paradoxalement, un de ses centres d'intérêt. Ainsi, la connaissance de la maladie, recueillie et analysée telle que le patient la donne à voir et à comprendre, se trouverait bien évidemment bouleversée par une révélation émanant de l'anthropologue. Il en serait de même du rapport du patient à l'institution médicale, devenue un objet de méfiance car ayant caché la vérité sur la maladie. La difficulté, déjà notée, d'une telle situation se retrouve dans le débat récurrent en anthropologie sur l'implication du chercheur qui doit éviter de créer les situations à observer, au risque — assumé par certains — de voir cet objet de recherche changer de nature.

Parmi les questions épistémologiques posées par le sida se trouve, en amont et en complément du rôle de l'enquêteur évoqué ici, celle de la relation avec l'objet de recherche. Aussi précise soit leur identification (telle catégorie de prostituées, de jeunes, de malades), les individus ou groupes rencontrés obligent le chercheur à une réflexion sur son travail. Là encore, il ne s'agit pas d'une difficulté spécifique à la thématique du sida : elle prend toutefois une dimension particulière, originale, dans la mesure où une expérience relevant de l'intimité (la sexualité, la souffrance et l'angoisse de mort des séropositifs) est au centre de l'observation de l'anthropologue. Un déplacement s'opère de la classique non-divulgateur d'informations liée à la préservation d'un secret, correspondant lui-même fréquemment à un espace sacré (notamment dans le cas des rituels d'initiation), vers la préservation de préoccupations profondément intimes de l'individu. L'investigation anthropologique atteint là les limites fixées par sa méthodologie et sa conception de la relation à l'autre. Travailler auprès de malades du sida dépasse les acquis de l'expérience de terrain sur des savoirs protégés (comme ceux des guérisseurs) du fait de la permanence du thème de la mort et, plus encore, de la douleur, aussi bien physique que psychologique du séropositif.

Dans le prolongement de ce débat sur l'intervention du chercheur confronté à des informations se rapportant à des domaines du sacré et fréquemment soumises à un impératif de secret, ajoutons que l'anthropologue se voit tenu d'exploiter d'anciennes données ethnographiques sur les perceptions et les traitements de la maladie. Cette démarche qui postule un cumul des connaissances peut déboucher, dans le cas du sida, sur ce que B. G. Schoepf (1991) appelle les « mauvais usages » de l'anthropologie, consistant, par exemple, à conférer un caractère exotique à des micro-observations datées (p. 757). D'autre part, ce regard rétrospectif conforte et entérine, selon R. Packard et P. Epstein (1991), des préjugés comme celui — repris les premières années de l'expansion de

l'épidémie en Afrique — sur une «promiscuité sexuelle culturellement déterminée» (p. 775).

Le fait que des analyses de ce type aient été utilisées pour répondre aux interrogations initiales de la recherche épidémiologique et biomédicale sur les facteurs de risque de diffusion du sida traduit l'ambiguïté de la relation de l'anthropologie à l'objet de recherche sida. Celle-ci ne peut être levée que si la discipline se penche sur ses anciens terrains de recherche et en actualise les données recueillies, à la lumière de la problématique du sida. La crédibilité du savoir anthropologique constitué autour des fondements et des implications du sida est ici en jeu. Le sida impose un recul par rapport aux monographies ethnologiques dont les sciences biomédicales, par facilité mais aussi faute de données comparables, actuelles, reprennent et interprètent les résultats au nom de la recherche anthropologique. Un tel mouvement témoigne d'un affaiblissement de la «capacité interprétative», notée par G. Balandier (1993), qui va de pair avec un renforcement des moyens d'investigation de la recherche (p. 302). G. Balandier conclut alors que «c'est à cette crise de l'interprétation qu'il faut vouloir remédier» et ajoute «alors, le désir d'appartenir à ce monde-ci deviendra plus vif — et les actions qu'il nourrit seront moins aveugles» (*id.*). Cette ultime remarque nous rappelle avec à propos que la faiblesse analytique et la relative inefficacité pratique, dans le domaine de la prévention, des études standardisées — type CACP — ainsi que le manque d'innovation épistémologique de l'anthropologie sur le thème du sida ont créé — pour reprendre le mot de Balandier — un «aveuglement» que seule une réflexion conjointe sur les méthodes employées, les considérations éthiques qu'elles sous-tendent et les objectifs recherchés permettra d'atténuer.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Anxrah M.E., 1991, AIDS and the social side of health, *Social Science and Medicine*, 32, 9, 967-980.

Augé M., 1984, Ordre biologique, ordre social. La maladie forme élémentaire de l'événement, in : Augé M., Herzlich C., eds, *Le sens du mal*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, 35-91.

