

Vivre et penser le sida en Afrique

Experiencing and understanding AIDS in Africa

Collection « Hommes et sociétés »

Comité scientifique : Jean-François Bayart (CERI-CNRS)
Jean-Pierre Chrétien (CRA-CNRS)
Jean Copans (Université de Picardie)
Georges Courade (MAA, IRD)
Alain Dubresson (Université Paris-X)
Henry Tourneux (CNRS)

Directeur : Jean Copans

Karthala sur internet : <http://www.karthala.com>

Couverture :

“*La lutte*”, par Kalidou Kassé et Paulane, Les Artistes Réunis
Tableau offert en décembre 1998 à la SWAA-Sénégal,
qui en a autorisé la reproduction à titre gracieux

© Editions Karthala et Codesria, 1999
ISBN : 2-86537-945-0

Édité par / Edited by

Charles BECKER, Jean-Pierre DOZON,
Christine OBBO et Moriba TOURÉ

Vivre et penser le sida en Afrique

*Experiencing and understanding
AIDS in Africa*

CODESRIA
BP 3304
Dakar

Éditions KARTHALA
22-24, boulevard Arago
75013 Paris

IRD
213, rue Lafayette
75010 Paris

Avertissement

Le présent ouvrage est issu d'un Colloque international qui s'est tenu du 4 au 8 novembre 1996, à Sali Portudal (Sénégal), sur le thème *Sida et sciences sociales en Afrique. Bilan et perspectives*. Coorganisé par le Codesria (Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique), l'IRD (Institut de recherche pour le développement, anciennement Orstom) et le PNLS (Programme national de lutte contre le sida) du Sénégal, il a reçu en outre l'appui financier de diverses institutions : l'ANRS (Agence nationale de recherches sur le sida, Fran-ce), la Coopération Française, le CRDI (Centre de recherche pour le développement international, Canada), la Délégation des Communautés européennes, la Fondation Ford, l'Onusida.

Cette réunion scientifique a constitué la première manifestation spécifique de cette ampleur consacrée à la recherche en sciences sociales sur le VIH-sida en Afrique, ainsi qu'aux débats et aux enjeux soulevés par l'épidémie et par sa gestion sociale. Il s'est articulé autour de cinq thèmes transversaux :

- de l'épidémie à ses implications et à ses constructions sociales, culturelles et politiques ;
- modèles et projections en temps de sida : méthodes et enjeux idéologiques ;
- pratiques sociales, situations de vie, vulnérabilités : questions à la prévention ;
- diversité des prises en charge du sida : acteurs, institutions ;
- sida, médecine et sciences sociales : légitimation scientifique et problèmes éthiques.

Trois tables rondes ont également été organisées sur les thèmes :

- le sida en situation extrême (guerres et guerres civiles, famines, populations déplacées et réfugiées) ;
- la prise en charge et les associations de personnes vivant avec le VIH ;
- les acteurs institutionnels et non institutionnels dans les programmes nationaux de lutte (participations, financements, associations, enjeux).

Le colloque a rassemblé 210 chercheurs, en provenance d'une trentaine de pays. Parmi les auteurs de communications présentées au cours de la réunion et les participants, un relatif équilibre a été observé entre originaires des pays du Sud et des pays du Nord, avec un très léger déséquilibre en faveur des participants francophones.

Chaque participant disposait de l'ensemble des travaux discutés lors du Colloque, reliés en deux volumes, remis lors de l'inscription¹. Les volumes ont eu en outre une diffusion restreinte, essentiellement institutionnelle, assurée à la suite du colloque.

¹ Le titre des deux tomes est : Codesria, CNLS, Orstom, 1996. *Colloque International "Sciences sociales et sida en Afrique. Bilan et perspectives" / International Symposium "Social Sciences and AIDS in Africa. Review and prospects"*. Communications, Dakar, Codesria - CNLS - Orstom, 894 p.

Une édition d'archivage sous forme de CD-ROM comprenant l'ensemble des textes présentés, ainsi que la transcription des séances plénières et des tables-rondes, les rapports, les commentaires, etc, a été préparée et publiée sous la responsabilité scientifique de Charles Becker et la responsabilité technique de l'AUPELF/UREF. Disponible en décembre 1997, il a fait notamment l'objet d'une diffusion lors de la IX^e Conférence internationale sur le sida et les maladies associées en Afrique, tenue à Abidjan¹.

Le présent ouvrage est la publication scientifique principale issue du Colloque. Il rassemble 38 textes (20 en français et 18 en anglais) retenus comme particulièrement représentatifs, au terme d'un processus d'évaluation de l'ensemble des contributions. Pour tous les textes proposés à Sali, trois avis externes ont été sollicités, et la sélection finale a constitué une opération très délicate pour les éditeurs scientifiques qui ont été contraints à des choix difficiles au regard de la qualité de la plupart des textes présentés².

Les éditeurs remercient très chaleureusement les responsables des institutions organisatrices et des institutions qui ont apporté leur soutien matériel à la réalisation du Colloque et à la publication de ce livre. Ils expriment enfin leur profonde gratitude aux évaluateurs, aux traducteurs et aux lecteurs des épreuves.

¹ AUPELF / UREF, Codesria, CNLS, Orstom, 1997, *Colloque International/International Symposium "Sciences sociales et sida en Afrique/Social sciences and AIDS in Africa"*, Sali Portudal 4-8 novembre 1996 / November 4-8, 1996. Dakar, AUPELF/UREF, Codesria, CNLS, Orstom. (Collections "Universités francophones - Nouveaux supports - DC MEF" et "Codesria DOC-CD").

² Une liste des autres contributions figurant dans les deux documents précités est fournie en annexe.

Foreword

The present work originated in an international symposium on the theme *Social Sciences and AIDS in Africa: review and prospects*, which was held at Sali Portudal in Senegal from 4 to 8 November 1996. Organised jointly by CODESRIA (Council for the development of social science research in Africa), IRD (Institut de recherche pour le développement, the former ORSTOM) and PNLS (Programme national de lutte contre le sida - National AIDS control programme) in Senegal, the symposium also received support from various other organisations: ANRS (Agence nationale de recherche sur le sida, France), French Cooperation, IDRC (International development research centre, Canada), the Delegation of the European Communities, the Ford Foundation, and UNAIDS.

This scientific gathering was the first targeted manifestation of its size devoted to research in social sciences on HIV/AIDS in Africa and to the discussions and challenges provoked by the AIDS epidemic in Africa and by the management of its social consequences. It was constructed around five lateral themes:

- From the epidemic of AIDS to its implications and its social, cultural and political constructs;
- Models and projections in time of AIDS: approaches and ideological stakes;
- Social practices, living conditions, vulnerability: prevention-related issues;
- Diversity of care and support for AIDS: actors and institutions;
- AIDS, medicine and social sciences: scientific legitimacy and ethical issues.

Three round tables were also organised on the themes of:

- AIDS in extreme situations (war and civil wars, famine, displaced populations and refugees);
- assistance to and associations of people living with HIV;
- institutional and non-institutional actors in national AIDS control programmes (participation, funding, associations, stakes).

The symposium brought together 210 researchers from over thirty countries. There was a relative balance between the participants and authors of papers presented at the symposium who came from the North and those who came from the South. There was a very slight bias towards French-speaking participants.

Two volumes containing all the papers discussed at the symposium were made available to all the participants when they registered at the symposium.¹ In addition, a further limited distribution of these volumes was made after the end of the symposium, mainly to institutional recipients.

An archival version on CD-ROM of all the papers presented, besides the verbatim records of all the plenary sessions and round table discussions, the reports and commentaries, etc. was prepared and issued under the scientific supervision of Charles Becker and the technical supervision of AUPELF/UREF. It was made available in December 1997 and was distributed at the IXth International Conference on AIDS and related diseases in Africa, held at Abidjan.²

The present work represents the main scientific output of the symposium. It brings together 38 papers —20 in French and 18 in English— which were considered to be particularly representative, after a thorough evaluation of all the contributions. Three outside critical opinions were sought on all the texts submitted at Sali, and the final selection was a very delicate task for the scientific editors, who had to make difficult choices because of the high quality of most of the papers submitted.³

The editors would like to express their sincere thanks to all those concerned in the institutions which organised or provided material support for the symposium and for the publication of this book. They would also like to express their gratitude to the assessors, translators and the proofreaders.

¹ The title of these two volumes is: Codesria, CNLS, Orstom, 1996. *Colloque International "Sciences sociales et sida en Afrique. Bilan et perspectives" / International Symposium "Social Sciences and AIDS in Africa. Review and prospects"*. Communications, Dakar, Codesria - CNLS - Orstom, 894 p.

² AUPELF/UREF, Codesria, CNLS, Orstom 1997, Colloque International / International Symposium "Sciences sociales et sida en Afrique / Social sciences and AIDS in Africa". Sali Portudal 4-8 novembre / November 4-8, 1996, Dakar, AUPELF/UREF, Codesria, CNLS, Orstom. (Collections "Universités francophones - Nouveaux supports - DC MEF" et "Codesria DOC-CD").

³ A list of other contributions contained in the two documents referred to is given in the following annex.

**Annexe : Contributions présentées au Colloque de Sali
et non publiées dans ce recueil / Papers submitted
at the Sali Symposium and not published in this collection**

- Aimé A. AONON — *Milieux familiaux, logiques sociales des conduites sexuelles et sida à Abidjan*
- Isabelle BARDEM et Isabelle GOBATTO — *Les femmes célibataires face au risque du sida : une étude à Ouagadougou*
- Habiba BEN ROMDHANE — *Les jeunes et le sida en Tunisie : le double ancrage des comportements et de la prévention*
- Catherine BENOIT — *Le sida à Saint-Martin/Sint Maarten : itinéraires thérapeutiques et exclusion sociale dans une société pluriethnique*
- Auguste Didier BLIBOLO — *La prise en charge de l'infection à VIH-Sida dans les structures étatiques de soins en Côte-d'Ivoire : évolution et difficultés de généralisation*
- Françoise BOURDARIAS — *Faut-il croire au sida pour s'en protéger ? Perceptions et négociations du risque biologique : une dynamique des tensions sociales en milieu urbain (Bamako, Mali)*
- Monique CHEVALLIER-SCHWARTZ — *La contagion au temps du sida*
- François CHIEZE et Damien RWEGERA — *Réorientation de la politique de prise en charge et de prévention du sida en Afrique*
- David CHIPANTA — *Support mechanism to people living with HIV-AIDS*
- Katy CISSE WONE — *Associations de personnes vivant avec le VIH au Sénégal : diagnostic et perspectives*
- Rémi CLIGNET — *A propos de la mobilisation sociale des victimes du sida*
- Djénaba COULIBALY, Philippe MSELLATI, Séri DEDY — *Aspects psychosociaux du dépistage VIH/sida chez les femmes enceintes à Abidjan en 1995*
- Michèle CROS — *Bestiaire du sida en pays Lobi burkinabè*
- Séri DEDY — *Sécurité sociale, sida et médecine du travail en Côte-d'Ivoire*
- Ariane DELUZ — *Quelques données socio-religieuses sur le sida en pays Gouro (Côte-d'Ivoire)*
- François DENIAUD et Jean-Calvin FAMPOU-TOUNDJI — *La prévention du sida à travers une association de jeunes en Côte-d'Ivoire : impact, bénéfices et déconvenues*
- Abdessamad DIALMY — *Sexualité, migration et sida au Maroc*
- Donald de GAGNE — *Le rôle des personnes atteintes du VIH/sida en Afrique dans les centres de soins et dans l'action communautaire: des succès et des obstacles*
- Eric GAUVRIT — *Le Programme National de Lutte contre le Sida (PLNS) du Congo entre intégration, décentralisation et coopération*
- Etienne GERARD — *Gestion du sida et gestion du changement social : le cas de Sélingué au Mali*
- Marc-Eric GRUENAI — *La religion protège-t-elle du sida ? Des congrégations religieuses congolaises face à la pandémie de l'infection par le VIH*
- Agnès GUILLAUME, Sylvie DELCROIX et Nathalie BECHU — *Recompositions familiales et gestion économique et sociale du sida dans des familles affectées en Côte-d'Ivoire*
- Judith HASSOUN — *La solidarité familiale et communautaire à l'épreuve du sida. Résultats d'une enquête auprès de femmes malades du sida à Abidjan (Côte-d'Ivoire)*
- Claudie HAXAIRE — *Prévention du sida et levée d'interdits sexuels en pays Gouro, conséquences sociales*
- Myriam HOOSAIN — *Trainees experiences of AIDS and HIV education: a summative evaluation of the effectiveness of a 3-day AIDS train-the-trainer course for the workplace*

- Eunice KAMAARA — *Meeting the AIDS challenge in Africa: the need for youth sexual health programmes*
- Olex Mwati KAMOWA and Gregory H. KAMWENDO — *Women, culture and AIDS in Malawi*
- Yaouaga Félix KONE — *Le sida : l'arme moderne de nos alliés*
- Bantebya Grace KYOMUHENDO — *Treatment seeking behaviour among poor urban women in Uganda: implications for HIV-AIDS transmission and control*
- Richard LALOU et Victor PICHE — *Sida et migrants internationaux : cadre analytique, éléments de réflexion et premiers résultats à partir d'un exemple ivoirien*
- Myriam de LOENZIEN — *Problèmes méthodologiques liés à l'étude des connaissances, opinions et attitudes relatives au sida : recherche comparative et micro-locale au Sénégal, au Cameroun et au Burundi*
- Patrick MACHYO — *Health seeking-behaviour within a social network among the people of Bondo, Siaya District in Western Kenya*
- Esther MAYAMBALA — *Women and HIV transmission in Uganda: an evaluation of the safe sex strategies*
- Betukume Mangu André MBATA — *Phénomène totalitaire du sida, crise de l'Etat et problèmes de prise en charge des malades au Zaïre*
- Ngagne MBAYE, Ismaïla MBAYE, Charles BECKER — *Problèmes éthiques rencontrés dans la prise en charge de l'infection à VIH/sida en milieu pédiatrique africain*
- Aboubacry MBODJI — *Maladies sexuellement transmises, sida à travers les représentations, les recours et itinéraires thérapeutiques chez les Wolof et les Haalpulaar du delta du Sénégal*
- Eginald P. MIHANJO — *The dilemma of AIDS education and social practice: a case of fishing communities in Nyasa area, Tanzania*
- Fébronie MUHONGAYIRE — *Dimensions préventives de la prise en charge de personnes atteintes par le VIH : actions et contraintes*
- Roy MWILU — *Sharing Hope: Foster parent association: a strategy in HIV/AIDS prevention, care and support for survivors*
- Renner Mamert Lié ONANA — *Un objet politique au carrefour des problématiques légitimes du nouvel ordre international : science politique, réalités et symboliques du sida en postcolonies*
- I.O. ORUBULOYE — *Sexual networking research in Nigeria and possible intervention strategies for prevention of STDs and HIV/AIDS*
- Yafflo OUATTARA et al. — *Sida et cohésion familiale : étude psychosociologique chez 80 patients au service des maladies infectieuses d'Abidjan*
- Gilles PISON, Emmanuel LAGARDE, Catherine ENEL — *Pourquoi la prévalence du VIH reste-t-elle basse en Afrique de l'ouest ? Une étude de cas en milieu rural au Sénégal*
- Bernadette RWEGERA — *Les femmes et les enfants immigrés d'Afrique subsaharienne vivant en Île de France face au VIH*
- Papa Salif SOW, Bineta GUEYE, Omar SYLLA, Awa Marie COLL-SECK — *Pratiques traditionnelles et transmission du virus de l'immuno-déficience humaine au Sénégal : l'exemple du lévirat et du sororat*
- El Hadji Asse SY — *Acteurs institutionnels et non institutionnels dans la lutte contre le sida. Pour une réponse communautaire.*
- Oumar SYLLA et Awa-Marie COLL-SECK — *Réalités du counseling au Sénégal*
- Gozé TAPE — *Recherches socio-comportementales et prévention du sida en Côte-d'Ivoire*
- Laurent VIDAL — *Événement, expérience et négociation. Enseignements d'une anthropologie du sida en Côte-d'Ivoire.*

Introduction

**Charles Becker, Jean-Pierre Dozon
Christine Obbo, Moriba Touré**

Le colloque de Sali a voulu marquer une étape importante de la recherche en sciences sociales sur le sida en Afrique. Il a tenté de dresser un bilan et de proposer des perspectives nouvelles sur le rôle et l'implication des chercheurs dans les réponses sociales à l'épidémie.

Un premier objectif tenait à un double constat : d'abord celui que les sciences sociales, en matière de recherches sur le sida, ont fait l'objet d'une sollicitation inédite de la part des sciences biomédicales et des autorités publiques ayant en charge de juguler l'épidémie. Cette sollicitation a été générale, traduisant pour une large part les embarras et les dilemmes des "biomédicaux", des responsables sanitaires et des pouvoirs politiques vis-à-vis d'une affection qui mettait notamment en jeu les conduites humaines en matière de sexualité et défiait durablement la science sur le terrain de la guérison et de la vaccination. Mais elle prit et tend à prendre un tour toujours plus particulier en ce qui concerne l'Afrique, compte tenu d'une infection par le VIH qui croît en de nombreux pays de façon exponentielle, et surtout des spécificités de tous ordres — culturel, économique, politique — qui paraissent devoir être mises en avant pour expliquer une telle évolution pandémique. Des expressions fréquemment utilisées dans la littérature, comme celle de "maladie de la pauvreté" ou même celle de "maladie du développement", donnent toute la mesure du problème et indiquent que le sida ne s'y réduit pas simplement en questions relatives aux comportements sexuels ou aux politiques strictement sanitaires, mais interroge à nouveaux frais la situation de l'Afrique contemporaine.

En contrepoint de ce constat qui semble devoir faire des sciences sociales des partenaires obligés des recherches fondamentales et finalisées sur le sida en Afrique, celles-ci paraissent au bout du compte reléguées à un rôle mineur ainsi qu'en témoigne leur peu de visibilité à l'occasion des grands colloques internationaux consacrés à l'infection par le VIH dans le monde ou sur le seul continent africain, comme si en ces temps forts, hautement ritualisés et médiatisés, seul l'état des dernières avancées des disciplines biomédicales importait vraiment. D'un certain point de vue, ce second constat est parfaitement compréhensible, voire à la rigueur acceptable. Que peut valoir en effet la meilleure des études sociologiques sur le sida en Afrique ou ailleurs par rapport à la découverte d'une étiologie plus fine de l'infection, en matière virologique, immunologique ou génétique, ou encore la mise au point d'une thérapeutique nouvelle et plus efficace ? Mais en admettant très consensuellement une telle

hiérarchie des performances scientifiques, il n'en reste pas moins qu'un tel écart entre les deux constats a quelque chose de paradoxal, voire de contradictoire et que, sans prétendre vouloir placer les sciences sociales sur le devant de la scène, rien ne justifie sa perpétuation. C'est pourquoi la tenue d'un colloque international initié par les sciences sociales a correspondu tant à la volonté qu'à la nécessité d'infléchir quelque peu cet état de choses tout en donnant, en même temps, l'occasion de faire le point sur les résultats et les pertinences des études démographiques, sociologiques, anthropologiques, historiques, etc., sur le sida en Afrique.

De ce premier objectif en a découlé immédiatement un second, celui de faire se rencontrer des chercheurs africains, francophones et anglophones (mais il a manqué des chercheurs lusophones) et des chercheurs européens, américains, bref des chercheurs du Nord et du Sud. Et si certains, bien sûr, se connaissaient déjà, soit par des relations scientifiques suivies, soit, simplement, par la lecture d'articles ou d'ouvrages, il est patent que ce colloque a dépassé largement les interconnnaissances existantes et a constitué à sa façon une première. Il a permis en effet, au moins temporairement, de donner quelque corps à la communauté de chercheurs en sciences sociales travaillant sur le sida en Afrique et d'améliorer tout particulièrement les échanges, certainement insuffisants en ce domaine, entre anglophones et francophones.

Ce dernier point mérite quelques observations, à commencer par celle-ci, qui procède d'un autre constat, que la littérature en sciences sociales consacrée au sida en Afrique est majoritairement anglophone. Pour s'en convaincre, il suffit d'examiner les sommaires, sur les dix dernières années, de la revue internationale de référence, *Social Science and Medicine*, où les articles de francophones en anglais ou en français sont tout à fait minoritaires. Sans doute, une telle disproportion n'est-elle pas spécifique au problème du sida, mettant en jeu tout un ensemble de facteurs qui exigerait à lui seul une longue discussion que le colloque n'a pas cru bon d'aborder. On mentionnera simplement pour mémoire qu'il existe dans le monde anglo-saxon une "tradition" d'ethnomédecine, d'anthropologie médicale ou encore d'épidémiologie socioculturelle qui n'a pas, tout particulièrement en France, son équivalent ; une "tradition" qui est en outre largement corrélée à des préoccupations et à des recherches en santé publique, également plus marquées dans le monde anglo-saxon, au travers desquelles les sciences sociales ont acquis auprès de la biomédecine et de l'épidémiologie une relative légitimité. Et si l'on ajoute à cela le fait qu'en France (et, peut-être aussi, mais dans une moindre mesure, dans les pays africains francophones), les chercheurs en sciences sociales, particulièrement les anthropologues, publient davantage dans les revues françaises que dans les revues étrangères ou dans les revues internationales spécialisées, généralement anglophones, on entrevoit assez bien tout ce qui peut expliquer les disparités observées. A cet égard, on peut dire sans détour que le colloque a été l'occasion de contribuer vigoureusement à faire connaître aux chercheurs anglophones une production francophone qui leur était, pour beaucoup, difficilement accessible. Et bien que l'inverse soit sans doute moins vrai (la littérature anglophone étant en principe plus accessible aux chercheurs francophones), il est assez frappant de constater que les bibliographies des communications sont en majorité presque exclusivement monolingues (constat s'appliquant beaucoup moins aux démographes qui constituent sans doute un

milieu plus international). C'est pourquoi, et sans qu'un tel confinement scientifico-linguistique préjuge de la qualité des communications, le colloque a eu au moins cet avantage de le bousculer quelque peu en permettant une réelle confrontation des recherches des uns et des autres.

Un troisième objectif a pris appui sur une remarque importante faite à l'occasion de deux rencontres antérieures, plus modestes que ce colloque et limitées à la seule recherche francophone, qui se sont déroulées d'abord à Abidjan (Dozon et Vidal 1993), à Paris ensuite en 1995 (ANRS-Orstom 1997). Cette remarque tenait en ceci que les recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique étaient encore par trop empiriques, c'est-à-dire qu'elles manquaient de perspectives théoriques et de problématisations soutenues. Sans doute une telle critique s'adressait-elle au premier chef à la recherche francophone, mais elle pouvait, nous semble-t-il, atteindre une pertinence plus grande. En effet, bien que plus riche et plus diversifiée, la recherche anglophone n'en a pas moins multiplié les enquêtes de type CAP (connaissances, attitudes, pratiques), les "recherches-action", notamment dans le domaine de la prévention, ou encore les études ethno-graphiques faisant de la culture et des traditions africaines la pierre d'achoppement des politiques de prévention et de lutte contre le sida ; autant d'approches et d'investigations qui se sont avérées souvent intéressantes, voire utiles, mais qui ont parfois souffert de précipitation et manqué en effet de contextualisations et de mises en perspective. Sous ce rapport, il serait certainement excessif de dire que le colloque a pleinement rempli cet ambitieux objectif. Pour une bonne part, il a reflété à nouveau une assez nette situation de dispersion des recherches dans nos disciplines, situation renvoyant elle-même aussi bien à la multiplicité de leurs objets et méthodes d'investigation qu'au spectre très large des positionnements par rapport au "phénomène sida", allant du plus concret ou du plus ciblé pour l'action sanitaire au plus général ou au plus distancié. Ces assises ont malgré tout laissé apparaître des recentrages intéressants et prometteurs. Au premier chef, on peut relever celui qui porte sur la façon dont le sida produit en abondance du sens et de l'interprétation et qui montre comment ces productions s'opposent moins aux messages d'information et de prévention proposés dans les campagnes officielles qu'elles ne viennent en surimpression sur ces derniers, en suivant de très près les principales lignes de changement et de tension sociale de l'Afrique contemporaine. C'est ainsi qu'au-delà des thèmes qui ont orienté les réflexions du colloque, en particulier celui relatif aux constructions socioculturelles du sida qui a manifestement attiré un grand nombre de communications, il a été souvent question des femmes, des rapports de genre et de leur évolution spécifique parmi les jeunes. Cela fait assurément écho au poids épidémiologique des transmissions hétérosexuelle et materno-fœtale du sida en Afrique ainsi qu'à la façon dont les campagnes de prévention mettent souvent en scène la relation homme/femme (prévention par le préservatif ou par la fidélité), mais cela renvoie aussi à l'importance, soulignée par de nombreuses études, qu'elles se préoccupent du sida ou non, des transformations sociales et familiales actuelles dont les femmes et les jeunes, précisément, sont souvent les principaux acteurs.

Reste que certains thèmes propices à des réflexions méthodologiques et théoriques ont été moins attractifs que d'autres. C'est en particulier le cas de celui qui avait pour but de faire le point sur les relations entre les sciences biomédicales et les sciences sociales, notamment au regard des questions

éthiques, autrement dit sur cette interdisciplinarité vivement souhaitée mais toujours problématique. Au-delà des déclarations d'intention, ne serait-ce pas le signe que ces relations sont encore assez lâches, les sciences sociales travaillant certes dans l'horizon de la demande biomédicale, mais bien souvent à distance respectable d'une réelle confrontation ?

Ce dernier point invite d'ores et déjà à esquisser quelques propositions de synthèse. Au préalable, il faut insister à nouveau sur le fait que, si les sciences sociales ont été conviées à travailler dans le champ du sida, c'est largement en un premier temps parce que la biomédecine affichait son impuissance à guérir. Or, sous ce rapport, la situation est en train de changer avec les récents progrès thérapeutiques qui tendent à libérer l'infection par le VIH du pronostic létal auquel elle fut consubstantiellement liée. Mais cette situation n'est véritablement en train de changer que dans les pays du Nord (où l'on observe une stabilisation de l'épidémie) et on peut donc s'attendre à ce que le "besoin" de sciences sociales s'y manifeste moins. Elle ne change guère en revanche au Sud, et particulièrement en Afrique où les progrès thérapeutiques, depuis l'AZT jusqu'à la trithérapie, sont très peu transférés malgré l'expansion de l'épidémie, en raison, dit-on notamment, de leurs coûts financiers. Du même coup, les sciences sociales sont toujours mobilisables, et on peut même s'attendre à ce que la demande à leur endroit s'amplifie davantage. Mais dans ce contraste de plus en plus accusé entre le Nord et le Sud qui met en relief deux sortes de sida (l'un traitable et en voie de stabilisation, l'autre incurable et en expansion), les sciences sociales ne peuvent qu'exprimer un point de vue à la fois lucide et critique. Lucide parce qu'il est patent qu'une bonne partie de la demande d'études dont elles font l'objet vient pour une large part combler les insuffisances de la prise en charge médicale ; critique parce qu'elles ne sauraient admettre l'établissement durable d'une "maladie à deux vitesses", même si cette nouvelle inégalité entre le Nord et le Sud paraît s'appuyer sur des arguments sérieux, comme ceux relatifs à la non-solvabilité des populations et des Etats africains.

Et si, à ce compte, les métaphores de "maladie du développement" ou de la "maladie de la pauvreté" pour désigner le sida en Afrique n'ont jamais paru aussi bien adaptées, les sciences sociales, malgré l'aptitude qu'elles auraient à en démontrer plus précisément la pertinence, ne doivent pas s'y laisser complètement enfermer. On examinera donc successivement cette double posture des sciences sociales, l'une se situant en quelque sorte dans la mouvance de la demande qui leur est adressée, l'autre épousant un point de vue plus critique et consistant à dire que le sida est aussi, et peut-être surtout, affaire de volonté politique.

Les thématiques de départ et leur transformation

Le colloque de Sali s'est articulé autour de cinq thèmes transversaux : chaque thème a été introduit par des discutants qui ont examiné les communications à la lumière des travaux existants, puis par deux ou trois auteurs de communications significatives. Les discussions des séances plénières ont été prolongées lors des ateliers, où les communications personnelles ont été présentées par leurs auteurs,

puis discutées. Pour chaque thème un rapporteur a réalisé une synthèse des débats et a suggéré des pistes pour orienter les recherches futures.

En complément des séances sur les thématiques principales, trois tables rondes ont eu lieu autour des thèmes : “Le sida en situation extrême (guerres et guerres civiles, famines, populations déplacées et réfugiées)”, “La prise en charge et les associations de personnes vivant avec le VIH”, “Acteurs institutionnels et non institutionnels dans les programmes nationaux de lutte (participations, financements, associations, enjeux)”. Elles ont parfois recoupé des questions abordées lors des séances plénières ou des ateliers.

Rappelons les questions proposées dans l’argumentaire du colloque pour chaque thème annoncé :

1. De l’épidémie à ses implications et à ses constructions sociales, culturelles et politiques. A partir du constat que le sida ne relève pas seulement d’une analyse en termes médicaux, épidémiologiques ou sanitaires, et du fait qu’on utilise couramment à propos du sida des expressions telles “maladie de la pauvreté” ou “maladie du développement” qui représentent le sida comme un phénomène multidimensionnel, tout à la fois social, économique et politique, il s’agissait de clarifier ces dimensions du “phénomène sida” et d’en prendre la mesure dans divers contextes nationaux. Il s’agissait également d’examiner la façon dont les “facteurs culturels” sont mobilisés pour expliquer la teneur et les variations de l’épidémie en Afrique, et aussi pour expliquer les dilemmes de sa prise en charge et de sa prévention.

2. Modèles et projections en temps de sida : méthodes et enjeux idéologiques. Etaient concernés les problèmes méthodologiques auxquels se heurtent les sciences sociales dans leur approche du sida : ils peuvent être très concrets, y compris du point de vue éthique, dans le cas de la réalisation d’enquêtes qui se situent à l’interface de l’épidémiologie et des sciences sociales.

Un autre problème auquel se trouvent confrontées ces sciences en temps de sida est la réalisation de modèles et de projections scientifiques : comment les constituer, mais aussi quels effets produisent-ils et quels en sont les usages selon l’interprétation qui en est donnée ?

Par exemple la démographie touche à des questions délicates, porteuses d’enjeux idéologiques. Sans doute se trouvait-elle confrontée antérieurement à des problèmes comme ceux de “l’explosion démographique”, de “la transition démographique”, “des migrations”. Le sida ne rend-il pas ces aspects encore plus manifestes ?

3. Pratiques sociales, situations de vie, vulnérabilités : questions à la prévention. Il s’agissait d’examiner comment les problèmes posés par le sida sont susceptibles de susciter des recompositions des rapports sociaux et des dynamiques sociales. A partir d’études de cas, notamment d’itinéraires individuels et de situations familiales mettant en jeu des personnes atteintes, on a demandé de considérer les attitudes et les dynamiques qui s’instaurent autour des acteurs concernés, les contraintes auxquelles ils doivent faire face. Dans cette perspective, une attention toute particulière devait être accordée à la manière dont les problèmes posés par le sida sont susceptibles d’accroître les capacités de négociation des femmes.

Plus généralement, on a suggéré un examen de l'impact des politiques de prévention dans le champ des rapports sociaux et demandé quels types de dynamiques sociales nouvelles peuvent soutenir et enrichir le contenu de ces politiques.

4. Diversité des prises en charge du sida : acteurs, institutions. Ce thème devait concerner tout ce qui touche à l'annonce de la séropositivité, aux relations thérapeute-patient qu'elle instaure, ainsi qu'aux itinéraires thérapeutiques des malades. Il proposait d'étudier les offres de soins et de prise en charge dans leur diversité (biomédecine, médecines traditionnelles, Églises, associations, etc.) et leurs interactions (y compris échanges de savoir sur la maladie et son traitement, échanges de pratiques de diagnostic et de soins). Etaient également à considérer les aspects qui font apparaître le sida comme un phénomène potentiellement générateur de multiples institutions — nationales, internationales, non gouvernementales, sanitaires, religieuses, etc. — spécialisées et en même temps concurrentes, qui visent, suivant des stratégies diverses, à en réduire l'expansion.

5. Le sida, la médecine et les sciences sociales : légitimation scientifique et problèmes éthiques. Le sida soulève des questions d'ordre éthique et juridique, à la fois pour la recherche médicale, pour la recherche en sciences sociales et dans le cadre des relations thérapeute-malade. Mais le “phénomène sida”, tout en provoquant une accélération du questionnement sur ce qui relève de l'éthique, conduit le plus souvent à un contournement des règles érigées en la matière, faisant de celles-ci un objet de discussion. Une fois admise la nécessité de l'interdisciplinarité, aussi bien par les médecins que par les sciences sociales, sa mise en œuvre n'en fait pas moins surgir de multiples problèmes dont il s'agissait de débattre ; les uns, arguant de l'urgence du problème, sont demandeurs d'enquêtes rapides et/ou quantitatives, les autres insistent sur la nécessité d'une confrontation longue au terrain et aux acteurs pour mener des enquêtes qualitatives plus approfondies. La circulation de concepts entre sciences sociales et sciences biomédicales incite surtout à s'interroger sur les procédures de légitimation scientifique. De même l'articulation de ces concepts d'origines diverses devait susciter des débats sereins pour assurer leur validité.

Les organisateurs du colloque ont constaté que les propositions de communications recueillies pour les thèmes 2 et 5 ont été bien moins nombreuses que pour les trois autres. La discussion sur les contenus et la validité des études “statistiques” “épidémiologiques”, “démographiques” a été ainsi en grande partie éludée, alors qu'elle était jugée importante par le comité scientifique du colloque. La plupart des démographes présents se sont tournés vers d'autres thèmes sans proposer les réflexions épistémologiques souhaitées.

Ce constat a été complété par les discutants et les rapporteurs des séances, qui ont souligné que — malgré l'intérêt et l'importance des débats —, les thématiques proposées n'ont pas toujours été respectées. Ainsi, en soulignant le glissement opéré dans les discussions à partir de questions techniques — autour des études et enquêtes — vers des problèmes éthiques posés par ces recherches, Jacques Vallin a noté, dans son rapport sur les discussions du thème 2 :

« Entre le titre du thème “Modèles et projections en temps de sida : méthodes et enjeux idéologiques” et les questions réellement abordées dans les communications écrites, les présentations qui en ont été faites et les discussions qui ont suivi, il n'y a presque aucun rapport. Les modèles ? Certes, le mot a été prononcé, ici ou là à propos

d'économie, ou à propos de démographie, mais seulement pour souligner leur impuissance à prévoir, faute de mesures fiables des paramètres de base. En conséquence, on ne s'est guère étendu, c'est le moins qu'on puisse dire, sur les méthodes de modélisation. Quant à l'idéologie, si elle n'a pas été complètement absente du débat — comment le pourrait-elle à propos de sida ? — ce ne fut évidemment pas à propos des enjeux de la modélisation... »

En rapportant les débats autour du thème 5, Karine Delaunay a fait des observations similaires :

« A partir de ces différents éléments qui concernaient strictement les problèmes éthiques, auraient pu être abordés un certain nombre de questions concernant la légitimation scientifique : ces questions ont été fort peu abordées. Ce qu'on ne peut que constater.

Il semble d'abord que les problèmes éthiques ont donné naissance à un certain nombre de mouvements de positionnements et de repositionnements à l'intérieur des sciences sociales et dans les relations entre sciences sociales et sciences médicales.

Il semble aussi que, si les premiers chercheurs en sciences sociales ont été amenés à chercher une légitimation auprès des sciences médicales, peut-être assiste-t-on aujourd'hui à une recherche de légitimation [en retour] de la part des médecins vis-à-vis des sciences sociales, pour justifier leurs pratiques quotidiennes dans les contextes africains. C'est une hypothèse à discuter.

De ce point de vue, si les problèmes éthiques étaient connus et traités de la part des sciences sociales comme de la part des sciences biomédicales, le sida a peut-être un caractère assez inédit, dans les relations entre les disciplines ».

Un autre constat est ressorti de la lecture des communications et des débats qu'elles ont suscités : le contenu de nombreux textes débordait largement la thématique singulière du colloque dans laquelle elles se situaient en principe.

Suite à ces constats, il a donc été nécessaire d'articuler autrement ce recueil, sans retenir ici les thèmes initiaux du colloque. Ont été choisies 38 contributions, rédigées ou corédigées par 43 auteurs, dont 22 sont de pays du Nord et 17 du Sud. Malgré la difficulté pour rattacher plusieurs études à une discipline exclusive, les disciplines privilégiées sont l'anthropologie (13), la sociologie (6), la socio-économie (4), l'économie (2), la démographie (4), la socio-démographie (2), l'anthropologie-histoire (1), l'histoire (1), la socio-psychologie (1), la socio-linguistique (1), la science politique (1), la médecine (2).

Si l'on considère les pays couverts¹, onze textes d'ordre général traitent de l'Afrique sans référence à des pays particuliers et deux sont relatifs à l'Afrique de l'ouest ; quatre concernent le Nigeria, trois portent sur le Mali, la Côte-d'Ivoire, deux sur l'Afrique de l'ouest, l'Afrique du Sud, le Burkina Faso, le Congo, la Tanzanie, l'ex-Zaïre, un sur le Cameroun, le Ghana, la Guinée, le Kenya, l'Ouganda, le Rwanda, le Sénégal, la Zambie.

¹ Parmi les 38 études, certaines ont trait à deux pays et se trouvent donc décomptés à deux reprises.

Les contributions retenues ont été regroupées en trois grandes parties, dont les intitulés ne recoupent que partiellement les thèmes qui avaient été définis initialement.

1. Questions de discipline et de méthodes

Les études choisies manifestent l'intérêt des approches disciplinaires pour la compréhension du "phénomène sida en Afrique". Parmi les 15 textes choisis (9 en français et 6 en anglais), les cinq premiers abordent des questions générales à propos de la réflexion des sciences sociales sur le sida, des études déjà réalisées, des disciplines et des concepts mobilisés par la recherche, des sociétés confrontées à l'épidémie, mais aussi de l'articulation de cette pensée à l'action.

Les dix études suivantes sont plus disciplinaires : à travers des approches d'historiens, de démographes, d'économiste, de sociolinguiste, de socio-démographes, de médecins —, on propose des réflexions sur les dynamiques sociales à l'œuvre face au sida. Deux textes insistent sur la dimension historique et soulignent la spécificité de la gestion des maladies sexuellement transmises, qui peut encore se reconnaître dans les pratiques médicales et sociales actuelles. Des démographes soulignent quelques acquis, et aussi les grandes lacunes et les difficultés des enquêtes démographiques. Une étude évoque les débats suscités par l'approche du sida par les économistes, qui a suscité des réactions contradictoires lors du colloque. Une étude montre l'intérêt d'un développement d'approches sociolinguistiques pour une prévention plus appropriée. Deux études, dues à des démographes, ont proposé des synthèses à propos des multiples déterminants de la transmission du sida en Afrique, en particulier de facteurs socioculturels mis en avant dans les études antérieures sur le sida en Afrique. Enfin deux textes, proposés par des médecins, évoquent un ensemble de questionnements vécus et suscités par la réalisation d'études sur la transmission du sida de la mère à l'enfant et par la prise en charge de malades du sida.

2. Les constructions et les implications sociales du sida

A travers ce thème — et les onze textes retenus, dont six en français et cinq en anglais —, l'ouvrage rend compte de la diversité des constructions sociales de la maladie, mais aussi de questions fondamentales posées en Afrique aux sociétés et aux personnes confrontées à la réalité de l'épidémie ou aux discours portant sur elle. Si la question de la place de l'Etat dans ces constructions apparaît en filigrane, et n'est traitée de manière spécifique que par deux études, celle de la position des femmes est abordée par six textes, avec des discussions sur la validité du concept de vulnérabilité, sur la place supposée de la femme dans la diffusion de l'épidémie et dans sa gestion et sur les représentations liant le sida et la femme. Enfin, trois textes abordent, à propos de la prévention, les questions des discours et de la réception-interprétation des messages, soulignant l'importance majeure d'une "pensée" du sida. Comme l'affirme fortement l'un d'eux, à partir d'une étude réalisée au Mali, les interprétations du sida et les réactions concrètes à la maladie et aux messages de prévention sont déterminées par des facteurs complexes. Pour comprendre et agir dans l'ordre de la prévention, il faut prendre en compte l'articulation de ces divers positionnements interprétatifs et ces diverses pratiques sociales au travers desquels les acteurs sociaux expriment leurs relations sexuelles et amoureuses, et renoncer

définitivement à un culturalisme sommaire qui s’acharne à opposer la “rationalité scientifique” à de supposés “blocages culturels”.

3. *Sciences sociales, prise en charge et prévention du sida*

Dans la dernière partie sont présentées douze études (5 en français et 7 en anglais) qui décrivent des situations sociales et évoquent les questions autour de la prise en charge et de la prévention. Elles viennent en complément d’études proposées dans la partie précédente, et insistent sur des cas précis et des travaux menés dans diverses sociétés africaines, en milieu rural, en milieu urbain, auprès de différents groupes sociaux — étudiants, travailleurs de la santé, tradipraticiens, travailleurs dans les entreprises, migrants, prostituées. Elles évoquent aussi les problèmes posés par l’élaboration des messages de prévention et par une prise en charge tenant compte des divers systèmes familiaux, des normes sociales reconnues en matière sexuelle, des situations d’extrême urgence, de pratiques culturelles comme la circoncision masculine.

