

# De quelques lieux de rencontre de disciplines, concepts et expressions communément mobilisés par la recherche sur le sida

Laurent VIDAL  
ORSTOM, Abidjan

## Exigences interdisciplinaires

Au sein d'un propos sur le lien qui unit conceptualisation des phénomènes liés au sida et mise en œuvre d'activités de recherche, Hilary Standing (1992) s'attarde sur la pratique de la "prostitution" — objet de multiples investigations épidémiologiques, socio-anthropologiques et économiques — en déplorant que la notion initiale de prostitution ne soit pas interrogée dans ce qu'elle recouvre de diversité de comportements et de représentations. L'occultation de cette réflexion préalable débouche sur des analyses qui — du fait même de cette insuffisance première — mettent en œuvre des stratégies d'observation et de recueil de l'information fondamentalement biaisées. Le désir d'engager une activité de recherche interdisciplinaire trouve dès lors une concrétisation artificielle (il sera affirmé que la prostitution a été appréhendée dans ses dimensions sociales et épidémiologiques) qui, à terme, appauvrit le sens et le contenu qu'il convient de donner à la rencontre de disciplines variées sur un objet de recherche "commun" : précisément parce que cet "objet" n'est qu'illusoirement commun à l'épidémiologie et à l'anthropologie — la première travaillant sur un multipartenariat sexuel rémunérateur, la seconde identifiant de multiples rapports à l'argent, à la sexualité, mais aussi au sentiment amoureux<sup>1</sup> et toutes deux utilisant le même terme de prostitution. En revanche, partagé par ces deux disciplines nous paraît être le souci de comprendre les déterminants de la diffusion sexuelle du VIH à travers, par exemple, la négociation de l'utilisation du préservatif. Du travail préalable de définition conceptuelle imposé par un objet multiforme — révélant plus de divergences que d'appréciations concordantes d'un phénomène (rapports sexuels "contre" argent) chez les anthropologues, les épidémiologistes ou les médecins — nous devons par conséquent passer à la délimitation d'un objectif commun. Nous sommes là au cœur d'un même et unique projet de connaissance : définir des objectifs de recherche oblige à penser les concepts utilisés et fonde progressivement des choix de méthode raisonnés, directement corrélés à ce que l'on souhaite étudier, tel qu'on l'a précisément défini.

En somme, plutôt que d'opérer une rencontre sur des méthodes hâtivement élaborées, la démarche interdisciplinaire<sup>2</sup> doit — en amont — effectuer un travail d'identification des concepts au cœur de la problématique. En découlera une discussion de leur contenu au sein d'objectifs de recherche qui ont l'assentiment des différentes compétences réunies. Cela revient à souligner la vacuité de toute entreprise interdisciplinaire qui porte son effort soit

---

1. Plus de la moitié d'un groupe de jeunes femmes "libres" interrogées au Sénégal estiment "pouvoir tomber amoureuse" de leur partenaire : pour ces femmes, la notion de prostitution ne rend pas compte d'un type de rapport aux hommes "bien mieux défini par le caractère *non protocolaire* de l'offre ou de l'acceptation de relations sexuelles, que par la contrepartie monétaire (souvent ambiguë) qui l'accompagne" (Engelhard & Seck, 1988 : 108).

2. Nous adoptons la définition proposée par S. Lindenbaum (1992) distinguant la pluridisciplinarité ("multidisciplinarity" : recherches indépendantes et parallèles avec mise en commun des résultats à la fin), la transdisciplinarité ("chaque discipline transcende ses propres orientations conceptuelles, théoriques, méthodologiques" : 321) et — approche que nous revendiquons — l'interdisciplinarité où "des chercheurs de différentes disciplines mobilisent leurs techniques et leurs objectifs pour résoudre un problème commun. De nouvelles perspectives peuvent émerger de la recherche mais, dans de vastes projets, les résultats se fondent sur la base des spécificités de chaque discipline" (ibid.).

exclusivement sur les questions de méthode (faut-il des enquêtes "rapides" ? Des études sous-tendues par des méthodes à mi-chemin entre des options qualitatives et quantitatives ?), soit sur les seuls concepts et catégories étudiés, soit encore uniquement sur des objectifs à atteindre de concert, alors même que la réussite d'un tel projet nécessite une appréhension successive et ordonnée de ces trois facteurs (objectifs, concepts, méthodes) : en partant de celui qui ouvre les meilleures perspectives de consensus (les objectifs) pour se pencher dans un second temps sur les problèmes de définition de concepts puis les choix de méthodes — ces derniers étant le lieu de concessions et d'accord difficiles, compte-tenu des remises en cause des fondements même de la discipline que revêtirait toute refonte méthodologique. A ce titre, le choix de l'interdisciplinarité participe moins d'un consensus obligé et systématique que d'un accord minimal sur des thèmes et des approches clairement décrits.

Dans quelles situations de recherche et pour quelles interrogations une telle conception de l'interdisciplinarité peut-elle trouver une application et ne pas demeurer une simple construction intellectuelle ? A cet égard, une interdisciplinarité à la fois réaliste — compte-tenu des exigences conceptuelles et méthodologiques de chaque discipline — et génératrice de connaissances nouvelles, doit s'inscrire dans l'implication ou, plus exactement, considérer l'implication comme un objet de recherche fédérateur des disciplines mobilisées. Or, durant l'accompagnement des malades du sida, trois moments paraissent revêtir cette dimension d'implication : le consentement au test, le diagnostic médical et le suivi à domicile, eux-mêmes partie intégrante du dépistage, de l'annonce de la séropositivité et du "suivi psycho-social". Autour de ces trois questions, chercheurs (anthropologues, psychologues, épidémiologistes) et acteurs de la santé (médecins, assistants-sociaux, infirmiers ou sage-femmes) disposent d'expériences variées autorisant l'élaboration de recherches qui relèveront d'autant plus nettement d'une démarche interdisciplinaire qu'elles témoigneront d'une volonté d'implication du chercheur dans des préoccupations essentielles du malade (connaissance de son affection, recherche de la confidentialité) et du praticien (amélioration des conditions du dépistage pour favoriser des démarches de test volontaires, "fidélisation" du séropositif lors de son suivi post-test).