Augé M., 1986, L'anthropologie de la maladie, *L'Homme*, 11, 2, 81-89.

Balandier G., 1993, Où il est question de modernité, in : Gosselin G. (ss dir. de), *Les nouveaux enjeux de l'anthropologie, Autour de Georges Balandier*, Paris, L'Harmattan, 295-302.

- Boulton M., 1993, Methodological issues in HIV/AIDS social research : recent debates, recent developments, *AIDS*, 7 (Suppl. 1), S249-S255.
- Caldwell J., Caldwell P., Quiggin P., 1989, The social context of AIDS in Sub-Saharan Africa, *Population and Development Review*, 15, 185.
- Caraël M., 1993, Bilan des enquêtes CAP menées en Afrique : forces et faiblesses, in : Dozon J.-P., Vidal L., eds sc, *Les Sciences sociales face au sida : cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Actes de l'Atelier, Bingerville (Côte d'Ivoire), 15-17 Mars 1993, Abidjan, Centre ORSTOM de Petit-Bassam, 27-36.
- Deniaud F., 1991, Sida, préservatifs et jeunesse urbaine en Côte d'Ivoire. Un essai d'ethnoprévention, *Bulletin de liaison CNDI*, Hors-série, 46-69.
- Desclaux A., 1992, Les méthodes rapides en anthropologie, *Cahiers Santé*, 5, 2, 300-306.
- Dozon J.-P., 1983, L'anthropologie médicale : fabrication d'un nouveau regard, *Sciences Sociales et Santé*, 1, 3-4, 37-41.
- Dozon J.-P., Fassin D., 1989, Raison épidémiologique et raisons d'Etat. Les enjeux sociopolitiques du sida en Afrique, *Sciences Sociales et Santé*, 7, 1, 21-36.
- Greco D., 1992, Ethique, pauvreté et sida., *Cahiers Santé*, 2, 2, 122-129.
- Green E., 1992, Sexually transmitted disease, ethnomedicine and health policy in Africa, *Social Science and Medicine*, 35, 2, 121-130.
- Hoffmaster B., 1992, Can ethnography save the life of medical ethics ?, *Social Science and Medicine*, 35, 12, 1421-31.
- Hours B., (ss dir de), 1993, Aspects des systèmes de santé dans le Sud, *Sciences Sociales et Santé*, 11, 2.
- Jamard J.-L., 1989-90, Parméllide, Héraclite et l'anthropologie française, 2^e partie, *Gradhi- a*, 7, 39-72.
- Konde-Lule J., Musagara M., Musgrave S., 1993, Focus group interviews about AIDS in Rakai district of Uganda, *Social Science and Medicine*, 37, 5, 679-88.
- Mann J., 1993, Santé et Droits de l'Homme : défi de la santé publique moderne, Congrès d'Epidémiologie et de Santé Publique, Bordeaux 27-30 septembre, *Revue de Presse Sida*, Université de Bordeaux II, 4, 7-8, 493-502.
- McGrath J., Ankrah M.E., Schumann D., Nkumbi S., Lubega M., 1993, AIDS and the urban family : its impact in Kampala, Uganda, *AIDS Care*, 5, 1, 55-70.
- Mufune P., Osei-Hwedie K., Mwensa L., 1993, Attitudes toward risky sexual behaviour and reactions to people infected with HIV among zambian students, *International Family Planning Perspectives*, 19, 1, 25-7.