Le présent ouvrage est certes loin d’aborder toutes les questions soulevées par l’épidémie du sida en Afrique subsaharienne. Cependant, il rend compte, avec vigueur et en détail, de l’extrême complexité de ces questions et de l’impossibilité de réponses simples de la part des sciences sociales (et aussi des autres sciences) à l’ampleur des enjeux. Il témoigne également d’une volonté de fonder — c’est-à-dire d’assurer des fondements épistémologiques et des fondements pratiques pour l’action — des réponses sociales à une épidémie qui, bien au-delà du seul continent africain si fortement désigné dans les discours et les statistiques officielles, menace l’ensemble des sociétés de la planète et pourrait provoquer des fractures définitives mettant en lambeaux l’universalité si souvent proclamée du genre humain.

Bibliographie

- Jean-Pierre DOZON et VIDAL Laurent (éds), 1993, *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l’exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM-GIDIS : 301 p. (Colloques et Séminaires).
- ANRS-ORSTOM, 1997, *Le sida en Afrique*. Recherches en sciences de l’homme et de la société, Paris, ANRS-ORSTOM, 172 p. (Collection “Sciences sociales et sida”).

Introduction

**Charles Becker, Jean-Pierre Dozon
Christine Obbo, Moriba Touré**

The symposium at Sali was intended to record an important stage in research by social sciences into AIDS in Africa. It attempted to draw up a balance sheet and to put forward some new perspectives on the role and the involvement of researchers into the responses of society to the epidemic.

A first aim of the symposium was to advance two arguments : first of all that the social sciences, in carrying out research on AIDS, had become the object of a novel demand from biomedical science and from the public authorities concerned with controlling the epidemic. This demand had been a general one, and revealed the embarrassment and the dilemmas of 'biomedics', of those concerned with health matters and of political authorities, when confronted with a disease that called into question human behaviour in sexual matters and provided a lasting challenge to science in the fields of cure and of vaccination. The disease took and still tends to take on a particular dimension as far as Africa is concerned, when one considers that HIV infection is growing exponentially in many countries, and above all when one takes into account specific issues of all kinds —cultural, economic and political— which appear to have to be put forward to explain such a pandemic development. Expressions, which are often used in the literature, such as the 'disease of poverty' or even the 'disease of development' give the measure of the problem and show that AIDS cannot be reduced simply to a question of sexual behaviour or of health policies narrowly defined, but questions anew the whole situation of contemporary Africa.

Despite this first argument, which seems to call for the social sciences to be the vital partners of targeted fundamental research into AIDS in Africa, they appear in the last resort to be relegated to playing a minor role. This is shown clearly enough by their low profile during highly organised and publicised major international symposiums devoted to HIV infection throughout the world or on the African continent alone, as if on these great occasions, only the state of the latest discoveries made by the biomedical sciences really mattered. From a certain point of view, this second statement is perfectly reasonable and, in the last analysis one that has to be accepted. What could the most brilliant sociological study on AIDS in Africa or elsewhere be worth in comparison to the discovery of a more closely defined etiology of the infection in the field of virology, immunology or genetics, or to the development of a new and more effective treatment ? But even if one most willingly concedes this order of importance of scientific activity, it still remains the case that so great a distance between the two approaches represents something of a paradox or even a contradiction, whose

continuation is in principle unjustified, even without anyone wanting to put the social sciences at the front of the stage. This is why the holding of an international symposium under the auspices of the social sciences was in keeping with both the wish and the need to modify this situation a little, and at the same time to draw attention to the results and the relevance of demographic, sociological, anthropo-logical and historical studies, etc., on AIDS in Africa.

From this first aim immediately followed a second one, that of bringing together French-speaking and English-speaking researchers from Africa (Portuguese-speaking researchers were, however, missing) and researchers from Europe and America, in short researchers from both North and South. If some of them, of course, were already known to each other, either from having pursued scientific contacts together, or simply from having read each other's articles and works, it is clear that this symposium greatly extended existing contacts. In its way it marked a major new development. It enabled, even if for a short time, the community of social science researchers working on AIDS in Africa to take on a corporate identity, and it particularly improved the sorely inadequate level of exchanges in this area between anglophones and francophones.

This last point calls for some comment. To begin with the fact, which relates to another point, that the literature in social sciences devoted to AIDS in Africa is largely in English. To be convinced of this, it is only necessary to look at the summaries over the last ten years of the journal, *Social Sciences and Medicine* (the journal which is the standard international work of reference in this field) in which articles by francophones, whether in English or in French, are very much in a minority. Such a disproportion is no doubt not limited to the problem of AIDS and calls into question a whole range of factors which require by themselves a full discussion, which the symposium did not feel able to embark on. It is, however, worth recording that there exists in the anglo-saxon world, a 'tradition' of ethno-medicine, of medical anthropology, or again of socio-cultural epidemiology, which does not have equivalent in France, a 'tradition' moreover that is closely related to concerns over public health and research into it, which is also more developed in the anglo-saxon world, and through which the social sciences have been given a relative legitimacy by biomedicine and epidemiology. If one also considers the fact that in France (and perhaps also, though in a lesser degree, in francophone African countries), researchers in social sciences, particularly anthropologists, publish much more in French journals than they do in foreign ones or in the specialised international journals, which are mostly in English, one can see well enough how this disproportion can be explained. One can certainly claim in this particular context that the symposium gave an opportunity to help to make known to English-speaking researchers a scientific literature in French, which for many of them had been accessible only with difficulty. Even though the converse is less evident (the literature in English being in principle more accessible to francophones), it was revealing to see that the bibliographies in the papers presented at Sali were mostly in one language only. (This point applied much less to the demographers, who evidently constitute a more international grouping.) This is why, without letting any scientifico-linguistic barriers prejudge the quality of the papers, the symposium had the advantage of dislodging these barriers somewhat, and enabling a real confrontation to take place between the researches of the two different groups.

A third aim depended on an important comment made at two previous meetings, smaller in scale than this symposium and confined to francophone research only, which took place at Abidjan (Dozon and Vidal 1993) and in Paris in 1995 (ANRS-Orstom 1997). This comment was essentially that research on AIDS in Africa by the social sciences was still far too empirical and lacked a theoretical perspective and a thorough problematisation. This comment was evidently addressed in the first place to research in French, but it seems to us that it could also have a wider application. While research in English is richer and more diversified, it has just as much proliferated enquiries of the 'KABP' type (knowledge, attitudes, beliefs, practices), 'action research', particularly in the field of prevention, or else ethnographical studies which make African culture and traditions the corner stone of policies of prevention and campaigns against AIDS. These approaches and enquiries have been found to be interesting and even useful, but they have sometimes suffered from being done too hastily and from the lack of any proper contextualisation or perspective. In this respect, it would be exaggerating to claim that the symposium had completely fulfilled this ambitious aim. In a large part, the symposium once again reflected the fact that research in our fields is highly dispersed, owing to the multiplicity of our objectives and methods of enquiry and also to the major spectre of where they stand with regard to the 'AIDS phenomenon', varying from the most concrete and most targeted towards practical health measures to the most generalised or most remote. But our discussions, despite everything, did lead to some interesting and promising refocusing : in the first place on how AIDS produced so many interpretations and significations, and how these are much less opposed to messages with information and about prevention, set out in official campaigns, then they are superimposed on the latter, by keeping close to the principal lines of change and social tension in contemporary Africa. So in addition to the themes which guided the reflections of the symposium, in particular the theme relating to the sociocultural structures of AIDS, which obviously attracted a large number of papers, questions were often asked about women, about gender relations and specifically their development among young people. That clearly echoed the epidemiological weight given to the heterosexual and maternal-foetal transmission of AIDS in Africa, and also to the way in which campaigns of prevention emphasised relations between men and women (prevention by condom or by fidelity), but also recalled the importance, underlined in many studies, whether dealing with AIDS or not, of transformations in present day society and in the family, in which women and young people are often precisely the main protagonists.

There remained certain themes appropriate to methodological and theoretical reflections which were less appealing than others. This was particularly so with the one which aimed to deal with relations between biomedical and social sciences, notably over ethical questions, or in other words that interdisciplinary approach which is so eagerly wished for but is always very difficult to achieve. When one gets away from declarations of intent, is this not a sign that these relations are still rather weak, with social sciences certainly working in the light of demands from the biomedical world, but very often at a respectful distance away from any real confrontation ?

This last point already leads us towards an attempt to draw up some proposals for a synthesis. To start with, one has to repeat the point that if the

social sciences have been invited to work in the AIDS field, this is largely because biomedicine has admitted its powerlessness to effect a cure. In this respect, the situation is in process of changing, with recent progress in the therapeutic field which is tending to free HIV infection from the fatal prognosis with which it was inextricably linked. But this situation is only really in process of changing in countries of the North (where one can witness a stabilisation of the epidemic), and one can expect that there will appear to be less 'need' for the social sciences there. The situation is not, however, changing in the South, and particularly not in Africa, where therapeutic progress, from AZT to triple therapy, has hardly made any appearance because - it is generally supposed - of their high cost, in spite of the growth of the epidemic. At the same time, the social sciences are still ready and waiting, and it is to be expected that the demand for them will increase further. But with this increasingly stark contrast between the North and the South, which reveals two kinds of AIDS (one capable of being cured and in process of being stabilised, and the other still incurable and in process of expansion), the social sciences can only put forward a point of view that is both clear and critical. Clear because it is obvious that a large part of the demand for studies with which they are confronted comes from the need to fill the gaps left by the medical approach; critical because the social sciences cannot accept the permanent establishment of two different kinds of AIDS, even if this new example of inequality between North and South seems to be based on serious arguments, like those that touch on the bankruptcy of African peoples and states.

And if in this context, the metaphors of 'disease of development' or 'disease of poverty' have never appeared to be so well adapted to describing AIDS in Africa, the social sciences, even if they are well placed to show how relevant they are, ought not to allow themselves to be totally submerged by them. We will examine this double position of the social sciences, being on the one hand driven by the requests that are being addressed to them, and on the other hand, taking up the more critical point of view that AIDS is also and perhaps above all, a matter of political will.

The themes for discussion and their development

The Saly symposium was structured around five lateral themes. Each theme was introduced by discussion leaders who considered the papers that had been presented in the light of existing work, and then by two or three of the authors of the most significant contributions. The plenary discussions were continued in workshops where a presentation of the papers by their authors was followed by a discussion. A rapporteur produced a synthesis of the discussion of each theme and made suggestions for ways of carrying forward future research.

Complementing the sessions on these five main themes were three round tables, held on the following themes: 'AIDS in extreme situations (war and civil war, famine, movement of populations and refugees)', 'The care of those living with HIV and associations of those affected' and 'Institutional and non-institutional involvement in national campaigns against AIDS (participation, financing, groups, challenges)'. These discussions often took up questions on which discussions had been launched in the plenary sessions or in the workshops.

To recall the questions put forward at the start of the symposium for each of the themes selected:

1. From the epidemic to its implications and its social, cultural and political constructs. Starting from the argument that AIDS could not be analysed only in medical, in epidemiological or in health terms, and from the fact that such expressions about AIDS as a 'disease of poverty' or an 'illness of development' were in common use, and dealt with AIDS as a multi-dimensional phenomenon, which was simultaneously social, economic and political, it was found necessary to clarify the dimensions of the 'AIDS phenomenon' and to deal with it in various national contexts. It was found equally necessary to examine the way in which 'cultural factors' were brought forward to explain the course and the variations of the epidemic in Africa, and also to explain the dilemmas of how to handle the disease and to prevent it.

2. Models and projections in time of AIDS : approaches and ideological stakes. This involved the methodological problems confronting the social sciences in their approach to AIDS. These could be concrete problems, including ethical ones, in the case of making enquiries which were at the interface between epidemiology and social sciences.

Another problem which faced the social sciences when dealing with AIDS was that of making models and scientific projections : how to create them, but also what effects would they cause and to what use could they be put, according to the interpretation that was put upon them?

For example, demography touched on very sensitive questions, which involved ideological considerations. It had no doubt been confronted earlier with such problems as 'the population explosion', 'the demographic transition' and 'migrations'. Did not AIDS make these aspects even clearer?

3. Social practices, living conditions, vulnerability: prevention-related issues. Here it was necessary to examine how the problems thrown up by AIDS were capable of affecting social relations and dynamics. Starting from case studies, particularly of individual itineraries and family situations concerning infected people, the attitudes and the dynamics which developed around those concerned had to be considered, and the constraints which they had to face. In this context, special attention had to be given to the way in which the problems created by AIDS were capable of increasing the bargaining position of women.

More generally, an examination of the impact of prevention policies in the field of social relations was proposed, as well as consideration of what kinds of new social dynamics could sustain and deepen the content of these policies.

4. Diversity of care and support for AIDS: actors and institutions. This theme was intended to involve everything that concerned the news that someone was seropositive and the relations between therapist and patient that this information brought about, as well as how those infected went about seeking treatment. It involved studying the offers of care and management in all their diversity (biomedicine, traditional healing, Churches, associations, etc.) and their interactions (including the exchange of information about the illness and its treatment, exchanges of diagnostic practice and of care). It was also meant to consider the aspects that made AIDS appear as a creator of many specialised but

at the same time competing institutions —national, international, non-governmental, health, religious, etc.— which used various strategies to curb the spread of the disease.

5. AIDS, medicine and social sciences: scientific legitimacy and ethical issues. AIDS creates many ethical and legal questions for medical research, for research in social sciences and for relations between therapist and patient. But the 'AIDS phenomenon' in provoking an increase in ethical questions, very often leads to a bending of the rules drawn up on these matters, making them a subject for discussion. Once the need for an interdisciplinary approach is accepted, both by doctors as well as by social scientists, carrying this out still throws up many problems which call for discussion. Some argued the urgency of the problem and called for quick and/or quantitative enquiries; others argued for a long discussion on the ground and with those concerned, so as to have more deeply based qualitative enquiries. The exchange of concepts between social and biomedical sciences stimulated the need for a consideration of procedures for scientific legitimation. The formulation of concepts of such different origins calls for a calm discussion to make sure they are valid.

The development of the themes for discussion

The organisers of the symposium noted that the number of papers proposed for submission on themes 2 and 5 were very much less numerous than those on the three other themes. Because of this, discussion of the contents and validity of the 'statistical', 'epidemiological' and 'demographic' studies was very largely bypassed, despite the importance attached to it by the symposium's scientific committee. Most of the demographers present turned their attention to other themes, without putting forward the epistemological reflections that had been hoped for.

This comment was endorsed by the discussion leaders and the rapporteurs of the various sessions, who emphasised that despite the interest and the importance of the discussions, the lines of discussions proposed had not always been followed. Thus in underlining the tendency during the discussions to move from technical questions about the studies and enquiries towards ethical questions thrown up by these researches, Jacques Vallin noted in his report on the discussion on theme 2 :

"There was hardly any connection between the title of the theme 'Models and projections in time of AIDS: methodology and ideological challenges' and the questions actually taken up in the written papers, the presentations that were made on them and the discussions which followed. Models? The word was certainly mentioned now and again in connection with the economy or with demography, but only to emphasise their inability to predict, in the absence of any reliable measures in the basic parameters. As a consequence, there was, to put it mildly, hardly any worth while discussion on the methodology of modelling. And if questions of ideology were not totally lacking in the discussions - how could they be, indeed, when one is dealing with AIDS? - they were not at all present in connection with the challenge of constructing models..."

Karine Delaunay made similar comments in her report on the discussion about theme 5 :

“A number of questions concerning scientific legitimization could have been tackled from the starting point of these different elements which concerned strictly ethical problems, but there was very little discussion of them. This has to be noted for the record.

It seems at first sight that these ethical problems have given rise to some manoeuvering and counter-manoeuvering within the social sciences and in relations between social and medical sciences.

It also seems that while earlier researchers in the field of social sciences were led to seek a legitimization in regard to the medical sciences, perhaps one is at present witnessing a search for legitimization [in reverse] on the part of doctors in regard to social sciences, to justify their daily activities in African contexts. This seems a hypothesis worth discussion.

From this point of view, it could be argued that if ethical problems were known and treated by social sciences as they are treated by the biomedical sciences , AIDS has perhaps a pretty novel role to play in relations between the two disciplines.”

Another point emerged from reading the papers and the discussions to which they gave rise: the content of many documents went well outside the strict thematic of the symposium which they were in principle supposed to follow.

Because of these various points, it was therefore necessary to reorder this work, without sticking to the initial themes of the symposium. 38 contributions have been selected, produced or partly produced by 43 authors, of whom 22 come from countries of the North and 17 from the South. Allowing for the difficulty of attributing several studies to a particular discipline, the disciplines most represented are anthropology (13), sociology (6), social economics (4), economics (2), demography (4), social demography (2), anthropological history (1), history (1), social psychology (1), social linguistics (1) political science (1), medical anthropology(1), and medicine (2).

Turning to the countries covered¹, one notes that thirteen general papers covered Africa as a whole without referring to individual countries, four dealt with Nigeria, three with Mali and three with Côte d'Ivoire, two each with West Africa, South Africa, Burkina Faso, Congo, Tanzania, former Zaire, and one each with Cameroon, Ghana, Guinea, Kenya, Uganda, Rwanda, Senegal and Zambia.

The contributions selected have been reordered in three main groups, whose titles only partly reflect the titles of the themes that had been set forth initially.

1. Methodological and disciplinary issues. Importance of disciplinary questionings for understanding AIDS

The studies selected reveal the interest in disciplinary studies for an understanding of the ‘AIDS phenomenon in Africa’. Among the 15 papers selected (9 in French and 6 in English), the first five dealt with general questions concerning reflections by social sciences on AIDS, studies already made, disciplines and concepts involved in research, societies confronted by the epidemic, and also the translation of these thoughts into action.

¹ Some of the 38 papers concerns two countries and are taken in account in two ways.

The following ten studies were more specifically disciplinary ones : through the approaches of historians, demographers, economists, social linguists, social demographers and doctors, some reflections were put forward on the social dynamics at work in the face of AIDS. Two papers insisted on the historical dimension and emphasised the specific nature of handling sexually transmitted diseases, which can still be seen in present-day medical and social activities. The demographers underlined several established facts, but also the important gaps and the difficulties of making demographic enquiries. One study dealt with the discussions raised by the approach of economists to AIDS , which provoked contradictory reactions in the symposium. One study expressed interest in the development of a socio-linguistic approach for better targeted prevention. Two studies from demographers proposed syntheses of the many factors determining the transmission of AIDS in Africa, in particular socio-cultural factors which had been given importance in earlier studies on AIDS in Africa. Finally, two papers submitted by doctors, raised a collection of questions experienced and provoked by the preparation of studies on the transmission of AIDS from the mother to the child and by caring for AIDS patients.

2. Social constructions and implications of AIDS

Through this theme —and the eleven papers selected, six in French and five in English— this work records the diversity of social constructs of AIDS , and also the fundamental questions posed to societies and individuals in Africa that are faced with the reality of the epidemic and on what has been said about it. If the question of the role of the state in these structures appears only in the margins and was treated specifically in only two papers, the role of women was taken up in six papers, with discussions of the validity of the concept of vulnerability, on the supposed role of women in the spread of the epidemic and in its management and on the representations linking AIDS and women. Finally, three papers raised questions of speeches and the receiving and interpreting of messages concerning prevention, and emphasised the major importance of ‘thought’ about AIDS. As one paper, based on a study in Mali, forcefully underlined, the interpretations of AIDS and concrete reactions to the illness and to messages of prevention are determined by complex factors. In order to understand and to act over prevention, one has to take into account the articulation of these various interpretative taking of positions and practices, through which the social actors express their sexual relations and affections, and completely reject any simple culturalism which strives to set ‘scientific reasoning’ up in opposition to alleged ‘cultural obstacles’.

3. Social sciences, support and prevention of AIDS

Twelve studies are presented in this last part (5 in French and 7 in English) which cover social situations and raise questions about dealing with AIDS and with its prevention. They complement the papers described in the previous paragraph, and concern themselves with precise cases and with work undertaken in various African societies, in urban and in rural situations, and with different social groups —students, health workers, traditional healers, those working in business, migrants and prostitutes. They also deal with the problems caused by the elaboration of messages of prevention and by dealing with AIDS, taking account of differing family systems, of accepted social norms in sexual matters, of situations of extreme urgency and of cultural practices such as male circumcision.

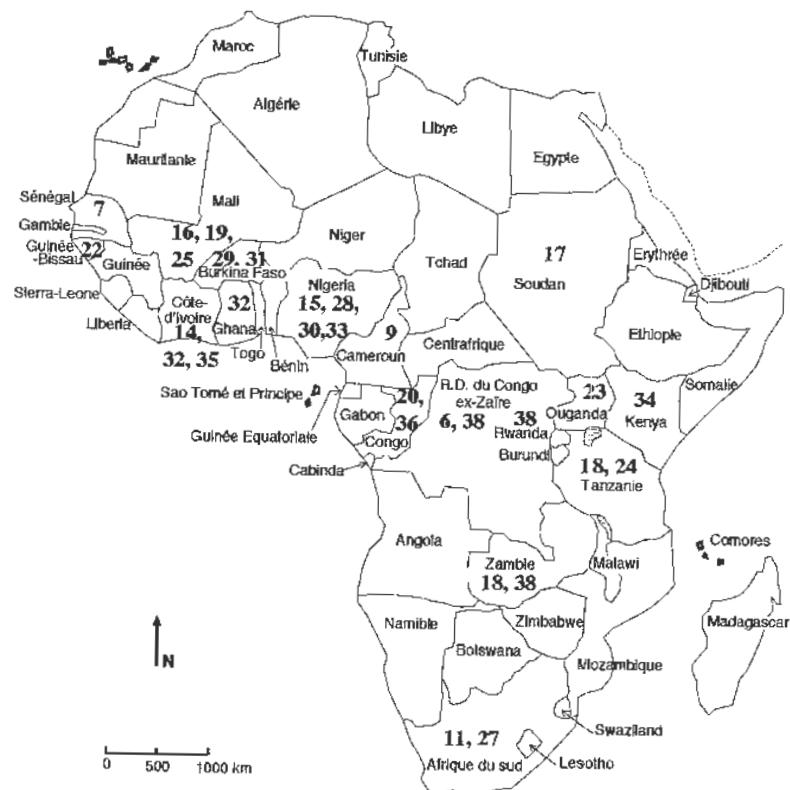
The present work is certainly far from tackling all the questions raised by the AIDS epidemic in sub-Saharan Africa. Nevertheless, it describes with vigour and in detail the enormous complexity of these questions and the impossibility of any simple response to the scale of the challenge by social sciences (or by any other sciences). It also shows a willingness to base —that is to say, to ensure an epistemological structure and practical bases for action— social replies to an epidemic which well outside the African continent that figures so heavily in speeches and official statistics, threatens all societies in this world and could give rise to divisions that would tear to pieces the universality, so often proclaimed, of the human race.

Bibliography

- Jean-Pierre DOZON et VIDAL Laurent (éds), 1993, *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM-GIDIS : 301 p. (Colloques et Séminaires).
- ANRS-ORSTOM, 1997, *Le sida en Afrique*. Recherches en sciences de l'homme et de la société, Paris, ANRS-ORSTOM, 172 p. (Collection “Sciences sociales et sida”).

Localisation des études

Studies Localization



1. AIDS and social scientists Critical reflections

Paul Farmer

Fifteen years into the AIDS pandemic, after at least a decade of social-science studies of AIDS, what conclusions might be drawn as we face a future in which AIDS will play an important, if changing, role? First, it is clear that any comprehensive understanding of this new pandemic will require novel alliances between the social and biological sciences. This argument may be made even more compellingly when we turn to the task of designing effective interventions to prevent or treat the complications of HIV transmission. AIDS in all its dimensions seems to demand broad, *biosocial* approaches, and yet work to date is fettered by disciplinary boundaries. Jean Benoit and Alice Desclaux put it well:

“The conditions limiting or promoting (HIV) transmission, illness representations, therapeutic itineraries, and health care practices— none of these subjects are captured by disciplinary approaches. They evade even the distinction between biology and social sciences, so tightly are biological realities tied to behaviors and representations, revealing links that have not yet been fully explored” (Benoist and Desclaux 1995: 363. *Translation mine*).

As if AIDS weren’t complicated enough, the pandemic is changing even as we speak. In those settings where antiviral therapy is available, for example, treatment has been hampered by the rapid emergence of drug resistance. The development of an AIDS vaccine, similarly, has been thwarted by rapidly mutating viral structures.

Indeed, AIDS writ large is a moving target. Social responses to AIDS have varied, we know, from setting to setting; such responses have also changed over time. Both cultural variance and temporal trends come as little surprise to social scientists who study AIDS. Take, for example, anthropologists who are witnesses to the advent of HIV to rural regions of the so-called Third World. In the mid-eighties, AIDS presented new challenges to medical anthropology. Some of the challenges were the fundamentally ethical dilemmas, those inherent both in the study of a terrible new affliction for which there is only limited therapeutic recourse and in the deeply vexed question of how anthropologists might best contribute to efforts to prevent AIDS.

Other challenges were more theoretical and not substantially different from the challenges faced by other ethnographers who sought to study, comprehend, and describe new phenomena. The need for a processual approach to the study of illness representations was dramatically illustrated, certainly, when one was witness to the advent of a disorder previously unknown to one’s host community. Some of the steps in this

process of growing awareness were easily intuited, but others were revealed by ethnographic research. In rural Haiti, for example, there existed no collective representation of the disorder before the arrival of the new malady; then came a period of exposure, if not to the illness, then to rumor of it. With time and experience, low interinformant agreement gave way to a cultural model shared by the majority of a community.¹ What determined whether or not consensus was reached? In studies of illness representations, medical anthropologists had usually asked, "To what degree is the model shared"? But when studying a truly novel disorder, a new set of questions pertained. How did cultural consensus emerge? How did illness representations, and the realities they organize and constitute, come into being? How were new representations related to existing structures? How did the suffering of particular human beings contribute to collective understandings, and how much of individual experience was not captured by cultural meaning?²

And now, new changes —again, biosocial in nature— loom large. The protease inhibitors and other novel drugs raise the possibility of transforming AIDS into a chronic condition to be managed over decades. The advent of effective and specific combination therapy could and should have an enormous impact on what it means to have AIDS at the close of the 20th century. But it is easy to discern two emerging syndromes: an AIDS of the North and an AIDS of the South. On the one hand, we have people with longstanding HIV disease, a decade out from their first opportunistic infection but now receiving highly-active antiretroviral therapy as well as prophylaxis to forestall other opportunistic infections. On the other hand are those with AIDS of the South: young people, many of them women, with early HIV disease who die of untreated tuberculosis or 'slim disease'.³ Many would argue that this distinction has always been present but now promises to become further entrenched.

From the beginning, in other words, we have had northern and southern variants of this disease, with many cases of southern AIDS described in, say, New York City. For most people living with HIV, it is not viral sub-types that determine, at this writing, outcome. It is, rather, whether you are rich or poor. The effects of unequal access to resources,

¹ For more on this process, see Farmer, 1992 and 1996.

² Anthropological studies of emerging cultural concepts have been informed by the critique of an 'empiricist theory of language', which has been offered by interpretive paradigms (eg Good and Good 1982), and also by work in cognitive anthropology, which has begun shifting its attention from the formal properties of illness models to their relation to natural discourse and thus to context and performance characteristics of illness representations (see, for example, Price 1987). A focus on *lived experience* is crucial to this view, even in a study of the emergence of a collective representation (For a forceful statement of such a position, see Kleinman and Kleinman, 1989). Headway will now be made by merging these groups of concerns with an accountability to history and political economy.

³ A widening outcome gap may be anticipated if highly active antiretroviral therapy is not made available to those who need it most. This 'embodiment' of inequality is more fully explored in Farmer, 1998.

whether preventive or therapeutic, have lent a grim homogeneity to the course of AIDS among the poor. In reading a score of papers from across Africa, for the Sali Portudal Conference, and in reflecting on a decade of work on AIDS in Haiti and in U.S. cities, I am ‘underwhelmed’ by the differences. This does not sound, perhaps, much like an anthropologist. Why talk of latitude (North/South) and class (rich/poor) before speaking of culture? Perhaps because, for many of us, that AIDS is a culturally constructed phenomenon is not open to doubt. AIDS, like sexuality, is inevitably embedded in local social contexts; representations and responses must necessarily vary along cultural lines. The contribution of cultural factors to the lived experience of AIDS is and will remain enormous.

What such factors have to do with the progress of the pandemic —with rates of HIV transmission and with the course of HIV disease among those infected— is more difficult to discern. At the same time, most of the forces driving the pandemic forward are largely biosocial, rather than merely biological. Political-economic crises of one sort or another are readily linked to the most explosive AIDS epidemics, in Africa as in Haiti.¹ In settings where intravenous drug use is an important mode of transmission, HIV also moves along social ‘fault lines’, disproportionately afflicting the poor and the marginalized. In fact, it would be easy to argue that poverty and social inequalities are the leading co-factors in the transmission of HIV. Some of us suspect that a truly explosive local AIDS epidemic requires as a co-factor steep grades of inequality.²

For these reasons, it is important to pause and take stock as we contemplate an uncertain future. Where is the pandemic going, and how might the social sciences contribute to efforts to prevent AIDS or to alleviate AIDS-related suffering? The Sali Portudal gathering surely represented the most significant roll-call to date of social scientists concerned with AIDS in Africa. Scholars from across the continent were there joined by scores of French colleagues; many other countries were represented as well. We must now ask ourselves, What are the major analytic questions facing social scientists and others who seek to understand the multiple dynamics of AIDS? Can the major factors promoting or retarding HIV transmission be identified and differentially weighted? Can the sexual choices made by individual actors be linked to the various shifting conditions that restrict choice, especially among the poor and otherwise marginalized? Can we come to understand the contribution of the culturally specific —local sexual mores, of course, but also kinship structures and evolving representations of disease— without losing sight of the large-scale forces shaping the AIDS pandemic? Can we investigate the precise mechanisms by which such forces as racism,

¹ The interrelation between large-scale social forces and HIV transmission has been the focus of my own work in Haiti. For similar analyses of AIDS dynamics in sub-saharan Africa, see the work of Christine Obbo, Maxine Ankrah, and Brooke Schoepf-Grundfest.

² The contribution of social inequalities to the spread of HIV and other ‘emerging infectious diseases’ is explored in Farmer, 1996a.

gender inequality, poverty, war, migration, colonial heritage, and even structural adjustment programs become embodied as increased risk?

To each of these questions I would reply, Why not? Anthropology, the most radically contextualizing of the social sciences, is well suited to meeting these analytic challenges, but we will not succeed by merely 'filling in the cultural blanks' left over by epidemiologists, physicians, scientists, and policy makers.

It is also necessary to identify a number of interpretive trends that hobble our understanding of the multiple dynamics of the AIDS pandemic.

— First, there is widespread adherence, among social scientists who study AIDS, to behaviorist, cognitivist, or culturalist *reductionisms*. All of these reductionisms have their own internal logic; each is profoundly desocializing. Biomedical reductionism has led many physicians to regard such social considerations as merely epiphenomenal, but other parochialisms lead psychologists to reify individual psychology, anthropologists to reify culture, economists to reify economics, et cetera. A look back at the burgeoning literature on AIDS reveals other recurrent themes, including a failure to embed data, often phenomenologically sound, into the social context that gives it meaning. A systemic analysis, one both geographically broad and historically deep, is requisite to any sophisticated and dynamic understanding of the AIDS pandemic or its component subepidemics. Current frames of analysis focus overmuch or exclusively on local factors and local actors, running, as noted, the risk of exaggerating the agency of the poor or otherwise marginalized.

It is important to avoid confusing our own desire for personal efficacy with sound analytic purchase on an ever-growing pandemic: HIV cares little for our theoretical stances or our training. Disciplinary blind spots lead in turn to interpretive mayhem. Take, for example, anthropological studies of AIDS. When a population hard-hit by HIV is both poor and culturally remote, the division of labor often leads us anthropologists to explain mortality and morbidity rates as the outcome of unusual sexual or religious customs, leaving poverty and inequality out of the discussion altogether. This error, born, surely, of our disciplinary focus, may be termed 'the conflation of structural violence and cultural difference', and its influence may be felt far beyond the confines of anthropology.¹

— Second, it's a bad habit to reduce HIV infection to an individual choice and its consequences, and yet the *exaggeration of individual agency* mars much writing on AIDS. Is it possible to explain the strikingly patterned distribution of HIV by referring exclusively to attitude, cognition, or affect? Fine-grained psychological portraits and rich ethnography are never more than part of the story. I, for one, would not hazard to comment on the psychological makeup of Africans with AIDS, and suspect that any quest for psychological 'predispositions' is fundamentally misguided. On the makeup of their changing social

¹ The 'conflation of structural violence and cultural difference' in anthropological writings on AIDS is examined in Farmer, 1997; its general contribution to confusion regarding the genesis of suffering is explored in Farmer, 1996b.

conditions, however, much can be said. On the nature of inequality and on the structure of poverty —increasingly, a global process— much can be said. On the mechanisms by which these forces come to alter sexuality and sexual practices, and on Africans' lack of access to both AIDS prevention and treatment, much can be said too. It is thus unfortunate that these topics have been neglected in the biomedical, epidemiological, and social-science literature on AIDS to the benefit of a narrowly behavioral and individualistic conception of risk.¹

— Third, the *myths and mystifications* that surround AIDS —and slow AIDS research and compromised AIDS services— often serve powerful interests. If, in parts of Africa, structural adjustment programs and wars are somehow related to HIV transmission, who benefits when attention is focused largely or solely on 'unruly sexuality' or 'promiscuity'? If similar forces are related to AIDS in Haiti, why all the talk about *voodoo*? In the United States, in a more honest analytic framework, racism, gender inequality, and lack of opportunity will come as clearly into view as the psychological attributes of those addicted to drugs. In more candid discussion, tax holidays, guaranteed low wages and offshore assembly plants will be the subject of as much discussion as Aid to Families with Dependent Children. In Africa and Haiti, open and honest discussion will push us to explore the effects of structural adjustment programs on HIV risk even if we are more interested in the more traditional topics of medicine and anthropology.²

There are corollary points, as well. Some of the variation in accounts of the AIDS pandemic and of its various local subepidemics is useful and complementary. But some of it is misleading, if not outright false. There is not an unlimited number of means by which HIV is transmitted, nor is there an unlimited number of local epidemics, even though each person with HIV comes with personal and cultural 'baggage'.

In conclusion, it is important to recall that HIV cares little for our theoretical stances or our disciplinary training. Everywhere it goes, the virus makes its way from host to host with a surprisingly modest repertoire. Everywhere it goes, it attacks CD4 cells, leading, again, to a fairly restricted number of opportunistic infections. The true —and vast— variation of HIV lies not in its modes of spread or in the mechanisms by which the virus saps the host. It lies, rather, in its clinical course, which varies according to the patient's social conditions, and in the ways in which we respond, socially, to a deadly pathogen. This infinite richness will generate plenty of work of interested social scientists, from psychologists and anthropologists to economists and historians.

¹ The effects of these 'blind spots' on scholarship have been explored more thoroughly in Farmer *et al.*, 1996, Part II. See also McMichael, 1995, and Krieger *et al.*, 1993, who explore the effects of these disciplinary limitations on epidemiology. In France, Didier Fassin (e.g., 1996a; 1996b) has offered important work on these topics, which are more native to the sociology of knowledge, perhaps, than to anthropology.

² See Lurie, Hintzen, and Lowe, 1995; Millen and Lederer, 1998.

Bibliography

- BENOIST J. and DESCLAUX A. (eds). 1995. *Sida et anthropologie. Bilan et perspectives*, Paris: Karthala.
- FARMER P. E. 1992 and 1996. *AIDS and accusation: Haiti and the geography of blame*. Berkeley: University of California Press. Translated into French as *Sida en Haïti. La victime accusée*, Paris: Karthala, 1996.
- 1996a. "Social inequalities and emerging infectious diseases", *Emerging Infectious Diseases*, 2: 259-269.
- 1996b. "On suffering and structural violence: a view from below", *Dædalus*, 125 (1): 261-283.
- 1997. "AIDS and anthropologists: ten years later", *Medical Anthropology Quarterly*, 11 (4): 516-525.
- 1998. "Inequalities and antivirals", *The Pharos*, 61 (2): 34-38.
- FARMER P. E., M. CONNORS and SIMMONS J. (eds). 1996. *Women, poverty and AIDS: sex, drugs and structural violence*, Monroe: Common Courage Press.
- FASSIN D. 1996a. "Exclusion, underclass, marginalidad. Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux Etats-Unis et en Amérique Latine", *Revue française de sociologie*, 37: 37-75.
- 1996b. *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*, Paris: Presses Universitaires de France.
- GOOD B. and GOOD M.J.D. 1982. "Toward a meaning-centered analysis of popular illness categories: 'Fright Illness' and 'Heart Distress' in Iran", in A.J. MARSELLA and G.M. WHITE (eds), *Cultural conceptions of mental health and therapy*, Boston: Reidel: 141-166.
- KLEINMAN A. and KLEINMAN J. 1989. "Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of experience", Paper presented at the First Conference of the Society for Psychological Anthropology, San Diego, CA, October 6-8, 1989.
- KRIEGER N., ROWLEY D., HERMAN A., AVERY B. and PHILLIPS M.. 1993. "Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being", *American Journal of Preventive Medicine* (Suppl.), 9: 82-122.
- LURIE P., HINTZEN P. and LOWE R.A. 1995. "Socio-economic obstacles to HIV prevention and treatment in developing countries: the roles of the International Monetary Fund and the World Bank", *AIDS*, 9: 539-546.
- MCMICHAEL A. 1995. "The health of persons, populations, and planets: epidemiology comes full circle", *Epidemiology*, 6: 633-636.
- MILLEN J.V. and LEDERER B. 1998. "Banking on disaster", *POZ*, July ; 98-101, 119.
- PRICE L. 1987. "Ecuadorian illness stories: cultural knowledge in natural discourse", in D. HOLLAND and N. QUINN (eds), *Cultural models in language and thought*, Cambridge: Cambridge University Press: 313-342.

Paul FARMER, *AIDS and social scientists. Critical reflections*

Summary — A comprehensive understanding of AIDS in its multiple dynamics requires a broad biosocial view. Social-science methodologies have much to contribute to such a view. A careful review of previous contributions and a decade of AIDS research in Haiti hints, however, at the existence of a number of interpretive pitfalls common when HIV transmission is clearly promoted by “structural violence” — poverty and other social inequalities. Many social scientists, like their clinical and epidemiological colleagues, have been slow to examine this noxious synergy, in part because of a conflation of structural violence and cultural difference, a tendency to exaggerate the agency of the poor, and a willful disciplinarity. These traps lessen our chances for a sound analytic grasp on the AIDS pandemic — a prerequisite, surely, to effective interventions to ameliorate AIDS-related suffering.

Keywords: AIDS • social inequalities • sociology of knowledge.

Paul FARMER, *Sida et sciences sociales. Réflexions critiques*

Resumé — Une compréhension globale du sida dans ses multiples dynamiques requiert une perception biosociale large. Les méthodologies des sciences sociales ont beaucoup à contribuer pour une telle perception. Un examen soigneux des contributions précédentes et d'une décennie de recherches en Haïti laissent supposer, cependant, l'existence de certains pièges interprétatifs communs, alors que le VIH est clairement propagé par “la violence structurelle” — la pauvreté et d'autres inégalités sociales. Les chercheurs en sciences sociales, comme en sciences médicales et épidémiologiques, ont été lents à examiner cette synergie délétère, en partie à cause de la combinaison d'une violence structurelle et d'une différence culturelle, d'une tendance à exagérer la situation du pauvre, et d'une disciplinarité délibérée. Ces pièges diminuent nos chances d'avoir une prise analytique approfondie sur la pandémie du sida, qui est assurément une condition préalable pour des interventions efficaces afin d'améliorer la vie de ceux qui souffrent du sida.

Mots-clés : sida • inégalités sociales • sociologie de la connaissance.

2. L'anthropologie entre engagement et distanciation

Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique

Didier Fassin

La question de la juste distance par rapport à l'objet a toujours été cruciale pour les sciences sociales. Elle se pose à elles de deux manières, qui sont du reste étroitement liées. Elle est d'abord épistématique : quelle connaissance objective peut-on produire sur un monde d'objets dont on fait soi-même partie ? Elle est ensuite politique : quelle position axiologique peut-on défendre dans l'étude de phénomènes mettant en jeu des valeurs sur lesquelles on porte soi-même des jugements ? Je voudrais montrer que le sida a, pour les anthropologues plus encore peut-être que pour les sociologues, réactualisé ces interrogations originelles, en amenant chacun à se situer plus ou moins explicitement autour de ce double enjeu et en suscitant un débat dans des termes relativement nouveaux sur un problème qui est né avec ces disciplines.

L'engagement et la distanciation¹

Pour Norbert Elias, le rapport au monde est constitué dans la confrontation de deux opérations intellectuelles à la fois indissociables et contradictoires : l'engagement et la distanciation. « La possibilité de toute vie de groupe ordonnée repose sur l'interaction, dans la pensée ou l'activité humaines, d'impulsions dont les unes tendent vers l'engagement et les autres vers la distanciation. Ces impulsions peuvent entrer en conflit les unes avec les autres, lutter pour la prééminence ou passer des compromis et se combiner selon les proportions et les formes les plus diverses. En dépit de toute cette diversité, c'est la relation entre ces deux pôles qui détermine le cours des actions humaines » (Elias 1993)².

¹ Cette partie et toutes les citations qu'elle contient se réfèrent à Elias 1993 : 10-29.