## Consentement et dépistage

Rencontre d'expériences appelant une réflexion et des initiatives communes, la problématique du dépistage constitue une illustration intéressante des trois niveaux de discussion qui participent d'une interdisciplinarité impliquée (objectifs, concepts, méthodes). De l'anthropologue soucieux de comprendre la signification du test pour chacun ainsi que les motivations pour y recourir au regard de l'image de sa propre santé, à l'épidémiologiste intéressé par une quantification de la démarche de dépistage (Quelles classes d'âge concerne-t-elle ? Pour quels comportements déclarés ? Est-elle refusée ou répétée : par qui ?), puis au médecin désireux de poser un diagnostic étayé sur des cas cliniques (signes de sida) ou des situations de risque (partenaires de séropositifs) précises, apparaissent des intérêts disciplinaires fort logiquement distincts mais qui n'excluent toutefois pas la définition d'un objectif commun : permettre l'accès informé ("éclairé") et librement consenti de toute personne au test. Le débat sur le consentement éclairé place d'emblée la démarche de chercheurs et d'intervenants sur le double terrain de la connaissance et de l'implication. Parce que la première n'est pas isolée de la seconde, une perspective interdisciplinaire peut voir le jour, s'attachant par exemple à répondre aux questions suivantes : quelles procédures de recueil du consentement de la part du médecin et d'acceptation du patient permettent d'attester son caractère éclairé ? Comment l'accord pour le test peut-il être strictement individuel et non synthèse d'informations et de pressions extérieures ? A quelles interventions le patient a-t-il donné son accord : le prélèvement sanguin, le résultat du test, le premier mais pas le second, les deux ?

Autour de cet objectif de connaissance des ressorts et des enjeux du consentement du patient, médecins, psychologues, anthropologues et épidémiologistes véhiculent de riches expériences que la réflexion interdisciplinaire se doit de rassembler. Le bilan du savoir des disciplines sur la question ainsi évalué, des lacunes apparaîtront pour lesquelles chaque compétence sera en mesure de mobiliser ses propres méthodes pour tenter d'y apporter des réponses. Insistons à nouveau sur l'indispensable effort de définition d'un projet commun (l'analyse du consentement) qui évite d'entériner des notions d'un usage certes courant mais englobant un nombre trop important d'attitudes et de représentations pour ne pas déboucher sur

des malentendus disciplinaires. Je pense ici aux notions de test ou de dépistage qui, en tant que telles, ne peuvent donner corps à une réflexion interdisciplinaire que dès lors qu'elles sont, dans un premier temps, appréhendées à travers le questionnement du consentement mais, aussi, de l'accès à l'information sur le dépistage ou encore de la représentation du test — mélange incertain<sup>3</sup> d'examen biologique et d'acte préventif. En somme, la concertation interdisciplinaire stimule d'autant plus fortement les différentes disciplines impliquées qu'elle se donne initialement un objectif ponctuel et clairement délimité.

L'implication de la recherche et des pratiques de santé dans l'accompagnement de la maladie se construit sur cette exigence : la définition d'objectifs communs, supposant une focalisation sur des situations susceptibles d'être délimitées avec précision dans le temps (à l'image du recueil du consentement). Une fois surmonté l'obstacle consistant à travailler sur des concepts inégalement définis suivant les chercheurs, les méthodes de recherche propres à chacun trouvent logiquement leur place. A titre d'exemple, dans les Centre anti-tuberculeux d'Abidjan, des médecins épidémiologistes ont réussi à quantifier les refus de test (corrélés à des variables comme l'âge, le sexe, la profession du patient) alors qu'en tant qu'anthropologue j'ai approché, dans le même temps, la perception développée par le malade de la proposition médicale d'un examen sanguin. Bien qu'il ne s'agisse pas là d'un projet concerté de réflexion sur la question du consentement, nous voyons néanmoins que de possibles thématiques communes peuvent revêtir un sens pour chaque discipline et donner lieu à un recueil de données pertinentes à la fois pour l'anthropologue et l'épidémiologiste, dès lors qu'un accord s'établit sur l'objet de nos analyses respectives.

### **Diagnostic et annonce de la séropositivité**

Un constat analogue s'applique aux problèmes soulevés par l'annonce de la séropositivité. Avant d'engager de vastes réflexions sur la façon d'annoncer le statut sérologique, les motivations pour éventuellement le reporter ou, encore, les questions éthiques soulevées par la notification au partenaire, il convient de s'entendre sur la signification que l'on donne à l'annonce de la séropositivité. En effet, avec l'annonce, nous interrogeons non pas un moment, une simple parole, mais un véritable concept, diversement décrit par le médecin (l'annonce renvoie à la notion de diagnostic d'une affection fatale), l'épidémiologiste (l'annonce est un instant, un passage obligé dans le processus de dépistage suivi par les personnes incorporées au sein d'une "cohorte") ou l'anthropologue (l'annonce comme un processus long incluant le pré-test et le conseil post-test, définissant un "temps de l'annonce" : cf. Vidal, 1994a). Dès lors, tout projet interdisciplinaire désireux de se fonder sur une appréciation partagée de la réalité devra moins se pencher sur l'annonce — perçue dans des limites peu compatibles par les chercheurs intéressés par cette question — que sur le diagnostic médical. Intervention identifiable dans le temps, le message délivré au patient relatif à l'exposé de son état de santé peut fédérer des approches disciplinaires variées en évitant une confusion conceptuelle que n'aurait pas manqué de créer un travail commun sur l'annonce, l'anthropologue jugeant nécessaire un retour sur les conditions de recueil du consentement, et le médecin estimant prioritaires une réflexion sur le contenu du discours tenu au malade ainsi que la mise en place de structures de suivi du patient informé de sa séropositivité. Or pour être impliquée dans l'amélioration du dépistage et de l'accompagnement de la séropositivité, l'option interdisciplinaire doit initialement limiter ses espaces d'intervention pour, dans un second temps, forte de ses acquis, proposer un élargissement de sa problématique.