- OMS, 1989-a, *Research package : partner relation and risk of HIV infection : phase 1*, GPA/SBR, November.
- OMS, 1989-b, *Partner relation and risk of HIV infection : phase 1*, GPA/SBR, November, Questionnaire Femmes.
- OMS, 1989-c, *Partner relation and risk of HIV infection : phase 1*, GPA/SBK, November, Questionnaire Hommes.
- OMS, 1989-d, *Research package : knowledge, attitudes, beliefs and practices on AIDS, phase 1*, Appendix : questionnaire, November, GYA/SBR, 28 p.
- OMS, 1990-a, *Research package : knowledge, attitudes, beliefs and practices on AIDS, phase 1*, November, GPA/SBR, 26.1.90.
- Packard R., Epstein P., 1991, Epidemiologists, social scientists and the structure of medical research on AIDS in Africa, *Social Science and Medicine*, 33, 7, 771-794.
- Pickering H., Todd J., Dunn D., Pepin J., Wilkins A., 1992, Prostitutes and their clients : a gambian survey, *Social Science and Medicine*, 34, 1, 75-88.
- Piot P., Quinn T., Taelman H., Feinsod F., Mbendi N., Mazebo P., Ndangi K., Stevens W., Kalambayi K., Mitchell S., Bridts C., McCormick J., 1984, Acquired immunodeficiency syndrome in a heterosexual population in Zaire, *Lancet*, ii, 65-9.
- Raynaut C., Muhongayire F., 1993, Chronique d'une mort annoncée : problèmes d'éthique et de méthode posés par l'application de la démarche anthropologique au suivi de familles touchées par le sida (à partir du cas rwandais), in : Dozon J.-P., Vidal L., eds sc., *Les sciences sociales face au sida : cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Actes de l'Atelier, Bingerville (Côte d'Ivoire), 15-17 Mars 1993, Abidjan, Centre ORSTOM de Petit-Bassam, 299-322.
- Schoepf B., 1991, Ethical, methodological and political issues of AIDS research in Central Africa, *Social Science and Medicine*, 33, 7, 749-763.
- Schopper D., Doussantousse S., Orav J., 1993, Sexual behaviors relevant to HIV transmission in a rural african population. How much can a KAP survey tell us ?, *Social Science and Medicine*, 37, 3, 401-12.
- Seidel G., 1993, The competing discourses of HIV/AIDS in Sub-saharan Africa : discourses of rights and empowerment vs dicourses of control and exclusion, *Social Science and Medicine*, 36, 3, 175-194.
- Sicard J.-M., Kanon S., Ouedraogo L.A., Chiron J.P., 1992, Evaluation du comportement sexuel et des connaissances sur le sida en milieu scolaire au Burkina Faso, *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*, 72, 63-72.
- Sindzingre N., Zempleni A., 1982, Anthropologie de la maladie, in : Godelier M., *Les sciences de l'homme et de la société en France, analyses et propositions pour une politique nouvelle*, vol. 1, Paris, La Documentation Française, 163-174.

Standing H., 1992, AIDS : conceptual and methodological issues in researching sexual behaviour in sub-saharan Africa, *Social Science and Medicine*, 5, 475-483.

Vidal L., 1992-a, Sida et représentations de la maladie : éléments de réflexion sur la séropositivité et sa prise en charge (Abidjan, Côte d'Ivoire), *Cahiers des Sciences Humaines*, 28,1, 83-98.

Vidal L., 1992-b, Itinéraire thérapeutique et connaissance de la maladie chez des patients séropositifs pour le VIH (Abidjan, Côte d'Ivoire), *Cahiers Santé*, 2, 5, 312-321.

Vidal L., 1992-c, L'épreuve du sida : une anthropologie entre éthique et terrain, *Journal des Anthropologues*, 50-51, 121-128.

Vidal L., 1993, Le sida et l'anthropologue : une rencontre à risques (à propos d'une recherche anthropologique sur les représentations et la prise en charge du sida à Abidjan), *Chroniques du SUD*, ORSTOM, Mai, 128-134.

Zempleni A., 1982, Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique, *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 14-1, Juillet-Septembre, 5-19.

ABSTRACT

Medical research and international funding agencies request anthropological analysis on AIDS in Africa without assuming their methodological basis. KAPB surveys contain a set of anthropological questions underlied by phenomena conceptualization and methodological approach which do not correspond to an anthropological point of view. KAPB survey's questionnaire and results show how difficult is the contribution of anthropology to behavioural research. Conceptual framework of the collaboration and opposition between «quantitative» and «qualitative» informations must be modified. The need of a global ethics — in its individual and organisational dimensions, and also in its specificity in scientific research or intervention — proceeds from the epistemological questions generate by the new kind of relations between the anthropologist and his studies object (illness, sexual behaviour).

RESUMEN

El antropólogo, la investigación y la intervención en contra del sida en Africa. Problemas metodológicos de un encuentro

En la investigación sobre el sida en Africa, las ciencias biomédicas y las instituciones internacionales requieren análisis antropológicos sin por lo tanto asumir siempre sus bases metodológicas. Las encuestas CACP son características de un conjunto de interrogaciones de naturaleza antropológica, basadas en una conceptualización de prácticas y representaciones y por un enfoque metodológico que no concuerdan con una perspectiva antropológica. Los cuestionarios y los resultados de las encuestas CACP ilustran la dificultad de la contribución de la antropología a los estudios socio-comportamentales. Obligan a redefinir la oposición «cuantitativo / cualitativo» así como los marcos conceptuales dentro de los cuales puede desarrollarse una colaboración entre instituciones de financiamiento (tipo OMS), ciencias sociales y medicas. Conviene imponer una ética global que confronte las dimensiones personales y organizacionales, las de la investigación y de la intervención, frente a los cuestionamientos epistemológicos provocados por el trastorno de la relación del antropólogo a su tema de estudio (la enfermedad, la sexualidad).