² Pour mieux saisir cette différence entre les deux pôles, tout en percevant le fait qu'ils ne s'excluent jamais complètement l'un l'autre, Elias (1993 : 64) fait la remarque suivante : « Quand Paul parle de Pierre, il dit toujours également quelque chose de lui-même. La proposition de Paul est engagée lorsque, en elle, ses caractéristiques propres éclipsent celles de Pierre ou, plus généralement, lorsque, dans la proposition, les

La science n'est en réalité qu'un cas particulier de cette figure universelle du rapport intellectuel au monde. Il faut toutefois, dans cette perspective, distinguer les sciences naturelles et les sciences sociales. En effet, si la nature a fait l'objet d'un travail scientifique de mise à distance permettant aux hommes de moins la craindre en la comprenant mieux et même en la domestiquant, ce qui ne signifie nullement la suppression de tout jugement de valeur à son égard, en revanche la société demeure essentiellement appréhendée par le discours scientifique à travers un engagement des chercheurs, leur permettant mal de faire la part des choses entre leur position de sujet et leur position d'objet.

Cette difficulté, particulière aux sciences sociales, ne devrait pourtant pas être une entrave indépassable à l'élaboration de la connaissance. « Il n'y a aucune raison d'admettre que les faits sociaux, que les relations entre des personnes ne soient pas, en fin de compte, aussi accessibles à l'entendement que les relations entre des faits non humains ». L'assertion, qui suppose une homologie stricte, au plan épistémologique, entre sciences de la nature et sciences de la société, est certes discutable¹. L'est moins cependant le constat sur l'aporie fondamentale de tout travail scientifique ayant pour objet le monde social : « Le dilemme devant lequel se trouvent placés les spécialistes en sciences humaines ne peut donc pas être résolu par le simple fait qu'ils renonceraient à leur fonction de membre d'un groupe au profit de leur fonction de chercheur. Ils ne peuvent cesser de prendre part aux affaires sociales et politiques de leur groupe et de leur époque, ils ne peuvent éviter d'être concernés par elles. Leur propre participation, leur engagement conditionne par ailleurs leur intelligence des problèmes qu'ils ont à résoudre en leur qualité de scientifiques ». Ainsi, cette aporie constitutive des sciences sociales ne fonctionne-t-elle pas simplement comme un obstacle épistémologique, mais également comme une condition de la connaissance.

L'intérêt premier de l'analyse de Norbert Elias, si l'on en oublie les accents prophétiquement positivistes, est de réunir par le choix des mots et la signification qui leur est donnée, deux dimensions que le sens commun, y compris celui des sociologues et des anthropologues, tendent à séparer. Quand on parle d'un chercheur « engagé », c'est plus volontiers par rapport à la scène sociale, autrement dit l'engagement est conçu comme de nature principalement politique.

particularités structurales de celui qui perçoit dominent celles du perçu. Lorsque la proposition de Paul commence à nous en dire plus sur Pierre que sur lui-même, l'équilibre commence à se modifier en faveur de la distanciation ». Comme on va le voir, on peut relire toute la production anthropologique sur le sida en Afrique — le constat ne s'y limite évidemment pas — à la lumière de cette distinction.

¹ Dans les « propositions récapitulatives » qu'il livre en conclusion de sa critique du positivisme poppérien, Jean-Claude Passeron (1991 : 363-364) se porte en faux contre ce type d'analyse, même s'il ne cite pas ce texte de Norbert Elias : « Il n'existe pas et il ne peut exister de langage protocolaire unique de la description empirique du monde historique ». Ajoutant : « La sociologie n'a pas et ne peut prendre la forme d'un savoir cumulatif, c'est-à-dire d'un savoir dont un paradigme théorique organiserait les connaissances cumulées ».

Lorsqu'on évoque la "distance", c'est avant tout par rapport à l'objet étudié, autrement dit la distanciation relève plutôt d'un travail épistémologique. Dans la perspective éliasienne, engagement et distanciation se situent simultanément sur les plans épistémologique *et* politique. C'est parce que les hommes appartiennent au monde sur lequel ils tentent de produire un discours scientifique, qu'ils ne parviennent ni à objectiver complètement les relations sociales, ni à éviter tout jugement de valeur sur les faits sociaux. L'engagement n'est donc pas seulement une inclination politique, de même que la distanciation n'est pas uniquement une opération épistémologique. Le caractère intrinsèquement lié des deux dimensions permet d'aller au-delà de l'indécision de la pensée durkheimienne entre travail sociologique et action sociale. Chez Durkheim (1970) en effet, la volonté inaltérable d'élaborer une discipline scientifique traitant "les faits sociaux comme des choses" ne parvient jamais à faire oublier son souci initial, en défendant une "science sociale", de contribuer à répondre à la "question sociale"¹. S'il dénonce les "prénotions" comme des obstacles à la connaissance, il n'est pas totalement lucide sur les préjugés qui sous-tendent ses propres analyses sur la société de son époque. S'il s'efforce d'établir des "règles de la méthode sociologique" pour constituer le socle épistémologique de cette science qu'il prétend édifier, il n'évite pas les argumentaires moralisateurs lorsqu'il s'agit d'expliquer l'anomie, de critiquer le socialisme ou de fustiger l'insatiable exigence des hommes en matière de réforme. La thèse éliasienne de l'indissociabilité des dimensions épistémologique et politique de la relation des sciences sociales à leur objet permet de dépasser l'illusion positiviste que contredit, dans les faits, le discours normatif. Le chercheur est engagé par rapport au monde qu'il étudie à la fois comme sujet connaissant et comme sujet citoyen. L'effort de distanciation sur lequel il construit son discours scientifique l'implique de même dans cette double définition de sa position.

Mais on peut porter au crédit de Norbert Elias une seconde contribution fondamentale à la compréhension de cette question. En situant engagement et distanciation comme deux pôles inséparables et conflictuels de l'activité humaine, il invite à les penser ensemble. Ainsi,

¹ Chacun connaît cette formule qui résume sa vision d'une science "utile" dans l'introduction de *La division du travail social* : « Nous estimerions que nos recherches ne méritent pas une heure de peine si elles ne devaient avoir qu'un intérêt proprement spéculatif ». Raymond Aron a particulièrement analysé l'ambiguïté de cette position durkheimienne, prise entre le positivisme et l'utilitarisme : « Durkheim a voulu toute sa vie rester un penseur positiviste et scientiste, un sociologue capable d'étudier les faits sociaux comme des choses, de les considérer de l'extérieur et d'en rendre compte à la manière dont les spécialistes des sciences de la nature rendent compte des phénomènes. Mais il y a dans la pensée durkheimienne, en même temps que ce positivisme constant et persistant, l'idée que la société est à la fois le foyer de l'idéal et l'objet réel de la foi morale et religieuse. Il résulte de cette double interprétation de la société des équivoques et des difficultés » (Aron (1967 : 389). Dans une certaine mesure, la sociologie de Durkheim demeure ainsi, malgré qu'il en ait, une philosophie politique.

non seulement le rapport du chercheur au monde est à la fois épisté-mologique et politique, mais il est nécessairement fait d'engagement *et* de distanciation. L'homme ne se désengage jamais complètement du monde, quel que soit le degré de désenchantement qu'il produise à son égard. Et cela, on l'a vu, même dans les sciences de la nature. Cette lecture renouvelle la traditionnelle opposition de la théorie weberienne entre le savant et le politique. Pour Weber (1959 : 79-90), on le sait, les deux activités non seulement doivent, mais également peuvent, être distinguées¹. Certes, nul ne saurait empêcher le savant d'avoir des "convictions personnelles", pourvu toutefois qu'il ne les mène pas à ses recherches et qu'il ne les enseigne pas du haut de sa chaire. A l'inverse, le politique a tout intérêt à éclairer sa décision à l'aide des connaissances disponibles dans le domaine sur lequel il doit intervenir, mais en dernier ressort, son action sera déterminée par des "jugements de valeur". Cette séparation relève en réalité plus d'une définition normative de ce que devrait être une science que d'une description objective de ce qu'elle est. Dans la pratique de la recherche, et Weber lui-même n'en est pas dupe, l'idéal de la "neutralité axiologique" n'est pas atteignable. Dès lors, la théorie éliasienne permet de penser la tension entre l'engagement et la distanciation, en la représentant sous la forme d'un gradient plutôt que comme deux entités séparées.

Si la conceptualisation que propose Norbert Elias permet donc de mieux rendre compte de la réalité que ne le faisaient notamment les approches durkheimienne et weberienne, elle exprime en revanche mal — et dans une certaine mesure, plus mal que ne le faisaient ces dernières — la diversité des formes d'engagement et de distanciation, correspondant à la multiplicité des paradigmes des sciences sociales. Pour lui en effet, une recherche ou un chercheur se trouve plus ou moins proche du pôle "engagé" dans le monde social, plus ou moins éloigné du pôle "distancié" du monde social, sur une sorte de continuum linéaire allant de l'un à l'autre. Le mode particulier d'engagement ou de distanciation que représente le recours à des concepts et à des modèles différents n'est pas pris en considération. Or, c'est là que se joue la singularité du rapport scientifique à l'objet, dans les sciences sociales plus encore que dans les autres sciences, en raison

¹ La formulation de cette distinction entre le savant et le politique, le "rapport aux valeurs" et le "jugement de valeurs" est particulièrement claire dans les *Essais sur la théorie de la science* : « Nous ne pensons pas que le rôle d'une science de l'expérience puisse jamais consister en une découverte de normes et d'idéaux à caractère impératif d'où l'on pourrait déduire des recettes pour la pratique... Une science empirique ne saurait enseigner à qui que ce soit ce qu'il *doit* faire, mais seulement ce qu'il *peut* et — le cas échéant — ce qu'il *veut* faire » (Weber 1965 : 123-126). La chose n'est pas simple cependant, comme le remarque Pierre Bourdieu qui développe sur ce point une position weberienne tout en montrant les difficultés de sa mise en œuvre dans le monde social concret : « La science sociale est confrontée à une demande très puissante de réponses à des questions qui concernent tout le monde et qui sont parfois des "questions de vie ou de mort", comme dit Max Weber à propos de la prophétie ; et elle ne dispose pas toujours de toutes les conditions de l'autonomie ni de toutes les armes indispensables pour la défendre et pour résister aux pressions de cette demande » (Bourdieu 1992 : 160-161).

de l'existence de nombreux paradigmes concurrents et concomitants¹. Et c'est là, par conséquent, que se réalisent concrètement et historiquement — et non comme une abstraction intemporelle — l'engagement et la distanciation du chercheur.

Pour l'illustrer dans le domaine de recherche ici concerné, il ne suffit pas de dire que des travaux d'anthropologie appliquée visant à révéler les connaissances, les attitudes et les pratiques sexuelles des Africains pour mieux permettre aux programmes de prévention de se développer, d'une part, et des analyses d'anthropologie critique dénonçant la reproduction de relations de domination de type néocolonial à travers les discours et les politiques internationales de lutte contre le sida en Afrique, d'autre part, relèvent tous deux d'un certain degré d'engagement — au sens éliasien — du chercheur par rapport à son objet. On voit bien que les deux types de position qui sous-tendent ces deux exemples de recherche sont ici fondamentalement différents et, surtout, qu'ils définissent des distances à l'action qui ne sont pas mesurables à la même aune. D'un côté, la recherche est à son service. De l'autre, elle en refuse les prémisses. Le langage ordinaire s'y retrouve d'ailleurs mal. Dans le premier cas, le chercheur semble peu "distancié", adoptant les présupposés de la santé publique, pas plus du reste qu'il n'apparaît comme "engagé" dans l'acception habituelle du mot. Dans le second, c'est paradoxalement au moment où il prend ses "distances", en mettant en cause les présupposés de l'action, que, dans le sens commun, on le représentera comme "engagé". Cette ambivalence lexicale ne doit pas surprendre. Les représentations de l'engagement et de la distanciation ne sont pas homogènes. Les mots n'ont donc pas nécessairement le même sens selon le contexte dans lequel ils sont employés. C'est le mérite de Norbert Elias de leur permettre de signifier plus précisément le rapport des hommes au monde et, dans le cas particulier de la science, le rapport des chercheurs à leur objet. Mais les variations sémantiques du langage ordinaire suggèrent également la nécessité d'un enrichissement de la théorie éliasienne afin de mieux rendre compte des figures concrètes et spécifiques de l'engagement et de la distanciation.

Dès lors que, dépassant le niveau de généralité qui est le sien, on veut la rendre pertinente pour décrire des pratiques particulières de recherche, il faut en effet considérer la relation entre engagement et distanciation non plus sur une ligne allant de l'un à l'autre, mais dans un espace à plusieurs dimensions. Pour le présent propos, on se limitera à l'identification et à l'exploration de deux axes : l'un, qui se réfère au registre de l'action et va de la recherche appliquée (engagement) à

¹ Sur ce point, qui fait écho aux propositions déjà évoquées de Jean-Claude Passeron, on pourrait prendre l'exemple des travaux sur la délinquance (Ogien 1995). « Fonctionnalisme, culturalisme et théorie de la désignation sont les trois cadres d'analyse les plus courants auxquels la sociologie se réfère lorsqu'elle traite du problème de la délinquance ». Qui pourrait affirmer laquelle des trois répond, dans l'absolu et de façon univoque, le mieux au critère de "distanciation" ? Quant aux "théories causales de la déviance", comment pourrait-on décider si l'interprétation par les sollicitations du milieu témoigne d'un moindre "engagement" que l'explication par les effets de la structure sociale ?

la recherche fondamentale (distanciation) ; l'autre, qui s'inscrit dans le registre de l'analyse et s'étend de l'adhésion (engagement) à la critique (distanciation). Dans le cas des travaux menés sur le sida en Afrique — mais bien entendu, il en serait de même pour tout autre domaine des sciences sociales —, la relation des anthropologues à leur objet peut alors se représenter comme une position spatiale définie par une coordonnée sur chacun de ces deux axes. Plutôt toutefois qu'un souci de systématisation qui enfermerait la réflexion dans une typologie, c'est la préoccupation de mieux cerner les différentes formes d'engagement et de distanciation à l'œuvre dans la pratique scientifique qui justifie cette approche topographique. L'ambition est notamment de proposer une autre grille de lecture que celle de “l'application” qui a souvent servi à clôturer le débat en ne posant, à travers la défense ou la critique de l'anthropologie appliquée, que la question des conditions de possibilité d'un transfert de connaissances dans le registre de l'action¹. Parler d'engagement et de distanciation, et traiter cette opposition de façon dynamique et pluridimensionnelle, c'est ainsi s'efforcer de penser plus globalement la relation de l'anthropologue à ses objets, à ses terrains, à ses écrits.

En m'appuyant sur le cas à la fois limité et révélateur des travaux sur le sida en Afrique, je voudrais donc montrer la manière dont la recherche dans ce domaine s'est structurée autour de ces enjeux. Exercice périlleux cependant, à travers lequel je ne prétends évidemment pas détenir le fin mot de l'histoire, mais que je conçois comme un premier repérage d'une question insuffisamment réfléchie, alors même qu'elle concerne le travail quotidien des chercheurs et la légitimité de leur intervention dans le monde social.

La distance abolie

Lorsqu'une nouvelle maladie d'allure épidémique et d'apparence infectieuse apparaît au début des années quatre-vingt, l'existence de cas africains est rapidement reconnue, d'abord sur la base de cas identifiés en Europe chez des immigrés d'Afrique centrale, notamment en Belgique (Clumeck *et al.* 1983) et en France (Brunet *et al.* 1983), puis par des recherches épidémiologiques et cliniques menées sur le continent africain, au Rwanda (Van de Perre *et al.* 1984) et au Zaïre (Piot *et al.* 1984). Cette découverte, ainsi que l'ampleur de l'extension

¹ C'est l'intérêt de l'ouvrage collectif réalisé sur “les applications de l'anthropologie” de le rouvrir en s'efforçant de le dégager des *a priori* qui le sous-tendent. Dans son introduction, le coordinateur, Jean-François Baré (1995 : 12), montre pourtant les difficultés de l'exercice : « La locution même d'anthropologie appliquée, la seule usuelle en français, semblait comporter de fortes ambiguïtés, en entraînant de forts débats ». A maintes reprises, dans ce texte, il éprouve le besoin de se dédouaner par avance des critiques qui lui seraient faites dans sa communauté scientifique : « Un accord s'est dessiné sur la nécessité d'une retenue du jugement et d'une perspective aussi documentaire et neutre que possible. La vocation de cette entreprise, est-il besoin de l'ajouter, n'a jamais été de conférer de bons ou de mauvais points ». Précautions liminaires qui en disent long sur la difficulté d'organiser un débat sur ce thème.

de l'infection là où des études sérologiques ont été réalisées, remet en cause les notions existantes sur la maladie, et plus particulièrement sur sa transmission et sur son origine. Alors que l'épidémie nord-américaine et européenne concerne des catégories désignées comme "groupes à risque" — on se rappelle les fameux "quatre H": homosexuels, héroïnomanes, hémophiles et Haïtiens — et que l'on a très rapidement pu identifier clairement des "facteurs de risque", voici qu'elle touche en Afrique de larges segments de la population et, surtout, les femmes autant que les hommes. La notion de "groupe à risque" devient dès lors difficile à utiliser¹. De même que celle, moins stigmatisante, de "facteurs de risque"². Le mystère se double de la question de savoir depuis quand le sida existe en Afrique. S'agit-il d'une maladie nouvelle ou a-t-on affaire à une infection évoluant déjà sur un mode épidémique, mais passée jusqu'alors inaperçue ? Des observations cliniques recueillies dans des hôpitaux africains et des tests sérologiques pratiqués sur des prélèvements réalisés au cours de la décennie précédente tentent de reconstruire la génèse de l'épidémie. Les articles scientifiques se multiplient, remontant le temps chaque fois un peu plus à la recherche d'un hypothétique premier cas³.

¹ A moins qu'on ne considère sous cette désignation les Africains dans leur ensemble, ce que les sociétés européennes, de l'Ouest comme de l'Est, ne tardent pas d'ailleurs à faire dans la pratique, en considérant tout ressortissant africain comme potentiellement infecté, certains pays imposant même des tests de dépistage aux candidats à l'immigration et, plus généralement, développant des attitudes discriminatoires à l'égard des immigrés déjà installés (Hubert 1990 ; Waite 1988). En réalité, le mode de penser épidémiologique retrouvera rapidement ses repères habituels lorsque des "groupes à risque" pourront être identifiés, au premier rang desquels les prostituées, également désignées comme "réservoir de virus" (Van de Perre 1985 ; Kreiss *et al.* 1986). D'autres catégories bénéficieront de cette désignation, parmi lesquelles les chauffeurs routiers et les vendeuses ambulantes.

² Dans la première étude "africaine" publiée dans le *New England Journal of Medicine*, Nathan Clumeck (1984) et ses treize collaborateurs cosignataires de l'article s'étonnent : « Nos 23 patients africains avec le sida n'avaient pas d'histoire d'homosexualité ou d'usage de drogues ; aucun n'avait reçu de transfusions sanguines au cours des cinq dernières années ». Ils concluent prudemment : « On ne sait pas comment l'agent du sida se transmet dans la population africaine. La survenue du syndrome chez des hommes et des femmes jeunes ou d'âge moyen suggère que le contact hétérosexuel soit l'un des modes de transmission ». Un peu plus tard, au cours d'une interview parue le 28 novembre 1987, c'est avec beaucoup moins de discernement que le même Nathan Clumeck évoquera dans *Le Monde* — forum dans lequel l'auto-contrôle du chercheur s'exerce peut-être avec une moindre vigilance — "la sexualité débridée des Africains" qu'il compare sur ce plan à "une population d'obèses boulimiques".

³ Dans une synthèse récente sur le sujet, Kevin De Cock (1996), dont les thèses sur l'ancienneté de la présence du virus en Afrique avaient été, en leur temps, vigoureusement critiquées par ses collègues, écrit : « Bien qu'on ne sache pas quand le HIV infecta initialement les êtres humains, les tests réalisés dans les banques de sérum suggèrent que le HIV-1 pourrait avoir été présent en Afrique centrale dès 1959 et le HIV-2 en Afrique de l'ouest depuis les années 1960. Des descriptions ont été publiées d'une maladie clinique évocatrice de sida en Afrique centrale au milieu des années 1970 et peut-être même avant ; de même, chez des habitants de l'Afrique de l'ouest, des cas de sida sont reportés chez des personnes susceptibles d'avoir été infectées dans les années

Rapidement, et alors même que des critiques méthodologiques s'élèvent sur les premiers résultats de ces travaux, l'origine du sida est donnée comme africaine¹. On sait ce que cette hâtive conclusion entraînera comme réactions d'indignation en Afrique, tant de la part des gouvernements que dans la société civile.

Pendant que se construit cette image du "sida africain" — comme certains l'ont désigné dès 1983 —, les anthropologues commencent à s'y intéresser, directement sollicités par des épidémiologistes, des biologistes et des médecins ou indirectement attirés par des nouveaux terrains, des nouvelles thématiques et des possibilités de financement. Quelques-uns l'avaient d'ailleurs fait avant même que l'épidémie ne "s'africanise" : en 1984, une session de l'Assemblée annuelle de l'Association américaine d'anthropologie s'était tenue sur le thème "Sida : Perspectives bioculturelles" ; il s'agissait alors de l'épidémie "domestique" nord-américaine et les contributions avaient porté principalement sur les homosexuels et les toxicomanes des deux Côtes. Mais le développement de l'infection en Afrique et les questions qu'il suscite ouvre de nouveaux champs de recherche : en 1986, un Symposium sur "Anthropologie et sida" est organisé par deux chercheurs en "anthropologie médicale" déjà à l'origine de la réunion précédente ; il est cette fois question de San Francisco, de New York, de Floride, mais aussi, fait nouveau, de l'Afrique². A l'époque cependant, les anthropologues qui travaillent sur cette maladie sont peu nombreux — s'il faut en croire les organisateurs de cette rencontre qui parlent d'une douzaine d'anthropologues menant alors des recherches sur le sida aux Etats-Unis — et l'on serait tenté d'ajouter, relativement marginaux — les segments légitimes de la discipline se mobilisant peu pour étudier l'épidémie.

1960 ou 1970. Ces données diverses suggèrent que le HIV-1 et le HIV-2 ont été présents depuis un certain temps en Afrique centrale et occidentale, mais que l'épidémie n'a commencé à se développer qu'au milieu ou à la fin des années soixante-dix ». Il est question d'antériorité, mais plus d'origine.

¹ La circonspection est pourtant de règle dans les revues scientifiques, comme l'atteste la synthèse des connaissances sur le thème faite par Robert Biggar (1986) : « Il n'y a pas d'évidence concluante sur le fait que le virus ait eu son origine en Afrique, puisque l'épidémie semble avoir commencé à peu près à la même période en Amérique et en Europe. Cependant, il est plus plausible qu'un nouvel agent soit apparu en Afrique tropicale et de là se soit transmis à l'Europe et à l'Amérique, plutôt qu'il soit apparu ailleurs et se soit développé rapidement et largement jusqu'à impliquer la population générale en Afrique et non celle d'Amérique du sud et d'Asie ». Retenue dans l'interprétation des faits qui, là encore, n'empêchera pas des déclarations intempestives dans la presse de la part de certains chercheurs sur l'origine africaine du sida et sur la transmission possible du singe vert à l'homme.

² Ce Symposium a fait l'objet d'une publication dans la revue *Medical Anthropology Quarterly*. Dans son introduction, Michael Gorman (1986) assigne trois "rôles" aux anthropologues dans l'épidémie de sida : participer comme "médiateurs culturels" à l'élaboration d'études portant sur les aspects "cliniques, épidémiologiques et psychosociaux de la maladie" ; contribuer à la mise en œuvre d'actions dans les domaines de "l'éducation" et de la "prévention" ; intervenir sur des "enjeux de société", notamment sur la prise en compte les impératifs de "justice sociale" dans les programmes de santé publique.

L'enquête réalisée par Douglas Feldman (1986) au Rwanda, l'une des premières études anthropologiques réalisées en Afrique sur le sida en tant que tel, est révélatrice de la manière dont les sciences sociales interviennent alors en Afrique. Chercheur récemment diplômé, il a travaillé sur le sida des homosexuels à New York. Sollicité par les médecins enquêtant sur la nouvelle infection à Kigali, il y part avec le questionnement suivant : « Serait-il possible que le sida ait eu son origine dans le Rwanda rural ? Et si tel était le cas, quel rôle auraient pu jouer les guérisseurs traditionnels dans le contrôle de la maladie ? Les Hutu et les Tutsi ont une longue tradition d'utilisation de plantes médicinales efficaces pour traiter un grand nombre de maladies. Les guérisseurs traditionnels pourraient-ils avoir découvert, au terme de décennies d'essais et d'erreurs, un traitement du sida ? » Le travail dure un mois. Il consiste en une série d'entretiens avec douze malades, sept guérisseurs, un prostitué bisexuel et trente-trois personnes prises au hasard, à quoi s'ajoute la visite de trente familles à la recherche de cas suspects. En voici les conclusions : « Les entretiens avec les patients confortent le constat de Clumeck selon lequel le sida est transmis hétérosexuellement, principalement à travers les prostituées. Six des dix hommes infectés ont en effet admis avoir eu des relations sexuelles avec des prostituées ». Le doute sur cette assertion ne semble pas s'insinuer malgré l'observation que « la plupart des malades avait reçu des injections ou des vaccinations dans les cinq ans précédent le début de leur sida ». L'auteur poursuit : « Aucune des 158 personnes interviewées à domicile n'ont rapporté de symptômes de sida. Deux seulement se plaignaient de signes évocateurs d'une forme débutante : l'un présentait des ganglions et l'autre une fatigue inexpliquée ». Malgré le nombre réduit de cas et la faiblesse de l'étayage clinique, l'extrapolation est immédiate : « Si la même fréquence est observée dans une enquête plus large, il y a probablement 2 000 personnes à Kigali avec des manifestations précédant le sida ». Revenant à son interrogation initiale, il termine ainsi son article : « Malheureusement, je n'ai pas trouvé le remède traditionnel guérissant le sida que je cherchais. Il n'est toutefois pas inconcevable que l'on puisse le trouver plus à proximité du site originel du sida, en Afrique centrale ». Pionnière autant qu'exemplaire, cette étude n'est pas unique en son genre. Elle augure même d'une orientation des travaux de sciences sociales pendant les premières années de l'épidémie africaine. Dans ce climat où Ronald Frankenberg (1988), directeur du Centre d'Anthropologie médicale de l'Université de Keele en Zambie, affirme que le sida constitue «une urgence anthropologique», le niveau d'exigence théorique et méthodologique paraît s'abaisser. Les frontières entre l'anthropologie et la médecine s'effacent, les médecins se hasardant volontiers à des analyses approximatives de faits sociaux et culturels, alors que les anthropologues s'efforcent de raisonner avec des schémas empruntés à l'épidémiologie et à la biologie¹. Le statut des énoncés scientifiques devient dès lors incertain.

¹ Ainsi, une version plus détaillée de l'étude rwandaise est présentée dans une revue de sciences sociales sur le modèle des publications biologiques et médicales

Le succès que connaît alors le thème de la “promiscuité sexuelle” est indicatif de la confusion des genres qui prévaut dans le champ de la recherche sur le sida en Afrique au milieu des années quatre-vingt. Cette expression, dont le caractère péjoratif témoigne d'un étonnant relâchement du langage scientifique, apparaît très tôt sous la plume des chercheurs (Van de Perre *et al.* 1984, Serwadda *et al.* 1985), alors même que les preuves scientifiques de la transmission hétérosexuelle sont loin d'être établies. L'hypothèse d'une sexualité africaine déviante, se manifestant par une multiplication pathologique des partenaires, s'impose avec une telle évidence aux chercheurs que les critères habituels de vérification et les clauses usuelles de réserve ne leur semblent plus de mise¹. La “promiscuité sexuelle” devient l'explication unique de l'épidémie africaine, comme elle l'est de l'épidémie des homosexuels nord-américains — le rapprochement est clairement fait par certains —, aussi stigmatisante dans un cas que dans l'autre. L'identification de ce “facteur de risque”, l'abandon des autres pistes de recherche et l'absence de mise en perspective sociologique sur les conditions de vie plus globalement étudiées vont conduire à focaliser la demande de connaissances anthropologiques sur le seul thème de la sexualité. Comme le remarquent Randall Packard et Paul Epstein (1991), «en concentrant l'attention sur la promiscuité sexuelle et sur d'autres comportements culturels, ces explications ont empêché l'observation d'autres co-facteurs qui pouvaient être aussi importants pour la transmission hétérosexuelle du sida en Afrique que la fréquence des contacts sexuels... ce qui a conduit à une clôture prématuée de la recherche sur le sida africain». Outre la réduction du champ de l'investigation scientifique et donc des possibilités de compréhension de la maladie, cette approche sélective aura deux effets

— méthodes, résultats, discussion. Elle inclut des analyses statistiques avec force tableaux croisés et tests de *Chi 2* — malgré l'effectif de seulement 33 patients. Sur les vingt références bibliographiques citées, seize sont médicales et quatre portent sur des aspects psychosociaux étudiés à partir de critères épidémiologiques et biologiques (Feldman *et al.* 1987). A l'inverse, un article médical publié dans une revue médicale peut paraître avec la cosignature d'un anthropologue permettant d'authentifier les assertions faites en matière de sexualité, sans qu'une procédure ou une analyse ethnologique ne soit explicitée (Clumeck *et al.* 1984). Rôles et métiers des uns et des autres deviennent difficiles à distinguer.

¹ Dans l'étude réalisée à Kigali, alors qu'il n'y a pas de groupe témoin pour s'assurer de l'existence d'un lien probable entre les deux faits exposés, on tire de l'aveu de relations sexuelles avec des partenaires différentes chez 13 des 17 hommes interrogés, la conclusion que « la promiscuité sexuelle pourrait être un facteur de risque du sida en Afrique », établissant de surcroît un parallèle entre les niveaux de positivité des tests des maladies sexuellement transmissibles des patients rwandais et ceux des homosexuels nord-américains (Van de Perre *et al.* 1984). Dans l'enquête menée en Ouganda, les auteurs relèvent que « bien que les sujets de notre étude nient avoir de telles pratiques, leur comportement sexuel correspond, selon les critères occidentaux, à une promiscuité hétérosexuelle », dont on ne trouve cependant aucune démonstration dans la présentation des résultats de l'étude (Serwadda *et al.* 1985). Il est remarquable que, bien que ces articles mentionnent d'autres possibles voies de contamination, à commencer par des injections avec du matériel souillé, ils ne les retiennent pas dans leur analyse finale.

politiques négatifs¹. D'une part, elle aboutira à faire porter la responsabilité de la transmission et de la prévention sur les individus, selon le principe classique consistant à blâmer la victime. D'autre part, elle suscitera, parmi les populations et les responsables africains, la dénégation des discours occidentaux sur l'épidémie et le rejet des programmes de lutte contre l'infection.

Sur le front pionnier des recherches qui se développent alors sur le sida en Afrique, les anthropologues — tout au moins, le petit nombre de ceux qui s'engagent dans cette voie — vont rivaliser d'imagination et d'érudition pour dénicher les pratiques les plus exotiques et les plus émoustillantes, au point que l'on a pu parler d'"ethnopornographes" (Pellow 1990)². Dans sa discussion des thèses sur l'origine africaine du sida, Mirko Grmek lui-même se laisse aller à des insinuations et des rapprochements singuliers : « Selon Gallo, la transmission interspécifique du rétrovirus aurait pu être facilitée par la consommation du cerveau simien cru dont certaines peuplades du Zaïre seraient friandes. Il n'est donc pas nécessaire d'invoquer à ce propos, avec une pointe de malice, la possibilité de rapports sexuels zoophiles. Un détail ethnologique curieux mérite toutefois d'être rappelé. Dans son ouvrage sur les mœurs sexuelles des peuplades qui vivent dans la région des Grands Lacs d'Afrique, Anicet Kashamura écrit ceci : "Pour stimuler un homme ou une femme et provoquer chez eux une activité sexuelle intense, on leur inocule dans les cuisses, la région du pubis et le dos du sang prélevé sur un singe, pour un homme, sur une guenon, pour une femme" » (Grmek 1989 : 230). La sexualité n'est d'ailleurs pas seule en cause et, plus généralement, ce sont les pratiques culturelles traditionnelles auxquelles on va s'attacher, en quête de modes inusités de transmission. L'inventaire de Daniel Hrdy (1987) en est la forme la plus achevée, explorant toutes les formes de "comportements sexuels" et de "gestes rituels" repérés dans la

¹ A cet égard, l'appel adressé par Gilbert Herdt (1987) aux anthropologues n'a pas eu les conséquences espérées : « Il est temps pour nous tous en anthropologie de reconnaître l'impact croissant du sida sur les anciennes colonies et les pays dans lesquels nous travaillons et avons des amis. Nous avons une occasion d'apporter un soutien, de reconSIDérer notre relation historique avec ces pays, d'aider à remédier à de vieilles méprises, de nous orienter vers des progrès dans la compréhension et le contrôle des risques du sida ». Le ton volontariste et généreux de cet éditorial de revue anthropologique, assez inhabituel dans ce type d'exercice, est significatif des positions de l'époque.

² Voir notamment les textes de Daniel Hrdy (1987), David Brokensha (1988), Douglas Feldman *et al.* (1987), et les descriptions de rituels sexuels auxquels ils consacrent des développements. Dans leur critique de ce qu'ils dénoncent comme une vision culturaliste de la "vie sexuelle des indigènes", Randall Packard et Paul Epstein (1991) notent que « de l'important corpus de données sur les pratiques sexuelles africaines contenues dans les travaux ethnographiques, données qui révèlent une grande diversité de pratiques et une variation extrême en termes de permissivité sexuelle, ne sont extraits que les cas qui constituent de possibles facteurs de risque ». Ainsi, pour attester l'existence de "relations sexuelles en dehors du mariage dans les sociétés traditionnelles", John Caldwell, I.O. Orubuloye et Pat Caldwell (1991) accumulent, dans une note, quatorze références ethnographiques dans lesquelles ce seul élément est présenté, sans aucune mise en perspective contextuelle.

littérature ethnologique et susceptibles d'interprétation en termes de "facteurs de risque" pour la transmission du sida. Dans cet exercice, les anthropologues se conforment particulièrement bien aux attentes qu'ont à leur égard les médecins et les chercheurs : parler des coutumes, des traditions, en somme des cultures décontextualisées de peuples exotiques. On n'hésite d'ailleurs pas à recourir aux fameuses "Human Relations Area Files" et à leur fichage ethnographique standardisé pour tenter de découvrir des associations significatives, voire pour construire, comme certains l'ont imaginé à l'époque, une cartographie ethnique du risque de transmission du sida en fonction des pratiques sexuelles et rituelles supposées propres à chaque groupe socioculturel.

Si je reviens avec quelque insistance sur ce que certains peuvent considérer comme une préhistoire de l'anthropologie du sida en Afrique ou comme une accumulation d'erreurs de jeunesse que la qualité des travaux de la période de maturité devrait aujourd'hui faire oublier, c'est parce que, loin d'être un accident anecdotique, cette phase initiale est porteuse d'enseignements pour la compréhension de ce qui fait l'objet de ce texte : le rapport des sciences sociales à leur objet. Contrairement à ce que croyait Norbert Elias (1995), les anthropologues ne sont pas mieux à l'abri que les sociologues des errements liés aux difficultés de distanciation¹. L'éloignement social et culturel qu'ils ont par rapport à ceux qu'ils observent — pour autant qu'on les limite à leurs terrains traditionnels — n'est en aucun cas le gage d'une distanciation effective. Il pose simplement des problèmes de nature épistémologique et politique différents de ceux auxquels la proximité sociale et culturelle des groupes qu'ils étudient — au demeurant moins évidente qu'on ne le pense souvent — confronte les sociologues. L'utilisation de prénotions, la projection de préjugés, le recours à des présupposés, toutes modalités du raisonnement ordinaire que l'on voit fonctionner de manière caricaturale dans les premiers travaux sur le sida en Afrique, ne sont jamais complètement absents de la pratique des anthropologues.

La particularité de ces pionniers est cependant d'avoir réduit de manière extrême la distance à l'objet en ne mettant pas en œuvre les procédures habituelles de construction scientifique et en acceptant sans les critiquer les idées que leur proposait le sens commun. Pour utiliser un langage éliasien, tout se passe comme si les barrières de l'auto-

¹ Avec une confiance que l'on peut juger excessive dans l'objectivité anthropologique, Norbert Elias écrit : « Les anthropologues ont une meilleure chance de développer des théories sur les relations à un plus haut degré d'adéquation que les sociologues qui se consacrent à leur propre société hautement différenciée ou d'autres sociétés du même type. Les anthropologues ont une meilleure chance, non seulement parce qu'il est plus simple d'embrasser du regard des unités sociales petites et point trop complexes dans leur structure et de développer à leur propos des théories relativement adéquates, mais aussi parce que les chercheurs sont, en règle générale, eux-mêmes moins impliqués dans les problèmes qu'ils étudient » (Elias 1995 : 66). En fait, comme j'ai essayé de le démontrer ailleurs (Fassin 1990), les anthropologues sont confrontés, tout comme les sociologues, à des problèmes d'ajustement de leur regard sur les sociétés qu'ils étudient. La différence entre eux serait plutôt de "focale" que de "nature".

contrôle qui s'exercent au sein de tout champ scientifique en temps de fonctionnement normal s'étaient brutalement abaissées : plus de prévention à l'égard des *a priori*, en particulier culturalistes ; valeurs et jugements s'expriment sans leurs garde-fous habituels ; on assiste à une sorte de décivilisation de la recherche. Plus tard, pour se défendre, ces anthropologues invoqueront l'urgence de la situation et la sincérité de leurs motivations¹. C'est d'ailleurs dans des termes proches que Michael Pollack (1992 : 2) rappelait les difficultés des premières études sociologiques sur le sida en Amérique du nord et en Europe : « L'enquête scientifique met habituellement en avant la distance dans le temps et dans l'espace dont le travail analytique a besoin. Mais comment peut-on traiter des différents aspects du sida — la peur, la stigmatisation des personnes infectées, les mécanismes de réponse à la maladie, l'organisation des soins et de la prévention — sans adopter une attitude d'intervention dans l'urgence ? Pour beaucoup de chercheurs, cela n'était pas seulement un problème intellectuel. Proximité sociale avec les malades, solidarité avec les groupes marginaux, motivations altruistes et humanistes étaient essentielles dans la sélection de jeunes chercheurs s'engageant dans un domaine de faible prestige intellectuel qui n'offrait guère de perspectives de carrière ». De la même manière, dans les premiers travaux sur le sida en Afrique, l'engagement dans l'action allait de pair avec l'engagement dans l'analyse. Toute distance épistémologique et politique se trouvait ainsi abolie.

Trois figures anthropologiques

En contraste avec ce paysage relativement uniforme des débuts, le monde des sciences sociales présente, au début des années quatre-vingt-dix, une configuration complexe, si l'on se réfère aux positions occupées par les chercheurs dans cet espace de l'engagement et de la distanciation dont il est ici question. A partir approximativement de 1988, en effet, les orientations des travaux commencent à se différencier. Des analyses critiques paraissent. Des dispositifs de recherche diversifiés se développent. Un nouvel ordonnancement du champ scientifique se met en place, qui est encore lisible aujourd'hui. Je vais m'efforcer d'en présenter la structure dans ses grandes lignes, en espérant que la nécessaire simplification dont procède cet exercice ne nuira pas à la pertinence générale du propos.

¹ En réponse aux critiques qui sont adressées à ces ethnologues pionniers, Douglas Feldman (1991) plaide l'altruisme de leurs intentions : « Les premières enquêtes anthropologiques menées sur le sida en Afrique n'étaient pas un simple exercice intellectuel afin d'analyser le contexte socioculturel large du sida en Afrique, ni un effort pour retravailler les données de manière à présenter une image positive des Africains. Nous voyions la pandémie de sida en Afrique comme une menace réelle pour des hommes, des femmes et des enfants réels. Rétrospectivement, cette tentative était de l'anthropologie appliquée portée à son plus haut degré de pureté et de noblesse ». Une sociologie des sciences sociales doit assurément tenir compte de la manière dont les chercheurs justifient leurs positions dans un contexte historique donné.

Si l'on reprend le modèle annoncé au départ, qui rapporte l'engagement et la distanciation sur deux axes, l'un de l'action et l'autre de l'analyse, il est possible de décrire de manière idéal-typique trois positions (on aurait pu s'attendre à ce qu'il y en ait quatre, mais l'une d'elles ne correspond pas à une situation effectivement identifiable). La première position réalise la conjonction d'une proximité à la fois par rapport à l'action et par rapport à l'analyse : on la qualifiera d'*appliquée*. Elle se met au service de la lutte contre le sida et adhère aux principes d'analyse de la médecine. La justification qu'elle se donne est l'amélioration de la santé publique par la connaissance de représentations et de pratiques autour du sida et de ce qui lui est indiqué comme relevant de conduites à risque. La seconde position en est le symétrique dans la mesure où elle prend ses distances à la fois en termes d'action et d'analyse : on l'appellera *critique*. Elle n'est pas indifférente pour autant à la lutte contre le sida, mais, d'une part, elle met en question les bases interprétatives sur lesquelles se fonde cette dernière et, d'autre part, ne participe pas concrètement à l'élaboration de programmes. La troisième position se présente comme l'association d'une proximité de l'action et d'une distance dans l'analyse : on la désignera comme *impliquée*. Elle s'efforce d'intervenir directement dans la prise en charge des problèmes liés à la maladie, tant au niveau des soins que de la prévention, sans pour autant adhérer aux présupposés des professionnels et des responsables vis-à-vis desquels sont adoptées des attitudes plus ou moins distanciées. Ces trois positions représentent des manières idéal-typiques de se définir par rapport à un objet de recherche. On verra cependant qu'elles n'expriment qu'imparfaitement la complexité des questions de nature épistémologique et politique auxquelles sont confrontés les anthropologues dans leurs pratiques effectives et dans leur inscription sociale. D'une part, en effet, dans leur parcours personnel, les chercheurs peuvent se situer successivement dans différents lieux de l'espace de l'engagement et de la distanciation, par exemple en se rapprochant ou en s'éloignant de l'action, ou encore en adoptant dans leur analyse une attitude plus ou moins critique. D'autre part, et surtout, les deux axes indiqués constituent à l'évidence une simplification dans la figuration de cet espace, et probablement faudrait-il considérer de manière plus discriminante les différents types d'action concernés et les objets sur lesquels portent la critique. Malgré ces limites, il est utile de montrer comment les recherches auxquelles renvoie cette esquisse de topographie renvoient effectivement à des questions concrètes d'épistémologie et de politique.