Interroger des malades sur leur attitude au regard d'un diagnostic médical — et en particulier celui de l'infection par le VIH — et questionner des médecins sur leur approche de

---

3. Incertitude potentiellement dangereuse : l'assimilation du test à un acte de prévention peut entraîner un discours sur le relâchement des mesures de protection des relations sexuelles en cas de sérologie négative, comme nous l'avons remarqué chez les étudiants africains en France (dans le cadre d'une "Etude qualitative en milieu étudiant africain sur les connaissances, les comportements et les projets d'intervention vis-à-vis de l'infection à VIH" : *Medicus Mundi France*, 1995). Assimilation et corrélation contre laquelle met à son tour en garde S. Beardsell sur la base d'une analyse de la nature du lien test-prévention : "Les individus passent de comportements préventifs à des attitudes à risque en fonction d'une variété de facteurs et de situations personnelles, et il n'y a aucune raison de penser que le test pour le VIH débouchera sur un changement de comportement irréversible" (1994 : 16).

ce diagnostic — franchise, réticences, refus —, tout en mobilisant des méthodologies qualitatives et quantitatives, ainsi que des anthropologues, des sociologues et des épidémiologistes, révélera les dilemmes et difficultés posés par l'annonce dans sa globalité, du pré-test au post-test. Il me semble plus efficace en termes d'implication et scientifiquement plus pertinent de débiter par ce questionnement, dans le cadre d'une problématique commune (le diagnostic), pour reprendre ultérieurement le thème de l'annonce, plutôt que de se pencher d'emblée sur celui-ci alors que — dans nos disciplines respectives — nous ne posons pas les mêmes limites et n'attribuons pas le même contenu à ce moment de l'annonce. Ajoutons que parler de "diagnostic" et non d'"annonce" ne relève nullement d'un jeu sur les mots pour évoquer ce qui ne serait qu'une unique réalité. En assimilant l'annonce à un simple diagnostic on ignore, en effet, tout d'abord, le système de représentation de la maladie préalablement élaboré par le patient et le médecin et, de là, la capacité de l'un à assimiler ce diagnostic et la faculté de l'autre à le formuler. Par ailleurs, en effectuant cette confusion entre annonce et diagnostic, on fait abusivement l'économie d'une analyse de la perception du diagnostic en tant que tel. Aussi, en proposant de réfléchir, chacun au moyen de nos méthodes, à la question précise du diagnostic médical, nous recueillerons des données indispensables à la contextualisation ultérieure de l'annonce, différemment perçue suivant les disciplines.

### Suivi psycho-social et accompagnement à domicile

Une priorité d'analyse interdisciplinaire comparable me conduit à proposer un travail non pas sur le "suivi psycho-social" du séropositif mais, plus précisément sur les procédures d'accompagnement à domicile. Nous avons là une pratique — largement conceptualisée et répandue en Afrique anglophone dans son acception médicale de "soins à domicile" — à laquelle chercheurs et professionnels de santé ont apporté leur contribution et à même de représenter un objet de questionnement interdisciplinaire. La notion de "prise en charge psycho-sociale" du sida possède, en revanche, un champ d'application trop imprécis (quels services proposés au malade recouvre-t-elle ? Où doit-elle avoir lieu ?) pour constituer dès l'abord un point de rencontre de préoccupations scientifiques variées. La focalisation sur la démarche de suivi, donc de soins à domicile possède à cet égard l'avantage d'interroger — toutes disciplines confondues — la relation d'un intervenant extérieur au malade, rencontré en dehors du cadre d'une structure sanitaire. Intérêt majeur de ce déplacement auprès du malade, la nouvelle configuration des rapports de soins — ou plus généralement d'enquête, dans le cas d'un suivi à domicile effectué par un non médecin — décrit un objet de réflexion original pour des chercheurs désireux de développer des projets interdisciplinaires. Les expériences de l'épidémiologiste (suivant régulièrement l'évolution clinique et le statut sérologique au moyen de visites à domicile), de l'anthropologue (observant les réactions des malades chez eux et leur rapport à l'entourage), de l'assistant social (s'intéressant aux conditions de vie, à l'état de santé des enfants et des proches) — voire du médecin lorsqu'existe un système de soins à domicile — décrivent un ensemble de contacts avec le séropositif au sein même de son milieu familial et de son cadre de vie. Sur la base de cette communauté de démarches *auprès* du malade, un projet interdisciplinaire peut être conçu visant à analyser les appréciations et les attentes du malade au regard des visites du personnel soignant ou para-médical (assistants sociaux). Se définit de la sorte un objectif de recherche précis, directement inscrit dans les préoccupations du malade. Par une telle proposition de rencontre de diverses disciplines, je souhaite mettre en évidence — par-delà un apparent paradoxe — la dimension conjointement impliquée et fondamentale d'une activité de recherche. Se mettre à l'écoute des discours des malades relatifs à leurs échanges, à domicile, avec les professionnels de santé situe en effet le chercheur au cœur d'un double processus d'implication et de connaissance fondamentale. Evidente implication dans la mesure où, questionnant les modalités de ces contacts entre malades et personnel de santé, l'anthropologue, l'épidémiologiste — mais aussi le médecin ou l'assistant social — occupent pleinement la position de médiateur qui consiste à porter l'information — récriminations comprises — de l'individu malade aux responsables de l'institution sanitaire et inversement. Recherche fondamentale, aussi, car de façon éminemment exemplaire, l'observation et la réflexion sur le rapport du séropositif au personnel soignant tel qu'il se noue au domicile du premier interrogé, d'une part, l'ensemble de la relation

thérapeutique (quel que soit le lieu où elle se déroule) et, d'autre part, la nature de l'échange entre toute personne souffrante — séropositive ou non — et son thérapeute.

Du dépistage au consentement au test, de l'annonce au diagnostic médical et du suivi "psycho-social" au suivi à domicile des lieux de rencontre se dessinent pour l'anthropologie et les disciplines médicales. Nécessaires pour l'avancée des connaissances et la pertinence des interventions proposées, ces rapprochements sur des objets de recherche doivent toutefois s'accompagner d'une réflexion sur les concepts et notions qu'ils reproduisent : voyons maintenant comment de possibles lieux de convergences émergent, par-delà des oppositions quelque peu rapidement déclarées, entre les notions de séropositivité et de maladie, de prévention et de prise en charge, de maladie chronique et de maladie aiguë.

## **Classer le sida, modeler une maladie**

De façon tout à fait originale, les deux premières oppositions (séropositivité / maladie, prévention / prise en charge) évoquent à elles seules le sida, en l'absence de toute autre précision : dans le langage non spécialisé, la séropositivité s'assimile à celle induite par le VIH et la prévention — bien que dans une moindre mesure — suggère une action de sensibilisation sur la transmission du virus du sida. Néanmoins, pour communes qu'elles soient, ces notions — et leur corollaire de maladie et de prise en charge — véhiculent un ensemble d'incertitudes et de significations fluctuantes sur lesquelles il importe de s'attarder. En effet, chacun, avec des mots et suivant des objectifs divers, utilise et modèle ces notions, s'y réfère de façon parfois contradictoire, au point de transformer une simple interrogation sur des problèmes de définition en un débat aux enjeux conjointement médical, anthropologique et politique.