Parmi les travaux d'anthropologie *appliquée*, les études de "connaissances, attitudes, croyances et pratiques" et les enquêtes sur "le comportement sexuel" sont les plus classiques (Cleland et Ferry 1995). Elles s'inscrivent dans le prolongement direct des recherches anthropologiques des débuts, mais elles en ont effacé les faiblesses méthodologiques et les maladresses interprétatives les plus gênantes. Elles bénéficient notamment des acquis des enquêtes de fécondité et des techniques éprouvées de la démographie, la contribution anthropologique proprement dite se réduisant généralement à une aide

à la formulation des questions, voire à la réalisation d'études préliminaires sur des effectifs réduits. Souvent d'ailleurs, les chercheurs se réclament d'une double compétence de démographe et d'anthropologue, voire définissent une discipline intermédiaire : la démographie anthropologique (Dyson 1992). La légitimité de ces travaux est forte dans le champ de la recherche sur le sida en Afrique, si l'on en juge notamment par les moyens financiers dont ils ont bénéficié. Elle repose à la fois, du point de vue de la pratique scientifique, sur la solidité supposée de données quantitatives uniformes obtenues dans de nombreux pays par des procédures éprouvées d'échantillonnage, de recueil et d'analyse, et, du point de vue de la santé publique, sur la conviction de l'adéquation existant entre le problème posé et le dispositif d'enquête mis en place¹. Dans la perspective du rapport des sciences sociales à leur objet, on disposerait donc de travaux se situant à la juste distance entre l'objectivation de la réalité — que la méthode statistique validerait — et l'utilité sociale — dont les programmes de prévention seraient le prolongement. Cette double base sur laquelle se fonde leur légitimité a toutefois fait l'objet de deux séries de critiques. D'une part, Laurent Vidal (1995) a montré que l'objectivation à travers les questionnaires se faisait parfois au détriment de la pertinence des formulations et de la fiabilité des réponses, suggérant une plus grande prudence dans l'utilisation des données ainsi produites². D'autre part, Randall Packard et Paul Epstein (1991) ont dénoncé le tout sexuel des enquêtes, ajoutant qu'elles laissaient de côté certains éléments qui peuvent jouer un rôle dans la transmission du virus, comme les injections, et dans l'évolution de la maladie, comme la malnutrition, ce qui revient à dire que ces études ont pu réduire non seulement le champ de la recherche, mais

¹ En fait, comme le note Michel Caraël (1995a) qui a été l'un des principaux responsables, à l'OMS, des enquêtes internationales sur le sida et la sexualité, si elles ont bénéficié de budgets substantiels — “de 20 000 à 100 000 dollars” —, elles n'ont pas complètement convaincu. D'une part, « un des grands reproches que l'on peut faire aux promoteurs de ces enquêtes est d'avoir peu étudié les questions de validité », ce qui fait qu'au bout du compte, « on ne sait pas bien ce que l'on mesure ». D'autre part, « ces enquêtes ont très peu servi pour évaluer les changements à travers le temps » et seulement « quelquefois à planifier des interventions et à identifier des comportements à risque ». Autrement dit, tant sur le plan de la connaissance qu'au niveau des programmations, elles sont loin d'avoir répondu aux impératifs qui avaient conduit à les mettre en œuvre.

² On pourra lire, dans *Sciences sociales et santé*, l'analyse de Laurent Vidal (1995) et son commentaire par Michel Caraël (1995b), ainsi que, dans *Transcriptase*, mon interprétation (1996) de leur échange vigoureux. En fait, au-delà de la ritualisation de l'exercice, et sans pour autant renvoyer dos à dos les deux argumentaires, c'est bien sûr la question de la distance à l'objet qui est en cause, Laurent Vidal en appelant à plus de rigueur dans l'analyse et Michel Caraël se justifiant par rapport à l'action, tous deux se réclamant d'un souci éthique, le premier au nom de la relation aux sujets, le second à cause de l'urgence de la situation. Si les techniques d'enquête se sont affinées, les arguments sont proches de ceux du débat suscité par les premiers travaux.

aussi celui de la prévention¹. Ces critiques, dont les anthropologues et démographes qui ont conduit ces enquêtes conviennent eux-mêmes de la justesse, ne sont d'ailleurs pas spécifiques au sida. Elles pourraient être adressées aussi bien aux études réalisées dans les domaines de la reproduction ou du développement.

Si l'on reprend maintenant, à la lumière des travaux réalisés dans ce domaine, les deux axes précédemment définis de la distance par rapport à l'action et par rapport à l'analyse, on est en fait amené à re-discuter les fondements de l'application en anthropologie à un double niveau. Je le ferai en m'appuyant sur les recherches menées au Nigeria par I.O. Orubuloye, John Caldwell et Pat Caldwell (1994), qui font aujourd'hui figure de références en matière d'étude de la "sexualité africaine". D'un côté, en termes d'action, on ne peut pas manquer de s'interroger sur le décalage entre les études réalisées et les problèmes identifiés. Ces auteurs mentionnent en effet, dans l'introduction de l'ouvrage dans lequel ils rassemblent leurs principales publications, que la séroprévalence au Nigeria serait tout au plus de 0,5 %, soit 10 à 20 fois moins que dans les pays d'Afrique centrale. Ce constat ne les empêche pas de développer un dispositif de recherche autour de la notion de "réseaux sexuels" (*sexual networking*), de mener des enquêtes sur les "comportements à haut risque" et d'analyser la "déstabilisation du système sexuel yoruba". Dès lors, les recherches sur la sexualité semblent beaucoup plus autonomes par rapport à l'action que ne le prétendent leurs auteurs. La justification de ces travaux au nom de la santé publique apparaît largement comme une rhétorique relativement déconnectée de la réalité épidémiologique. D'un autre côté, en termes d'analyse, on peut se demander si ces travaux ne nous en disent pas plus long sur leurs auteurs que sur leurs objets. L'insistance à voir les sociétés africaines dans la seule perspective de leur "permissivité substantielle" en matière de sexualité, du "manque de culpabilité associé aux rapports sexuels", du "degré d'acceptation des relations extraconjugales", à décrire les femmes comme "contrôlées par 'cette partie de leur anatomie'" en relevant que "la pierre de touche de la différence entre le monde eurasien et le monde africain n'est pas la sexualité masculine, mais féminine", à dresser une "carte ethnique" de la "tolérance sexuelle" n'informent-elles pas sur l'imaginaire des chercheurs autant que sur la sexualité supposée des Africains ? Ainsi, derrière l'apparente distance introduite par la quantification des données recueillies et l'énumération des références ethnographiques, la sélection à laquelle procède l'anthropologue pour étayer sa démonstration témoigne-t-elle d'une toujours impossible distanciation.

Avec le courant *critique*, dont les premières publications paraissent à la fin des années 80, c'est une autre lecture anthropologique de

¹ On trouvera, dans *Social Science and Medicine*, la discussion des thèses de Randall Packard et Paul Epstein (1991) par cinq commentateurs : Douglas Feldman, Carl Kendall, Stephen Minkin, Priscilla Reining et Brooke Grundfest Schoepf (1991), qui donnent une image assez complète de la diversité des positions dans le champ de la recherche en sciences sociales sur le sida en Afrique.

l'épidémie qui est proposée. Elle inclut au moins trois aspects distincts, quoique liés. Une première orientation consiste à mettre en cause les présupposés qui fondent les études menées jusqu'alors sur les groupes et les comportements dits "à risque" et en démontrer les effets négatifs sur les programmes de prévention¹. L'histoire de la tuberculose et de la syphilis dans l'Afrique coloniale révèle à cet égard de remarquables permanences dans les préjugés que manifestent les Occidentaux à l'égard des Africains et dans l'occultation des réalités socio-économiques au profit d'interprétations en fonction des seuls éléments culturels (Packard et Epstein 1991 ; Vaughan 1992). Permanences dont Gilles Bibeau (1991) et Jean-Pierre Dozon (1991) s'efforcent de rendre compte de manière anthropologique en dévoilant les ressorts fantasmatisques de ces conceptions de l'Afrique et des Africains. Une deuxième orientation repose sur l'analyse des structures sociales et politiques qui, dans les sociétés africaines, comme c'est évidemment le cas également dans le reste du monde, constituent non seulement la réalité contextuelle dans laquelle s'inscrit le sida, mais plus profondément les facteurs déterminants de sa répartition, de son extension et de la manière dont s'organise la lutte contre l'infection². Ces travaux insistent, d'une part, sur les rapports inégalitaires de classes (Seeley *et al.* 1994) et de genre (Ullin 1992 ; MacDonald 1996), et d'autre part, sur les conditions dans lesquelles se trouvent les Etats africains pour faire face à l'épidémie (Fortin 1990 ; Hyden et Lanegran 1993). Cette approche structurelle conduit notamment à montrer comment les phénomènes de prostitution qui se sont développés dans les villes africaines sont moins à interpréter en termes de pratiques culturelles enracinées dans des traditions de liberté sexuelle qu'en termes de déterminations économiques liées à des contraintes sociales de plus en plus fortes s'exerçant sur les femmes. Enfin, une troisième orientation porte la critique dans l'arène internationale en mettant en évidence les effets sur le sida des politiques économiques et sanitaires mondiales³. On peut considérer, en

¹ Sous le titre "Blame and prejudice", l'Institut Panos (1988) rappelle la manière dont les sociétés africaines ont perçu le discours occidental sur le sida en Afrique. Parlant de "politique de la maladie", Gloria Waite (1988) évoque le "racisme" dans les analyses de l'épidémie africaine et dans les pratiques discriminatoires à l'encontre des immigrants africains dans plusieurs pays du monde. On peut également se référer aux deux textes que j'ai publiés avec Jean-Pierre Dozon (1988 et 1989) sur ce thème.

² Dans un autre contexte, celui d'Haïti, avec lequel la situation africaine se prête à de nombreux parallèles, Paul Farmer (1996) a décrit la manière dont la société déterminait les conditions de production et de reproduction du sida et plus largement de différentes formes de souffrance sociale. A un niveau plus politique, la question de savoir comment l'Etat se révèle et se définit à travers la gestion de l'épidémie est au centre du propos de deux articles que j'ai écrits, l'un sur l'histoire congolaise de l'épidémie (1994a), l'autre dans une perspective plus générale (1996), et dans lesquels je tente de jeter les bases d'une anthropologie politique du sida en Afrique.

³ Un article de Peter Lurie, Percy Hintzen et Robert Lowe (1995) propose ainsi d'examiner les conséquences des politiques d'ajustement structurel sur les dynamiques sociales en Afrique et, par ricochet, sur les possibilités pour l'infection de se propager et pour les malades de se soigner. Dans une perspective différente, j'ai essayé (1994b) de montrer combien la marge de manœuvre des Etats africains était réduite en matière de

empruntant l'expression de Paul Farmer (1992), que ces trois orientations définissent une "économie politique du sida" en Afrique. En commun, ces travaux ont le même souci d'une distanciation critique.

Mais qu'en est-il plus précisément de leur rapport à l'analyse et à l'action ? Peut-on effectivement dire, comme il était annoncé initialement, que ces travaux procèdent d'une double mise à distance, par le regard critique sur les faits et leur interprétation, par le refus de s'associer à des pratiques de recherche et de prévention dont ils refusent les présupposés ? La réalité est plus complexe et la position sur les deux axes allant de l'engagement à la distanciation n'est, pour chacun des chercheurs ou chacun de leurs travaux, guère facile à définir. Pour s'en tenir, comme dans le cas précédent, à une seule recherche, on répondra à ces questions en se référant à celle qui a eu probablement le plus de retentissement par les réactions qu'elle a suscitées dans le champ de l'anthropologie du sida : la critique adressée aux médecins et aux chercheurs par Randall Packard et Paul Epstein (1991). Du point de vue de l'analyse, leur dénonciation ne peut être assimilée à une simple prise de distance. Dans leur tentative de rétablir une autre hiérarchie des explications, en réintroduisant du social là où l'on tendait à ne voir que du culturel, ils ne sauraient évidemment prétendre à une absolue objectivité. Ils rendent seulement possible une autre lecture de la réalité moins imprégnée de préjugés culturalistes, mais sous-tendue elle aussi par une nécessité morale, c'est-à-dire dépendante de "jugements de valeur". Du point de vue de l'action, leur absence dans les programmes de lutte contre le sida ne signifie pas que la position qu'ils défendent relève d'un simple "exercice intellectuel", comme un de leurs commentateurs leur en fait le reproche. Dans la réponse qu'ils lui apportent, ils plaident pour la présence rapprochée d'un regard critique qui soit sensible aux logiques qui "encouragent la culpabilisation de la victime" et qui "détournent les populations locales d'une participation à la prévention de la maladie". Suggérer de s'intéresser aux problèmes de malnutrition et de paupérisation qui accélèrent l'évolution fatale de la maladie au lieu de se focaliser sur la stigmatisation de pratiques sexuelles n'est pas sans rapport avec l'action. Autrement dit, leur engagement n'est pas absent, comme le sens commun du mot "engagé" le suggère d'ailleurs. Il prend seulement une autre forme, moins immédiate et plus détachée.

Troisième voie, *l'implication* est peut-être la dernière à avoir été explorée par les anthropologues. Probablement parce que cette figure n'est pas, en sciences sociales, aussi clairement définie que ne le sont les deux précédentes¹. Pour ceux qui s'en réclament explicitement,

politiques de lutte contre le sida, compte tenu de la façon dont les programmes se déclinent et se financent au niveau international, puis sont mis en œuvre par les instances de coopération.

¹ A propos de la position des anthropologues engagés dans des recherches auprès de minorités ethniques, Bruce Albert (1995) utilise l'expression anglaise "anthropological advocacy" et plaide pour une "anthropologie impliquée" dont « le grand mérite est sans conteste, au-delà de son évidente pertinence éthique et politique, de contribuer à

elle apparaît d'ailleurs comme un impératif que cette pathologie elle-même a suscité. Ainsi, Jean Benoit et Alice Desclaux (1996) écrivent-ils : « Le sida a entraîné un changement chez bien des anthropologues. Autour de cette maladie, s'est défini un autre rapport à l'engagement, une nouvelle implication des chercheurs. Tant dans l'analyse des multiples figures du rapport des individus et des groupes sociaux à l'Autre que dans la pratique de terrain qui fonde leur métier, les anthropologues ont dû passer d'une approche qui pouvait se permettre la distanciation, à une confrontation très directe, à une responsabilité envers les malades. Pour l'anthropologue aussi, le sida a valeur de 'crise'. Et cette crise touche à la relation qu'il noue avec son terrain, avec les personnes avec lesquelles il travaille. Le repositionnement du chercheur, souvent considéré comme 'ayant un savoir', est difficile à définir dans tous les contextes, mais la distanciation neutre n'est avec le sida ni possible, ni humainement acceptable : c'est l'implication du chercheur qui est nécessaire ». Il faudrait certes se demander — et une sociologie du champ anthropologique devrait assurément le faire — pourquoi le sida, plus que le paludisme, le cancer ou la malnutrition, a favorisé cette évolution de la pratique des anthropologues, tout comme d'ailleurs il a entraîné des changements comparables dans la pratique des médecins, autour du secret médical et de l'information au patient¹. Le constat s'impose toutefois à l'évidence : avec cette maladie, une nouvelle modalité de la relation entre engagement et distanciation s'est définie, qui associe des ingrédients de l'approche appliquée et de la lecture critique. En effet, on peut considérer que ce qui caractérise fondamentalement cette position, c'est une certaine forme d'empathie avec le malade ou avec les malades, une manière de se mettre à leurs côtés, de travailler auprès d'eux, de faire prévaloir leur point de vue². Dès lors, ce choix conduit à privilégier une proximité de l'action et une distance de l'analyse, ou plus précisément, un lien étroit avec le côté de la souffrance et une position critique à l'égard des formes de pouvoir auxquels ils sont confrontés³. Parmi les domaines divers dans lesquels

dissoudre la sempiternelle opposition entre anthropologie théorique et anthropologie appliquée au profit de l'idée, infiniment plus attractive et productive, d'une recherche anthropologique fondamentale intellectuellement et socialement investie dans la situation historique des sociétés qu'elle étudie et susceptible de mobiliser ses compétences en faveur de leur conquête d'autodétermination ».

¹ Dans un texte récent (1996b), j'ai suggéré que l'arrivée du sida, avec les problèmes médicaux spécifiques qu'il posait — absence de traitement, type de prévention — et les réponses sociales qu'il a suscitées — parmi les malades et dans le public, notamment —, a coïncidé avec une période de transformations structurelles engagées tant dans le domaine de l'anthropologie que dans celui de la médecine. Il ne s'agit donc pas de surestimer le rôle du sida dans cette évolution.

² Ce qui ne va pas de soi, puisqu'il faut dès lors choisir par rapport à des valeurs. A propos de dépistage et de prévention, Françoise Héritier (1995) fonde son jugement sur les droits de l'homme, impliquant comme principe suprême la liberté de savoir et de décider, alors que Nancy Scheper-Hughes (1994) lui oppose la loi de l'efficacité et défend les pratiques répressives de la politique cubaine de santé publique.

³ Comme cela a été dit précédemment, il s'agit bien de positions anthropologiques et non de positions d'anthropologues. Ainsi, plusieurs des chercheurs évoqués pour leur

se sont impliqués directement les anthropologues, on peut citer notamment le soutien aux groupes de femmes (Schoepf 1993), l'annonce de la séropositivité (Gruénais 1995), le travail auprès des malades (Vidal 1996), voire les collaborations avec les guérisseurs (Green 1994). Les implications concrètes peuvent associer, outre l'activité scientifique proprement dite, la formation de professionnels, l'aide à des associations de séropositifs, la participation à des programmes dits de santé communautaire. Beaucoup plus nettement même que dans le cas de l'anthropologie appliquée, l'implication suppose la transgression de la ligne symbolique entre la connaissance et l'action, tout comme elle amène à une mise en cause des institutions, des professionnels et des politiques qui conduisent cette dernière.

C'est ici que se pose de manière concrète la question de l'engagement et de la distanciation. Comment associer la préoccupation de défense des malades — autrement dit, l'engagement dans l'arène sociale — et le souci de conserver une posture scientifique — c'est-à-dire le maintien d'une distanciation par rapport aux jugements de valeur ? Pour illustrer ce dilemme, je me référerai au problème de l'annonce de la séropositivité, qui a été particulièrement étudié par Marc-Eric Gruénais et Laurent Vidal (1994). Le constat que font ces auteurs est que, bien que ce moment apparaisse crucial dans la vie du séropositif, il est dans de nombreux cas escamoté par la pratique des médecins qui, d'une part, pratiquent souvent les tests de dépistage à l'insu des patients, et d'autre part, gardent fréquemment le silence sur le résultat surtout, évidemment, lorsqu'il atteste l'existence d'une infection. Cette pratique obère non seulement la suite de la prise en charge de la personne, mais également la possibilité de mettre en œuvre une prévention. Quelle implication doit alors être celle de l'anthropologue ? « Doit-on, par principe, s'indigner de certaines pratiques, au nom de l'éthique, de l'égalité de traitement des pays du Nord et du Sud ou de la déontologie médicale ? N'est-il pas nécessaire d'adopter un ton moins polémique en se demandant, de manière plus neutre, si les règles applicables au Nord le sont aussi au Sud ? » Une fois encore, la question se pose à la fois en termes d'analyse et en termes d'action. Dans la première perspective, celle de l'analyse, une tension se manifeste entre deux postures : d'un côté, on peut se référer à des principes éthiques dont on énonce l'universalité ou, à tout le moins, la justesse par rapport au bien-être du malade, et par conséquent, condamner le silence des médecins ; d'un autre côté, on peut s'attacher à comprendre les raisons des médecins d'agir comme ils le font, c'est-à-dire à écouter leurs justifications, tout en analysant les logiques qui les sous-tendent. La première posture est plus engagée, la seconde plus distanciée. Les deux sont toutefois contributives à une modification des pratiques. Dans la seconde perspective, celle de l'action, on peut de même être conduit à choisir entre deux attitudes : l'une consiste à dénoncer l'abus de pouvoir que manifeste la non-annonce ; l'autre prétend agir en sensibilisant les professionnels à une

position “critique” se retrouvent-ils également “impliqués” par leurs actions auprès des malades, ce qui, comme le rappellent Randall Packard et Paul Epstein (1991) et Paul Farmer (1992), est notamment le cas de ceux d'entre eux qui sont aussi médecins.

autre approche du malade. La première attitude est plus distanciée, la seconde plus engagée. Il n'y a donc pas congruence des positions sur les deux axes. En l'occurrence, il est intéressant de constater empiriquement que l'engagement dans l'analyse est souvent associé à la distanciation dans l'action (référence à une norme éthique et dénonciation d'une pratique médicale se conjuguent alors), cependant que la distanciation dans l'analyse va fréquemment de pair avec l'engagement dans l'action (essai de compréhension des logiques et stratégie de négociation avec les agents se lient logiquement). Preuve supplémentaire de la complexité des configurations réelles de la recherche autour de cette question, de la nécessité notamment d'en rendre compte sur plusieurs axes.

En dessinant ces trois figures anthropologiques que définissent des rapports différents à leurs objets, je n'ai pas voulu figer un modèle que l'observation concrète oblige au contraire à rendre dynamique. L'objectif était double.

Premièrement, il s'agissait d'y voir plus clair dans la question de l'engagement et de la distanciation, dont on a dit d'emblée qu'elle était cruciale pour les sciences sociales, tant au plan épistémologique qu'au plan politique. Plus de clarté impliquait de complexifier l'analyse : on le sait, la simplification entraîne souvent, en la matière, une opacification de la réalité. C'est ainsi que, d'une part, il a fallu différencier le rapport à l'analyse et à l'action, au lieu de s'en tenir à un rapport global à l'objet, et que, d'autre part, il est apparu nécessaire de distinguer entre les modalités de ce double rapport, au lieu de caractériser chaque position en fonction d'un éloignement, supposé objectivable et stable, à chacun des deux pôles. Autrement dit, on n'est pas plus ou moins engagé, plus ou moins distancié, dans l'absolu : on l'est par rapport à une forme particulière d'activité (l'analyse, l'action) et dans un registre spécifique de la construction de son objet (socioculturel, sociopolitique).

Deuxièmement, il s'agissait de rendre compte des difficultés, des contradictions, des apories même, que chaque position détermine. Dans le travail d'objectivation qui sous-tend le processus de distanciation, des sélections d'information s'opèrent en fonction de paradigmes dans lesquels se situent les chercheurs et relèvent par conséquent d'une certaine forme d'engagement. La production de données statistiques à partir de questionnaires passés dans des échantillons de population tirés au sort ne garantit pas plus l'objectivité que la critique radicale des modèles médicaux et épidémiologiques ne peut se réclamer d'une indiscutable distance aux faits. Non qu'au bout du compte, toutes les positions se valent : le relativisme n'est pas de mise ici. Mais aucune d'elles ne peut prétendre à atteindre une vérité unique ou même à s'en approcher, dans la mesure où celle-ci n'existe évidemment pas. Tout au plus peut-on, et c'est déjà considérable, aspirer à un niveau plus élevé de globalité (prise en compte plus complète des multiples dimensions de la réalité sociale) et à un degré plus avancé de dévoilement (dépassement des présupposés pour rendre plus lisibles les enjeux inapparents).

Pour en revenir à la discussion ouverte avec Norbert Elias, il apparaît maintenant que la relation entre l'engagement et la distanciation est bien une relation de nature dialectique, qu'elle ne peut s'accommoder d'une opposition sur un seul axe comme le suggère la thèse éliasienne et peut-être surtout, qu'elle ne peut pas accepter une description supposant une vérité de la société en dernière instance. La lecture du social implique des choix qui ne sont pas exclusivement de nature scientifique. C'est dire qu'elle suppose, au-delà des questions épistémologiques et politiques, une interrogation éthique sur la pratique de la recherche.

Bibliographie

- ALBERT B., 1995, « Anthropologie appliquée ou anthropologie “impliquée” ? », in J.-F. BARE (éd), *Les applications de l'anthropologie*, Paris, Karthala : 87-118.
- ARON R., 1967, *Les étapes de la pensée sociologique*, Paris, Gallimard.
- BARE J.F., 1995, « La question des applications de l'anthropologie en France », in J.-F. BARE (éd), *Les applications de l'anthropologie*, Paris, Karthala : 9-23.
- BENOIST J., DESCLAUX A., 1996, « Pour une anthropologie impliquée », in J. BENOIST et A. DESCLAUX (éds), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala : 363-373.
- BIBEAU G., 1991, « L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes », *Anthropologie et sociétés*, 15 (2-3) : 126-146.
- BIGGAR R.J., 1986, « The AIDS problem in Africa », *Lancet*, i : 79-83.
- BOURDIEU P., 1992, *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*, Paris, Seuil.
- BROKENSZA D., 1988, « Overview : social factors in the transmission and control of african AIDS », in N. MILLER et R. ROCKWELL (eds), *AIDS in Africa. The social and policy impact*, Lewiston/Queenston, Edwin Mellen Press : 167-173.
- BRUNET J.B., BOUVET E., CHAPERON J et al., 1983, « Acquired immunodeficiency syndrome in France », *Lancet*, i : 700-701.
- CALDWELL J.C., CALDWELL P., 1996, « The african AIDS epidemic », *Scientific American*, 274 (3) : 40-46.
- CALDWELL J.C., ORUBULOYE I.O., CALDWELL P., 1991, « The destabilization of the traditional Yoruba sexual system », *Population and Development Review*, 17 (2) : 229-262.
- CARAËL M., 1995a, « Bilan des enquêtes CAP menées en Afrique. Forces et faiblesses », in J.P. DOZON et L. VIDAL (éds), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM-GIDIS : 25-38.
- 1995b, « The innocent anthropologist. Commentaire [de l'article de L. Vidal] », *Sciences Sociales et Santé*, 13 (2) : 5-27.
- CLELAND J., FERRY B. (éds), 1995, *Sexual behaviour and AIDS in the developing world*, London, Taylor and Francis, XIX-240 p.
- CLUMECK N., MASCART-LEMONTE F., de MAULBEUGE J. et al., 1983, « Acquired immunodeficiency syndrome in Black Africans », *Lancet*, i : 642.

- CLUMECK N., SONNET J., TAELEMAN H. *et al.*, 1984, « Acquired immunodeficiency syndrome in african patients », *New England Journal of Medicine*, 310 (8) : 492-497.
- DE COCK K.M., 1996, « The emergence of HIV/AIDS in Africa », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 44 : 511-518.
- DOZON J.-P., 1991, « D'un tombeau l'autre », *Cahiers d'Etudes Africaines*, 51 (1-2) : 135-157.
- DOZON J.-P., FASSIN D., 1989, « Raison épidémiologique et raisons d'Etat. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique », *Sciences Sociales et Santé*, 7 (1) : 21-36.
- DURKHEIM E., 1960, *De la division du travail social*, Paris, PUF (1^{ère} édition 1893).
— 1970, *La science sociale et l'action*, Paris, PUF.
- DYSON T. (ed), 1992, *Sexual behaviour and networking : anthropological and socio-cultural studies on the transmission of HIV*, Liège, Derouaux-Ordina, IUSSP.
- ELIAS N., 1993, *Engagement et distanciation*, Paris, Fayard (1^{ère} édition 1983).
- FARMER P., 1992, *AIDS and accusation. Haiti and the geography of blame*, Berkeley, University of California Press. (trad. française : *Sida en Haïti. La victime accusée*, Paris, Karthala, 414 p.).
— 1996, « On suffering and structural violence : a view from below », *Daedalus*, 125 (1) : 261-283.
- FASSIN D., 1990, « Démarche de la recherche », in D. FASSIN et Y. JAFFRE (éds), *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses : 68-86.
— 1994a, « Le domaine privé de la santé publique. Pouvoir, politique et sida au Congo », *Annales, Histoire, Sciences sociales*, 49 (4) : 745-775.
— 1994b, « La mémoire courte. Coopération internationale et lutte contre le sida en Afrique », *Sociétés d'Afrique et sida*, 5 : 2-3.
— 1995, « Du commentaire considéré comme une tauromachie. A propos d'enquêtes CACP et de réseaux VIH », *Transcriptase*, 41 : 21-24.
— 1996a, « Idéologie, pouvoir et maladie. Eléments d'une anthropologie politique du sida en Afrique », in M. CROS (éd), *Les maux de l'Autre*, Paris, L'Harmattan : 65-93.
— 1996b, « L'anthropologie dans les stratégies de lutte contre le sida », in M. SALOMON et R. TOUBON (éds), *Sida, sociétés et populations*, Paris, John Libbey : 246-257.
- FASSIN D., DOZON J.P., 1988, « Les Etats africains à l'épreuve du sida », *Politique Africaine*, 32 : 79-85.
- FELDMAN D., 1986, « Anthropology, AIDS and Africa », *Medical Anthropology Quarterly*, 17 (2) : 38-40.
— 1991, « Comments » (à propos de l'article de Packard et Epstein), *Social Science and Medicine*, 33 (7) : 783-785.
- FELDMAN D., FRIEDMAN S.R., DES JARLAIS D. C., 1987, « Public awareness of AIDS in Rwanda », *Social Science and Medicine*, 24 (2) : 97-100.
- FORTIN A.J., 1990, « AIDS, development, and the limitations of the african State », in B. MISTZAL et D. MOSS (eds), *Action on AIDS. national policies in comparative perspective*, Westport, Greenwood Press : 217-234.
- FRANKENBERG R., 1988, « AIDS and anthropologists », *Anthropology Today*, 4 (2) : 13-15.
- GORMAN M., 1986, « Anthropology and AIDS. Introduction », *Medical Anthropology Quarterly*, 17 (2) : 31-32.

- GREEN E.C., 1994, *AIDS and STDs in Africa. Bridging the gap between traditional healing and modern medicine*, Boulder, Westview Press.
- GRIMEK M., 1989, *Histoire du sida. Début et origine d'une pandémie actuelle*, Paris, Payot.
- GRUENAISS M.-E., 1995, « Dire ou ne pas dire. Enjeux de l'annonce de la séropositivité au Congo », in J.P. DOZON et L. VIDAL (éds), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM-GIDIS : 163-175.
- GRUENAISS M.-E., VIDAL L., 1994, « L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique. Introduction », *Psychopathologie africaine*, 26 (2) : 149-153.
- HERDT G., 1987, « AIDS and anthropology », *Anthropology Today*, 3 (2) : 1-3.
- HERITIER F., 1995, « Rapport général », in J.P. DOZON et L. VIDAL (éds), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM-GIDIS : 295-300.
- HRDY D.B., 1987, « Cultural practices contributing to the transmission of human immunodeficiency virus in Africa », *Review of Infectious Diseases*, 9 : 1109-1119.
- HUBERT M., 1990, « AIDS in Belgium : Africa in microcosm », in B. MISTZAL et D. MOSS (eds), *Action on AIDS. National policies in comparative perspective*, Westport, Greenwood Press : 101-120.
- HYDEN G., LANEGRAN K., 1993, « AIDS, policy and politics : East Africa in comparative perspective », *Policy Studies Review*, 12 (1-2) : 47-65.
- KREISS J.K., KOEGH D., PLUMMER F. et al., 1986, « AIDS virus infection in Nairobi prostitutes », *New England Journal of Medicine*, 314 (7) : 414-418.
- LURIE P., HINTZEN P., LOWE R.A., 1995, « Socio-economic obstacles to HIV prevention and treatment in developing countries : the roles of the International Monetary Fund and the World Bank », *AIDS*, 9 : 539-546.
- MACDONALD D.S., 1996, « Notes on the socio-economic and cultural factors influencing the transmission of HIV in Botswana », *Social Science and Medicine*, 42 (9) : 1325-1333.
- OGIEN A., 1995, *Sociologie de la déviance*, Paris, Armand Colin.
- PACKARD R.M., EPSTEIN P., 1991, « Epidemiologists, social scientists, and the structure of medical research on AIDS in Africa », *Social Science and Medicine*, 33 (7) : 771-783.
- PANOS, 1988, *AIDS and the Third World*, London, Panos, (1^{ère} éd. 1986).
- PASSERON J.-C., 1991, *Le raisonnement sociologique. L'espace non poppérien du raisonnement naturel*, Paris, Nathan.
- PELLOW D., 1990, « Sexuality in Africa », *Trends in History*, 4 (4) : 71-96.
- PIOT P., QUINN T.C., TAEMLAN H. et al., 1984, « Acquired immunodeficiency syndrome in a heterosexual population in Zaire », *Lancet*, ii : 65-69.
- POLLAK M., 1992, *AIDS. A problem for sociological research*, London, Sage Publications.
- SALOMON M., 1996b, « L'anthropologie dans les stratégies de lutte contre le sida », in M. SALOMON et R. TOUBON (éds), *Sida, sociétés et populations*, Paris, John Libbey : 246-257.
- SCHEPER-HUGHES N., 1994, « AIDS and the social body », *Social Science and Medicine*, 39 (7) : 991-1003.

- SCHOEPF B.G., 1991, « Ethical, methodological and political issues of AIDS research in Central Africa », *Social Science and Medicine*, 33 (7) : 749-763.
- 1993 « AIDS action-research with women in Kinshasa, Zaire », *Social Science and Medicine*, 37 (11) : 1401-1413.
- SEELEY J., MALAMBA S.S., NUNN A.J. *et al.*, 1994, « Socioeconomic status, gender and risk of HIV-1 infection in a rural community in South West Uganda », *Medical Anthropology Quarterly*, 8 (1) : 78-89.
- SERWADDA D., MUGERWA R.D., SEWANKAMBO N. *et al.*, 1985, « Slim disease : a new disease in Uganda and its association with HTLV-III infection », *Lancet, ii* : 849-852.
- ULLIN P., 1992, « African women and AIDS : negotiating behavioral change », *Social Science and Medicine*, 34 (1) : 63-73.
- VAN DE PERRE P., CLUMECK N., CARAËL M. *et al.*, 1985, « Female prostitutes : a risk group for infection with human T-cell lymphotrophic virus type III », *Lancet, ii* : 524-527.
- VAN DE PERRE P., ROUVROY D., LEPAGE P. *et al.*, 1984, « Acquired immunodeficiency syndrome in Rwanda », *Lancet, ii* : 62-65.
- VAUGHAN M., 1992, « Syphilis in colonial East and Central Africa : the social construction of an epidemic », in T. RANGER et P. SLACK (eds), *Epidemics and ideas. Essays on the historical perception of pestilence*, Cambridge, Cambridge University Press : 269-302.
- VIDAL L., 1995, « L'anthropologie, la recherche et l'intervention sur le sida en Afrique. Enjeux méthodologiques d'une rencontre », *Sciences sociales et santé*, 13 (2) : 5-27.
- 1996, *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Anthropos.
- WAITE G., 1988, « The politics of disease : the AIDS virus and Africa », in N. MILLER et R. ROCKWELL (eds), *AIDS in Africa. The social and policy impact*, Lewiston/Queenston, Edwin Mellen Press : 145-164.
- WEBER M., 1959, *Le savant et le politique*, Paris, Plon (1^{ère} éd. 1919).
- 1965, *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Plon (1^{ère} éd. 1951).

Didier FASSIN, *L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique*

Résumé — Le rapport à l'objet a toujours posé aux sciences sociales un problème qui leur est spécifique et dont la nature est à la fois épistémologique et politique : comment rendre compte objectivement d'un monde dans lequel on est soi-même subjectivement investi et quelle position axiologique adopter par rapport à des valeurs sur lesquelles on porte soi-même des jugements, telles sont en effet les deux interrogations récurrentes depuis Durkheim et Weber. L'épidémie de sida a réactualisé ces questions traditionnelles, tant dans les pays occidentaux que dans le tiers monde, et singulièrement en Afrique, en plaçant les anthropologues devant la double difficulté de la demande médicale et de l'urgence sanitaire. L'histoire des travaux anthropologiques réalisés sur le continent africain depuis le milieu des années quatre-vingt peut ainsi être traitée à la lumière de l'opposition, établie par Norbert Elias, entre engagement et distanciation qui prend précisément en compte les deux dimensions du rapport à l'objet tout en montrant leur caractère

indissociable. Ce modèle bipolaire est toutefois enrichi ici en distinguant, d'un côté, le registre de l'analyse et, de l'autre, celui de l'action. Dans une première période, on constate une abolition de la distance à l'objet, conduisant à des travaux dans lesquels les chercheurs, prisonniers d'un double engagement dans l'action et l'analyse, renoncent aux principes de leur discipline. Dans une seconde période, on assiste à une complexification du champ scientifique avec la différenciation de trois figures que l'on peut désigner, de manière idéal-typique, comme appliquée, critique et impliquée et qui réalisent des combinaisons distinctes des deux positions dans les deux registres. Plutôt qu'une typologie, il s'agit, à travers ce repérage topographique, d'esquisser une sociologie des sciences sociales qui débouche sur des préoccupations éthiques inhérentes à leur exercice.

Mots-clés : anthropologie de la maladie • engagement • distanciation • sociologie des sciences • politique de la recherche • épistémologie • culturalisme • Afrique.

Didier FASSIN, *Anthropology, between involvement and detachment. A sociological approach of social science research on AIDS in Africa*

Summary — Finding the right distance to its objects has always been, for social sciences, a crucial issue with both epistemological and political implications: how can one give an objective account of a world in which one is subjectively involved and what value-related position can one adopt in relation to norms on which one necessarily has an appreciation, have been two permanent questions in these disciplines since Durkheim and Weber. The AIDS epidemics has reactualized these traditional issues, in the Western world as well as in the Third World, especially in Africa, confronting anthropologists with the double constraint of medical demand and health emergency. The history of anthropological research on the African continent since 1985 can thus be regarded in the light of the opposition proposed by Norbert Elias between involvement and detachment which precisely takes into consideration both epistemological and political dimensions of the distance to the object. This dualistic model can nevertheless be enriched by distinguishing the level of analysis, on the one side, and the level of action, on the other one. In the first period, the distance to the object is abolished, leading to research in which social scientists are prisoners of their involvement in analysis as well as in action. In a second period, the scientific field becomes more complex, with the differentiation of three ideal types : applied, critical and involved, which combine the two positions in action and analysis. More than a mere typology, this representation means to be a dynamic topography of the social sciences opening onto ethical issues which are inherent to their practice.

Keywords: medical anthropology • involvement • detachment • sociology of science • politics of research • epistemology • culturalism • Africa.

3. Social science research: understanding and action

Christine Obbo

Introduction

The Sali Conference was a historical meeting in many ways. It represents a new form of international co-operation between African and European research institutions; it is the first attempt to assess what has been achieved after a decade of AIDS research; and it has brought together a global cast of social scientists, some with extensive experiences from different parts of the world. In addition to promoting co-operation and collaboration among social scientists, it is hoped that the deliberations at this meeting will lead to 'understanding and action'¹ and thereby strengthen research that informs the struggle against AIDS. The theme of the XIIth World AIDS Conference held in Geneva in the summer of 1998 was 'Bridging the Gap'. But in fact, in the North/South divide, there are several gaps to be bridged namely: the gaps in the development of AIDS prevention programmes and access to treatment; and the gaps in collaboration which inhibit the sharing knowledge, skills and experiences. This move to forge a new partnership to fight the epidemic is a direct response to the loud clamour of the dispossessed sufferers to 'own' the epidemic. Some social scientists, particularly anthropologists, have for sometime advocated the practice of involving people in the research agenda by letting them identify the priority problems through information gathering, data analysis and solution suggestions. AIDS is forcing researchers to reformulate their research methodologies and their relationship to those they study. It is no longer research as usual for the consumption of the predominantly North academic community only, the new methodologies and dissemination channels must ensure the sustainability of policies based on social science research.

Tomorrow, AIDS could be cured!

At every meeting we note once more that AIDS is still a health problem without a cure and we reaffirm our continued struggle against

¹ This is the motto of the University of Bordeaux based 'Sociétés d'Afrique & Sida' international network of AIDS researchers, which puts out a newsletter by the same name.

the disease. With every new medical discovery, we echo the sentiments of the editorial written during the XIth international Conference in Canada:

This is no time to jet up on the battle against the disease.

Fourteen years ago, AIDS had no name.

Today AIDS has no mercy.

Tomorrow AIDS could be cured.

(The Windsor Star, Canada. July 1997).

The new drug therapies, particularly the recent developments in antiretroviral (ARV) treatments, appear to offer real hope to people living with HIV/AIDS (PLHA) of prolonged and disease free survival. Impressive short-term and mid-term clinical results using protease inhibitors and combination therapies respectively have offered hope to many afflicted with HIV. These therapies have raised the possibility, in the developed countries, that HIV/AIDS could and will become a chronic disease treated mainly on the out-patient basis. This will definitely improve the quality of life for the affluent PLHA. The new therapies will for a long while remain mainly a hope for many poor people of the world who cannot afford the costs and would be hard-pressed to follow the strict regimentation required. Even when cures become available in developing countries, it will mainly be affordable to the power and economic elites, the majority of people who are already lining up for vaccine trials will be left as spectators.