## **De la fragilité d'une distinction : séropositivité et maladie entre clinique et anthropologie**

L'accord général sur une distinction entre la séropositivité pour le VIH et la maladie-sida est caractéristique d'un savoir commun dont la pertinence résiste pourtant difficilement à l'analyse précise des conceptions développées par les divers acteurs du sida (praticiens et malades confondus). S'agissant des définitions élaborées par la recherche médicale, la classification mise au point par les Centers for Disease Control d'Atlanta et adoptée par l'OMS a laissé la place en Afrique aux critères dits de Bangui puis d'Abidjan<sup>4</sup> : évolution qui remet incidemment en question la nature de la différence opérée entre séropositivité et maladie. La classification OMS-CDC en quatre stades (primo-infection<sup>5</sup>, séropositivité asymptomatique, séropositivité asymptomatique et ganglions persistants, maladie symptomatique : ce dernier stade étant lui-même subdivisé en six groupes — A, B, C-1, C-2, D, E — comprenant des manifestations cliniques plus ou moins sévères) se fonde en partie sur une observation clinique du patient. En partie seulement, puisque l'identification du stade II — la séropositivité asymptomatique — résulte d'une réponse positive à la recherche biologique des anti-corps au VIH, en l'absence de tout signe clinique. Comme le fait remarquer F. Chièze, "un tel catalogage est difficile à pratiquer dans les pays où les moyens diagnostiques manquent" (1994 : 29), ce qui est notamment le cas en Afrique. A cet égard, le complément de définition apporté en 1992 suivant lequel le passage de la séropositivité à la maladie devient effectif lorsque la concentration sanguine des lymphocytes T4 chute en dessous de 200 / mm<sup>3</sup> s'avère guère applicable dans les conditions diagnostiques rencontrées en Afrique : par-delà leur pertinence au regard de la situation africaine, ces deux définitions véhiculent explicitement une distinction — clinique pour l'une, biologique pour l'autre — entre séropositivité et maladie.

Avec les critères de Bangui et d'Abidjan, ce hiatus tend à s'estomper. Elaborée en 1987, la définition de Bangui se fonde sur la description symptomatologique d'une maladie et non sur la réponse à un test biologique. Sur la seule base d'un examen clinique, les observations du

4. Nous utilisons dans ce paragraphe les définitions rassemblées par F. Chièze (1994 : 29-32).

5. La personne infectée ne secrète pas encore d'anticorps : le test de dépistage du VIH est alors négatif.

médecin sont rapprochées d'une grille d'analyse <sup>6</sup> permettant le diagnostic de sida. Simplifiée sur le plan clinique au regard de la procédure développée par les CDC et l'OMS <sup>7</sup>, une telle définition effectuée par ailleurs l'économie du test sanguin : seule la maladie cliniquement observable existe et elle peut donc difficilement être opposée ou même comparée à la séropositivité asymptomatique. A partir de 1992, à la fois pour affiner les procédures diagnostiques et pour prendre en compte la prévalence de la tuberculose parmi les malades du sida en Afrique, la définition d'Abidjan du sida inclut, d'une part, la tuberculose pulmonaire et ré-introduit, d'autre part, le couple séropositivité-maladie en ajoutant le test sérologique aux critères de Bangui. L'identification biologique de la séropositivité ne conduit toutefois pas à l'ériger comme un stade autonome de l'évolution de l'infection par le VIH, précédant les manifestations opportunistes de la maladie : en effet, l'analyse sérologique intervient pour "confirmer le diagnostic de sida" effectué au moyen de la grille de lecture des symptômes de Bangui (ibid. : 32). L'inscription par l'OMS et les CDC de la séropositivité asymptomatique dans la représentation médicale de l'évolution de l'infection — en tant que stade initial d'un processus débouchant sur une maladie cliniquement ou biologiquement attestée — disparaît donc dans les définitions de Bangui et d'Abidjan. L'objectif de ces dernières demeure ainsi plus l'identification et la confirmation de la maladie que celles d'une séropositivité asymptomatique.

Ce bref regard comparatif sur des conceptions médicales de la progression de l'infection par le VIH oblige à nuancer fortement tout discours affirmatif sur l'identification différenciée de la séropositivité et de la maladie. L'objectif de mon propos n'est nullement de discuter le contenu des connaissances des médecins, a priori au fait des critères symptomatologiques et biologiques à l'origine de la distinction entre séropositivité et maladie : en revanche, il me paraît essentiel d'attirer l'attention sur l'existence de moyens diagnostiques qui conduisent pourtant, ipso facto, à atténuer parfois sensiblement cette polarité. Que la tuberculose provoque une révision des critères en vigueur en Afrique n'est à cet égard nullement indifférent : si tout tuberculeux contagieux infecté par le VIH développe, d'un point de vue médical, la maladie il apparaît logique d'évoquer leurs parcours comme étant ceux de "malades". Si, dans le même temps, on admet qu'au regard du VIH ces patients sont séropositifs, l'utilisation du terme de "séropositifs" se justifie tout autant que celui de "malades".

Parallèlement à ces considérations biomédicales, une réflexion de nature plus anthropologique confirme la fragilité d'une distinction entre séropositivité et maladie qui tend vers une véritable mise en opposition. Sur cette question, discours et pratiques des malades méritent d'être appréhendés dans un premier temps séparément. Entendant un message médical qui, lors de l'annonce de la séropositivité, situe la maladie dans un avenir sur lequel il serait possible d'agir si les mesures de prévention sont scrupuleusement adoptées, certains patients se voient amenés à poser une frontière entre la séropositivité et la maladie. A l'inverse, pour de nombreux autres patients, cette distinction demeure véritablement impensable : schématiquement, ils se demandent comment imaginer ne pas être "malade" — c'est-à-dire "séropositif" — alors que l'on demeurera toujours susceptible de transmettre le mal, que l'on suit un traitement (anti-tuberculeux) et que l'on ne peut espérer guérir ? Face à ces deux systèmes d'analyse de la situation personnelle au regard de l'infection par le VIH, s'engagent des initiatives qui — de recherches de traitements en attitudes face à l'entourage, au médecin ou au dépistage — témoignent de l'existence de représentations de l'affection rapprochant inéluctablement la séropositivité de la maladie. Repérés dans les attitudes de patients ne développant pourtant aucune affection particulière, les signes d'une inévitable confusion de la séropositivité et de la maladie, de l'assimilation de l'une à l'autre, s'avèrent particulièrement sensibles dès lors que l'on observe les réactions de personnes souffrant de la tuberculose (en début de traitement ou à l'occasion d'une rechute). Leur expérience présente d'une maladie — douleur, fatigue, peur de contaminer autrui, prise astreignante de médicaments, examens réguliers — ne leur permet pas d'accepter un message selon lequel leur infection par le virus du sida serait l'expression d'une séropositivité *mais pas encore* de la maladie.

Malades car tuberculeux *donc* séropositifs et malades, ces patients nous obligent à repenser la pertinence de la distinction séropositivité / maladie à la lumière de leurs échanges avec les médecins et de leurs choix thérapeutiques. Qu'ils soient aussi — et peut-être,

6. Deux grandes catégories de signes cliniques ("mineurs" et "majeurs") ont été constituées : la présence chez le patient de deux signes majeurs et d'un signe mineur autorise le diagnostic de sida.

7. Dont la classification clinique comprend en réalité sept niveaux : le stade III et les six groupes du stade IV.

initialement, d'un point de vue médical — tuberculeux représente moins un facteur de confusion pour l'analyse de leur perception de la séropositivité qu'un révélateur de représentations profondes du sida. Certes, la tuberculose est bien la maladie qui contredit le diagnostic d'une séropositivité non encore maladie. Mais le succès du traitement anti-tuberculeux, la fin de la maladie, ne signifie pas l'adhésion à une description de la contamination par le VIH distinguant séropositivité et maladie. Bien au contraire, cette santé physique se construit sur le souvenir d'une affection et d'un traitement longs et difficiles : aussi, lorsque le patient apprend qu'il infecté par le VIH — en cours de traitement anti-tuberculeux ou longtemps après son terme — il ne peut isoler cette information de la maladie. Le patient s'accorde alors rétrospectivement avec les définitions cliniques du sida-maladie qui comprennent dorénavant les tuberculoses contagieuses.

Moins précise dans les recommandations diagnostiques en vigueur en Afrique que ne le laisseraient penser les critères internationaux de l'OMS et des CDC, constamment remodelée et fréquemment effacée par les pratiques des malades, la distinction séropositivité / maladie revêt une dimension politique qui en interroge la pertinence. Une des premières réponses de nature politique à cette classification — déjà médicalement peu consensuelle — nous semble être l'adoption croissante de l'expression de "personnes vivant avec le sida" ou "avec le VIH", initialement développée par les homosexuels américains, au milieu des années 1980. Le sigle PWA ("People with AIDS"), devenu un nom commun, exprime une "volonté politique et sociale délibérée d'insister sur l'identification de ceux qui sont infectés par le VIH comme étant des personnes, plutôt que des patients — débouchant sur une dé-médicalisation consciente de leur image publique et privée" (O'Connor, 1995 : 157). Dans son acception générale, PWA désigne toute personne infectée par le VIH à quelque stade que ce soit de sa maladie (ibid : 110 et 157). Afin de s'éloigner de toute appréhension morbide de la contamination par le VIH, le terme de PLWA (People living with AIDS) s'est alors imposé : à ces deux termes de PWA et PLWA seront enfin préférés ceux de PHIV ("People with HIV") ou PLHIV ("People living with HIV") — celui-ci étant traduit et utilisé en français : "personnes vivant avec le VIH". Ces quelques précisions terminologiques confirment les enjeux identitaires de dénominations relatives à la maladie : plus remarquable me paraît être la tendance qu'elles révèlent à dépasser le hiatus séropositivité / maladie pour définir la personne infectée par le VIH comme un individu organisant sa vie autour d'une forme de coexistence avec une affection : expérience singulière que l'on ne peut morceler en référence uniquement à des manifestations cliniques d'intensités variables. Cette recherche d'une identité dans le statut de personne vivant avec le VIH plutôt que dans celui de séropositif vs malade s'inscrit dans une volonté politique générale que l'on pourrait résumer de la façon suivante : bénéficier d'avancées thérapeutiques, d'aides sociales ou de protections juridiques qui seraient réclamées au nom de l'ensemble des personnes infectées par le virus du sida, et non en celui des seuls patients développant des manifestations opportunistes du sida. La diversité des situations face à la maladie n'exclue pas la reconnaissance de l'implication de chacun dans une action, une "lutte" dirigées contre les résistances et les peurs de la société : à ce titre, qu'on les dise séropositives ou malades, les personnes infectées par le VIH en Afrique illustrent de façon exemplaire, par leurs difficultés et leurs initiatives, les contours d'une vie "avec le virus du sida".

### **À l'aune de la prise en charge : la prévention**

Dans leurs digressions individuelles, ces contours de l'existence du séropositif renvoient périodiquement à la volonté de rechercher un traitement ou un soulagement à la maladie. Le discours bio-médical largement vulgarisé évoque ces déplacements d'hôpitaux en centres de soins, de médecins en guérisseurs, en termes de "prise en charge" : une perspective anthropologique décrivant les processus de circulation de l'information et des conseils, ainsi que les aides circonstanciées émanant de la famille incite à leur préférer celui d'"accompagnement". Plus ponctuelle et diverse que la prise en charge, la notion d'accompagnement revêt aussi une dimension moins rigide et contraignante. Au-delà de ces éléments de définition, la prise en charge pose une seconde série de problèmes dès lors qu'elle se voit distinguée des actions de prévention. A l'image de l'opposition séropositivité / maladie, un argumentaire de santé publique — politique et médical confondu — s'ajoute à une "raison" plus spécifiquement anthropologique pour contester la validité théorique et la pertinence pratique ("opérationnelle") d'une telle distinction.

Tout en décrivant les actions relevant de la prévention et de la prise en charge dans des chapitres différents de leurs programmes d'intervention, les Programmes nationaux de lutte contre le sida encouragent — dans les faits — des initiatives qui atténuent la portée d'une telle séparation. Prenons l'exemple des projets de sensibilisation et de formation à la prévention engagés dans les milieux de la prostitution. En Côte d'Ivoire, une prévalence de 80% du VIH parmi des prostituées (Ghys *et al.*, 1995 : 957) oblige toute recherche sur la prostitution (Kalé *et al.*, 1993 et Kalé, 1995) <sup>8</sup> à tenir compte de la présence de la maladie — susceptible d'expliquer les déplacements et retours au pays — pour comprendre les réactions individuelles à la prévention de la transmission du VIH. Majoritairement touchées par le VIH, les prostituées entendent et véhiculent les messages de prévention à la lumière de leur expérience de la maladie. Issu d'une étude comprenant un important volet d'intervention (former les prostituées "leaders" et les amener à diffuser l'information auprès de leurs collègues, qui deviendront elles-mêmes des relais de sensibilisation), un enseignement analogue imprègne peu à peu les actions menées auprès de diverses catégories de population, en particulier les malades. Les textes de programmation de la lutte contre le sida relatifs à la "prise en charge" demeurent à cet égard quelque peu ambigus : alors que, dans un volet "clinique", ils développent des actions dites de prise en charge (conditions d'hospitalisation, protocoles thérapeutiques), le chapitre "prise en charge psycho-sociale" propose des interventions de conseil qui s'inscrivent clairement dans une démarche de prévention de la transmission du VIH. La mise sur pied dans les CAT de cellules de conseil, destinées aux tuberculeux aussi bien séronégatifs que séropositifs, obéit à cette logique de planification de la lutte contre le sida qui décloisonne les domaines de la prévention et de la prise en charge.