Social scientists must actively share their research and theoretical knowledge of the socio-economic and political dynamics in international and national fora in order to influence policies on AIDS prevention. At the moment social science perspectives suggest the need for cautious optimism in connection to ARVs. Take for instance the issues of accessibility and affordability: the combination therapies are prohibitively expensive at \$1,000 to 15,000 per month; the time and discipline required for medication is difficult to observe for many; and securing the support of convenient and efficient medical services is an impossibility in most cases. ARVs are available to a very wealthy minority in developing countries, though some doctors may be prescribing them without sufficient understanding and correct use. ARVs involve a rigorous regime of taking fifteen to twenty tablets a day in order to avoid the emergency of drug resistance. Essential to the therapies is the clinical monitoring of adverse reactions both those felt and experienced by patients as well as those that can only be scientifically evaluated. Long-term clinical outcomes have not been demonstrated. Resistance to triple therapy may occur; and strong viral rebound may occur leading to deterioration when treatment is interrupted.

In summary, social scientists must impress upon the political and health policy makers, the implications of the social, financial, clinical and ethical implications of providing ARVs. While we acknowledge and celebrate the progress made by medical scientists, our efforts must focus on sex health education as suit the most effective tool in the battle against the epidemic until a cure is found which is accessible to the

majority of PLHA in the world. Effective sex health education must focus not only on the technology of protection afforded by condoms, but must also tease out the socio-cultural and economic nuances that promote its adaption. In other words, our research must help people and policy makers to translate the public health information on HIV transmission and how to avoid it into knowledge for survival.

Social science and AIDS research

It is obvious that social sciences have an important role to play, but why have not our contributions been in the forefront of combating HIV? HIV/AIDS was from the beginning regarded as a public health issue that would be solved by health education, the technology of condoms and scientific search for a cure. Social science models suggest that the battle against HIV/AIDS must address the social, political and economic milieu in which individuals live and which provide the background for attitudinal changes and behavioural change. The slow incorporation of social science knowledge into mainstream educational policies, put in jeopardy the lives of many people at risk.

Social scientists were late starters in studying AIDS. AIDS medicine has been practised since 1984 and AZT prescriptions written since 1987. The annual HIV/AIDS research industry worldwide is estimated at \$8 billion. But even as late as 1989, social scientists, particularly anthropologists, were included as token members on research projects by scientists who regarded 'culture' as an obstacle to the effective fight against the epidemic. Because HIV is transmitted predominantly through penetrative sex, money and time were wasted on identifying specific cultural practices that increased the risks of HIV transmission.¹ The year 1989 marked a watershed in the involvement of social scientists in AIDS research when the Canadian International Development Research Centre organized a workshop on 'Human Sexuality: Research Perspectives in a World Facing AIDS' to precede the Vth World AIDS Conference. Accordingly, the workshop focused on four areas (IDRC 1989):

- i) to determine how sexuality research differs from other social research;
- ii) to review research on AIDS and sexual behaviour;
- iii) to discuss the major research methodological issues in studying sexual behaviour;
- iv) to recommend strategies for changing sexual behaviour.

But perhaps most important of all, was the workshops focus on notions of power and control relationships:

- who owns research?
- who sets the research agenda?

¹ African researchers situated the discourse on sexual practices in the distant past or in some rural social customs. Until 1990, when AIDS appeared in epidemic proportions in India and Thailand, some observers claimed a specific African sexuality that explained why the epidemic had spread rapidly in Africa and not in Asia.

- who gets empowered by research?
- what is done with the results?
- what are the implications when one person or a group set out to change the behaviour of others?

These are also the main concerns that are dealt with in this paper.

In AIDS research the process is the product

HIV/AIDS researchers have had to face the issue of commitment. It is true that many have done research, taken it back to their universities and organizations, published books and got recognition and promotion. Needless to say that this will continue to happen, but there has been increasing commitment among researchers to help the people they study. Many anthropologists, for example, increasingly use group methods which I will collectively refer to as Action Research. These methods were developed in the 1980s by advocates of development from below who were frustrated by the failure of institutional and state-centred development policies (Chambers 1983; Cernea 1990). These involve focused group discussions, as a way of involving people in information collection, quick assessment and analysis of problems and suggestions for solutions.

Furthermore, performative methods using drama and role playing can be used to highlight problems, priorities and solutions. These methods make information immediately available for community use. Action research is a process that involves the researchers (as facilitators) and the people (with lived experience and embodied knowledge) in interpreting, reinterpreting or reinventing and changing culture. The people and researchers are partners in the search for knowledge and solutions. This involvement of people in the process of information collection and analysis encourages the translation of information into usable knowledge. In AIDS research, it has been important to transcend what at first sight appear to be cultural obstacles into opportunities for change and human survival.

Action research when done well, allows power in the research situation to be shared and encourages people to explore ways behavioural change can best be achieved. This seems to be the ideal solution to issues pertaining to power relations because both the researchers and the people benefit. However, the issue of who sets the agenda and who gets empowered by research still remain problematic. It is important to ask two questions: who locally benefits from action research and who benefits from collaborative research between North and South scholars. Often the pressure to get quickly data for immediate use leads to local leaders dominating the discussion fora and thus silencing the people whose views remain unheard (Pottier 1997). In many situations giving voice to the people leads to the rise of professional spokespersons who may start out as articulating the 'we' position but soon change to the 'I' stance so as to boost their prestige. This is particularly true of non-governmental organizations where the

power to speak is dominated by the founders or other leaders who are regularly contacted by researchers and AIDS agencies for expert advice. Vested interests are created as the same people are seen by outsiders as community spokespersons and are paid per diem to attend local, national and international fora. Clearly in this the benefits of AIDS research are predominantly accrued by the spokespersons.

On the issue of who benefits from collaborative research, it can be said that Northern researchers have been at best reluctant colleagues of African researchers. In Africa our financial poverty to fund research has meant that most of the researchers and many of the budgets for AIDS research and intervention come from the North. This is true of other types of research as well. Since funding is always tied to specific research agenda, many researchers don't feel free to do as they please. Crewe's description of the day to day dynamics in foreign aid funded projects, is instructive. It is planners in donor agencies who make the important planning decisions. "They hire advisers to write very short reports or tell them what to do verbally" (Crewe 1997: 61). These advisers and expatriates impart technical, managerial, marketing, business and social-scientific wisdom through assistance and training and it is called 'indigenous capacity building'. This 'expert' assistance takes \$7-8 billion of donor money a year (*ibid.*). Indigenous capacity building fails because the expatriate advisers use many strategies to assert their perceived superiority over 'local'. They quote recent publications (which are often difficult to obtain locally), refer to their work in other countries, contradict locals and generally dominate meetings with their speeches. Thus expert superior knowledge is asserted by constant reiteration development jargons and methods as well as ability to use the latest technologies such as computers (*ibid.* 74-76). The situation is not different in AIDS research. As Michel Foucault (1980) noted, knowledge is power. Collaboration between researchers must be seen in the general context of international geo-political co-operation, whether in trade or cultural exchanges. Organizations and individuals compete fiercely to dominate the AIDS agenda in different African countries. It is not a surprise, for instance, that the names that have dominated the United Nations Global AIDS programme often reads like a roll-call of those who worked in Zaire during the 1980s. Often when Northern researchers have their gaze fixed on the prize of being AIDS experts, they act unscrupulously, minimizing the contributions and appropriating the intellectual labour of Southern colleagues. In fact many feel that they put such labour and see no obligation to acknowledge it. Nonetheless, some Northern scholars do acknowledge local contributions and even credit locals with co-authorship. However, the distances between Northern and Southern universities, where the resources for analysis and writing are located, encourage the marginalization of African intellectual efforts. We must re-examine and strive to change the prevalent intellectual division of labour whereby Africans are 'research assistants' who collect data and are debriefed by Northerners who process the data. The neo-colonial

mentality that sees African scholars as our man or woman in 'Banga Banga' undermines the social science contribution of Africans. The writing and analytical capacity of African scholars must be promoted so that they too enjoy unqualified professional prestige as AIDS experts.

The research styles of researchers show the degree of their commitment to those who are suffering. This is illustrated by the two examples below. The first incident took place in 1990 in Kinshasa, Zaire, during the Vth International Conference on AIDS and STDs in Africa. When a social scientist who was working with a medical research team was asked why people whose blood samples were taken in their project were never informed of their serostatus, and why it took two years for the results to become available, she replied: "I am paid to do research and not to interfere. It takes two years for refereed articles to come out in journals". The question here is whether in the days of AIDS this attitude of research as usual for the consumption of the academic community is ethically acceptable? Should researchers study the natural history of AIDS without the intervention of counselling or education? Is it acceptable to deprive the people and policy makers the results of research until they are presented at international meetings or appear in journals? These questions are worth pondering as desperate people line up for vaccine trials.

The second incident took place in 1992 during the VIIIth International Conference on AIDS at Amsterdam, Holland.¹ A person living with HIV/AIDS (PLHA) posed a question to an expert who had just presented a paper on her home town. As the expert asserted his superior knowledge in answering her, it became obvious that his 'knowledge' was not grounded in what was actually taking place. This case raises the problem of 'instant experts', and competition for professional prestige. Commonly, this is done by visiting a country and writing reports after talking to expatriates who 'know what is going on'. Alternatively, the researchers consult locally based non-governmental organizations to help locate research assistants. The assistants are told what to do after a safari tour of the research area. The researchers give partial payment and return home or move on to check on the half a dozen or so international AIDS projects they are operating. The research assistants sit down and write reports from what they know without the benefit of research. The employing researchers often pay up even while complaining that the reports are poor work. Nonetheless, elegant reports come out and are quoted by more expatriate experts. These short cuts to research have undermined the impact social science research could have had by now in combating AIDS.

¹ This meeting was historical because it marked the beginning of the struggle for what I call 'epidemic ownership'. For the first time non-governmental organizations sponsored many PLHA to attend an international meeting. ACT-UP, the New York based gay activist group, held many memorable demonstrations. African PLHA were inspired enough to form an association and hold a meeting in 1994.

In an apparent struggle to own the epidemic, one constantly hears local spokespersons dismiss social science research with 'we know it all because we know the culture' assertions. As the saying goes, the proof of the pudding is in the eating. Why has it taken so long to curb the spread of HIV if local experts are so knowledgeable? It is perhaps time we educated Africans admit that we do not automatically know what the poor, the peasants and the less educated think: we need to talk with them. If we want to really know what is going on; to identify what are the contested meanings, which are the areas of resistance and how information, such as that on AIDS prevention, can be translated into knowledge for survival, we must do research away from our offices and desks and we must listen to what people are saying not what we think they are saying. This requires humility and patience to realise that getting worthwhile data is a time consuming process and that things are not often what they appear to be at first sight. We should to use our 'double consciousness' (DuBois 1961) as insider/outsider by virtue of being native and educated to interpret the social, cultural and political nuances of words and action. As 'natives' we may have the advantage of recognizing speech patterns, tone and silences, and body language. We may also hold positions on issues. However, as trained social scientists we should be able to use the theoretical and analytical tools to present studies encompassing different perspectives of the problem. The perceived wisdom from anthropology is that if we stay long enough with the people it may be possible to solve puzzles over contradictions between words and action (Obbo 1995).

The relationship between the theories and models we take to the field to guide our research and the actual information we collect sometimes raises ethical concerns. Data should help us modify, refine or confirm our models: it may even generate new theories. However, this is often not the case. Below are two examples where square pegs of theory and model were rammed into round holes of data. In a project in which I spent eleven months of intensive participant observation interviewing and living among the people, conflict arose over how data was being interpreted to fit the pre-research model. In the final model which depicted what happens to families at different stages during the process of coping with the epidemic, AIDS was privileged as the cause of girls being out of school. The fact that the area had always undervalued girls education because of general poverty, the predominance of pastoral culture and the cultural practices that overemphasized the competence of girls in the performance of domestic chores, were ignored. These factors pre-date the AIDS epidemic. Girls had never stayed in school because their involvement in domestic chores meant that they missed school so often that they were unable to keep up with school work. They dropped out of school because they were ashamed to repeat a year with younger classmates; and no one pressured them to persevere. What concerned the guardians and parents was their indispensable labour contributions and the eventual bridewealth they would command as skilled home managers.

The second case is that of a poor sick man living alone whom my colleagues happened upon when they were doing reconnaissance

research. The researchers tried, with the help of a research assistant from another part of the country, to interrogate the man. A crowd had been attracted by a white Land Rover with 'British AID' written on one of the doors, the two white men and a non-local African man. The crowd appeared to be interpreting what the man was saying to the strangers without either side really comprehending what was being said. But this man ended up as a perfect candidate for the model slot where abandonment was required. The man in question had come to Buganda during the 1940s and 1950s Banyarwanda migration to southern Uganda. Many of these men worked as agricultural labourer for Baganda coffee farmers (Richards 1973). Some eventually returned to Rwanda, others became assimilated in the host culture through ties of marriage and patron-client relationships, but still others lived as squatters or tenants. Most of the latter had limited social interactions with the host population because they never mastered the local language, they usually remained poor and unmarried; and were despised. They often drank too much after work. But they survived because there were always local people who did not entirely marginalise them: they visited them when ill. The man in the model was a marginal Munyarwanda in Buganda, and he had a fever and was found by the researchers sunning himself outside a hut that was on the edge of the forest. However, he was neither abandoned by his family, nor was he suffering from AIDS. In summary, these contrived examples lessen the impact that social science could have in the formulation of effective policies. Local policy makers merely laugh when situations that are attributed to AIDS actually are widely known to have preceded the epidemic.

Social sciences and the study of sexual risk

"The heart has its reasons which reason knows nothing of"
(Blaise Pascal, 1669)

This quote suggests humility when dealing with human motivation and action because most things people do are not and need not be rational according to the laws of logic. Human sexuality has proved such a complex and contested area requiring that social scientists be humble before the facts. Our tasks are to reveal the social, economic, political and historical structures which influence the seemingly personal decisions of hearts.

Since the predominant mode of HIV transmission is through sexual intercourse, how much has social scientist contributed to sex research. At the 1989 Ottawa IDRC workshop, social scientists doing AIDS research acknowledged that "The AIDS epidemic caught us ill prepared to answer basic questions about people's sexual behaviour. Efforts to fill this void have not always been based on sound methodological footing. Unfortunately, we are in the unfortunate position of playing catch up" (Zenner 1989: 88; see also Bolton 1992). It was an admission that "Major concerns in the lives of people

revolve around their sexuality. Human sexuality is a pleasurable activity; it dominates fantasy; it both establishes common bonds and identifies gulfs between people: and it occasionally conceives new life" (Cantania 1989: 48).

In the late 1990s, anthropologists doing research on AIDS have focused on culture, sex and sexual risk. The studies reveal a complex picture in which human sexuality is on the one hand a cultural construct and on the other a source of culture and yet not under its aegis. The emphasis here is on both culture and human agency and the symbolic economy of sex. To date the most informative research on sexuality has been realized on homosexuals and bisexuals in Europe, Latin America and North America (Parker 1991; Henriksson *et al.* 1995). This has been due to the grassroots efforts of the affected communities and the commitment of anthropologist to do intensive participant observation research among other things. Hard studies of sexuality among African groups are non-existent and most analyses have not gone beyond looking at polygyny, promiscuity and sex work. Homosexuality has not received the research attention it deserves because of political phobia and the way some researchers have combed ethnographic monographs and uncritically lumped together all same sex activities and associations as homosexuality. Likewise researchers working mainly in West Africa have analysed ethnographic studies on African societies and concluded that the rapid spread of AIDS can be explained by an African sexual system (Caldwell *et al.* 1989). African sexuality was seen as a product of lineage concerns with descent and reproduction that reduced the conjugal bond to emotional poverty. This we are told is a recipe for promiscuity. This selective analysis of ethnographies that were never focused on the study of sexuality, needless to say leaves out contradictory evidence and is hampered unfamiliarity with linguistic nuances.

AIDS has revived network studies to map out the routes through which HIV is spread, and to help explore the dynamics of power relations in communities, in families, and between men and women (Hunt 1989; Obbo 1993a). Unexamined, normal everyday movements, other than going to the bar or market, can reveal unexplored networks that put people at risk for HIV infection (Obbo 1997). Sexual networks also have the potential to be used as HIV prevention networks, especially among the youth (Obbo 1995).

In addition to network research and analysis, anthropologists have found that there is a symbolic economy of sex that hinder the practice of safer sex. Because homosexuals were the first group to be severely afflicted by AIDS, they have not only been pioneers in sex research and education but they invented the concept of 'safer sex'. Despite the success rate with condom use among homosexuals, researchers report a retrogression to unsafe sexual behaviour because young homosexuals regard AIDS as an adult problem, and some men regard condom use as a nuisance to the intimacy of feeling their partners sperm inside them when they have anal sex (Henriksson *et al.* 1995: 172). In Uganda, I found that sex workers fail to use condoms with 'special' male friends partly because of the intrinsic intimacy they associate with

semen inside them (Obbo 1993b). Before dismissing people's behaviour as irrational, it is important to understand what they regard as intrinsic to their sexuality: what gives them pleasure and what they regard as intimacy.

It is also important to pay attention to the intersection where gender and cultural terms inform the construction of each other. For example, the majority of sex workers do so by economic necessity but at the same time they hold romantic notions that puts them at risk. Many engage in unprotected sex because they are preoccupied with getting marriage. They live in a milieu in which everyday gender ideology regards women as socially worthy only when they marry and have children. The ideology of wifehood and motherhood divides women into the binary categories: 'good women' who are virgins before marriage and sexually monogamous when married; and 'torse women' who are sexually 'promiscuous'. Women increase their marriage chances if they appear to be virgins and monogamous. Sex workers by having unprotected sex are declaring their monogamy. Over four-fifths of African women are infected by their single partner: their husband. Often women fail to negotiate safe sex because suggesting condom use implies sexual promiscuity on their part as well as distrust of their partners. The negotiating powers of economically dependent women is weak and so they get infected rather than risk social criticism or being thrown out to starve. The complex motivations influencing behaviour must be addressed at many levels in order to motivate behavioural changes. This is the political ecology of gender relationship which must be deconstructed and used as an opportunity for change (Schoepf 1995).

In conclusion, the networking gendered by this meeting among us will foster co-operation and consolidation of our research efforts. We are poised at the crossroads of understanding and action.

Bibliography

- BOLTON R. 1992. "Mapping Terra Incognita: sex research for AIDS prevention. An urgent agenda for the 1990s", in G. HERDT and S. LINDENBAUM (eds), *The time of AIDS: social analysis, theory and method*, Newbury Park: Sage Publications.
- BRUMMELHUIS H. T. and HERDT G. (eds). 1995. "Introduction: anthropological perspectives on AIDS", in H. T. BRUMMELHUIS and G. HERDT (eds), *Culture and sexual risk: anthropological perspectives on AIDS*, Amsterdam: Gordon and Breach: IX-XXIII.
- CALDWELL J.C., CALDWELL P. and QUIGGIN P. 1989. "The social context of AIDS in sub-saharan Africa", *Population and Development Review*, 17: 229-262.
- CANTANIA J. A. 1989. "The AIDS epidemic: quantitative assessment", in International Development Research Centre, *Human sexuality: research in a world facing AIDS*, Ottawa: IDRC: 67-91.

- CERNEA M. 1990. "Putting people first: social science knowledge for development interventions", in H. M. MATHUR (ed), *The human dimensions of development: perspectives from anthropology*, New Delhi: Ashok Kumar Mittal Concept Publishing Company.
- CHAMBERS R. 1983. *Rural development: putting the last first*, London: Longman.
- CREWE E. 1997. "The silent traditions of developing cooks", in R.-D. GRILLO and R. L. STIRRAT (eds), *Discourses of development: anthropological perspectives*, Oxford: Berg: 59-80.
- DUBOIS W.E.B. 1961 [1953]. *The souls of black folk*, Greenwich: Fawcett Publications.
- FOUCAULT M. [C. GARDON, ed]. 1980. *Power/Knowledge: selected interviews and other writings 1972-1977*, New York: Pantheon Books.
- HENRIKSSON B. and MÅNSSON S. A. 1995. "Sexual negotiations: an ethnographic study of men who have sex with men", in H. T. BRUMMELHUIS and G. HERDT (eds), *Culture and sexual risk: anthropological perspectives on AIDS*, Amsterdam: Gordon and Breach: 157-182.
- HUNT C. W. 1989. "Migrant labour and sexually transmitted disease: AIDS in Africa", *Journal of Social Behaviour*, 30: 353-373.
- IDRC (International Development Research Centre). 1989. *Human sexuality: research in a world facing AIDS*, Ottawa: IDRC.
- OBBO C. 1993a. "HIV transmission through social, and geographical networks in Uganda", *Social Science and Medicine*, 36 (7): 949-955.
- 1993b. "HIV transmission: men are the solution", *Population and Environment* 14 (3): 211-243.
- 1995. "Gender, age and class: discourses on HIV transmission and control in Uganda", in H. T. BRUMMELHUIS and G. HERDT (eds), *Culture and sexual risk: anthropological perspectives on AIDS*, Amsterdam: Gordon and Breach: 79-98.
- 1997. "Normal social networking: unexamined patterns of migration and unexplored areas of HIV/STD transmission", Paper presented at the Xth International Conference on AIDS and STDs in Africa, Abidjan, December 1997.
- PARKER R. G. 1991. *Bodies, pleasures, and passions: sexual culture in contemporary Brazil*, Boston: Beacon Press.
- PASCAL B. 1941. [1669]. *Pensées*, New York: Modern Library.
- POTTIER J. 1997. "Towards an ethnography of participatory appraisal and research", in R.-D. GRILLO and R. L. STIRRAT (eds), *Discourses of development: anthropological perspectives*, Oxford: Berg: 203-227.
- RICHARDS A. I. (ed). 1973. "The assimilation of immigrants", in A. I. RICHARDS, *Economic development and tribal change: a study of immigrant labour in Buganda*, Nairobi: Oxford University Press: 161-193. (also, 1954, Cambridge: Heffer and Sons).
- SCHOEPF B. Grundfest 1995. "Culture, sex research and AIDS in Africa", in H. T. BRUMMELHUIS and G. HERDT (eds), *Culture and sexual risk: anthropological perspectives on AIDS*, Amsterdam: Gordon and Breach: 29-51.
- ZENNER R. A. 1989. "Qualitative approaches to the study of human sexuality", in IDRC, *Human sexuality: research in a world facing AIDS*, Ottawa: IRDC: 47-68.

Christine OBBO, *Social science research: understanding and action*

Summary — Research, theory and application are interconnected in the days of AIDS when the understanding gained from research must generate action. AIDS research has focused attention on two areas of tension: between long term and short term objectives of research; and between researchers and researched. The dynamics of research have weakened the contributions of social science research to the AIDS epidemic solutions. At issue is the ownership of research. To date, AIDS has benefited the scientists, officers of AIDS agencies and their fellow traveller social science experts rather than the people who are suffering. But we are on the threshold of networking and collaboration which should promote understanding and action.

Keywords: research • researchers • action • people living with HIV/AIDS
• networking • AIDS agencies.

Christine OBBO, *La recherche en sciences sociales : la compréhension et l'action*

Résumé — La recherche, la théorie et l'application sont liées en temps de sida, où la compréhension acquise par la recherche doit engendrer des actions. La recherche sur le sida s'est concentrée sur deux pôles de tension : d'une part entre les objectifs de recherche à long terme et ceux à court terme, d'autre part entre les chercheurs et leurs "objets" de recherches. Les dynamiques de recherche ont affaibli les contributions des sciences sociales aux solutions à la pandémie du sida. En fin de compte, l'enjeu est la propriété de la recherche. Jusqu'à nos jours, le sida a profité aux scientifiques, aux agences concernées par le sida et à leurs confrères voyageurs-experts en sciences sociales, plutôt qu'à ceux qui souffrent. Mais nous sommes parvenus au seuil d'un travail en réseau et d'une collaboration qui doivent promouvoir la compréhension et l'action.

Mots-clés : recherche • chercheurs • action • personnes vivant avec le VIH/sida
• travail en réseau • agences concernées par le sida.

4. De quelques lieux de rencontre de disciplines et concepts communément mobilisés par la recherche sur le sida¹

Laurent Vidal

« la croyance se lie au savoir non pas en s'y mêlant ...
au point d'en paraître indiscernable, mais comme son
prolongement ou comme un excès présumé provisoire »

Jean Pouillon, *Le cru et le su*, PUF, 1993 : 24

De la rencontre de disciplines...

La volonté d'un grand nombre d'initiatives de recherche sur le sida d'engager des réflexions interdisciplinaires² débouche fréquemment sur des constats forts généraux et guère novateurs. Cet appauvrissement du sens et du contenu de la rencontre de disciplines variées sur un objet de recherche "commun" s'explique précisément parce que l'"objet" en question n'est qu'illusoirement commun aux disciplines mobilisées. Pour illustrer ce constat, je prendrai l'exemple de la prostitution, objet de multiples investigations épidémiologiques et socio-anthropologiques. Alors que l'épidémiologie s'intéresse à un multipartenariat sexuel rémunérateur, facteur de diffusion de l'infection à

¹ Ce texte reprend certaines analyses présentées dans un ouvrage publié en 1996 aux chapitres 4 et 5. Cependant, les données de la partie "Classer le sida, modeler une maladie" ont été complétées par des éléments inédits et celles de la partie "A l'aune de la prise en charge, la prévention" ont été actualisées à la lumière des récentes avancées thérapeutiques et de leur arrivée annoncée en Afrique. La réflexion se fonde sur une étude des réponses sociales à la maladie élaborées par des patients infectés par le VIH, (pris en charge pour une tuberculose dans les Centres antituberculeux d'Abidjan et suivis durant quatre années), par leur entourage et par des acteurs de leur prise en charge thérapeutique.

² Nous adoptons la définition proposée par S. Lindenbaum (1992 : 321), qui distingue 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") et — approche que nous préférons — 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*).

VIH, l'anthropologie identifie de multiples rapports à l'argent, à la sexualité, mais aussi au sentiment amoureux¹ : toutes deux utilisent cependant le même terme de prostitution, voire celui “politiquement correct” de “commercial sex workers”. En revanche, ces deux disciplines semblent partager le souci de comprendre les déterminants de la diffusion sexuelle du VIH à travers, par exemple, la question essentielle de la négociation de l'utilisation du préservatif. A travers cet exemple, se trouve brièvement illustré le contenu de cette étude : définition de l'objet de la recherche et de ses objectifs (§ I), et réflexion sur le contenu des notions et concepts mobilisés (§ II), constituent autant de démarches indispensables pour une appréhension contextualisée² des savoirs et pratiques relatifs au sida. Cette contextualisation va de pair avec le souci de définir des activités de recherche possédant une claire dimension d'implication.

***Les exigences interdisciplinaires :
de la construction de l'objet à la définition des objectifs***

L'exemple de la prostitution le montre : du travail préalable de définition conceptuelle imposé par un objet multiforme, nous devons par conséquent passer à la délimitation d'un objectif de réflexion commun. Or, définir des objectifs de recherche oblige à penser les concepts utilisés et fonde progressivement des choix de méthode raisonnés, directement corrélés à ce qu'on souhaite étudier. En somme, plutôt que d'opérer une rencontre sur des méthodes hâtivement élaborées, la démarche interdisciplinaire 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 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

¹ Plus de la moitié d'un groupe de jeunes femmes “libres” interrogées au Sénégal estimaient “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 et Seck 1988 : 108).

² Je me réfère ici non seulement au contexte de vie des personnes atteintes par le VIH et au contexte de la pratique des acteurs de sa prise en charge mais, aussi, au contexte de production du savoir médical (dans ses dimensions préventives ou épidémiologiques), notamment à travers les oppositions qu'il a posées — et pose parfois encore — entre séropositivité et maladie, prévention et prise en charge, chronicité et acuité.

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 mêmes 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.

Cette première hypothèse de réflexion appelle immédiatement une interrogation : dans quelles situations de recherche une telle conception de l'interdisciplinarité peut-elle trouver une application et ne pas demeurer une simple construction intellectuelle ? Il me semble important de souligner, à cet égard, qu'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, la révélation du diagnostic médical et le suivi à domicile, eux-mêmes parties intégrantes du dépistage, de l'annonce de la séropositivité et du "suivi psychosocial". Sur ces points, chercheurs (anthropologues, psychologues, épidémiologistes) et acteurs de la santé (médecins, assistants-sociaux, infirmiers ou sages-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 précises de risque (partenaires de séropositifs), 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 test¹. 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 une 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 doit tenter 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. Ainsi les 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 incertain² 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

¹ Pour un bilan récent de situations rencontrées en Afrique en matière de dépistage on se reporterà utilement aux contributions de l'Atelier de Bobo-Dioulasso, tenu en mars 1997 (Desclaux et Raynaut 1997). Dans une perspective plus anthropologique, voir Collignon, Gruénais et Vidal 1994.

² 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 une étude qualitative 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 » (Beardsell 1994 : 16).

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 Centres antituberculeux (CAT) 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'épidémiologue, dès lors qu'un accord s'établit sur l'objet de leurs 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 qu'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 mise en forme du diagnostic d'une affection fatale), l'épidémiologue (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, le médecin estimant, lui, 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 questionner des médecins sur leur approche de 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 débuter 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 psychosocial et accompagnement à domicile

Une priorité d'analyse interdisciplinaire comparable me conduit à proposer un travail non pas sur le "suivi psychosocial" 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 qui est à même de représenter un objet de questionnement interdisciplinaire. La notion de "prise en charge psychosociale" 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, notamment 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 paramédical (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. Évidente 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 interroge, 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.

A la rencontre de concepts

Du dépistage au consentement au test, de l'annonce au diagnostic médical et du suivi "psychosocial" 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 : ainsi, comment de possibles lieux de convergences émergent, par-delà des oppositions trop rapidement affirmées, 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. Il en est de même de la troisième opposition, entre maladie chronique et maladie *aiguë*, dont la réalité déjà discutable dans un contexte habituel de suivi de la maladie, se trouve encore plus remise en question avec l'arrivée des nouvelles thérapies antirétrovirales.

Chacun, avec des mots et suivant des objectifs divers, utilise et modèle ces notions et ces concepts, 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* (CDC) d'Atlanta et adoptée par l'OMS a laissé la place en Afrique aux critères dits de Bangui puis d'Abidjan¹ : évolution qui remet incidemment en question la nature de la différence opérée entre séropositivité et maladie.

La classification OMS-CDC en quatre stades (primo-infection², 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 anticorps au VIH, en l'absence de tout signe clinique. Comme le fait remarquer François Chièze (1994 : 29), « un tel catalogage est difficile à pratiquer dans les pays où les moyens diagnostiques manquent », ce qui est notamment le cas en Afrique. A cet égard, le complément de définition apporté en 1992 — selon lequel le passage de la séropositivité à la maladie s'effectue quand la concentration sanguine des lymphocytes T4 chute en dessous de 200 / mm³ — s'avère fréquemment inapplicable dans les conditions diagnostiques rencontrées en Afrique : par-delà leur pertinence au regard de la situation africaine, ces deux

¹ Nous utilisons dans ce paragraphe les définitions proposées par F. Chièze (1994 : 29-32).

² La personne infectée ne sécrète pas encore d'anticorps : le test de dépistage du VIH est alors négatif.

définitions véhiculent donc 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 médecin sont rapprochées d'une grille d'analyse¹ permettant le diagnostic de sida. Simplifiée sur le plan clinique au regard de la procédure développée par les CDC et l'OMS², une telle définition effectue 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 réintroduit, 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 (Chièze 1994 : 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 paraît essentiel d'attirer l'attention sur l'existence de moyens diagnostiques qui conduisent pourtant 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'une fois guéris de

¹ 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.

² Dont la classification clinique comprend en réalité sept niveaux : le stade III et les six groupes du stade IV.

leur tuberculose, ils ne sont plus malades *stricto sensu*, ils devraient alors “revenir” séropositifs asymptomatiques : or, la catégorisation médicale n’autorise pas un tel retour en arrière, en particulier parce qu’une disparition des signes cliniques (ici la tuberculose) ne s’accompagne pas nécessairement, sur le long terme, d’une remontée du taux de cellules T4. Là encore, clinique et biologie peuvent entrer en contradiction dès lors qu’il s’agit de définir la séropositivité et de l’opposer à la maladie.

Parallèlement à ces considérations biomédicales, une réflexion de nature plus anthropologique confirme la fragilité d’une distinction entre séropositivité et maladie qui tendrait 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 qu’on demeurera toujours susceptible de transmettre le mal, qu’on suit un traitement (antituberculeux) et qu’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, 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 antituberculeux, 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 est infecté par le VIH — en cours de traitement antituberculeux ou longtemps après son terme — il ne peut isoler cette information de la maladie¹. 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 par ailleurs 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-méicalisation 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 *versus* 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

¹ Avec les traitements antirétroviraux, différencier la séropositivité, définie cliniquement et biologiquement, de la maladie s'avèrera être une entreprise de plus en plus délicate, compte tenu de la lourdeur du traitement et de ses possibles effets secondaires, inscrivant de fait la "séropositivité traitée" dans un registre de maladie : pour une revue des changements d'ores et déjà introduits par l'arrivée des multithérapies antirétrovirales ou, dans le cas de l'Afrique, susceptibles d'intervenir, le lecteur peut se référer à Vidal *et al.* (1997).

en celui des seuls patients développant des manifestations opportunistes du sida. La diversité des situations face à la maladie n'exclut 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".

A l'aune de la prise en charge : la prévention

Dans leurs déclinaisons 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 biomédical 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 est 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 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 ; Kalé 1995) à tenir compte de la présence de la maladie — susceptible d'expliquer les déplacements et retours au pays¹ — 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

¹ Dans les travaux coordonnés par Kalé Kouamé il s'agit de prostituées professionnelles, majoritairement Ghanéennes et installées dans des quartiers populaires d'Abidjan.

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 psychosociale” 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 leurs partenaires.

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 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 indépendamment les uns des autres, ces lieux de négociation 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 tel malade hésite à parler à sa compagne 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. Quand, à l'inverse, telle malade 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, si telle autre décide d'être abstinente, elle concilie les recommandations d'un tradithérapeute (selon lesquelles 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 pseudoscientifique de ce tradithérapeute 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 maintenant à un autre aspect du débat médical aux attendus conjointement politiques et anthropologiques, posant à son tour un principe de différence (chronicité *versus* 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^{er} 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 (*ibid.* : 10-11) évoque ainsi la répétition des troubles, des "désordres", inhérente à toute maladie chronique, qui conduit le médecin à "contrôler" l'évolution de l'affection et non à prétendre la guérir. 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 — principalement dans les pays développés — à des multithérapies antirétrovirales administrées de plus en plus tôt dans l'histoire naturelle de l'infection confortent l'analyse du sida en termes de maladie chronique.

Une telle définition médicale du sida comme maladie chronique n'apparaît cependant guère recevable dans des contextes africains où demeure exceptionnel l'accès aux traitements antirétroviraux et toujours difficile celui aux antibiotiques susceptibles de traiter certaines affections opportunistes liées au sida. 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 le sida peut être cliniquement défini comme une maladie chronique, il demeure actuellement traité comme une maladie *aiguë* » (Clarke 1994 : 596) : appréciation qui conserve toute sa pertinence depuis que sont dispensées les multithérapies antirétrovirales. 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 antituberculeux, les séropositifs décrivent une affection successivement et conjointement chronique et aiguë. L’écoute des plaintes et l’observation des souffrances des malades 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 bref épisode de maladie, survenant après une stabilisation jugée satisfaisante¹ 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 : c’est 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 antituberculeux 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

¹ 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.

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.

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 de cantonner l'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.

Conclusion

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. Fruit d'une discussion des notions de séropositivité, de chronicité et de prévention, cette synthèse trouve plus particulièrement à s'exprimer dans le croisement des regards des malades et des acteurs de la médecine : elle introduit donc incidemment la question de 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, dans leurs pratiques et représentations ni le médecin ni le malade ne confèrent aux concepts utilisés pour rendre compte du sida des acceptations figées ou fermées. Les rapprochements de sens qui en découlent — par delà des oppositions plus convenues qu'empiriquement fondées — ont leur équivalent au niveau des disciplines scientifiques qui prennent le sida pour objet. L'interdisciplinarité impliquée qui doit émerger d'une telle rencontre passe par un indispensable regard réflexif sur nos objectifs et nos méthodes de recherche, ainsi que sur les présupposés conceptuels qui les fondent.

Bibliographie

- BASZANGER I., 1986, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue Française de Sociologie*, XXVII : 3-27.
- BEARDSELL S., 1994, « Should wider HIV testing be encouraged on the grounds of HIV prevention ? », *AIDS Care*, 6 (1) : 5-19.
- CHIEZE F., 1994, « Aspects biomédicaux du sida en Afrique », in J. VALLIN (éd), *Populations africaines et sida*, 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.
- COLLIGNON R., GRUENAISS M.-E., VIDAL L. (éds), 1994, *L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique*, n° spécial *Psychopathologie africaine*, XXVI (2) : 149-291.
- DESCLAUX A., 1992, « Le 'RAP' et les méthodes anthropologiques rapides en santé publique », *Cahiers Santé*, 2 (5) : 300-306.
- DESCLAUX A., RAYNAUT C. (éds), 1997, *Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au sud du Sahara. Aspects médicaux et sociaux*, Paris, Karthala, 321 p.
- 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-TRAORE 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.
- KALE K., 1995, « La mobilité chez les prostituées : obstacle ou dynamique à l'organisation de la prévention des MST/sida en Côte-d'Ivoire ? », in J.-P. DOZON et L. VIDAL (éds), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM-GIDIS : 129-135.
- KALE K., GNAORE 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^e 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 G. HERDT and S. LINDENBAUM (eds), *The times of AIDS. Social analysis, theory and method*, 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*, Paris, Medicus Mundi, 50 p. multigr.
- O'CONNOR B., 1995, *Healing traditions. Alternative medicine and the health professions*, Philadelphia, University of Philadelphia Press, 287 p.
- VIDAL L., 1994, « Le temps de l'annonce. Séropositivités vécues à Abidjan », *Psychopathologie africaine*, XXVI (2) : 265-282.
- 1996, *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Anthropos-Economica, X-218 p. (Collection "Sociologiques").
- VIDAL L, GRUENAIIS M.-E., DESCLAUX A., NEDELEC S., RWEGERA D., SOUTEYRAND Y., 1997, « Conditions et conséquences sociales de la mise en place des antirétroviraux en Afrique » [: 56-73], in J.P. COULAUD (éd), Rapport *Initiative Internationale sur la place des antirétroviraux dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH en Afrique*, Paris, ANRS-IMEA, 73 p..

Laurent VIDAL, *De quelques lieux de rencontre de disciplines et concepts commu-nément mobilisés par la recherche sur le sida*

Résumé — A partir de travaux menés en Côte-d'Ivoire sur les représentations et pratiques sociales liées au sida, ce texte développe une réflexion sur la nature, les contraintes et les implications de l'interdisciplinarité prônée s'agissant de toute approche scientifique de l'infection à VIH. Cette interdisciplinarité doit se fonder sur une définition précise des objectifs qu'elle se fixe, inséparable des méthodologies permettant de les atteindre. Un accord minimal entre les disciplines sur des thèmes et des approches clairement décrits permettrait ainsi de travailler sur le consentement au test plutôt que sur le dépistage, le diagnostic plutôt que l'annonce de la séropositivité, l'accompagnement à domicile plutôt que le suivi psychosocial. Ces rencontres interdisciplinaires supposent par ailleurs une réflexion sur les concepts mobilisés. Sur ce point, l'analyse anthropologique tend à contester la pertinence d'oppositions — séropositivité / maladie ; prise en charge / prévention ; maladie chronique / maladie aiguë — régulièrement utilisées pour rendre compte des représentations et comportements des individus. Le nécessaire regard réflexif que nous préconisons tant sur les objectifs, les méthodes de recherche, que sur les présupposés conceptuels qui les fondent doit favoriser l'émergence d'une interdisciplinarité impliquée.

Mots-clés : interdisciplinarité • conceptualisation • sida • anthropologie • Afrique.

Laurent Vidal, *Some areas of convergence of disciplines and concepts commonly employed in AIDS-related research*

Summary — Research conducted in Côte-d'Ivoire on the social representations and practices relevant to AIDS serves as the point of departure of this text, which develops a line of thought on the nature, the constraints and the implications of interdisciplinarity as regards every scientific approach to HIV infection. This interdisciplinarity must be based on a precise definition of its established objectives, which are inseparable from the methodologies that allow the objectives to be reached. A minimal degree of agreement between the disciplines on clearly laid-out topics and approaches would make it possible to work on the issue of consent to the test rather than on HIV antibody testing, on the diagnosis rather than on the announcement of one's HIV-positive status, on in-home care rather than on psychosocial follow-up. In addition, these interdisciplinary meetings presuppose reflection on the concepts employed. On this point, anthropological analysis tends to challenge the pertinence of oppositions commonly used to express the representations and behaviors of individuals, such as seropositivity / illness ; support and care / prevention ; or chronic illness / acute illness. The necessary introspective view that we advocate so much when it comes to our objectives, our research methods and the conceptual presuppositions upon which they are based must serve to further the emergence of participatory interdisciplinarity.

Keywords: interdisciplinarity • conceptualisation • AIDS • anthropology • Africa.

5. Epidemic logic and its alternatives

Elizabeth Reid

Ndimbël na tchay fek loxoy borom (Wolof proverb)

A critical approach to the HIV epidemic requires that the production of health and the production of knowledge become sites of contestation and re-articulation. Epidemic conditions rationalise and augment regulatory power regimes. They create a logic of crisis which structures and justifies the regulation of social relations and social production. This logic re-inscribes subordination in the practices of beneficence and may insidiously assert authority beyond any justifiable mandate.