Le soutien à des initiatives de malades désireux de se regrouper en associations contribue à ce rapprochement entre prévention et prise en charge. Témoins de leurs conditions de vie de personnes infectées par le VIH, parfois constitués en groupes de pression contre de possibles discriminations (dans le travail, face à l'accès aux soins...) nous savons que les membres de ces associations — et au-delà l'ensemble des séropositifs — portent un discours de prévention. Ces prises de parole ont le mérite de poser les malades comme des acteurs — et non comme des victimes passives — au sein d'une société confrontée au sida. D'autre part, lorsqu'il délivre une information sur la prévention du sida, le séropositif parle bien évidemment depuis sa position de personne infectée : il effectue de fait un rapprochement entre une expérience de la prévention et une expérience de la "prise en charge" (recherche d'un traitement et soutien des proches). Aussi, tout en devant être mobilisée avec précaution et discernement, l'intervention de séropositifs pour porter un discours sur la maladie et sa prévention confirme la nécessité de nourrir les initiatives relevant de la réduction du risque d'exposition au VIH d'expériences de malades, eux-mêmes se trouvant à l'écoute d'une prévention qui met en jeu leur propre santé et celle de leur partenaire.

Je me réfère ici au discours médical reproduit par les séropositifs attirant leur attention sur le risque d'aggraver leur infection en cas de rapports sexuels non-protégés. Si, par ailleurs, le malade saisit les implications pour son partenaire de relations sexuelles sans préservatif, il convient alors de dépasser le constat suivant lequel la prévention occupe une place centrale dans les modalités de prise en charge, et d'interroger — en retour — la pertinence de l'expérience de la maladie pour le discours préventif. Délaissant les expressions publiques (contenu des programmes de lutte, interventions de séropositifs) d'une prévention qui puise dans les figures de la prise en charge, une telle réflexion mobilise au premier rang l'analyse anthropologique. Ce n'est que par la compréhension des mécanismes présidant aux choix thérapeutiques et au partage de l'information avec autrui que peuvent s'identifier les représentations et pratiques des malades susceptibles de renouveler la communication sur la prévention. L'hypothèse développée de l'existence de processus de négociation constamment à l'œuvre dans les initiatives du malade, caractéristiques de l'expérience de la maladie décrite, trouve un second point d'application dans cette approche d'une prévention originale au cœur de la maladie. Choisir son thérapeute ou la personne à qui l'on acceptera de se confier, solliciter financièrement un proche et se trouver au carrefour d'interprétations diverses sur sa maladie déclinent autant de situations de négociation (de la thérapeutique, de l'information, de la "solidarité"...). Or, analysés les uns indépendamment des autres, ces lieux de négociation

8. Dans les travaux coordonnés par Kalé Kouamé il s'agit de prostituées professionnelles, majoritairement Ghanéennes et installées dans des quartiers populaires d'Abidjan.

contiennent tous une justification, une option, une attitude qui s'inscrit dans une logique préventive.

Arrêtons-nous ici brièvement sur les attitudes de séropositifs pris en charge dans les CAT d'Abidjan. Lorsque François hésite à parler à Yvonne de sa tuberculose et des mesures de protection recommandées par les médecins parce qu'il souhaite conserver son soutien moral et matériel, il place incidemment l'enjeu de prévention dans une perspective économique. Lorsqu'à l'inverse Henriette convainc son mari d'utiliser des préservatifs, compte-tenu de son statut sérologique, elle perçoit l'opportunité d'avoir accès à un moyen de contraception. Enfin, lorsque Hélène décide d'être abstinent, elle concilie les recommandations d'un tradi-thérapeute (utiliser des préservatifs, donc avoir des relations sexuelles, c'est accroître sa fatigue et risquer une aggravation de sa santé) avec le constat personnel d'une fatigue physique lui interdisant d'envisager des relations sexuelles : elle ne justifie pas l'abstinence par le seul discours pseudo-scientifique de ce tradi-thérapeute mais bien, aussi, par sa propre expérience de la maladie. Difficultés économiques, choix contraceptif et évolution de l'état de santé fondent par conséquent chez ces trois malades des comportements au regard de la prévention fortement déterminés par leur statut de séropositif et riches en enseignements pour l'élaboration de messages préventifs délivrés par et à destination de personnes dont le statut sérologique n'est pas connu.

L'expérience de la maladie n'est exemplaire qu'à travers sa capacité à donner corps à un message et à des réactions relatifs au sida qui ne sont pas réductibles à la souffrance de la personne qui la véhicule : dans son expression singulière, le cheminement du malade réussit constamment à tracer des voies d'interprétation de la prévention — mais, aussi, de la sexualité, des relations de "genre" ou des rapports à la maternité — pertinentes pour tous, de nature foncièrement "généraliste". En effectuant ce lien du particulier au général, le malade participe activement à la transformation des relations nouées avec le médecin. Malade mais possible vecteur d'un discours préventif original et riche, malade développant de multiples réponses à son affection — en ne se contentant pas d'en subir les effets —, le séropositif doit accéder dans la relation thérapeutique à un statut d'interlocuteur. Individu dont l'expérience de la maladie recèle nombre de singularités tout en étant l'émanation de réactions collectives à son affection (voir les jugements et diagnostics sur la nature du mal), il révèle aussi au médecin les limites de son intervention (thérapeutique), les voies trop souvent restées inexplorées (dialogue, aide psychologique) et celles parfois abusivement empruntées (remise en question de la confidentialité). Parmi ces dernières, j'ai souhaité m'attarder sur l'illusion consistant à diviser l'expérience de la maladie (séropositivité / maladie) et l'intervention de santé publique (prévention / prise en charge) : intéressons-nous dorénavant à un autre aspect du débat médical aux attendus conjointement politiques et anthropologiques, posant à son tour un principe de différence (chronicité *vs* acuité) comme grille d'analyse du sida.