Epidemic logic rationalises power as control, regulation and hegemony, in the production of health, and power as intrusion, extraction and appropriation, in the production of knowledge. To give but one example, as late as 1989, the head of the AIDS programme at the Centres for Disease Control in Atlanta, USA, stated at a National Press Club Luncheon in Australia: “History will condemn us if we do not search out every infected individual”.

This is the epitome of epidemic logic: the magisterial ‘we’, the assumption of righteousness, the disassociation and distancing of the expert from those affected, the ‘search and destroy’ metaphor and mentality, and the construction of the Other as a person to be regulated on moral grounds. The discourse of contagion and warfare claims to carry its moral and practical justification on its surface.

To open up sites of the production of health to democratic contestation is to allow the re-articulation of how illness and information are managed, crafted, controlled; how identities are fractured or constituted. It makes possible the diffusion and recrafting of power relations, for they can only be contested from within; there is no without. It allows the reconstitution of the nature of relations between and amongst all those occupying these sites. To form linkages between the medical and epistemological management of the HIV epidemic and the medical, legal or epistemic construction of gender, race, class or other forms of differentiation is to provide a coalitional framework for a strategic politics of advocacy, action and activism.

Regulatory practices in the production of health and knowledge

The ambivalent status of informed consent in the process of hospitalization provides a point of entry into the mapping out of how power is organized and circulated within an epidemic logic:

“hospitalization dismembers the subject ... Informed consent, in institutional terms, is obligatory, i.e., one will not be admitted to the hospital without it. The power relations and forms of subjugation typified [by] but not limited to hospitalization are organized around a certain ironic construction —that of a form of power to which subjugated bodies give their informed consent, because they have no other choice” (Singer 1993: 103).

Hospitals are the paradigm of medicalised space: sites for the production of life and health, and for the defeat of disease and death. Entry into a hospital is a metaphor for entry into any regulatory medical or research space. Crossing the threshold is a mandatory act of submission. The denial of consent acculturates the person entering to an interventionist or regulatory logic of power. The person submits. The desire for the benefits of entry, including treatment, access to technology, and knowledge, outweighs the loss of active participation.

Entry into regulatory regimes strips the person of agency and of choice. The location of decision-making and expertise in the magisterium strips the person of presence. Interventionist power regimes are formed and sustained by the subordination of the Other. Medicalized regulatory regimes, and extractive research regimes, not only render the Other subservient but fundamentalise the body or mind.

With the HIV epidemic, this stripping away of life starts at the ‘moment’ of disclosure, the announcing (*‘l’annonce’*) to a person of their infection status:

“les échecs et les réussites de l’annonce (du double point de vue du médecin et du patient) sont avant tout ceux de la prise en charge, de l’accueil du patient au long cheminement du conseil et au suivi thérapeutique” (Gruénais and Vidal 1994: 152).

This could be translated as: “Disclosure would make sense if it has a positive impact on care, counselling and treatment”. The setting of disclosure in Africa is almost invariably a medicalized space: a hospital or a doctor’s surgery.

Disclosure becomes the practice by which the infected individual is stitched into the logic of regulation: a lifetime of treatment, counselling, interrogation, the traffic in patients. There is little or no space here for life, for the stitching of the person back into living. The thickness, moral complexity and trauma of the processes of disclosure are reduced to a ‘moment’, an announcing; the pathos to a pathology; the fullness of being to a tainted organism, the ‘seropositive’.

In these medicalised spaces, treatment, particularly HIV anti-viral treatment, becomes the point of living, not a means to living. Death ceases to be an existential moment. It becomes an outcome of failure

to take or access certain kinds of action. Many HIV infected people, in Africa and elsewhere, accept and operate out of these regimes.

Stories of living as an HIV infected person ('le témoignage'), the articulation of personal anguish and desire, are reduced by regulatory regimes to the voicing of suffering. Those infected become ventriloquial, telling the words that have been demanded by the system. Speaking of women, Gayatri Chakravorty Spivak says:

"I start from the assumption that men and women occupy different positions in the making of culture. Any discussion of culture that does not take this into account is symptom more than explanation. Women are silenced or ventriloquial, not-quite subjects who hold up the culture or, if conscientized, resist" (Spivak 1995: 152).

Those infected and those responsible for the production of health also occupy different positions in the making of epidemic culture.

Regulatory practices render the infected ventriloquial. They have no involvement or voice in planning, in establishing an ethical framework for disclosure, in determining how their stories will be used, their purpose, or their placement in processes. The autobiographical voice is appropriated and used by the magisterium. The relationship between the storyteller and audience is denied. It is replaced by that between the appropriators and the audience. Payment of the infected for such services renders explicit the reductionist, puppet-like and exploitative nature of the performance (Reid 1998: 6).

In a regulatory logic of power, the interrogated, whether patient or research subject or informant, is acculturated to extractive practices, to authority as a form of insistence on disclosure of self-knowledge. The 'consent' is constituted by regulation and authority, for power differentials undermine or render vacuous bargaining power. The informant is invaded: knowledge is extracted on demand, appropriated.

The HIV-infected person, however, whilst marked as subordinate and marginalised, is at the same time a highly valued commodity within the system: a source of research funding, disciplinary recognition, employment for the magisterium. The institutional setting of the subjugation of the HIV-infected person in Africa makes more stark the intrusive and regulatory practices of commodity creation.

"The beds are full. There are no drugs for the treatment even of the simplest opportunistic conditions. There are no gloves or other protective supplies. There is often no water on the ward. The staff are reluctant to care for the patients. There has been no training. Their fears have not been acknowledged. There are no staff support services or even recognition of the cumulative impact of their feelings of helplessness, pain, loss and grief. No provision made for the effect of the recognition of self in the sick. There is little chatting, laughter or consolation in the ward...

Yet, every morning there is a bustle of activity, of interaction between patients and staff. The only funding available in this hospital is for research. This is how the senior medical staff use their expertise and training. Each morning, blood is taken, urine cajoled, spinal fluids and vaginal secretions

extracted. There is but a rudimentary attempt to explain the bustle, the invasion of their spaces and their bodies, even less of an effort to gain consent".

The person has been dismembered and reconstituted as body. Regulatory practices penetrate the bodies and minds of their subjects, generating relations of dependency and numbing the capacity to resist. The site of the production of health becomes a regulatory regime that signals a kind of death. The subjection strips the person of the 'living' that the practices seek to sustain.

But the dismembering is not limited to the patient or informant. In regulatory regimes, the regulator / extractor is as much reduced and constituted by the regime as is the Other. He or she is trapped into manipulating systems of values, patterns of behaviour, and disciplinary archetypes which recycle the regimes, reinforce privilege and authority, and fray the social threads which link them to society.

This stripping away of life is essential to regulatory regimes, for life is the locus of an affirmative power that contests and reconfigures power as regulation, domination and control.

Oppositional activism

In epidemic times, invasive and regulatory practices are advocated as acceptable, even protective. They come to seem normal. Yet, at the same time, regulatory practices create sites of possible resistance, sites of opposition and dissent. But the space of the practice is the space of the regulator, for the opposition is to practices that they have designed.

For example, even in resource-poor countries, extensive surveillance systems have been installed. Not only are they demanding of scarce human and financial resources, they have had quite serious social and psychological consequences. HIV surveillance systems induce the paralysis of fear, as data from Kigali bears witness (Bursansulitse 1994). They also induce paranoia through the realisation that we can be controlled, stigmatised, and scapegoated by what others claim to know about us collectively.

Practices of surveillance and mandatory testing have become sites of mobilisation, of defiance. Increasingly now, particularly in Africa, the morality and the effectiveness of such practices are being questioned. Those attending the Women's Forum at the IXth ICASA Conference, Kampala, Uganda in December 1995 strongly rejected the exploitation of pregnant women for surveillance purposes. They demanded consent and disclosure for all testing. The site of resistance became a site of demand for ethically grounded epidemiological research.

For the patient or researched subject to oppose or move out of regulatory regimes is an act of contestation of authority, of resistance to control and manipulation. It is an asserting of power as defiance, as dissent. This resistance is cast in the language of the demand, and constructs self-in-opposition. Its sites are the demand for treatment drugs, for financial support, the strategies of groups like ACT-UP. The

life force is opposition to regulation, the contestation of marginalisation, deprivation or subordination.

Opposition, resistance and dissent define these practices of activism. The treatment imperative is countered by the demand by those infected to know and adjudicate the grounds for deciding for or against any given treatment. The research imperative is rejected, countered by the demand that knowledge and the use that is made of it remain under the control of the knowing subject.

“Communities of Australian aborigines refused to allow HIV and STD surveillance or any HIV medical and social research to be carried out in their communities on the grounds that the results were being used to stigmatise and scapegoat them. They demanded that knowledge be constructed exclusively by and used only within their communities” (Commonwealth of Australia 1991).

Power as resistance or opposition is the claiming of space within regulatory regimes that deny any sense of agency. It is a reworking of power against the grain of regimes of control. Care and concern are refused as gifts to be given. They are practices to be claimed.

The discourse that emerges from this contestation of power as regulation and extraction or appropriation reworks the discourse of power to include power as resistance and opposition. It works to disempower the magisterium. The sites of contestation, paradigmatically organisations of those infected and affected, become cultural positions, ideological spaces which give rise to the possibility of certain discourses. They constitute a base for forms of dissenting and demanding activism. These practices of dissent allow the transformation of the dismembered body into the linguistic actor, but in structures of oppositional social exchange. Identity is created in constituencies and strategies of opposition.

Enabling practices in the production of health and knowledge

“After a period of withdrawal, reflection and discussion amongst themselves, the Australian aboriginal communities approached the government and the research community and offered to enter into partnership with them. They proposed that together they find ways in which the integrity of the Aboriginal community and their desires would be respected at the same time as all concerned could better understand how the HIV epidemic had and could affect their communities. The result was the establishment of a code of ethics to govern all HIV research in Australian aboriginal communities” (Commonwealth of Australia 1991).

Enabling practices draw on the transformative promise of cultural practices that are not hegemonic, not subjugating. They are a resource for building communities and partnerships whose organising principles are affirmative, which work within difference and diversity with respect, recognition and inclusion. Enabling practices require the assertion and the acceptance of the person, or of the collective, as agent. Self-esteem and self-knowledge are demanded from all involved, not just the affected.

Within enabling regimes, the situation of being HIV-infected is being significantly reconstituted. The infected or affected person is constituted by affirmative agency, rather than by opposition or dismemberment. The isolation of illness is displaced by an insistence on the maintenance of a sense of constituency and community with others. In these regimes, knowledge and information flow diffusely through neutralistic networks, not from magisterium to patient.

In such regimes, care and concern do not in themselves justify intervention, even interaction. Such practices can be as appropriative, controlling or subjugating as any regulatory practices. It is the nature or quality of interactions that frames the ethical discourse, defines the partnerships and which determines the efficacy and sustainability of practical outcomes.

Sites of enabling practices become the occasions for significant social analysis and social transformation. The perspectives, desires and experiences of all involved contribute texturally to the understanding so that a life-affirming health is produced and the complexity of living within the epidemic recorded.

This approach to the production of knowledge and of health assumes that all those involved bring their own life experiences, personalities and skills to the interaction. Within these interactive processes, the insider-outsider, patient-provider, informant-researcher, recipient-expert distinctions are not erased. Rather the nature of the interaction enables each participant to become both, with respect to self and the other, to better understand each other's and one's own desires, perspectives and expertise.

In writing of these enabling practices with respect to feminist research, Maria Lugones and Elizabeth Spelman argue:

"If white/Anglo women are to understand our voices, they must understand our communities and us in them ... [and] undergo the very difficult task of understanding the text of our cultures by understanding our lives in our communities. This learning calls for circumspection, for questioning of yourselves and your roles in your own culture. It necessitates a striving to understand while in the [un]comfortable position of not having an official calling card (as 'scientific' observers of our communities have); it demands recognition that you do not have the authority of knowledge; it requires coming to the task without ready-made theories to frame our lives. This learning is then extremely hard because it requires openness (including openness to severe criticism of the white / Anglo world), sensitivity, concentration, self-questioning, circumspection. It should be clear that it does not consist in a passive immersion in our cultures, but in a striving to understand what it is that our voices are saying" (Lugones and Spelman 1994: 28-9).

The same challenge exists for those who wish to understand the voices of those affected by the epidemic. Enabling practices require not only a change in the nature or quality of interaction but a reconstitution of self, of identity, by all involved, whether doctor, researcher or HIV-infected person. Enabling relations require identities robust

enough to be both confident and humble, for they require self-esteem, autonomy and acceptance.

Such interactions do not deny or ease difference but build on these differences thickly and constructively. These interactions can only take place in the listening mode. They require a harmony between what is said and what is practised. The relations themselves must be “empowering, inclusive and sustainable. It should encompass not only the person living with HIV/AIDS but the socio-economic environment in which they live” (Chipanta 1997). Enabling relations take time, for it takes time to create trust and for the dispossessed to understand that their own personal knowledge, experiences and insights are valued in the research or medical cultures.

These interactive and enabling practices of the production of knowledge and health require the generation of respect and trust across differences, often of privilege, education, wealth, social standing and infection status. Where these relationships are not generated, feelings of exploitation and manipulation result. Where they exist, true partnership becomes possible, and the relationship itself contributes to the production of health and well-being, to the structuring of purpose into life through a sense of contributing to the well-being of self and others.

Enabling practices: perspectives, knowledge and social transformation

Enabling practices which incorporate the perspectives of those living with HIV and AIDS and those researched as integral elements in the production of health and of knowledge are transformative:

- The interactions reveal the partiality of each individual perspective, especially the partiality of the perspectives of the privileged. Different perspectives arise from different social locations and carry an understanding of how other social positions relate to it. Social difference becomes a resource. All need to be expressed if social relations are to be transformed.
- Dialogue across difference creates the possibility of social transformation, for an understanding of what is happening to others is a pre-condition for the moral skill of empathy and facilitates more just and caring decisions and activism;
- The recognition of the knowledge, experience and insights of those traditionally silenced stimulates processes of validation, social inclusion and of the creation of self esteem; and
- The expressing, and challenging, of differently situated social knowledge adds to the social knowledge of everyone and can form a picture of society which is more complex, allowing a greater understanding of the reality and of how social transformation can come about.

Living with HIV and AIDS: identities in struggle

The quality of the relationships created in these enabling practices will depend in an important way on whether the HIV infected person can assert self as agent, and on the extent to which those infected are the locus of an affirmative power by which they live with, rather than are defined by, their HIV status. Enabling practices demand constructive, rather than oppositional, agency and active participation, and so create democratic contestation and rearticulation.

For living affirmatively with HIV and AIDS requires active processes of reflection, critique and self-transformation. Yet the struggle to construct and reconstruct self in the long post-disclosure journey is fraught with boundaries and stumblings. At least three critical transitions mark and shape this struggle:

- The transition from the trauma of disclosure to coming to live with that knowledge, taking up again the life that was being lived before and continuing on. This is a form of resistance to the constitution of identity as infected. It is a claim to life.
- The transition from living well to living with illness and the immanence of the dying. This requires a profound shift in the concept of self.
- The transition from HIV as a personal concern to HIV as a collective concern, the basis for constituency building and collective action.

Regulatory practices destroy the possibility of moving through these transitions but only this journey makes agency possible. It creates the pre-conditions for the active participation of people living with HIV and AIDS, as equals, in enabling practices and in the forms of activism that lead to social transformation.

In most African countries, the first two transitions are conflated: the person encounters his or her HIV status in the diagnosis of illness and so struggles to assimilate both infection and the possible immanence of the dying. The constituent elements of self shift profoundly and may be reconstituted either as the dying self or the self living but with the immanence of death.

The outcome of the struggle to make these transitions influences the nature of the relationship between those infected and their support groups. Where little agency or energy has been gained in the transitional space, the demands are often for the satisfaction by others, not themselves, of their needs, whatever they are, money, treatment drugs, legal aid, etc. Theirs is an oppositional stance. It is a demand by them for the imposition on themselves of regulatory practices. When this does not happen, there are recriminations.

The outcome of the struggle is also critical for those who share the person's life. This group is also composed of people in processes of change. They can be changing with or against the person infected. Those who share their lives, who love them (spouses, children, family, close friends...) face the same transitions as the infected person, and one more:

— The transition to life after the death of the person: living with grief and loneliness, the taking up again of life, the struggle to recreate the self without the other, the continuing presence of the epidemic.

There is a global discourse of the infected person as an individual without ties to lineage or community, and relating only to health care professionals. This discourse does not capture the nature of the relations between an individual and the group in many cultures. It leads to the neglect of those who are close to / live with the person, who themselves are profoundly traumatised by the knowledge of the person's infection and who are the infected person's closest counsellors and carers, and the midwives of the dying. Or would be, if helped to themselves make the transitions.

This discourse also leads to organisations and services for people living with HIV and AIDS excluding those that are close to them and neglecting their needs. For example, NAP+ —the Network of African People living with HIV/AIDS— moved from being a network *for* African people living with HIV to a network *of* African people living with HIV. There are few, if any, self-help groups for those who are close to those infected in Africa and little focus on care and services for them. Yet the construction of the infected self as agent depends on the active participation of the affected in the journey.

The relationship between someone infected and those who share his or her life can be symbiotic and supportive. If the infected person, and others, neglect this relationship, this can lead to disharmony and social dysfunctionality and to profound feelings of sadness and loss amongst all concerned.

Each transition is a site for the reconstruction, or destruction, of the self: personal growth may be arrested by the knowledge of infection or the self may remain changing, continually in the making. Being infected may overwhelmingly, perhaps obsessively, define identity and over-determine action: the constant search for treatment, support, etc., in ways that interfere with living. Or the person may come to live with the infection but not be determined by it. More likely, the person shuttles in and out of these possibilities and of places in between.

It is the changing self, self continually in the making by self, that is the site within which enabling practices are productive, energy is created and collective action and social transformation made possible.

The most important of the social circumstances that determine the self and that enable or constrain these transitions are found in our relations with others: love, concern, violence, acceptance and rejection (Griffiths 1995: 85-92). The person who has *come to live with* infection or with AIDS will be more able to enter into relations that require self-esteem and self-confidence, that require reflection and accommodation, in short, enabling relations.

Conclusion

The meaning of the Wolof proverb which starts this paper is that the act of helping should be matched by help offered; that, in undertaking a task, a person might need assistance but that assistance

must be to someone who is actively involved in the task himself or herself. A Sereer proverb states that someone being washed should help wash off the soap and water. These proverbs provide us with an initial means of distinguishing between enabling and regulatory practices. They argue that the helping act should not just be passively received but that instead the person helped should also be involved, that any act should actively involve all involved in reciprocal ways.

Enabling practices in the production of health and knowledge and elsewhere, have at least two defining characteristics. They call for the reconstitution of the mode of being present of all involved: the questioning of self, the reworking of authority, the acceptance of responsibility, a striving to understand, an openness to complexity, ambiguity, displacement. In the voices of Maria Lugones and Elizabeth Spelman quoted above, they require “openness, sensitivity, concentration, self-questioning, circumspection”. This reconstitution does not deny agency; it requires it, but a life-affirming, non-subjugating, respectful agency. The self to be reconstituted may be individual or collective: organizational, institutional, social.

Enabling practices are also defined by the nature or quality of the relationship, whether these practices are constituent of the production of health or knowledge, or of community, marriage or nation. They are essentially interactive in ways that draw in differences of desire, perspective, need or capacity, as well as commonalities, and acknowledge that all have a place in the thickness of the tapestry being woven: in social analysis, the production of health and in the processes of social transformation.

Enabling practices and discourse are based on and are generative of respect and trust, within and across lineage, gender, status, age, economic interest, class, etc. Because of this, they make possible alliances, constituencies and communities of difference where the quality of interacting is as important as its outcome and where the outcomes transform collectively and consensually, not imperially. The existence of these practices marks these alliances, communities and nations as sites of redistribution, equity and accountability.

This is the logic that the HIV epidemic requires. This is the logic that catalyses and sustains the cultural, social, political and economic transformations that confound the epidemic.

Bibliography

- BURSANSULITSE Laurent. 1994. "Perception and attitudes on AIDS problems of soldiers in Rwanda", Proceedings of the XXXth International Congress on Military Medicine, Augsburg, Germany.
- CHIPANTA David. 1997. "Support mechanism to people living with HIV/AIDS", in a CD-ROM, entitled *Colloque International/International Symposium "Sciences sociales et sida en Afrique/Social sciences and AIDS in Africa"*, Sali Portudal 4-8 novembre 1996 / November 4-8, 1996, Dakar, AUPELF/UREF, CODESRIA, CNLS, ORSTOM. (Collections: "Universités francophones - Nouveaux supports - DC MEF" et "CODESRIA DOC-CD").
- Commonwealth of Australia. 1991. *Guidelines on ethical matters in aboriginal and Torres Strait Islander health research*, Canberra.
- DENZIN N.K. 1989. *Interpretive interactionism*, Newbury Park, California: Sage.
- GRIFFITHS Morwena. 1995. *Feminisms and the self: The web of identity*, London: Routledge.
- GRUENAIS Marc-Eric and VIDAL Laurent. 1994. "Introduction", in René COLLIGNON, Marc-Eric GRUENAIS and Laurent VIDAL (eds), *L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique*, Special Issue of *Psychopathologie Africaine*, XXVI (2) : 149-153.
- LUGONES Maria and SPELMAN Elizabeth. 1994. "Have we got a theory for you! feminist theory, cultural imperialism and the demand for 'The woman's voice' ", in Marilyn PEARSALL, *Women and values: readings in recent feminist philosophy*, Belmont, California: Wadsworth.
- REID Elizabeth. 1998. *The ethics of disclosing as a strategy for social transformation*, New York: UNDP.
- SINGER Linda. 1993. *Erotic welfare: sexual theory and politics in the age of epidemic*, New York: Routledge.
- SPIVAK Gayatri Chakravorty. 1995. "Acting bits/Identity talk," in Kwame Anthony APPIAH and Henry Louis GATES, Jr., *Identities*, Chicago: University of Chicago Press.

Elizabeth REID, Epidemic logic and its alternatives

Summary — The HIV epidemic forces the opening up of certain types of practices as sites of contestation and re-articulation. Epidemic conditions rationalise and augment regulatory power regimes. Regressive practices of control and regulation, of intrusion and extraction, are legitimised and normalised. The contestation produces a distinction between regulatory and enabling discourse and practices. Regulatory practices lead to an activism of opposition by the regulated. Enabling discourse and practices are affirmative and transformative. They require, and strengthen, a sense of identity, individually and collectively, for they require self-esteem, autonomy and authority. Central to the concept of self is a sense of agency and of a capacity to influence and shape one environment. Coming to know that one is infected is the beginning of a struggle to construct and reconstruct the self, a struggle that is fraught with boundaries and transitions. Regulatory practices destroy the possibility of moving through these transitions but only this journey makes possible the active participation of people living with HIV and AIDS in enabling practices and enabling activism. These enabling practices and forms of activism create the kind of social transformations that this epidemic requires.

Keywords: epidemic logic • regulatory practices • enabling practices • identity • living with HIV and AIDS • activism.

Elizabeth REID, La logique de l'épidémie et ses alternatives

Résumé — L'épidémie à VIH oblige à ouvrir la voie à certains types de pratiques où peuvent s'opérer des contestations et des réarticulations. Les situations épidémiques justifient et renforcent les régimes politiques autoritaires. Des pratiques régressives de contrôle et de régulation, d'intrusion et d'extraction, sont légitimées et normalisées. Leur contestation produit une distinction entre pratiques et discours régulateurs ou habilitants. Les pratiques régulatrices conduisent à un activisme d'opposition de la part des personnes soumises aux règles. Les pratiques et les discours habilitants suscitent l'affirmation et la transformation : ils nécessitent et renforcent un sens de l'identité individuelle et collective, car ils presupposent l'estime de soi, l'autonomie et l'autorité. Au centre de ce concept il y a une perception de la capacité d'être acteur, d'influencer et de modeler un environnement. Savoir qu'une seule personne est infectée, suffit pour débuter la lutte afin de construire et de se reconstruire. Cette lutte se mène avec des limites et des transitions. Les pratiques régulatrices détruisent la possibilité de traverser ces transitions, alors que seul cet itinéraire rend possible une participation active des personnes vivant avec le VIH/sida à des pratiques et des actions habilitantes. Ces pratiques habilitantes et ces formes d'action créent le type de transformations sociales requises par cette épidémie.

Mots-clés : logique de l'épidémie • pratiques régulatrices • pratiques habilitantes • identité • vivre avec le VIH/sida • engagement dans l'action.

6. STDs, suffering, and their derivatives in Congo-Zaire: notes towards an historical ethnography of disease

Nancy Rose Hunt

*“the split references to the sufferer as both a victim
and the one responsible for her own fate
act as shears through which suffering is sought
to be cut off from the victim to become the child
of the pronouncer of this discourse”* (Das 1994: 141, 162)

In 1978, Anne Retel-Laurentin published a memoir about her experiences as an outsider, doctor, anthropologist, and white colonial lady in French equatorial Africa in the 1950s. This pioneering French medical anthropologist, who did fieldwork among Nzakara men and women suffering from the sequelæ of STDs in present-day Central African Republic, transformed herself into an historian of marriage and the exchange of women before she had completed her remarkable analysis of the social epidemiology of Nzakara subfertility (1974; 1979; Biraben 1987; Hurault 1987). In the midst of her 1970s recollections, she included a dinner scene in Bangui, where French colonial officials quizzed her about her research topic as domestic servants circled the table with wine. Her narrative suggests, therefore, that this sumptuous colonial dinner where French men blamed Nzakara infertility on their lazy men and loose, self-aborting women was hardly incidental, but rather an integral part of the social field in which she studied (1978: 118-24). Moreover, I remain haunted by Retel-Laurentin’s canny words about the way she was received in one Nzakara household by a young married couple who had been unable to have children: “ce jeune ménage bien portant mais stérile,” she said, “qui m’avait accueillie comme un dérivatif à leur ennui” (1978: 113). They welcomed her, she said, as “a derivative to their tedium.”

I have found that it is not possible to study medicine and colonialism in Africa and not also feel like a derivative to others’ pain and affliction, a derivative to an historical experience of overrule, misfortune, disease, bodily intrusions, and (whether literally or figuratively) infertility. My fear of being one more parasitic, foreign,

'derivative'¹ of the suffering of the people in the African country I know and love best has kept me up to now from writing about the AIDS crisis there, never mind finding myself, not unlike Retel-Laurentin at a dinner in Bangui, at a luxurious remove within Africa from the human suffering caused by a sexually transmitted disease among the poor. Anne Retel-Laurentin, of course, spent years in the trenches of Nzakara suffering, and many researchers were gathered at the Sali Symposium from social realities of those dying in their countries of birth and adoption. My research itinerary has been a more comfortable, shielded one, arriving as I do in Sali Portudal from the safe remove of archives and libraries in the West, and drawing only obliquely from my fieldwork on fertility along the Upper Congo in 1989-90.

The pain of barrenness was a frequent subject of conversation during these fourteen months, but only once while living in a village thirty miles downriver from Kisangani did I overhear a conversation about AIDS. The visit of a well-dressed city woman from Kinshasa inspired this conversation among a few women paddling home from the nearest market town by canoe. The Kinoise warned her village sisters against their desire for city life and fancy clothes. She, like her interlocutors, was barren, she explained, though now this humiliation was combined with the dread of AIDS funerals and the anxiety of vulnerability, knowing as she did that her husband sought children and pleasure elsewhere. The implication of this 1990 conversation was that rural Zairian women knew not the compounded distress of a barren, city woman living in an era of AIDS. The critical difference among these women was not vulnerability to AIDS, of course, but consciousness of the sexually transmitted nature of this disease. It is the links within this entanglement of infertility, shame, and the production of STDs consciousness that I wish to quarry in historical terms here.

Untidy histories

I am not the first historian to look at how sexually transmitted diseases intervened in human history in an attempt to draw social meaning for the present crisis over AIDS (Fee and Fox 1988; Packard and Epstein 1991; Vaughan 1992: 299; Arnold 1993; Berridge and Strong 1993; Brandt 1993). Their number permits speaking of a genre, an important genre.² Many are a variation on a single theme: the historical reconstruction of AIDS as a shameful sexually

¹ On the numbers and dangers of foreign-funded, foreign-directed research projects on AIDS in sub-Saharan Africa, see Obbo 1995.

² A recent conference, organized by Karen Jochelson, Institute of Commonwealth Studies, University of London, 'Comparative perspectives on the history of sexually transmitted diseases' 26-28 April 1996, included several Africanist contributions. See, too, Philip SETEL, Milton LEWIS and Maryinez LYONS (eds), *Histories of sexually transmitted diseases and HIV/AIDS in sub-saharan Africa*, Westport, Greenwood Press, forthcoming.

transmitted disease of racialized, promiscuous sexuality (Fee 1988; Packard and Epstein 1991; Vaughan 1992). Randall Packard and Paul Epstein (1991) have lucidly pointed to the consequences of this historical repetition on AIDS research in Africa. The immediate and unmediated research assumption that the primary mode of transmission of HIV in Africa is promiscuous, heterosexual sexuality quickly foreclosed research on other likely factors —unsterilized needle use, blood transfusions (especially for pregnant anemic women), and structural inequalities— while research agendas zeroed in on prostitutes, multiple partner sexual behavior, and condom use. Still, as important as it is, Packard and Epstein's study joins the others in considering the imposition of meaning and representations, moralities and causalities from above —from Europe, from Atlanta, from the Bible, from the side of doctors, international funders, and state regimes. Historians, like most social scientists, have not tended to consider with the same depth the meaning-making and suffering of those afflicted by sexually transmitted disease.¹ We still know far too little about local, popular epidemiologies and therapeutic practice —in the broadest senses of these terms— evoked by AIDS in Africa.

I began by seeing my task as one of finding parallels, antecedents, perhaps inversions and paradoxes, but certainly history as a genre of knowledge that was *out there*, an object that I must constitute, but once constituted as story, would provide *lessons* for the present: a useful past, therefore, to share with policy makers, health care practitioners, and researchers. The more I worked, however, the more I realized that regardless of audience, history need not be seen only as *history for* (someone else). History also *lives* in social memory, in institutions and structures, in the ordinary ways that the afflicted make meaning out of survivals, repetitions, and novelties, out of old injuries and new diseases. Even so, my task proved not easy. I collected piles of evidence on STDs in colonial and post-colonial Zaire, including the readily available published AIDS literature —doctors' research, medical reports, official proceedings, missionary pleas, mining company statistics, even some memoirs, hygiene handbooks, and poems. Yet there was no easy shape to these piles. Both the colonial STDs one and the post-colonial AIDS one produced the same frustration: how exceptional the clues were about the experiences and meaning-making of local people.

When turning to the history of STDs in colonial Zaire, I discovered that if I retained a notion of an epidemic as a 'critical event' (Das 1995) with 'dramaturgic form' (Rosenberg 1992: 279), no plot —not even a top-down, colonial-inscribed story— came easily tumbling out. Instead, I found chaos in reporting, in statistics, in a sporadic clatter of opinion and interventions. Not that there were no attempts to impose meaning on venereal disease (VD) in the Belgian Congo. When

¹ For exceptions, see Farmer 1992; Hagenbucher-Sacripanti 1994; Obbo 1993, 1995; Weiss 1993; and Setel 1992. I do not question the value of more action-oriented research methodologies (e.g., Schoepf 1991a, 1991b, 1993; Preston-Whyte 1995), though their exclusive use does seem to come at the cost of ethnographic depth.

colonial authors wrote hygiene books for Congolese school-going youth, they immediately called them *maladi ya aibu*, 'sicknesses of shame' (Manuel 1931). Yet, unlike in Northern Rhodesia among the Ilia (Johnson 1993; Vaughan 1992), Tanganyika among the Haya (Larsson 1991), and Uganda among the Baganda (Summers 1991; Vaughan 1992), there was never a sustained, focused panic about syphilis as moral dissolution in the Belgian Congo. A demographic and moral crisis over depopulation was a major 'social question' in the 1920s, and a fertility crisis among the Mongo (Nkundo) heated up from the 1930s (Hunt 1993). But was venereal disease represented as principal causality? No, Belgian colonial logic was more diffuse, more psychological (with, so the logic went, the shock of colonialism leading to 'race suicide' and unwitting 'neo-Malthusianism'), and more influenced by a Catholic pronatalist stream of thought that focused on willful abortion, promiscuity, polygamy, postpartum abstinence, and positive eugenics (Hunt 1988; Hunt forthcoming).

Statistics on numbers of cases went up as medical care was extended in the colony, yet no one ever suggested that the numbers of Congolese patients treated had anything to do with the number of actual cases. Treatments, too, had little to do with cures. Here the patients were blamed. Congolese were not coming back for injections as they should (RBCB¹ 1925-58, e.g., 1930: 54-58). Syphilis cures seemed "so rapid that the sick come without difficulty" (RBCB 1926 15-16). Gonorrhea was 'widespread' from at least 1925, but 'difficult' (RBCB 1925: 13; 1927: 11; 1932: 30-31) and sometimes too costly to afford for 'natives' (RBCB 1929: 28-29). In one *chefferie* near a railroad line in Mayumbe, 76 percent of the male population had gonorrhea (Cocq and Mercken 1935). Colonial doctors understood gonorrhea as "one of the big causes of a low birth rate among natives," though the numbers treated only represented "a fraction of real cases because female gonorrhea escapes in large part medical control" (RBCB 1934). Gonorrhea rates declined significantly among Europeans, however, as the numbers of infected Congolese grew. Indeed, anti-VD work among Congolese often was focused where European contamination was most at issue, as a Red Cross VD clinic in Leopoldville demonstrated (RBCB 1932: 30-31).

There is almost a complete absence of evidence in colonial medical reports on how Congolese subjects experienced and interpreted STDs and their treatment. Scattered sources suggest, however, that local forms of treatment were common (Spire 1922; Vos 1973); colonial doctors combined syphilis investigations with sexual desire into the post-World War II period (Lambrecht 1991); and miscarriage-provoking and hereditary syphilis often went untreated (Vos 1973). In some areas, however, Congolese women sought out neo-salvarsan injections after a miscarriage (Cocq and Mercken 1935). Indeed, the evidence suggests a movement of suffering female bodies damaged from the sequelæ of gonorrhea, who willingly lay down under surgical

¹ RBCB abbreviates: Royaume de Belgique, Colonie du Congo Belge. *Rapports sur l'hygiène publique*.

lights for colonial doctors in search of renewed capacities to conceive babies and have children (Duboccage 1934; Guillot 1930; Lambillon 1948, 1957; Vander Elst 1946).¹

During the Congo Independent State years (1885-1908) until after World War I, European colonial life was overwhelmingly male. Medical reports indicate that the focus of hygiene attention was European agents and the first colonial categories of stabilized labor, soldiers and other state workers. The frequency of venereal disease was “regrettable” but “almost inevitable ... in a country where love relations are so inconstant and fragile,” wrote one colonial doctor in 1909.² Dr Veroni was speaking about Europeans as much as anyone else. Indeed, doctors encouraged European men to take Congolese concubines, steady, sanitized lovers known euphemistically as *ménagères* (housekeepers). In 1906, after a river steamer passed through Basoko, an outbreak of STDs emerged among Congolese workers in this state post. The doctor complained, suggesting that if European steamer personnel and passengers “could travel with their *ménagères*, perhaps we could avoid the transmission of these noxious diseases in the posts served.”³

In 1909, the first legal measures to regulate prostitution were taken in the colony. All women who ‘habitually’ and ‘notoriously indulge in prostitution’ in designated European centers became obliged to undergo police investigation proving their status, have their names entered in a police register, carry special medical cards, and undergo bi-weekly medical exams; if found diseased, they were to be ‘interned’ at the hospital until cured. A 1912 circular declared that venereal disease, especially syphilis, was creating “true ravages among the populations of the Colony,” reminding authorities of the 1909 prostitution ordonnance: “It is by the prostitution of black women, especially, that these diseases are propagated. It is therefore against prostitution that the efforts of authorities must be directed” (Congo Belge 1912: 416).

By the early 1920s, venereal disease no longer looked so simple. More and more Congolese men were responding to industrial and commercial propaganda attracting them to work in large mining centers and cities. These ‘pseudo-civilized agglomerations’ were sites of ‘shamelessness.’ Large numbers of men were living together without families or adequate medical care while prostitutes catered to Congolese men (*Conseil Colonial* 1923), and European and Congolese men competing over Congolese women’s bodies (Higginson 1989: 64-66; Vellut 1992). More, venereal disease was not only an important cause of morbidity and mortality, but of ‘depopulation.’ There was a period of acute sense of demographic crisis in the 1920s, when

¹ A more detailed history of STDs in Congo-Zaire is in progress; the following summarizes some major points.

² Dr Veroni to M. le Gouverneur Général, 4 January 1909, H (841), Archives Africaines, Brussels.

³ Rapport sur l’hygiène du 3ème trimestre, 1906, H (834), Archives Africaines, Brussels.

venereal disease was invoked alongside a myriad of other problems related to family formation and deformation in the colony —labor migration, polygamy, licentiousness, a declining birth rate, postpartum abstinence practices. For the first time, obligatory medical care and reporting of the diseases extended beyond Congolese prostitutes to anyone with venereal disease.¹

Mining companies began to see it in their interest to invest in the social health of its workers. Union Minière, for example, decided to stabilize labor in the mid-1920s. Rather than continuing to depend on an unprotected labor force of men without wives and families, they decided to enable their workers to marry by extending bridewealth payments to them and providing housing, health care, and social services for monogamous families under their tutelage and control. This was, in part, a clean-out-the-prostitutes, clean-out-the-VD campaign. Within Union Minière's mining compounds, it may be fair to speak of an epidemic with dramaturgic form, but reducing VD among skilled miners and their families was only one strand to a more complicated, company-engineered plot. It was also one of providing good diets for workers, improving health and survival, and importing women as monogamous wives to reproduce this labor force including, quite literally, giving birth to the next generation in company-operated maternity wards. It was, in a word, a situation of intense social control, where the incidence of VD declined alongside morbidity and mortality rates. Not that there was no moral purity campaign at work in this campaign. Assumptions about African sexuality were integral to the decisions to manufacture monogamous families and regulate maternal weaning times in order to do so (Hunt 1988).

Most official histories of epidemics read as plots of catastrophe and death, scientific discovery of a cure, recovery and control. So it was for sleeping sickness in the Congo (Lyons 1992). Yet STDs became endemic in colonial Zaire, and no neat narrative ever emerged. Syphilis and yaws were once easily confused, though Belgian colonial doctors seem to have distinguished them increasingly well from the 1930s. Yet social difference in *who* was protected from STDs remains a continuing theme. Miners and their wives were privileged patients. So, too, were soldiers. Once penicillin became available from 1950, STD rates went down as massive mobile campaigns became the Belgian colonial way (Romaniuk 1963; Vellut 1987). But even this was more of a short-term fringe benefit than a specific, targeted intervention; moreover, penicillin-resistant gonorrhea soon set in.

¹ Not without a furor, mind you. There were heated discussions in the Conseil Colonial in 1923 about articles of the law with implications for European privacy. One article, seeking to impose medical visits on "any suspected persons due to cohabitation with a contaminated person", created an uproar for its "draconian" and "inquisitorial character" unknown in "any civilized nation" and in this case proposed as "applicable to whites as well as blacks staying in the Colony." There was also an insistence that medical treatment for venereal disease be made free, as was recommended by the *Ligue belge pour combattre le péril vénérien* (Conseil Colonial 1923: 68-73, 107-10, 121-29, 153-56).

‘A dying people’

Syphilis and gonorrhea rarely killed, and only certain ethnicities received concentrated attention concerning their impact on fertility. So it was among the Nkundo (Mongo) of the central basin of Zaire’s equatorial forest, notorious from the 1930s for their falling birth rate. I could probably fill two filing cabinets with colonial documents on the population problem among the Mongo in the central basin of Zaire’s equatorial forest. Demographers, doctors, gynecologists, social workers, missionaries, officials, and private planters—all literate Europeans—descended here into this land of ‘a dying people,’ joining what became a veritable industry of colonial research focused on why Nkundo women were not becoming pregnant and bearing children. The region became one of the most important sites for what by the post-World War II period was a major subfield of medical practice in Belgian Africa, colonial gynecology.¹ And its population probably underwent the most intense, systematic gynecological investigation of any geographic area of the colony. The Coquilhatville hospital was operating an anti-venereal clinic by 1925 (RBCB, 1925: 12), and Dr Rebiffat (1927) soon began studying the relationship between syphilis and miscarriages in this city. By the late 1930s, there were reports that one of four persons in the region had gonorrhea. By the 1950s, all endemic diseases but gonorrhea had declined (De Thier 1956: 135-36), and one of the only infertility clinics in the colony was operating in Befale (Allard 1955).

Nor was it only Flemish missionaries, private Belgian planters, and colonial officials and doctors who were noticing there was a problem (Hunt 1993). In 1935, many Nkundo joined to form a fertility cult called *likili* in this plantation district of the Belgian Congo. The cult’s ‘slogan,’ according to an observing Belgian planter, was: “Let us give birth like before the whites” (Lodewijckx 1948). *Likili* healers told cult members that people were using umbilical cords in medicines to make others ill and that the use of imported colonial commodities were endangering fertility. They also advised that exposure of a woman’s genitalia prevented the bearing of children. Some Europeans embraced a memory of *likili* as a sinister, xenophobic ‘secret society’ that became ‘a public danger’ (Lodewijckx 1948). The *likili* organizers prohibited the use of all imported objects, and encouraged people to gather for large, festive, nocturnal ceremonies where they burned all their beds, mattresses, blankets, mosquito nets, and imported clothes. New medicines spread with *likili* as these old charms—the signs of colonial modernity—went up in flame, until one day ‘the White Man from the State came’ to round up and jail *likili* followers. A refusal by *likili* women to undergo colonial gynecological exams—‘because they did not want to take their clothes off in front of the doctor’—provoked a clash with the authorities. State authorities, deeming *likili* a xenophobic, public danger, vigorously suppressed it as a dangerous ‘secret society’ (Ekonyo 1939), and this in an era when official

¹ Second probably only to Leopoldville (Hunt, forthcoming).

memory was still fresh with terrifying images of the healing prophet Simon Kimbangu rising up in the lower Congo and leading crowds of his afflicted followers away from hospitals and tax-paying as they sang anti-colonial, apocalyptic hymns (Andersson 1958).