### **Une maladie chronique à l'acuité récurrente**

A la fin de l'année 1995, profitant de la médiatisation de la journée mondiale de lutte contre le sida du 1<sup>er</sup> décembre, l'association ACT-UP a affirmé avec force dans divers quotidiens le caractère aigu de la maladie en s'insurgeant contre la présentation médicale de l'infection par le VIH comme une pathologie chronique : ACT-UP perçoit dans cette classification un risque de banalisation de la maladie et des conditions d'existence et de traitement des malades. Par-delà son aspect séduisant, cette analogie entre la forme clinique et l'expression sociale du sida (se "chronicisant" toutes deux, pourrait-on dire) mérite quelque attention dans ce qu'elle sous-tend des contenus et des enjeux de telles définitions.

Les analyses de la sociologie de la santé s'accordent avec l'appréciation générale d'ACT-UP lorsqu'elles constatent que "parce que la maladie est chronique, la crise se routinise" (Baszanger 1986, : 7). Toutefois, le refus de la banalisation du sida, ne doit pas occulter un ensemble de caractéristiques qui sembleraient le situer nettement parmi les affections chroniques. Sans se référer au sida, I. Baszanger évoque ainsi la répétition des troubles, des "désordres", inhérente à toute maladie chronique et qui conduit le médecin à "contrôler" l'évolution de l'affection et non à prétendre la guérir (ibid. : 10-11). Le praticien tente par ailleurs de retarder le processus de diagnostic, la délivrance de la "mauvaise nouvelle" car la révélation d'une atteinte chronique "brouille les possibilités de repérage et de décodage" du

malade (ibid. : 15). Enfin, I. Baszanger observe que l'objectif des reformulations de la relation médecin / patient autour de la maladie chronique doit permettre à ce dernier de "vivre avec" et "en dépit" d'une affection incurable (ibid. : 22). Nous aurons saisi, pour chacun de ces éléments de définition, de claires correspondances avec l'infection par le VIH : ajoutons que l'accès des malades — dans les pays développés — à des protocoles thérapeutiques administrés de plus en plus tôt dans l'histoire naturelle de l'infection et sur une période de plus en plus longue confortent l'analyse du sida en termes de maladie chronique.

Cet argument central dans la définition médicale du sida - maladie chronique n'apparaît cependant guère recevable dans des contextes africains où l'accès aux médicaments antiviraux — au premier rang desquels l'AZT — et, parfois même, aux antibiotiques susceptibles de traiter certaines affections opportunistes de la maladie, est inexistant. D'autre part, l'administration de traitements qui allongent l'espérance de vie des malades ne suffit pas à définir une maladie chronique si, dans le même temps, ces protocoles thérapeutiques sont dispensés de façon intensive. A. Clarke exprime ainsi les données de ce paradoxe : "les avancées médicales suggèrent que le sida devrait objectivement être considéré comme une maladie chronique, avec une longue phase asymptomatique qui débouche dans la majorité des cas sur une maladie incurable nécessitant des soins palliatifs. Mais, tandis que la sida peut être cliniquement défini comme une maladie chronique, il demeure actuellement traité comme une maladie aiguë" (1994 : 596). Jugeant, au regard de la situation de la prise en charge du VIH aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, la "politique de redéfinition" du sida en maladie chronique prématurée et confuse, A. Clarke nuance la portée des analogies entre les maladies chroniques et le sida. Plus exactement, elle suggère avec force qu'empruntant aux deux registres (chronique / aigu), cette maladie dépasse toute classification de ce type, suivant un processus analogue à celui qui nous a conduit à relativiser les dichotomies séropositivité / maladie puis prévention / prise en charge.

A nouveau, un retour sur les expériences de la maladie des séropositifs des CAT nous paraît devoir s'imposer afin d'illustrer cette dynamique de l'affection qui remet en question des frontières et des typologies dont on constate, par ailleurs, régulièrement, le caractère guère opérationnel pour les politiques d'intervention sur la maladie. Dans leurs évocations rétrospectives de longs et riches itinéraires thérapeutiques, puis au travers de leurs échanges avec le CAT et les structures de soins jalonnant l'évolution de la maladie après le traitement anti-tuberculeux, les séropositifs décrivent une affection successivement et conjointement chronique et aiguë. L'écoute des plaintes et l'observation des souffrances des malades nous révèle tout à la fois la brutalité, la rapidité de certains décès et la multiplication des rechutes, étalées dans le temps. Dans le premier cas, j'apprends le décès d'un malade après un épisode de maladie bref, survenant après une stabilisation jugée satisfaisante<sup>9</sup> de son état de santé qui convainc du caractère résolument aigu de la phase terminale de l'infection par le VIH. Le second cas de figure propose une évolution clinique inscrite dans la durée qui connaît des périodes d'affaiblissement général surmontées les unes après les autres : nous avons là le schéma évolutif d'une affection chronique, traitée mais jamais guérie.

Les modalités de prise en charge thérapeutique des tuberculeux séropositifs ne manquent pas à leur tour d'offrir une image floue et peu pertinente de la distinction chronicité / acuité. Un premier constat : la longueur du traitement anti-tuberculeux définirait plus aisément une pathologie chronique alors que son terme, sanctionné la plupart du temps par la guérison de la tuberculose, signe une affection aiguë. D'autre part, une fois la guérison effective, le séropositif se voit invité à se rendre régulièrement, tous les six ou douze mois, au CAT pour une consultation de suivi de l'évolution de son état de santé. Il pourra s'y rendre à d'autres moments en cas de problème de santé particulier. La logique d'un tel système (rendez-vous à intervalles relativement importants et accueil hors rendez-vous si l'état de santé du patient l'exige) confirme à son tour la difficulté à définir le sida comme maladie chronique plutôt qu'aiguë. En effet, alors même que les médecins proposent une prise en charge (consultation, examens) suivant un calendrier évoquant d'emblée une affection chronique, ils interviennent dans les faits au moyen de traitements ponctuels intensifs (cette fois-ci par le biais de prescriptions de remèdes) qui rappellent l'approche thérapeutique d'une crise aiguë.

9. Il ne s'agit aucunement d'un diagnostic clinique mais du recueil de l'appréciation du séropositif qui s'estime "en bonne santé" et de notre constat de capacités physiques et intellectuelles intactes, pour autant que nous pouvons en juger au terme d'un entretien et d'un moment passé auprès de lui.