There were intense conflicts in interpretation about the causes of Nkundo infertility, not only between *likili* members and colonial doctors, but among Europeans. Indeed, these moral conflicts erupted as far off as Bangui in the late 1950s when Anne Retel-Laurentin sat down for her colonial dinner in the late 1950s. AEF (Afrique Equatoriale Française) officials asked her about ‘serious’ Belgian research on Nkundo abortafacients. She scoffed at what she called ‘the thesis of voluntarily sterile women’ and wondered aloud if Gustav Hulstaert, a Flemish priest and key writer on Mongo infertility, knew ‘how people make children’ (Retel-Laurentin 1978: 121). Flemish missionaries were not the only ones involved in the Mongo region. Mobile, medical census work in most parts of the Belgian Congo could resemble army operations by the 1930s; doctors arrived with soldiers and those who did not comply went to jail. The result in terms of consciousness among the average Congolese subject was a loathing of biomedicine as ubiquitous *mutumbula* fantasy tales (Ceyssens 1975; Hunt, forthcoming). The context of *likili*, therefore, was one of intense gynecological, venereal investigation under the same armed conditions. When *likili* leaders insisted that such bodily exposure was polluting and *likili* women began refusing these biomedical intrusions in search of STDs, their refusals—in the face of the derivatives of their suffering—landed them in jail.

In 1941, a Nkundo Catholic by the name of Paul Ngori published a poem in a mission magazine, *Le Coq qui chante*, about his people’s infertility woes. Like *likili*, the poem expressed the human pain that accompanied the social facts of colonialism in this part of equatorial Africa: “A European has a child, a Nkundo has sterility” (Ngori in Hulstaert 1972: 101-03). Yet Ngori’s poem also suggests a tortured, colonized consciousness, quite unlike the anti-colonial, anti-mimetic consciousness that underlay the commodity-burning sprees of *likili*. Paul Ngori also blamed colonial mimesis, not Europeans or their objects. He stressed the ignorant, confused, faulty mimicry of his people; he blamed, quite literally, Nkundo stupidity.¹

These two examples of local interpretations of Nkundo infertility—*likili* of 1935 and Ngori’s poem of 1941—are less significant for their sequential than their class character.² Moreover, there was an

¹ Hulstaert’s (1972: 101-03) French translation of the Lomongo goes: “Lorsque nous vivions au commencement / Beaucoup de mères à nombreuse progéniture / Augmentaient fort le monde / La manière des blancs est arrivée / Avec des coutumes nombreuses / Nous, avec l’esprit d’imitation et la stupidité / La progéniture nombreuse s’éteint dans le pays / Le blanc a un enfant / Le Nkundo a la stérilité / C’est le noir imbécile qui est bête / Avec son esprit d’imitation irraisonnable.”

² My evidence here is slim; more research in the published writings of Congolese *évolués* and ethnographic historical field work in the Mongo region is needed (and planned). Yet I found a similar and much thicker contrast between the writings of

ambivalent simultaneity of explanations in *likili*, in the poem, as there are within interpretations of AIDS today. Attitudes and access to biomedical care, like the risks of getting seriously sick, remain class phenomena, as is demonstrated in stark differences in seroconversion and AIDS incidence among pregnant women with HIV and their offspring in two Kinshasa hospitals (one charged eight dollars, the other sixty for a delivery) (Ryder and Hassig 1988; Ryder 1989). Likewise, social and economic circumstances colour local representations of disease. It is from this vantage point of the multiplicity, instability, and social and economic variability of representations of and responses to STD-caused Mongo infertility that I want to broach all too slender evidence on representations of AIDS in Zaire —some global, some local, some urban, some rural, some ‘popular,’ some more of a post-colonial, client class of powerful Zairian ‘big men.’

AIDS representations and female categories

I found myself moving between awe and fury as I familiarized myself with the literature on AIDS in Africa and Zaire; awe at the stamina and dedication of people working to understand and prevent this disease that crosses sex with death, fury at some of the career-making, accusatory interventions into the suffering of the dying, the widowed, the orphaned, the contaminated. I appreciated those who attempted broad, social epidemiologies of AIDS in Zaire, who linked the difficulties of preventing AIDS to the evils of structural adjustment, economic crisis, and poverty (Schoepf 1988), who dreamed of empowering women (Schoepf 1993; Baylies and Bujra 1995) and, as Christine Obbo (1993) expressed it, making ‘men the solution’. I found inspiration from stories of youth seeking change and condoms and conversations about sex (Obbo 1993; Setel 1992). But when I stumbled upon articles speaking of prostitution, promiscuous sexuality (Irwin 1991; Bertrand 1991), and ‘dry and tight’ sexual practices (Brown, Okako, Brown 1993; Vincke 1991), the marks of a prurient sexual fascination combined with an implicit moral condemnation of the afflicted and poor brought me back to rage at the derivatives of this affliction in Africa.

I learned that factory workers were rounded up for focus group discussions in Kinshasa by taxi, for example, and fed ‘a hot meal’ before they were delivered back out of sight, their voices transcribed and translated twice, once out of Lingala into French, and once out of French into American English, so some internationally funded

Congolese Protestant evangelical nursing men of Upper Zaire and *tokwakwa* tales ubiquitous in the region about the meanings and purposes of medical technology, biomedical surgery, and colonial objects of mobility (bicycles and automobiles) in the 1930s, the decade when colonial medicine and mobility intersected with greatest novelty. I argue that it is important to not imagine either category of representation as *class-bound*, even if the nursing men’s writings (like Ngori’s poem) were class- and church-based in provenance and orientation. Every local Congolese knew *tokwakwa* variants, and published church magazines likely took on oral forms of circulation once they were read aloud in villages (Hunt 1997; 1994).

contractee could feed their humble responses into a computer and point to differences between African men's and women's levels of ignorance. The point? To tell 'social marketers' and their client song-writers where they needed to work harder on correcting 'African misconceptions' about mosquitoes and condoms, sex and death. Meanwhile, out leaked a complex local vocabulary for categories of women —*ndumba, mvuanda, mingando, londonienne*— that emerged during these sessions, somewhere between the taxi rides and the hot meals, somewhere on tape. Yet no attempt was made to explain or comprehend who *uses* these names, what their historical sociologies are, nor how these women speak of themselves (Irwin 1991).

Several studies note the effect of a song by Franco Luambo, Zaire's famous popular musician, his 'Attention na Sida' (Auvert *et al.* 1990; Bertrand 1991). I do not know all I would like to know about how Franco composed this song, though there are enough references to its impact in research reports related to behavioral change, knowledge, and 'social marketing' to suggest that its composition and release has a history much more complicated than that of a powerful 'big man' superstar suffering from the knowledge that he was dying of AIDS (Ewens 1994). The stigmatization and forcible removal of 'prostitutes' from Kinshasa's 'main thoroughfare' (Auvert *et al.* 1990: 427) that seems to have accompanied Franco's brief words —'You gentlemen, *citoyens*. Beware of prostitutes'¹— remains, to the best of my knowledge, a suppressed history.

Another Kinshasa study also took up the subject of 'sex workers,' though it took up their lives and ailments rather than only handing out hot lunches. It did not assume that all women will always manage to use condoms, nor did it blame them when they did not. While providing education and encouragement about condoms, it also provided free STD treatment services. It proved that it is possible to diminish seroprevalence conversion rates for sexually active women, whether they were faithful condom users or not. Not to the same degree, of course, but in a 'nonjudgemental' way to the 'vulnerable' population of 'sex workers.' Yet not only these women were vulnerable. The project was vulnerable as were all the foreign-funded, research derivatives operating in Kinshasa. There was major civil unrest and looting in Kinshasa in 1991, and this women's center was one of the many international AIDS projects (Projet Sida, Connaissida, etc.) that suddenly disappeared from the country (Garrett 1994; Schoepf 1995; Laga *et al.* 1994). Civil strife and political repression, like structural inequalities and poverty, tend not to fit into most epidemiological interpretations of AIDS. Yet, like Retel-Laurentin's colonial dinner in Bangui, these derivatives—and their sudden evaporation— are an integral part of the social field that we work within and must study.

¹ Franco's word choice here —*ndumba*?— needs verification with the original Lingala; I have thus far only been able to consult an English translation of the song (Ewens 1994).

I still wonder about these so-called 'sex workers' and what has happened to them since this center closed its doors. The term 'sex worker' may be a felicitous euphemism. It does not contain the immoral connotations of prostitute as it combines the realities of many women's lives: the economics of providing sexual, affective, and domestic services to men (White 1990). Does this term mean money for sex? Street-walking? A combination of cooking, sexual, emotional services for men who help a woman get by and perhaps hold them in their arms and make them laugh from time to time, too? There are enough good ethnographies and histories of prostitution in Africa to suggest that these are important questions (e.g., La Fontaine 1974; White 1990). Yet, to the best of my knowledge, no one has taken on an ethnography of prostitution in Kinshasa since Jean La Fontaine (1974). What has happened to the social categories and aspirations that she identified in the 1960s? How telling was popular music of Kinshasa's Pepsi generation of the 1970s, when Mavatiku's 'Ozone' sang about the cries of a mother watching her school girl daughter going to the market to borrow clothes from *femmes libres*? Her daughter explained: '*Mama ezali la mode*' or 'Mama, it's the style' (Bemba 1984: 151).

Social names for women never have been and never will be stable, and we need to work against facile glossing of social categories for women in our own representations of AIDS. 'Sex worker' may be less judgemental than prostitute, but I still want to know about *ndumba*, *mvuanda*, *mingando*, *londonienne*, and *deuxième bureau* as locally understood categories and locally used names for women. Are these social categories of women equally at risk for AIDS? How is their risk perceived by others and by themselves? What is the history of the formation and reformation of these categories? and how is it tied to the history of STDs, sexuality, and forms of state power in the colonial and post-colonial periods? Congolese chiefs were known to requisition *ménagères* for white colonial men (Vermeersch 1914), and some have suggested that Mobutu's MPR party (Mouvement populaire de la Révolution) men used *animation*, political spectacles of dancing young women, to requisition sexual 'prey' (Tshibanda 1986: 68). Colonial mother/whore dichotomies never fit local social realities, and they certainly do not now. Indeed, only one kind of mother truly counted in Belgian Africa, women (black or white) who were monogamously married to salaried employees and skilled wage workers. Urban single women were labelled and taxed under the thinly veiled term *femmes vivant théoriquement seules*, and those suspected of being prostitutes were subject to medical inspections and hospital incarceration. 'Whore' took on a huge semantic range in this context, taking in everything from polygynous wife to single woman, prostitute to slave. Nor were these only discursive impositions. They became moral categories of taxation and urban residence legal codes, and Congolese men and women invented new local, camouflaged categories —like *supplémentaires*, the colonial antecedent to *deuxièmes bureaux*— as they negotiated and manipulated their implications (Hunt 1991).

I want to know more about the post-colonial histories, too, about their names and their uses, about how they are being reformed and deformed under the circumstances of AIDS and its derivatives. How are local names for 'sex workers' related to maternity and fertility, clothing and appearance, class, commerce, and travel abroad? How are 'sex work' and the *deuxième bureau* category shifting as the economic and political crisis in Zaire deepens, a middle class seems ready to disappear (Yoka 1996), and new gangster-like masculinities are formed by urban youngsters ready for any bodily risk as they come and go from diamond digging in Angola (De Boeck 1996)?

These questions are not meant to belittle this modest, brief, carefully worded report about what was, as best as I can make out, a genuinely helpful, carefully designed, and unpretentious effort to assist women vulnerable to AIDS, by providing STDs screening and treatment and withholding moral judgement (Laga 1994). There have been continuities and repetitions in stigmatization with the arrival of diverse consciousnesses of AIDS in Zaire. A Catholic discourse blaming everything but celibacy or monogamy has been prominent (*Le Sida* 1987). Didactic booklets on AIDS, created for Zairian readers in the late 1980s, however, were constructed not around sexual shame, but around the local popular expression that SIDA's acronym stood for an imaginary syndrome to discourage lovers; people must instead face the truth (Dibandala and Courtejoie, n.d.). The same logic clearly has structured much action-oriented and attitude-collecting research in Kinshasa.

Moralities of shame and mockery

How harmful would judgements be? Evidence from the colonial record is marvelously contradictory. Hygiene manuals were explicit when they referred to venereal diseases as 'sicknesses of shame.' So they were for European men and women, in Europe and the colonies. What did Congolese do with stigmatizing labels? The evidence suggests not very much. It wasn't with Congolese that there were problems with the sick hiding venereal disease and denying medical fact (Barthélémi 1921). Rather, colonial doctors spoke about how Congolese men would show up spontaneously, unbothered about the sexual provenance of their symptoms and seeking shots, sometimes coming in before they had symptoms to protect themselves from the potentialites of their sexual activities (RBCB 1925, 1929). These references were though, as best as I can figure it so far, Congolese men not women. Congolese women were dealing with shame —big time— due to the sequelæ of gonorrhea and syphilis.

Why were women struggling with infertility? Because men were carrying it home from industrial and commercial work sites to rural areas where women and children were left behind (e.g., RBCB 1929: 28). Perhaps because they were intensifying gynecological ritual and cleansing under these conditions in an attempt to be healed, thereby further exposing themselves to pelvic inflammatory disease (Hunt

1993). Those in the Congo who were most protected were the wives of skilled workers in mining camps, where there were intensive social hygiene campaigns. The women who suffered the most, however, were those where there was less access to health services and more male migration. African women were much less likely to be patients of biomedical services in colonial Africa than men. In Coquilhatville, where colonial gynecology began so early and intensified so dramatically, this gender disparity was also the case. Yet women were a large percentage of doctors' surgery patients; indeed, most surgery patients *were* women in this city in the 1920s and most of this surgery was gynecological (Hunt, forthcoming). The evidence suggests that even though women generally avoided colonial medicine (Lyons 1992) and feared surgery as disembowelment (Hunt, forthcoming), in areas where infertility was high, women lay their bodies down in hope that colonial surgeons' salpingitis investigations would heal their shameful afflictions.

There is a lesson here for those who work with relationships among female sterility and HIV vulnerability. All of us who work on AIDS in Africa, including perinatal transmission of HIV, risk making "split references to the sufferer as both a victim and the one responsible for her own fate" and thus "act as shears through which suffering"—motherhood and infant mortality—"is sought to be cut off from the victim to become the child of the pronouncer of this discourse" (Das 1994: 141, 162). Consider again a line from Franco's song: "Ladies, avoid getting pregnant If you know you have the virus. It is bad to ignore this, as your child could die young". Indeed, these moralizing words suggest that Franco's suffering was being cut off from him, that others wrote these largely didactic lyrics for this client of international funds.

I am speculating here, though consider what gigantic symbolic capital Franco must have represented in Kinshasa's social marketing campaigns, if international funders understood that his body was dying of AIDS. Global forces may have held his words hostage, but they could not control the meaning of his music nor that of his death. It is not possible to know how Franco is presumed to have died and not take in the lyrics with compassion for his suffering and respect for his wisdom:

"Those who used to eat and drink with me
Have started to ignore me
They say I have got the AIDS sickness
All my friends are cutting me off...
AIDS has made us forget all other illnesses
If a person is sick, they say it is AIDS
If a person has fever, they say it is AIDS
If a person dies, they say it is AIDS
But why do we forget the other illnesses?
Oh God, Oh God, Oh God".

Franco gave specific advice to many people in his song: youth, doctors, governments of rich countries, teachers, professors, and

mothers. And he made veiled references to condoms for all: "Protect your own body, I'll protect mine. The best way to avoid death is to protect yourself." He spoke to priests, pastors, rabbis, and imams with these words:

"Use your office to help
 Preach what society must know about AIDS
 Do not hold back. It is your duty to tell the people that
 AIDS is a punishment from God; it resembles
 Sodom and Gomorrah in ancient times
 Use your prayers to ask God the way to salvation
 All my family have run away from me
 Because I have AIDS. I am left with only my mother,
 Who has to suffer again all the sickness of my childhood"

(Ewens 1994: 266-69).

Franco's lyrics contained a complicated moral discourse, towing the line perhaps for international aid funders, but evoking no more frightening and condemnatory of God than the Old Testament's of Genesis 19. The same references to Sodom and Gomorrah and divine punishment are common in popular opinions collected in diverse parts of Zaire (Mbu 1995: 11-12; Tayaya 1995: 23; Basuakuamba 1995; Wayikanga 1995; Wendo 1995), where they circulate alongside ideas of sorcery, envy, and unjust 'human agency' (Farmer 1992). The range of popular opinion is wide and creolized in this data collected by five Zairians among Sakata, Humbu, Hungana, Mbala, Ngongo, Yansi, Lulua, and Tetela men and women.¹ Sida is a form of biological warfare created by American scientists. It is an imaginary disease invented by corrupt doctors who go after women in bars. Sida is caused by human sorcerers and angry natural and ancestral spirits. It is the work of Satan. It is an imported sickness created in the laboratories of white men. Sida is a new manifestation of an incurable, ancient deathly diarrhea provoked either by a particular spirit that lives in anthills and attacks thieves; poisonous mushrooms which snakes eat to intensify their venom; or by other particular bitter foods, types of yams, fruits, meats, or caterpillars. Sida is a disease of someone who had good luck and became rich, just as it is a consequence of adultery, theft and injustice. Married women jealous of their husbands combined with doctors to invent the disease to keep their husbands from practicing adultery. Old people say that sida is punishment for the acceptance of the colonial occupation of Zaire by Europeans and continuing mimicry of their ways. Others blame white tourists who have travelled through sleeping with Zairian girls. Funeral rituals exist to capture back the wealth of the person who has died from AIDS, and since Franco died people are afraid that saying or singing the word sida may 'entrap' them with the disease.²

¹ And quite distinct from that collected under a \$10,000 dollar KABP (knowledge, attitudes, beliefs, practices) study; see Irwin 1991.

² These opinions come from the five studies collected in one volume, most of which read as a series of accounts of what particular men and women said; several opinions recur

I cannot do justice to this fascinating moral commentary on disease, wealth, risk, jealousy, and misfortune here, not without the sustained kind of ethnographic research for which it cries. It is important to take account, however, of the severity of the social and economic crisis in Congo-Zaire in this *post-pillages* period, with extraordinary dollarization and hyperinflation, where overloaded, diamond-smuggling planes crash into city markets and dead bodies pile up in morgues. The increasing 'apartheid' in wealth and justice, as Yoka Lye has expressed it, is associated with 'malediction.' SIDA and Ebola remain, he has said, "terrible signs of divine punishment against unrepentant initiates of artificial paradises which suspect windfalls [of dollars] seek to conquer in vain" (Yoka 1996).

Bogumil Jewsiewicki (1995), in a biography of Chéri Samba points to this now world-acclaimed Kinois painter's ambivalence about multiple wives and extra-marital sex. Chéri Samba has created two paintings, one where he is being hung by his exclusive contract with a Parisian gallery owner, the other of a man committing suicide because people say he has AIDS. Further, the first time that Chéri Samba did not keep to his conviction that he should always show a painting in Kinshasa before exhibiting it abroad was with his painting 'Les capotes usagées.' It is a vision of Prudence condoms, introduced on a massive scale in Kinshasa by USAID social marketers in the late 1980s. The condoms are being thrown out from a Hotel Prudence's bedroom windows by unseen lovers, while children play with this detritus of AIDS prevention work as newly found toy balloons. This ambiguous, half-mocking, half-condemnatory commentary about changing material culture, sexual habits, and city children in Kinshasa's popular neighborhoods was somehow not appropriate or not intended for a Kinshasa audience. This painting that carried such cachet in New York and Paris would have had a different social meaning in Kinshasa besides. Local Kinois understand that this is a city where '*bafonctionnaires*' too 'become so thin' (Kinshasa street vendor's 1995 song in De Boeck 1996) while a few hundred families grow more and more wealthy. Local people understand that this is a country where people will no longer risk voicing the word SIDA, this ensnaring disease of bad luck (Mbu 1995) that is experienced as a punishment for obscene wealth besides cruel poverty. Local people interpret AIDS as an affliction that is not transmitted but 'caught' by the rich and those unfortunate others who, entrapped by the malediction of their greed, join them in shitting themselves to death (Tayaya 1995; Colebunders *et al.* 1988).

It is a strange, excremental world we live in, Chéri Samba's paintings suggest, where local people's lives, sufferings, and conflicts get ricocheted in and out of postmodern Africanisms of a savage, dark continent associated with slavery and sexuality, debt and condoms, disease and libido, where people are held hostage by international contracts and global and local injustices. Meanwhile children and

in the various text. See Mbu 1995; Tayaya 1995; Basuakuamba 1995; Wayikanga 1995; and Wendo 1995.

painters frolic with new toys, these reified imported objects called Prudence, expressing laughter and disdain at the seeming futility of HIV prophylaxis for those who will die poor in a lopsided world.

Bibliography

- ALLARD R. 1955. "Contribution gynécologique à l'étude de la stérilité chez les Mongo de Befale", *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*, 35: 630-48.
- ANDERSSON E. 1958. *Messianic popular movements in the lower Congo*, Uppsala: Studia Ethnographica Upsaliensa No.14.
- ARNOLD David. 1993. "Sexually transmitted diseases in nineteenth and twentieth century India", *Genitourinary Medicine*, 69: 3-8.
- AUVERT Bertran *et al.* 1990. "Dynamics of HIV infection and AIDS in central African cities", *International Journal of Epidemiology*, 19: 417-28.
- BARTHELEMI V. 1921. *Etude sur la syphilis au Congo belge*, Antwerp, Institute of Tropical Medicine, IMT/Examen B (Médecins), No.16a.
- BASUAKUAMBA wa Bashipayi. 1995. "Croyances populaires concernant les épidémies fatales", in CEEBA, *Croyances populaires concernant les épidémies (Rép. Zaire)*, Bandundu, Zaire: CEEBA Publications: 83-96.
- BAYLIES Carolyn and BUIJRA Janet. 1995. "Discourses of power and empowerment in the fight against HIV/AIDS in Africa", in Peter AGGLETON, Peter DAVIES and Graham HART (eds), *AIDS: safety, sexuality and risk*, London: Taylor and Francis: 194-222.
- BEMBA Sylvain. 1984. *Cinquante ans de musique du Congo-Zaire (1920-1970)*, Paris: Présence Africaine.
- BERRIDGE Virginia and STRONG Philip (eds). 1993. *AIDS and contemporary history*, Cambridge: Cambridge University Press.
- BERTRAND Jane T. 1991. "AIDS-related knowledge, sexual behavior, and condom use among men and women in Kinshasa, Zaire", *American Journal of Public Health*, 81: 53-58.
- BIRABEN Jean-Noël. 1987. "Anne Retel-Laurentin et les Nzakara", *Cahiers d'études africaines*, 27 (105-106): 187-97.
- BRANDT Allan M. 1993. "Sexually transmitted diseases", in W. F. BYNUM and Roy PORTER (eds), *Companion Encyclopedia of the history of medicine*, London: Routledge, vol. 1: 562-584.
- BROWN Judith E., AYOWA Bibi Okako and BROWN Richard C. 1993. "Dry and tight: sexual practices and potential AIDS risk in Zaire", *Social Science and Medicine*, 37 (8): 989-994.
- CEYSSENS Rik. 1975. "Mutumbula, mythe de l'opprimé", *Cultures et développement*, 7: 483-550.
- COCQ V. and MERCKEN F. 1935. "L'assistance obstétricale au Congo Belge (y compris le Ruanda-Urundi)", *Gynécologie et Obstétrique*, 31 (4): 401-516.
- COLEBUNDERS R. *et al.* 1988. "Persistent diarrhoea in Zairian AIDS patients: an endoscopic and histological study", *Gut*, 29 (December): 1687-1691.

- Congo Belge. 1912. *Recueil Mensuel*.
- Conseil Colonial 1923, Brussels.
- DAS Veena. 1994. "Moral orientations to suffering: legitimization, power, and healing", in Lincoln C. CHEN, Arthur KLEINMAN and Norma C. WARE (eds), *Health and social change in international perspective*, Boston: Harvard School of Public Health, 139-167 (Harvard Series on Population and International Health).
- 1995. *Critical events: an anthropological perspective on contemporary India*, Delhi: Oxford University Press.
- DE BOECK Filip. 1996. *Domesticating diamonds and dollars: consumption, accumulation, and identity in southwestern Zaire*. Paper presented to the Colloque "L'argent, feuille morte?" L'Afrique centrale avant et après le désenchantement de la modernité", Katholieke Universiteit Leuven.
- DE THIER Franz. 1956. *Le centre extra-coutumier de Coquilhatville*, Brussels: Institut de Sociologie Solvay.
- DIBANDALA Ngandu KABEYA and COURTEJOIE Jacques. n.d. *Le sida est là! Que faire?* Brochure illustrée No.34, Kangu-Mayumbe, Zaire: Bureau d'Etudes et de Recherches pour la Promotion de la Santé.
- DUBOCCAGE A. 1934. "Notes cliniques du service gynécologique de la FOMULAC à Kisantu", *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*, 14: 421-31.
- EKONYO P. 1939. "Bote wa Likili", (ed. and transl. by G. Hulstaert), *Aequatoria*, 2: 66-71.
- EWENS Graeme. 1994. *Congo colossus: the life and legacy of Franco and OK Jazz*, Norfolk, United Kingdom: Buku Press.
- FARGE Arlette. 1994. *Subversive words: public opinion in eighteenth-century France*, Oxford: Polity Press.
- FARMER Paul. 1992. *AIDS and accusation: Haiti and the geography of blame*, Berkeley: University of California Press.
- FEE Elizabeth. 1988. "Sin versus science: venereal disease in twentieth-century Baltimore", in Elizabeth FEE and Daniel M. FOX (eds), *AIDS: the burdens of history*, Berkeley: University of California Press: 121-146.
- FEE Elizabeth and FOX Daniel M. (eds). 1988. *AIDS: the burdens of history*, Berkeley: University of California Press.
- GARRETT Laurie. 1994. *The coming plague: newly emerging diseases in a world out of balance*, New York: Penguin Books.
- GUILLOT P. 1930. "Quelques cas gynécologiques et actes opératoires qu'ils ont provoqués chez les noirs du Congo", *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 23: 205-209.
- HAGENBUCHER-SACRIPANTI Frank. 1994. *Représentations du sida et médecines traditionnelles dans la région de Pointe-Noire (Congo)*, Paris: ORSTOM.
- HIGGINSON John. 1989. *A working class in the making: Belgian colonial labor policy, private enterprise, and the African mineworker, 1907-1951*, Madison: University of Wisconsin Press.
- HULSTAERT Gustav. 1972. *Poèmes Mongo modernes, recueillis, traduits et annotés*. Mémoire de la Section des sciences morales et politiques, vol. 39, No.3, Brussels: Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer.
- HUNT Nancy Rose. 1988. "'Le bébé en brousse': European women, African birth spacing, and colonial intervention in breast feeding in the Belgian Congo", *International Journal of African Historical Studies*, 21: 401-432.

- 1991. "Noise over camouflaged polygamy, colonial morality taxation, and a woman-naming crisis in Belgian Africa", *Journal of African History*, 32: 471-494.
- 1993. "Another 'tale of colonial folly': A planter, some priests, and a pronatalist mission in the Belgian Congo", Unpublished paper presented to the American Anthropological Association Meetings.
- 1994. "Letter-writing, nursing men, and bicycles in the Belgian Congo: Notes towards the social identity of a colonial category", in Robert W. HARMS *et al.*, *Paths toward the past: African historical essays in honor of Jan Vansina*, Atlanta: African Studies Association Press: 187-210.
- forthcoming. *A colonial lexicon: birth, medicine, and mobility in Congo-Zaire*, Durham: Duke University Press.
- HURAULT Jean. 1987. "Un ouvrage méconnu: 'Infécondité en Afrique noire' d'Anne Retel-Laurentin", *Cahiers d'études africaines*, 27 (105-106): 177-185.
- IRWIN Kathleen *et al.* 1991. "Knowledge, attitudes and belief about HIV infection and AIDS among healthy workers and their wives, Kinshasa, Zaire", *Social Science and Medicine*, 32 (8): 917-930.
- JEWSIEWICKI Bogumil. 1995. *Chéri Samba: the hybridity of art, l'hybridité d'un art*, Westmount, Québec: Galerie Amrad African Art Publications.
- JOHNSON Thomas. 1993. *A vanishing people? population, fertility and disease among the Ila of Northern Rhodesia, 1900-1960*. Unpublished Paper presented to the Boston University African Studies Conference.
- LA FONTAINE Jean S. 1974. "The free women of Kinshasa: prostitution in a city in Zaire", in J. DAVIS (ed), *Choice and changes: essays in honor of Lucy Mair*, London, University of London, Athlone Press: 89-113.
- LAGA Marie, *et al.* 1994. "Condom promotion, sexually transmitted disease treatment, and declining incidence of HIV-1 infection in female Zairian sex workers", *Lancet*, 344 (23): 246-248.
- LAMBILLON J. 1948. "Aperçu de la pathologie gynécologique en pratique indigène à Léopoldville", *Bruxelles-Médical*, 28: 2175-2186.
- 1957. "Evolution du problème obstétrical à Léopoldville", *Académie Royale des Sciences Coloniales Bulletin des Séances*, 3, n.s.: 1389-1410.
- LAMBRECHT Frank L. 1991. *In the shade of an acacia tree: memoirs of a health officer in Africa, 1945-1959*, Philadelphia: American Philosophical Society.
- LARSSON Birgitta. 1991. *Conversion to greater freedom? Women, church and social change in north-western Tanzania under colonial rule*, Uppsala.
- LODEWIJCKX Charles. 1948. "Note sur la dénatalité de la cuvette centrale et sur les résultats obtenus jusqu'à présent par la propagande anti-malthusienne menée à Bolingo et aux environs", 23 April 1948. Unpublished manuscript in Fonds Hulstaert, 7.4, Centre Æquatoria, Bamanya, Zaire.
- LYONS Maryinez. 1992. *The colonial disease: a social history of sleeping sickness in northern Zaire, 1900-1940*, Cambridge: Cambridge University Press. (Cambridge History of Medicine).
- MANN Jonathan *et al.* 1987. "Condom use and HIV infection among prostitutes in Zaire", *New England Journal of Medicine*, 316: 345.
- Manuel d'hygiène par questions et réponses à l'usage des écoles du Congo Belge: Français - Kiswahili 1931*, Stanleyville: Imprimerie Ecole Stanleyville (Collection des Frères Maristes).
- MBU Mputu. 1995a. "Opinions populaires sur la maladie meurtrière, appelée sida, chez les Sakata", in CEEBA, *Croyances populaires concernant les épidémies (Rép. Zaire)*, Bandundu, Zaire: CEEBA Publications: 9-15.

- OBBO Christine. 1993. "HIV transmission: men are the solution", *Population and Environment*, 14: 211-244.
- . 1995. "Gender, age, and class: discourses on HIV transmission and control in Uganda", in Han ten BRUMELHUIS and Gilbert HERDT (eds), *Culture and sexual risk: anthropological perspectives on AIDS*, Luxembourg: Gordon and Breach Publishers: 79-95.
- PACKARD Randall M. and EPSTEIN Paul. 1991. "Epidemiologists, social scientists, and the structure of medical research on AIDS in Africa", *Social Science and Medicine*, 33 (7): 771-794.
- PRESTON-WHYTE E. M. 1995. "Half-way there: anthropology and intervention-oriented AIDS research in KwaZulu/Natal, South Africa", in Han ten BRUMELHUIS and Gilbert HERDT (eds), *Culture and sexual risk: anthropological perspectives on AIDS*, Luxembourg: Gordon and Breach Publishers: 315-337.
- REBUFFAT E. 1927. *Contribution à l'étude du relèvement de la natalité au Congo Belge*, Antwerp: Institut de Médecine Tropicale. (Mémoire Examen B/Médecins No.48a).
- RETEL-LAURENTIN Anne. 1974. *Infécondité en Afrique noire: maladies et conséquen-ces sociales*, Paris: Masson.
- . 1978. "Les soleils de l'ombre", in Colette LE COUR GRANDMAISON, Anne RETEL-LAURENTIN and Ariane DELUZ, *La natte et le manguier*, Paris: Mercure de France: 85-183.
- . 1979. *Un pays à la dérive: une société en régression démographique. Les Nzakara de l'est centrafricain*, Paris: Editions Universitaires.
- ROMANIUK Anatole. 1963. *L'aspect démographique de la stérilité des femmes congolaises*, Léopoldville: Editions de l'Université (Studia Universitatis "Lovanium", No.3).
- ROSENBERG Charles E. 1992. *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*, Cambridge: Cambridge University Press.
- RBCB. Royaume de Belgique, Colonie du Congo Belge. 1925-1958. *Rapports sur l'hygiène publique*, Brussels.
- RYDER Robert W. et al. 1989. "Perinatal transmission of the human immunodeficiency virus type 1 to infants of seropositive women in Zaire", *New England Journal of Medicine*, 320: 1637-1642.
- RYDER Robert W. and HASSIG Susan E. 1988. "The epidemiology of perinatal transmission of HIV", *AIDS*, 2 (suppl 1): S83-89.
- SCHOEPF Brooke Grundfest. 1988. "Women, AIDS, and economic crisis in Central Africa", *Canadian Journal of African Studies*, 22: 625-644.
- . 1991a. "Ethical, methodological and political issues of AIDS research in central Africa", *Social Science and Medicine*, 33 (7): 749-763.
- . 1991b. "Représentations du sida et pratiques populaires à Kinshasa", *Anthropologies et Sociétés*, 15: 149-166.
- . 1993. "AIDS action-research with women in Kinshasa, Zaire", *Social Science and Medicine*, 37 (11): 1401-1413.
- . 1995. "Culture, sex research and AIDS prevention in Africa", in Han ten BRUMELHUIS and Gilbert HERDT (eds), *Culture and sexual risk: anthropological perspectives on AIDS*, Luxembourg: Gordon and Breach Publishers: 29-51.
- SETEL Philip. 1992. *Getting AIDS is like breaking your shaft in the shamba: energy, disease, and changing concepts of manhood in Kilimanjaro*. Paper presented to the African Studies Association Annual Meeting, Seattle.

- Le Sida est là ! Quoi faire?* 1987. *Revue Africaine de Morale* No.2, Kinshasa: USAWA.
- SPIRE Docteur. 1922. *Conseils d'hygiène aux indigènes*, Brussels: Ministère des Colonies.
- SUMMERS Carol. 1991. "Intimate colonialism: the imperial production of reproduction in Uganda, 1907-1925", *Signs*, 16: 787-807.
- TAYAYA Lumbombo. 1995. "Opinions populaires concernant les épidémies chez les Humbu, Hunganga, Mbala, Ngongo et Yansi", in CEEBA, *Croyances populaires concernant les épidémies (Rép. Zaire)*, Bandundu, Zaire: CEEBA Publications: 16-63.
- TSHIBANDA Wamuela B. 1986. *Femmes libres, femmes enchainées (la prostitution au Zaire)*, Lubumbashi: Editions Saint-Paul Afrique.
- VANDER ELST Dr. 1946. "Six mois de gynécologie à l'Hôpital des Noirs de Léopoldville", *Bruxelles-Médical*, 26: 1312-1313.
- VAUGHAN Megan. 1992. "Syphilis in colonial east and central Africa: the social construction of an epidemic", in Terence RANGER and Paul SLACK (eds), *Epidemics and ideas: essays on the historical perception of pestilence*, Cambridge: Cambridge University Press: 269-302.
- VELLUT Jean-Luc. 1987. "Détresse matérielle et découvertes de la misère dans les colonies belges d'Afrique centrale, ca. 1900-1960", in Michel DUMOULIN and Eddy STOLS (eds), *La Belgique et l'étranger aux XIX^e et XX^e siècles*, Louvain-la-Neuve: Université de Louvain.
- 1992. "Une exécution publique à Elisabethville (20 septembre 1922): Notes sur la pratique de la peine capitale dans l'histoire coloniale du Congo", in Bogumil JEWSIEWICKI (ed), *Art pictural zaïrois*, Québec: Editions du Septentrion: 171-222.
- VERMEERSCH A. 1914. *La femme congolaise: ménagère de blanc, femme de polygame, chrétienne*, Brussels: Albert Dewit.
- VINCKE Edouard. 1991. "Liquides sexuels féminins et rapports sociaux en Afrique centrale", *Anthropologies et Sociétés*, 15: 167-187.
- VOS Pierre. 1973. *L'enfer Katangais*: Tome 1, *Lubumbashi, 1946-1949*, Brussels.
- WASSA Ferdinand. "La dénatalité chez les Nkundo", *Voix du Congolais*, 3 (15): 660-661.
- WAYIKANGA Sylvain. 1995. "Opinions populaires concernant les épidémies chez les Tetela", in CEEBA, *Croyances populaires concernant les épidémies (Rép. Zaire)*, Bandundu, Zaire: CEEBA Publications: 97-111.
- WEISS Brad. 1993. "'Buying her grave': Money, movement and AIDS in north-west Tanzania", *Africa*, 63: 19-35.
- WENDO Nguma. 1995. "Opinions populaires sur le sida chez les Yansi", in CEEBA, *Croyances populaires concernant les épidémies (Rép. Zaire)*, Bandundu, Zaire: CEEBA Publications: 64-82.
- WHITE Luise. 1990. *The comforts of home. Prostitution in colonial Nairobi*, Chicago: University of Chicago Press.
- YOKA Lye M. 1996. *Mythologie de l'argent-monnaie à Kinshasa: Culte de la débrouille*. Paper Presented to the Colloque "L'argent, feuille morte?" L'Afrique centrale avant et après le désenchantement de la modernité", Katholieke Universiteit, Leuven.

Nancy Rose HUNT, *STDs, suffering, and their derivatives in Congo-Zaire: notes towards an historical ethnography of disease*

Summary — This paper provide an historical review of STDs in Congo-Zaire, with particular attention paid to how Congolese subjects experienced and interpreted STDs and their treatment in the colonial period, and to how they experience and interpret AIDS and AIDS interventions today. Prior to World War I, colonial hygiene focused on venereal disease and promiscuity among European men; from the 1920s, social investments in the health of Congolese workers and their families began. The impact of syphilis and gonorrhea on subfertility became a key issue of colonial research among the Nkundo (Mongo), where local fertility concerns were also manifested in a quickly suppressed 1935 local religious movement called *likili*. This history is used to critique the derivatives of AIDS in Kinshasa, that is, recent AIDS research and programming, and grasp the integrity of popular representations of AIDS as discerning, parodic, social epidemiologies of wealth and affliction in Mobutu's Zaire.

Keywords: Kinshasa • Congo-Zaire • colonial hygiene • *nkundo* • infertility, female categories • syphilis • gonorrhea • history • popular culture.

Nancy Rose HUNT, *Les MST, la souffrance et leurs dérivatifs au Congo-Zaire : notes pour une ethnographie historique de la maladie*

Résumé — Cette présentation est une étude historique sur les MST au Congo-Zaire, avec une attention particulière à la manière dont les Congolais ont perçu et interprété les MST et leur traitement durant la période coloniale, et comment ils expérimentent et interprètent de nos jours le sida et les activités de lutte contre le sida. Avant la première guerre mondiale, les autorités coloniales ont mis l'accent sur les maladies vénériennes et la promiscuité des hommes européens ; à partir des années 1920, débutent les investissements sociaux en matière de santé pour les ouvriers congolais et leurs familles. L'impact négatif de la syphilis et de la gonnorrhée sur la fécondité est devenu pour les colons un problème majeur de recherche auprès des Nkundo (Mongo), où les préoccupations locales en matière de fécondité se traduisent en 1935 par un mouvement religieux local, appelé *likili*, qui a été très vite réprimé. Cette histoire sert de fondement pour une critique des dérivatifs du sida à Kinshasa que constituent la recherche et la planification en matière de sida. Elle capture l'intégrité des représentations populaires du sida comme des épidémiologies parodiques et sociales de la richesse et de l'affliction dans le Zaïre de Mobutu.

Mots-clés : Kinshasa • Congo-Zaire • hygiène coloniale • *nkundo* • stérilité, catégories féminines • syphilis • gonnorrhée • histoire • culture populaire.

7. Politiques démographiques et sanitaires face aux “maladies sexuellement transmises” en Afrique de l’ouest Perspective historique

Charles Becker et René Collignon

La mise en relation des trois termes : société, population, santé, est du plus grand intérêt pour une approche critique de tout problème de santé. En insistant sur les politiques mises en œuvre à travers le temps au Sénégal et dans l’Ouest africain par la puissance coloniale d’abord, les Etats indépendants ensuite, nous limiterons notre propos en restreignant le sens du premier terme. Nous considérerons surtout les politiques définies, imposées, appliquées avec plus ou moins de bonheur, alors que les réactions populaires à ces dernières et les pratiques sociales dans ces domaines des groupes concernés mériteraient tout autant d’attention. Des oppositions entre la sphère des logiques décisionnelles et celle des logiques propres aux sociétés et aux groupes auxquels on prétend les appliquer ont été, et demeurent, fréquentes. Les échecs patents de ces politiques sont sans doute à rechercher dans les insuffisances notoires de la prise en considération des normes et des pratiques sociales des populations dans le domaine de la reproduction et de la santé.