Les représentations de la maladie patiemment élaborées au fil des traitements et des réactions de l'entourage traduisent à leur tour la faiblesse analytique de la distinction appliquée au sida entre maladies chroniques et aiguës. Les capacités d'initiatives des séropositifs rendent compte à cet égard aussi bien d'une affection chronique que d'une maladie aiguë. Lorsqu'il multiplie les projets professionnels, s'interroge sur les mesures de prévention (exemple des femmes qui ont un enfant *malgré* un risque perçu), ou cumule de longs traitements, le malade se propose d'installer dans la durée une affection souhaitée chronique : même s'il convient peut-être de cantonner notre interprétation dans le registre de la volonté du patient de mener la vie d'une personne atteinte par une maladie chronique plutôt que dans celui de la certitude de souffrir d'une affection chronique, ces différents choix du malade rejettent l'idée d'une maladie aiguë. Ce n'est en revanche plus le cas lorsque — traduisant la même force d'initiative — le malade qui vient d'apprendre sa séropositivité abandonne ses activités habituelles, se considère comme malade et se lance à la recherche d'un traitement dans l'urgence de celui qui se trouve brutalement atteint par une pathologie aiguë. Lorsque ces réactions intenses s'amenuisent, nous voyons se dessiner un parcours où des périodes d'acuité du mal s'inscrivent au cœur d'un développement plus généralement chronique de la maladie et des réponses qui lui sont apportées.

Indistinctement séropositif et malade, souffrant d'une maladie chronique à l'acuité constamment rappelée, l'individu infecté par le VIH compose une prise en charge de l'affection aux riches enseignements préventifs. Remodelant des oppositions en des lieux de convergences, le sida opère des synthèses de sens et de pratiques, de représentations et de réactions. Cette discussion sur la séropositivité, la chronicité du mal et la prévention trouve ses plus pertinentes illustrations dans le croisement des regards des malades et de ceux de la science médicale. Se trouve donc incidemment posée la nature de la relation du médecin au malade. L'un parle de séropositivité et l'autre décrit une maladie, l'un évoque la prévention que l'autre rend inséparable d'un projet de prise en charge, l'un traite une maladie chronique que l'autre expose comme une affection aiguë : et inversement, puisque ni le médecin ni le malade n'enferment leurs approches du sida dans des catégories ou des typologies fermées. Si l'on ajoute à ces rapprochements de sens les rencontres des démarches évoquées au début de ce propos, on observe l'émergence d'une forme de syncrétisme de la connaissance qui passe par un indispensable regard réflexif sur nos objectifs et nos méthodes de recherche ainsi que sur les présupposés conceptuels qui les fondent.



## Références bibliographiques

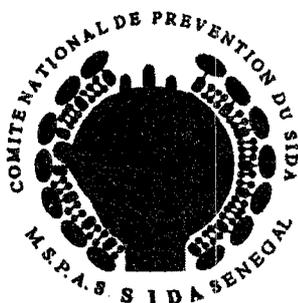
- BASZANGER I., 1986, "Les maladies chroniques et leur ordre négocié", *Revue Française de Sociologie*, XXVII : 3-27.
- BEARDSSELL S., 1994, "Should wider HIV testing be encouraged on the grounds of HIV prevention ?", *AIDS Care*, 6 (1) : 5-19.
- CHIÈZE F., 1994, "Aspects biomédicaux du sida en Afrique", in *Populations africaines et sida*, J. Vallin (éd.), B. Auvert, N. Brouard, F. Chièze, J. P. Dozon, A. Guillaume, Paris, La Découverte : 17-61.
- CLARKE A., 1994, "What is a chronic disease ? The effects of a re-definition in HIV and AIDS", *Social Science and Medicine*, 39 (4) : 591-597.
- DESCLAUX A., 1992, "Le 'RAP' et les méthodes anthropologiques rapides en santé publique", *Cahiers Santé*, 2 (5) : 300-306.
- ENGELHARD P., SECK M., 1988, "Afrique et Sida: quelques réflexions méthodologiques sur la prévention en Afrique subsaharienne", *Actions et Recherches Sociales*, 3 : 101-114.
- GHYS P., DIALLO M., ETTIEGNE-TRAORÉ V. *et al.*, 1995, "Dual reactivity to HIV 1 and HIV 2 in female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire", *AIDS*, 9 (8) : 955-958.
- KALÉ K., 1995, "La mobilité chez les prostituées : obstacle ou dynamique à l'organisation de la prévention des MST/Sida en Côte d'Ivoire?", in *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, J. P. Dozon, L. Vidal (éds.), Paris, ORSTOM Ed. : 129-133.
- KALÉ K., GNAORÉ E., MAH-BI N., 1993, "Une approche socio-géographique afin de mieux comprendre les risques du VIH : prévention communautaire dans les sites de prostitution à Abidjan, République de Côte d'Ivoire", *VIII<sup>ème</sup> Conférence Internationale sur le SIDA en Afrique*, Marrakech, Maroc, 12-16 décembre, Résumé TOP 11.
- LINDENBAUM S., 1992, "Knowledge and action in the shadow of AIDS", in *The times of AIDS. Social analysis, theory and method*, G. Herdt, S. Lindenbaum. (éds.), Newbury Park, Sage : 319-334.
- MEDICUS MUNDI FRANCE (en collaboration avec le Centre International des Etudiants et des Stagiaires), 1995, *Etude qualitative en milieu étudiant africain sur les connaissances, les comportements et les projets d'intervention vis-à-vis de l'infection à VIH, multigr.*
- O'CONNOR B., 1995, *Healing traditions. Alternative medicine and the health professions*, Philadelphia, University of Philadelphia Press.
- STANDING H., 1992, "AIDS : conceptual and methodological issues in researching sexual behaviour in sub-saharan Africa", *Social Science and Medicine*, 5, 475-483.
- VIDALL., 1994, "Le temps de l'annonce. Séropositivités vécues à Abidjan", *Psychopathologie Africaine*, XXVI (2) : 265-282.





**CODESRIA**

Conseil pour le développement  
de la recherche en sciences  
sociales en Afrique



L'Institut français  
de recherche scientifique  
pour le développement  
en coopération

**COLLOQUE INTERNATIONAL**

***SCIENCES SOCIALES ET SIDA EN AFRIQUE***

***BILAN ET PERSPECTIVES***

**Communications -- Volume 2**

4-8 novembre 1996

Sali Portudal, Sénégal

4-8 november 1996

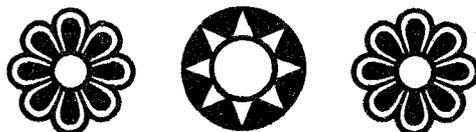
**INTERNATIONAL SYMPOSIUM**

***SOCIAL SCIENCES AND AIDS IN AFRICA***

***REVIEW AND PROSPECTS***

**Papers -- Volume 2**

**C.E.D.I.D. - IRD**



Dakar  
Codesria - CNLS - Orstom  
octobre 1996

INV 54689