Y a-t-il eu des politiques démographiques et des politiques sanitaires face aux “maladies sexuellement transmises” (MST) dans les anciennes colonies françaises et dans les Etats ouest-africains qui ont pris leur suite ? Pour autant que l’état des dispositions législatives et celui des moyens financiers¹ dégagés permettent d’apprécier la mise en œuvre effective de politiques, il semble bien que ces domaines furent marqués de beaucoup d’hésitations et de “prudence”, même si des volontés pronatalistes ont été affirmées et si la politique sanitaire visait dans son ensemble, en s’efforçant de la conserver en bonne santé et à combattre les maladies, à accroître la population. Les textes législatifs ou réglementaires en matière de population sont rares et ont souvent été calqués sur ceux de la métropole. Les moyens dégagés ont été ceux des services de santé luttant en priorité contre les épidémies ;

¹ Nous n’aborderons pas la question des moyens financiers engagés pour la réalisation des politiques de population et de santé en matière de MST. Le sujet est malaisé à traiter, peu de réflexions ont été menées au Sénégal comme ailleurs en ce domaine, bien qu’on dispose cependant de sources intéressantes sur lesquelles on peut engager une telle réflexion.

ils ont tardé parfois à prendre la mesure du rôle majeur que certaines endémies et affections jouaient parmi les causes de mortalité locales¹. Le problème majeur de la malnutrition n'a été que fort tardivement abordé. L'identification et la prise en compte de ces problèmes de santé publique ne se sont faites vraiment qu'à la veille des indépendances, après la Seconde Guerre mondiale ; encore faudra-t-il que la communauté internationale (Conférence de Hot Springs 1943) pèse de tout son poids en ce sens sur les métropoles coloniales en les plaçant face à l'opinion mondiale devant leurs responsabilités en matière de bien-être des populations sous tutelle (voir Worboys 1988).

Politiques de population et lutte contre les MST : liens et avatars

Lorsque commence la conquête et la progression européennes vers l'intérieur de l'Afrique, du milieu de XIX^e siècle jusqu'à la première décennie du XX^e, les puissances impériales manifestent la volonté de compter le plus de sujets possibles et le maximum de superficies à mettre sous tutelle pour y développer la production et le commerce.

Un document publié en 1895² nous éclaire sur l'état d'esprit de l'époque. La Société Africaine de France ayant mis au concours de 1893 le sujet : "Des moyens propres à empêcher la dépopulation de l'Afrique", elle a retenu en 1894 deux mémoires dont le contenu est ainsi analysé et discuté par Paul Bonnard, un des rapporteurs du concours :

« Les causes de la dépopulation y sont étudiées dans le monde africain en lui-même, en dehors de l'influence des Européens.

C'est d'abord l'état de guerre perpétuelle, la guerre de razzias, de pillage [...] et l'asservissement de la population sans défense, femmes, enfants, adolescents.

Ce sont aussi les guerres saintes [...] et massacre des réfractaires, [...]

C'est encore la famine : en temps de guerre, par défaut d'ensemencement, ou par suite de pillage, d'incendie de récoltes pour affamer l'ennemi ; en temps de paix, par l'imprévoyance dans les bonnes années, s'il survient quelque fléau [...]

Outre l'esclavage, la guerre, la famine, il y a l'anthropophagie et les sacrifices humains, qui causent, il est vrai, peu de morts ; mais ils contribuent [...] à maintenir l'état de guerre, qui procure les victimes.

Il y a aussi chez les musulmans, l'usage des eunuques.

Après la dépopulation par l'homme, l'auteur considère les maladies : le paludisme, la syphilis, le choléra (la petite vérole étant mentionnée plus haut, incidemment), enfin la phthisie [...]

¹ La rougeole et la coqueluche par exemple, maladies infantiles bénignes ailleurs (dans les pays d'origine des médecins coloniaux), ont eu des effets dévastateurs dans la population enfantine africaine.

² Nous remercions vivement Jean-François Maurel, ancien Directeur des Archives du Sénégal, puis des Archives de la France d'Outre-Mer, qui nous a fourni en 1987 des renseignements sur ce document et nous en a communiqué une copie (*Bulletins et Mémoires de la Société Africaine de France*, t. 4, 1895 : 7-27).

Quant aux bienfaits qui suivront les puissances européennes en Afrique, ce sera, avant tout, la paix imposée, maintenue[...]. Ce sera encore l'aménagement des eaux, le boisement, l'assainissement. L'auteur eût pu ajouter [...] : les précautions contre les épizooties, la prévoyance dans les bonnes années, la chasse aux sauterelles [...] enfin une lutte toujours plus heureuse contre les maladies : [...] il est clair que nous apporterons le vaccin au Soudan, et la petite vérole n'y fera plus, comme aujourd'hui, et comme autrefois en France, des ravages "terrifiants" [...]

Un second mémoire [a] pour devise : "Pour eux, il leur est égal que tu les avertisses ou non, ils ne croiront pas". (Koran, La Vache, 5).

L'auteur reconnaît aussi, comme la grande cause de dépopulation, l'état sauvage, et la guerre. Mais selon lui, l'influence européenne directe est funeste à l'accroissement de la population. Fait grave et qu'il faudrait établir à l'aide de documents ; il faudrait aussi en établir les causes et ne pas se borner à les conjecturer.

Est-il bien sûr que la population, sans l'influence européenne, n'eût pas diminué, au lieu de rester stationnaire ?

C'est par l'influence de l'islamisme, sous notre protectorat, que l'auteur veut repeupler l'Afrique. Par nous-mêmes, nous ne pouvons rien. Pour satisfaire nos exigences commerciales, le noir presse ses voisins. (Ne les pressure-t-il pas pour satisfaire l'Arabe ?) Nous lui apportons le vêtement, c'est-à-dire la phthisie et la vermine : l'alcool, c'est-à-dire la guerre meurtrière [...]

Voici la conclusion de ce mémoire :

"Dans un certain milieu il est bien vu de crier que l'islamisme est l'ennemi. Je crois tout au contraire que sur tant de point la France qui se trouve en contact avec les peuples de cette religion devrait avoir une politique musulmane suivie et tendre de tous ses efforts à les grouper sous son influence".

Jusqu'ici je ne vois rien à redire, mais il y a peut-être quelque chose d'excès en ce qui suit :

"L'Algérie, la Tunisie, et le Sénégal lui donnent une base d'influence et d'opération sérieuse... Bien d'autres états se rallieront à nous... Tous ces états pourront être groupés dans un même but : la repopulation de l'Afrique par la civilisation musulmane et le développement des intérêts français". [...]

Les deux mémoires ont paru à votre commission des travaux incomplets sans doute, mais sérieux, utiles, dignes d'être récompensés ?

Le premier [...] nous fait voir, dans l'Afrique centrale un état social si barbare qu'on ne pourra pas reprocher à l'Europe d'être intervenue au nom de la civilisation. Si elle n'intervient pas, l'Afrique continuerait à se dépeupler rapidement.

Le second mémoire envisage un grand nombre de questions intéressant le sujet. Mais l'auteur ne paraît pas avoir eu le temps de les étudier assez mûrement. Il a surtout le mérite de faire penser ; mais il éveille souvent la contradiction. Il aborde le côté le plus difficile du sujet, ce que doit être notre œuvre en Afrique. Mais la solution qu'il propose paraît trop absolue.

Ce que nous avons loué sans réserve, chez les auteurs, c'est l'intérêt que leur inspire ce grave sujet, l'élévation des sentiments, la sympathie généreuse pour les populations d'Afrique. Ils considèrent les noirs, non comme une race à supplanter, mais comme des collaborateurs nécessaires en ces climats, comme des alliés, auxquels, mieux armés nous-mêmes, nous communiquerons

une partie de nos armes, dans la grande lutte de l'humanité contre la nature.[...] » (Bonnard 1895 : 8-10).

Ce document illustre avec force les préjugés, les idéologies qui ont marqué les milieux actifs dans la promotion d'une idée coloniale en France à la fin du siècle dernier. Il montre aussi, à travers un argumentaire daté et autolégitimiteur des visées européennes, une conscience que toute politique de population à édicter par les puissances coloniales s'adresse à des sociétés marquées par leurs cultures, leurs religions, leurs normes propres.

Dès cette période contemporaine des débuts des conquêtes de l'intérieur de l'Afrique, s'édifie un discours affirmant le bien-fondé de l'entreprise coloniale et justifiant une nécessaire intervention extérieure pour pallier la dépopulation du continent imputée aux sociétés africaines elles-mêmes. La volonté de contrôle, dont la permanence s'affirmera par la suite et jusqu'à présent, se manifeste dès lors avec la mise en place de structures censées donner des indications sur l'état de la population et de la santé (recensements-comptages administratifs, statistiques sanitaires), et celle de dispositifs de soins, surtout en milieu urbain dans un premier temps, et dans les zones rurales ensuite. Les décisions législatives et réglementaires, les mesures budgétaires qui concernent l'assainissement et l'amélioration de la santé sont souvent décidées lors d'épisodes épidémiques décimant à la fois les populations africaines et européennes.

Au début du siècle, des préoccupations sanitaires nouvelles se font jour. Après l'établissement de l'autorité administrative, la nécessité de fournir un nombre accru de médecins se fait sentir rapidement. Un cadre nouveau de jeunes médecins civils destinés à résider dans les centres pacifiés pour s'y employer à une assistance médicale aux populations indigènes fut proposé par un rapport du Dr Rangé, inspecteur des services sanitaires civils (ISSC), au Gouvernement général de l'AOF. L'arrêté du 8 février 1905 créait en AOF un service d'Assistance médicale aux indigènes (AMI). Cette création était motivée par une prise de conscience de l'état misérable des populations et de l'effroyable mortalité qui sévissait régulièrement dans ces régions. Une enquête fut prescrite par une circulaire du 12 avril 1905 du Gouverneur général Roume dans chacune des colonies sur les causes de mortalité, notamment infantile, et sur les moyens d'y remédier. Du rapport de l'Inspection des services sanitaires civils¹, il ressort un constat unanime de mortalité excessive dont les causes relèvent de deux grandes classes d'affections : 1) les maladies banales qu'engendrent la misère, la mauvaise hygiène, la malpropreté (la tuberculose est désignée comme la grande liquidatrice, aidée dans ses ravages de la syphilis et de l'alcoolisme), 2) les maladies spéciales à ces régions : endémies (béribéri, lèpre, maladie du sommeil, paludisme), épidémies (méningite cérébro-spinale, typhoïde, variole). C'est donc dans le contexte des maladies de misère qu'est abordée la question des maladies vénériennes. Le trio tuberculose, syphilis, alcoolisme, promu

¹ Rapport rédigé par Gallay, le successeur de Rangé (reproduit in Gallay 1909 : 14-45).

en Europe par les hygiénistes vers la fin du XIX^e siècle au rang de “fléaux sociaux”¹ trouve dans les colonies d’Afrique de l’ouest un écho particulier parmi les autorités sanitaires de haut rang imbues des hantises de la dépopulation, et marquées par les obsessions des pouvoirs publics métropolitains en matière de problèmes démographiques (les lois de 1893 et 1902 en métropole²).

Si Gallay (1909 : 20) signale l'impossibilité d'émettre une opinion sur la proportion possible des syphilitiques, il n'en ressort pas moins de son rapport quelques traits généraux contrastés d'une représentation du mal, de sa distribution géographique et des réactions qu'il suscite : les accès secondaires et tertiaires alimentent pour moitié au moins les consultations gratuites des cercles, en particulier les dispensaires de Podor et des escales le long du Fleuve et de la ligne du chemin de fer, la demande d'iodure de potassium venant souvent vite excéder les trop maigres budgets ; les colonies du Sud (Côte-d'Ivoire, Dahomey), aux populations animistes, semblent moins touchées que les populations islamisées du Nord, mais sont davantage atteintes par les conséquences de l'alcoolisation. Cependant l'affection préoccupe surtout par ses incidences sur la mortalité infantile, les avortements, les accouchements prématurés et les naissances débiles qu'elle précipite, et la question des moyens d'enrayer la dépopulation retient longuement l'auteur qui aboutit à des recommandations en vue de la création d'un service autonome de la vaccine et d'un corps d'aides-médecins indigènes de l'AMI qui seront créés par l'arrêté du 7 janvier 1906 (*BAS [Bulletin Administratif du Sénégal] 1906, 1 : 54 et 59*).

La Première Guerre mondiale viendra accuser cette obsession démographique. Plusieurs éléments se conjugueront dans ce sens : la prise de conscience, lors du recrutement massif des troupes noires, du médiocre état de santé des jeunes recrues, d'abord ; celle du coût démographique induit par le conflit, ensuite ; et enfin le besoin urgent de main-d'œuvre pour la mise en valeur des colonies qu'une propagande très active du “parti colonial” appelle à développer au nom de la promotion du “réservoir colonial” (Bonneuil 1991). Ce puissant mouvement d'opinion se prolongera dans un vaste programme de “mise en valeur” de l'empire dont Albert Sarraut sera un des plus ardents défenseurs (Sarraut 1923). Le problème de la santé indigène en ces lendemains de guerre est nettement relié à la pénurie de main-d'œuvre et il s'exprime en terme de production : “il faut développer les races indigènes en qualité et en quantité”³, et on

¹ Voir Faure (1994 : 199-220) ; Herzlich et Pierret (1991 : 193-211).

² Loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale et gratuite (*Bulletin des lois, 1893, n° 1583 : 841*), Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique (*JO, 19 février 1902 : 1173*).

³ Le mot d'ordre du gouverneur Carde “faire du noir” sera bien relayé par les administrateurs à travers les années ; Michel Leiris dans son journal de la mission ethnographique Dakar-Djibouti note en date du 14 juillet 1931 [à Tonkoto, sous-préfecture lugubre du Soudan français] : « Après distribution de menus cadeaux, l'administrateur lève la séance et fait traduire la proclamation suivante, qu'il prononce d'abord en français d'une voix retentissante : “Maintenant, vous allez vous coucher et allez travailler à gagner petits ! Parce que : quand il y en a beaucoup petits, y en a

procède à un changement radical de doctrine d'action : “l'assistance médicale curative doit céder le pas à la médecine préventive sociale” (Circulaire ministérielle du 10 décembre 1924) ; on appuie ce changement d'une augmentation notable des effectifs médicaux. La circulaire du 12 avril 1921 (Merlin), relayée par celle du 12 mars 1924 (Cardé) insiste sur le rôle social à faire jouer au personnel auxiliaire indigène, sur l'extension à donner aux corps locaux d'infirmiers et sur la nécessité de pousser les sages-femmes vers les cases indigènes dans un effort soutenu de surveillance de la santé de l'enfant et de propagande de l'hygiène. Les instructions de Cardé du 15 février 1926 précisent le but à atteindre et les moyens à mettre en œuvre (*JOS* 1926, 1318 : 193), celles du 5 mars 1927 marquent les premiers résultats et fournissent sur certains points des directives complémentaires. Celles du 1^{er} août 1930 insistent sur la protection de la première enfance et l'hygiène des travailleurs.

Dans l'entre-deux-guerres¹ l'image du péril vénérien dans les écrits médicaux coloniaux gagne en épaisseur et en complexité. Le souci démographique omniprésent fait porter un regard rétrospectif plus attentif sur les données concernant la morti-natalité et la mortalité infantile au Sénégal relevées dans les formations sanitaires entre 1890 et le début des années vingt que Thiroux (1923) compare aux données récentes sur les ravages de la syphilis congénitale fournies par Hata² relatives aux avortements et à la mortalité infantile chez les Japonaises présentant une réaction de Wassermann positive sans signes cliniques de syphilis. Beaucoup d'affections infantiles dans la population autochtone et en particulier beaucoup d'athrepsies³ relèvent de la syphilis congénitale. Cela devrait se vérifier par la séroréaction et confirmer « la supériorité du sulfasenol sur le bouillon de légumes » (Thiroux 1923 : 195). La question d'une immunité relative des Africains à la syphilis vénérienne, suggérée par Jeanselme en 1904, et celle des confusions diagnostiques possibles sont posées (Thiroux 1923, Hermant 1931). L'immunité supposée résiderait plutôt dans la bénignité des symptômes, ou pourrait relever du fait que l'Africain adulte est relativement réfractaire au paludisme là où dans la population blanche on observe une virulence extrême de la syphilis associée au paludisme (Kermorgant 1903), ce qui fit évoquer la malignité particulière d'une *syphilis exotique* à propos de laquelle Fournier (1906 : 841)⁴ avait déjà justement observé que l'analyse

beaucoup d'impôts !” [...] Scrupuleusement, l'interprète répète la formule et tout le monde s'en va content » (Leiris [1934] 1996 : 148).

¹ Période littéralement obsédée en Europe par la peur de la syphilis (Quétel 1986 : 238).

² in *Revue Internationale d'Hygiène publique* 1921 : 368.

³ L'athrepsie désigne la dénutrition et le dépérissement des nouveau-nés à la suite de diverses affections, notamment les diarrhées chroniques.

⁴ Alfred Fournier a été en France le héros de la croisade contre le mal vénérien. Ses travaux font autorité en la matière depuis 1857, et il est le fondateur en 1901 de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale et à l'origine de l'idée de dispensaire. Il développe l'idée que le mal ne menace pas seulement ceux qui s'y

étiologique sérieuse devait rapporter la malignité à l'impaludation. Thiroux (1923 : 195) observe par contre que si les adultes sont peu sensibles, la population infantile africaine est très durement touchée par le paludisme¹ dont il souligne l'influence prépondérante sur la gravité de la syphilis.

Si des dispositifs plus appropriés se mettent progressivement en place — Institut prophylactique², Institut d'hygiène sociale³, dispensaires et consultations spécialisées⁴ —, au fur et à mesure qu'on approche davantage l'indigène et qu'on dépiste le mal par les méthodes scientifiques nouvelles, on prend mieux la mesure du caractère “perfide” et “sournois” de l'endémie (Léger 1928a). « Certaines races, comme les Peulhs et les Toucouleurs sont syphilisées dans leur presque totalité » et certains médecins estiment atteints les huit dixièmes de la population de Dakar (Léger 1928a). L'ampleur du problème ne se dément pas au cours des ans, même si des résultats thérapeutiques sont enregistrés : on se plaît à souligner la rapidité de l'action curative des arsenicaux qui règnent en maître dans les thérapeutiques antisyphilitiques de l'entre-deux-guerres, leur facilité d'utilisation et la faveur qu'ils rencontrent auprès des indigènes (Hermant 1931, Grosfilley 1934).

Si nous souscrivons volontiers, dans ses grandes lignes, aux analyses proposées par Megan Vaughan (1991, 1992) du regard britannique porté sur l'épidémie de syphilis en Ouganda au début du siècle ainsi qu'au tableau qu'elle propose des efforts de la puissance tutélaire anglaise pour régler la question, il nous semble toutefois que les visions coloniales britannique et française ne sont pas identiques sur ce point. Dans l'espace francophone ouest-africain, l'impact sur cette question

exposent, mais souligne le nombre de contagions “imméritées” parmi les femmes et les enfants (cf. Quétel 1986 : “L'ère de Fournier” : 165-169).

¹ L'index paludéen établi selon la méthode de Koch d'après le pourcentage d'enfants parasités est de 60 à 70 % au Sénégal au début du siècle (Thiroux et d'Anfreville 1908).

² Une Commission consultative des maladies vénériennes aux colonies est créée en 1929 à l'Institut prophylactique (dont l'existence remonte à 1916) où Marcel Léger est médecin, après avoir longtemps dirigé l'Institut Pasteur de Dakar. C'est devant cette commission que Cazanove (1933) présentera son rapport sur la lutte antisyphilitique au Port de Dakar.

³ Ouvert en 1921, il comprend six services dont un antivénérien. En 1927, il a assuré 87 723 consultations (Lhuerre 1928a).

⁴ Un dispensaire anti-vénérien et une consultation annexée à la maternité indigène fonctionnent tous les matins depuis 1919 à Dakar (Kernéis 1920). Un poste sanitaire est créé en 1926 au Port de Dakar avec un laboratoire de syphilimétrie conformément à l'Arrangement international de Bruxelles (1^{er} décembre 1924) pour donner les soins aux marins de commerce atteints de MST. Son action de dépistage et de soins va s'étendre progressivement à la population flottante du port et aux populations indigènes de Dakar et de Médina (création d'une annexe réservée aux femmes). L'utilisation des pilules mercurielles recommandées par le Dr Vernes, faciles à absorber et sans réaction, fabriquées sur place à partir de la formule transmise par Marcel Léger, devait donner satisfaction aux indigènes (Cazanove 1933). Les examens sérologiques se multiplient au laboratoire de syphilimétrie de l'hôpital principal. L'Institut Pasteur de Dakar pratique la réaction de Bordet-Wassermann sur le sérum sanguin et le liquide céphalo-rachidien (Marqué 1933).

d'un lobby missionnaire chrétien par exemple semble beaucoup moins important dans des pays fortement marqués par l'Islam. La séparation de l'Eglise et de l'Etat, appliquée rapidement dans le contexte d'une administration coloniale aux composantes volontiers anticléricales, peut rendre compte sans doute de la faible coloration socio-moralisante dans les textes français traitant de la question des maladies à transmission sexuelle. Dans les préjugés des milieux médicaux coloniaux, ce qui est stigmatisé en termes très profanes c'est l'indifférence ou l'insouciance des populations, bien plus qu'une quelconque immoralité. On retrouve bien sûr dans les textes les plus anciens la dénonciation des excès de coït, mais il semble qu'il faille lire cette hantise de la copulation morbide¹ dans le contexte des obsessions d'une époque marquée, surtout dans les milieux médicaux, par l'influence d'un darwinisme vulgarisé de l'angoisse de la dégénérescence de l'espèce. Alain Corbin (1981) souligne bien comment dans le perpétuel dialogue entre médecine et société, le corps médical et son discours (la théorie de l'hérédo-syphilis par exemple) viennent traduire dans un langage scientifique les fantasmes collectifs de leur temps. Sur ce plan, les préjugés et les attitudes des médecins coloniaux ne semblent guère différents de ceux développés par leurs confrères en Europe, empreints d'inquiétude et de condescendance envers les classes populaires, le "peuple" jugé immature.

Une histoire de la prostitution dans les pays de l'Ouest africain reste à faire. Les matériaux d'archives à cet égard semblent peu abondants. Ils montrent combien le système réglementariste, ou "système français" (Corbin 1978), plus qu'ailleurs encore, eut du mal à fonctionner. Le projet réglementariste, dont le premier grand concepteur fut Parent-Duchâtelet (1836), faisait de la gestion de la prostitution une affaire de voirie et de maintien de l'ordre et de la décence dans la rue et les lieux publics. La prostitution n'est pas reconnue comme un délit en soi, le code pénal en la matière ne condamne que l'outrage et l'attentat public aux bonnes mœurs (art. 334). Les prostituées ne sont donc justiciables ni du tribunal de simple police, ni du tribunal de première instance. Elles ne relèvent que des règlements municipaux et de l'autorité administrative et de son arbitraire. Les bordels, qui ne sont pas des établissements autorisés mais des entreprises tolérées, n'en constituent pas moins une base essentielle du fonctionnement du réglementarisme. Malgré les difficultés des autorités dans leur tentative de réglementer la prostitution et de trouver des tenanciers de maison close identifiés et aisément contrôlables par l'administration et de mettre en place un service médical prophylactique (Lhuerre 1928b), la prostitution européenne semble bien contrôlée. Par contre la prostitution indigène échappe pratiquement à tout contrôle ; Lhuerre déplore que la police des mœurs n'applique pas aux prostituées indigènes et métisses l'arrêté

¹ Le rôle de la sexualité et des excès vénériens dans la transmission de la maladie ne concerne pas seulement ici la syphilis, mais comprend (dans son association classique à l'alcool) également la tuberculose, ces maladies dites sociales.

du 13 janvier 1926. Une pratique coloniale qui contribua par ailleurs à limiter le recours aux services de prostituées fut la coutume parmi les coloniaux de “prendre *moussou*” (prendre une femme indigène, dans le jargon colonial du Soudan français)¹. Cette pratique fut encouragée tacitement par les médecins militaires auprès du personnel colonial masculin ; ils y voyaient en effet une assurance de sécurité sanitaire. Ces compagnes africaines devaient « distraire, soigner, dissiper l’ennui et empêcher l’Européen de se livrer à l’alcoolisme et aux dépravations sexuelles, malheureusement si fréquentes en pays chauds » (Simonis 1993 : 209). Mais là où les transformations coloniales faisaient presque exclusivement appel à une main-d’œuvre masculine engendrant des mouvements migratoires importants, une prostitution autochtone s’est développée. C’est encore une caractéristique de la prostitution moderne en Afrique que l’existence d’un proxénétisme organisé y reste exceptionnelle (cf. Coquery-Vidrovitch 1994).

Les politiques de population et de santé en matière de MST après les Indépendances : de quelques ambiguïtés

Après les indépendances, la définition et la mise en œuvre de politiques en matière de population et de MST font objet de débats. Les nouveaux Etats sont l’objet de sollicitations pressantes de la part des organisations internationales qui visent à mieux connaître et contrôler une situation démographique marquée par une croissance forte due au maintien de taux élevés de fécondité dans un contexte de réduction des taux de mortalité. Des opérations d’enquêtes démographiques (dès 1960), des recensements généraux à partir de 1975, et des programmes de planification familiale sont réalisés avec un soutien ferme et souvent déterminant de ces agences extérieures. Les efforts pour améliorer la santé de la mère et de l’enfant se poursuivent en intégrant parfois, à des rythmes variables suivant les pays, la planification familiale et certains aspects de la prise en charge du problème des MST. Avec l’apparition du sida, la prise de conscience des risques engendrés par cette pandémie pour l’avenir de la population, se créent à partir du milieu des années 80 des structures spécialisées dans la “lutte” contre le sida. Ce mouvement devra surmonter, grâce à l’action de certains groupes en particulier, avec le soutien de fortes pressions internationales, les déni fréquents de l’existence du problème par les autorités sanitaires et politiques locales (Fassin et Dozon, 1989 ; Dozon et Fassin 1989 ; Dozon 1991). Ces structures sont le plus souvent autonomes, mais les acteurs qui les animent sont, dans la réalité, parfois les mêmes que ceux qui interviennent dans le domaine de la population et de ce qu’on appelle maintenant la santé reproductive.

¹ Cela correspond à la pratique plus ancienne au Sénégal du “mariage à la mode du pays”.

En matière de MST, le discours de “contrôle” (au sens explicité par Gill Seidel 1993) et de “lutte” prédomine partout et se manifeste à travers les comptages et les statistiques mises en avant à propos du développement de ces affections et de l'épidémie du sida. Il apparaît aussi par la place privilégiée accordée aux registres de l'IEC (Information, Education, Communication) : se développent des campagnes de sensibilisation où se croisent, et se recouvrent parfois, des thèmes, des messages similaires voire identiques — en particulier celui de l'intérêt de l'utilisation du préservatif. La pratique de cette IEC dans les pays africains a consisté à proposer / imposer des messages tenus pour efficaces pour un maintien, qu'on se plaisait à penser presque sans difficulté à leur niveau, des taux épidémiologiques officiels très faibles allégués par les responsables nationaux. Hélas, les faits ont parfois été cruels, et l'inadéquation patente de ces efforts passés demande à être analysée avec lucidité.

— L'amélioration de l'état civil a été préconisée dès les indépendances. Bien qu'elle soit fondamentale pour la connaissance et le contrôle de la population et de ses mouvements naturels, l'objectif n'a été que très partiellement atteint pour de nombreuses raisons, surtout, semble-t-il, en raison de la méconnaissance ou de la mauvaise prise en compte des facteurs sociaux (Cantrelle 1997).

— Les études démographiques se sont développées et ont souligné la forte croissance en Afrique et les problèmes posés par celle-ci aux pays subsahariens : la fécondité, la mortalité, la nuptialité, les migrations sont mieux décrites et connues aujourd'hui qu'en 1960 ; de même des caractéristiques comme l'urbanisation, la scolarisation sont mieux appréhendées. Des études récentes ont mis en évidence des changements dans les comportements en matière de fécondité, en particulier une baisse de la fécondité dans certains pays qui peut être due en partie aux campagnes d'IEC, mais aussi et surtout à des facteurs sociaux et économiques — en particulier l'urbanisation, la scolarisation et les migrations — qui ont été davantage étudiés au cours des dernières années (Locoh 1995 ; Locoh et Hertrich 1994 ; Koffi *et al.* 1994).

— Face à une croissance démographique jugée alarmante, des instances internationales prônent, dès le lendemain des indépendances, la définition et l'application de programmes de limitation des naissances. Ces agences ont en général demandé et financé les études démographiques qui ont montré la lente amorce d'une transition démographique avec une forte diminution de la mortalité, mais avec des taux de natalité toujours très soutenus et ne commençant à fléchir que dans de rares pays du continent. Le rôle de ces organismes dans la définition et l'application des politiques de population a suscité des débats animés auxquels font écho deux ouvrages de la fin des années 80 (Savané 1988 ; Jemai 1987). Il exigerait une analyse et une réflexion plus poussées encore dans le contexte nouveau créé par la survenue du sida.

— Les difficultés et les ambiguïtés des politiques volontaristes de population ont eu pour conséquence une grande lenteur de leur mise en œuvre et leurs échecs. Les responsables de ces politiques ont évoqué (et évoquent encore) des “obstacles culturels”, mais, mises à part

quelques études pionnières, les recherches sur les déterminants des comportements en matière de reproduction et de santé sont restées trop rares et généralement méconnues des médecins.

— Au cours des années 80 les pays ont été invités à définir des politiques de population et mettent en place des structures soutenues par les agences internationales qui lient politique de population et politique générale de santé et promeuvent alors la “santé reproductive”.

— L’apparition rapide et brutale du sida à la fin de cette décennie a modifié les données dans un bon nombre de pays ouest africains : comme le montre l’exemple du Sénégal, elle ne provoque guère de mesures réglementaires nouvelles alors qu’auparavant des dispositions avaient été prises pour la lutte contre les MST et sur des questions comme la contraception, l’avortement, le mariage... L’épidémie détermine l’élaboration de stratégies qui visent à la contrôler, en privilégiant une IEC aussi hésitante dans la réalité que celle pratiquée dans le domaine de la population. Là également, les travaux sur les déterminants des comportements en matière de santé sexuelle sont restés trop rares et méconnus du corps médical. Ces études, de valeur inégale et souvent discutables en raison de leur manque de rigueur, ont provoqué de vives réactions qui ont attiré l’attention sur des points importants — en particulier sur la permanence de nombreuses représentations et de “fantasmes” sur la sexualité africaine (cf. Bibeau 1991 ; Bibeau et Murbach 1991) : elles engagent à davantage d’attention par rapport aux logiques individuelles et sociales face à la sexualité, à la reproduction, et aux politiques en matière de MST.

— On peut observer dans les discours et les pratiques que des articulations se sont créées entre les objectifs généraux d’une politique de population et ceux plus particuliers d’une politique de lutte contre les MST/sida ou encore d’une stratégie de prévention de ces affections. Mais elles restent insuffisamment explicitées. Ces tentatives soulèvent des problèmes nouveaux qui mériteraient d’être plus clairement définis et plus largement débattus. Comment faire de l’IEC dans l’un ou l’autre cas et pourquoi le faire ensemble, comme cela est préconisé assez largement aujourd’hui ? Dans quelle mesure les messages proposés doivent-ils être spécifiques ou identiques, alors qu’ils concernent des objectifs et des thèmes différents ? Suggérer des changements dans les comportements “reproductifs” est différent d’encourager des modifications des pratiques sexuelles (ou d’autres pratiques en relation avec la transmission du virus, car le sida n’est pas seulement une MST) pour éviter les MST, dont la maladie mortelle qu’est le sida. Les campagnes et les messages correspondent bien à des objectifs distincts, même si la sexualité humaine est surtout en jeu dans les deux cas. La réflexion doit s’orienter dès lors vers une meilleure connaissance des déterminants des comportements, avec la prise en considération de tous les facteurs socioculturels, surtout les facteurs économiques et les facteurs de “genre” (cf. IUSSP 1993).

Conclusion

L'apparition de nouveaux problèmes de santé (sida, bilharziose), la forte résurgence de problèmes plus anciens (paludisme, choléra), la constance d'autres problèmes (malnutrition, maladies diarrhéiques, et MST) sont à mettre en relation avec la poursuite de la croissance démographique forte et se situent dans le contexte de la "transition démographique" qui s'amorce en Afrique. Alors qu'autrefois des grandes mortalités étaient dues aux épidémies mais surtout aux endémies, aujourd'hui on considère que la mortalité a fortement régressé et que les progrès sanitaires ont été à l'origine de l'essor démographique rapide.

A travers l'étude de l'histoire des MST, des conceptions et des politiques sanitaires mises en œuvre par la colonisation, puis par les Etats indépendants, on a relevé une mise en relation souvent ambiguë entre :

- des thèmes démographiques comme l'essor de la population et son maintien dans un état de santé permettant la "mise en valeur" des colonies, puis le développement des pays indépendants,

- des thèmes sanitaires récurrents dans la lutte contre les maladies vénériennes : la "race" noire d'abord considérée intacte, ignorante de la syphilis, menacée par les fléaux introduits par la civilisation européenne ("civilisation = syphilisation"), la caractérisation de ces maladies comme des maladies "sociales" dont l'origine serait liée à "l'ignorance" et souvent à des pratiques sociales "déviantes" ou marginales.

On a noté la constance de certains thèmes et pratiques. Dans le premier tiers du XX^e siècle, les autorités coloniales et les responsables des politiques de santé ont insisté sur la "dépopulation" et la nécessaire "repopulation" pour permettre l'essor des colonies : afin de parvenir aux objectifs souhaités, on tente d'abord d'estimer, avec de grandes difficultés, la situation et de créer ensuite des structures spécialisées pour lutter contre la mortalité.

Une évolution des discours s'est opérée à travers le temps, pendant la période coloniale et après les indépendances ; alors que la mise en place des dispositifs sanitaires et législatifs s'est faite lentement, les développements récents ont surtout manifesté la fragilité des politiques de santé qui se traduit par les grandes difficultés actuelles des systèmes de soins. Cependant, les législations, souvent plus répressives que préventives, tant en matière démographique que sanitaire, restent rares et toujours difficiles à appliquer.

Des réflexions encore timides s'amorcent à propos du statut des "maladies sexuellement transmises" considérées longtemps comme "fléau social" et sans doute stigmatisées en conséquence. Dans la mesure où elles compromettaient le développement démographique souhaité, mais aussi où elles étaient plus difficilement "contrôlables" que d'autres maladies, elles ont été classées à part et ont suscité un traitement spécifique, qui est encore largement resté en vigueur au temps du sida.

En étudiant les liens entre les politiques de population et de santé depuis le début du XX^e siècle, on peut remarquer des similitudes dans les modes de gestion des problèmes démographiques et sanitaires, des permanences et des changements d'attitude des groupes sociaux par rapport aux systèmes de soins et à la croissance démographique, ainsi que dans les réactions par rapport aux politiques des Etats et aux interventions des organismes publics ou privés.

La "lutte" contre les MST, comme celle contre les maladies à déclaration obligatoire, a été caractérisée plus tôt, dès la fin du siècle dernier, par son internationalisation et une volonté de contrôle et d'éradication, sous la responsabilité et la direction des médecins. Les campagnes récentes pour limiter la croissance démographique rapide se mènent également à un niveau international, avec une forte implication des médecins, en recourant souvent aux mêmes méthodes et en proposant des messages similaires ou identiques. Dans les deux cas, des contradictions se manifestent au sein des sociétés où veulent s'inscrire les actions volontaristes des autorités, et en particulier s'affirme la présence d'acteurs et de logiques sociales insuffisamment pris en compte dans les programmes sanitaires.

Nous avons trop écarté de notre analyse ce qui est apparu important, essentiel lors de l'analyse des politiques : la gestion de la reproduction et de la "santé reproductive" par les sociétés elles-mêmes, les oppositions et les conflits entre les logiques de ces sociétés et celles des pouvoirs qui ont cherché à imposer leurs raisons. Il reste à réfléchir sur les raisons des échecs du passé et aussi des échecs du présent dont le plus grave est le rapide développement de l'épidémie du sida dans de nombreux pays. Un regard critique porté sur le passé a souligné que les échecs de la gestion des problèmes de population, de santé et de MST sont dus surtout à la méconnaissance des sociétés, des acteurs et des groupes sociaux par les responsables de ces politiques. Il manifesterait le caractère presque dérisoire de certaines métaphores utilisées couramment par les responsables des politiques de santé, en particulier la métaphore militaire dont le « corollaire, le modèle médical du bien-être public, est sans doute plus dangereux et doté de conséquences plus lointaines, car non seulement il fournit une justification convaincante à un pouvoir autoritaire mais il suggère implicitement la nécessité de la répression et de la violence étatiques » (Sontag 1989 : 123). Il pourrait enfin contribuer à aider à plus de lucidité sur le présent, à mieux prendre en compte les réponses individuelles et communautaires aux problèmes de santé, de vie familiale et de sexualité, et ainsi susciter les choix et les changements qu'impose la pandémie du sida.

Bibliographie

- ANONYME, 1931, *Les Services de l'Assistance Médicale Indigène en Afrique Occidentale Française*, Rochefort-sur-mer, Imprimerie A. Thoyon-Thèze, 26 p. ill. (Paris, Agence économique de l'AOF).
- BAUDET Henri, 1936, *Extension actuelle de la syphilis dans les pays de nouvelle colonisation*, Paris, Legrand, 75 p. (Thèse de médecine, Paris, 432).
- BIBEAU Gilles, 1991, « L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes », *Anthropologies et sociétés*, 15 (2-3) : 125-147.
- BIBEAU Gilles, MURBACH Ruth, 1991, « Déconstruire l'univers du sida », *Anthropologies et sociétés*, 15 (2-3) : 5-12.
- BONNARD Paul, 1895, « Concours de la Société Africaine de France. Des moyens propres à empêcher la dépopulation de l'Afrique. Rapport », *Bulletins et Mémoires de la Société Africaine de France*, 4 : 7-11, suivi du Mémoire couronné : 11-27.
- BONNEUIL Christophe, 1991, *Des savants pour l'Empire. La structuration des recherches scientifiques coloniales au temps de la 'mise en valeur des colonies françaises' 1917-1945*, Paris, ORSTOM, 126 p. (Etudes et thèses).
- CANTRELLE Pierre, 1997, « L'état civil en Afrique occidentale : un long malentendu », in Charles BECKER, Saliou MBAYE, Ibrahima THIOUB (éds), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Dakar, Direction des Archives du Sénégal, t. 2 : 981-983.
- CAZANOVE Frank, 1933, « Les enseignements de deux années de lutte anti-vénérienne au Port de Dakar », *Archives de l'Institut prophylactique*, 5 (1) : 32-42.
- COLLIGNON René, GRUENAIIS Marc-Eric, VIDAL Laurent (éds), 1994, « L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique », n° spécial *Psychopathologie africaine*, 26 (2) : 149-291.
- COQUERY-VIDROVITCH Catherine, 1994, *Les Africaines. Histoire des femmes d'Afrique noire du XIX^e au XX^e siècle*, Paris, Desjonquères (en particulier : « La prostitution : de la femme libre au sida » : 189-206).
- CORBIN Alain, 1978, *Les filles de noce. Misère et prostitution (19^e siècle)*, Paris, Aubier-Montaigne (Flammarion 1982, Collection Champs n°118).
- 1981, « L'hérédosyphilis ou l'impossible rédemption. Contribution à l'histoire de l'héritéité morbide », *Romantisme*, 31 : 131-149. (Reproduit dans Alain CORBIN, *Le temps, le désir et l'horreur. Essai sur le XIX^e siècle*, Paris, Flammarion, 1991 : 141-169).
- 1988, « La grande peur de la syphilis », in Jean-Pierre BARDET et al. (éds), *Peurs et terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, syphilis, XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Fayard : 328-348.
- DOZON Jean-Pierre, 1991, « D'un tombeau l'autre », *Cahiers d'Etudes africaines*, 31 (1-2), (121-122) : 135-157.
- DOZON Jean-Pierre, FASSIN Didier, 1989, « Raison épidémiologique et raisons d'Etat. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique », *Sciences Sociales et Santé*, 7 (1) : 21-36 (n° spécial : « Sociétés à l'épreuve du sida »).
- FASSIN Didier, DOZON Jean-Pierre, 1989, « Les Etats africains à l'épreuve du sida », *Politique africaine*, 32 : 79-85.

- FAURE Olivier, 1994, « Tuberculose, syphilis et cancer de 1880 à 1940 », chap. 11 in *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris, Anthropos : 199-220.
- FOURNIER Alfred, 1906, *Traité de la syphilis*, Paris, Rueff.
- GALLAIS Henry, 1909, *Trois années d'Assistance médicale aux indigènes et de lutte contre la variole. 1905, 1906, 1907*, Paris, Emile Larose, 363 p., 1 carte h.t. [Gouvernement général de l'Afrique occidentale française, Inspection des Services sanitaires civils].
- GROSFILLEZ [Dr], 1934, « Les principales maladies observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1932 », *Annales de Médecine et de Pharmacie coloniales*, 32 : 153-268.
- HATA, 1921, « Les ravages de la syphilis congénitale et sa prophylaxie », *Revue Internationale d'Hygiène Publique*.
- HERMANT [Dr], 1931, « Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1928 », *Annales de Médecine et de Pharmacie coloniales*, 29 : 5-139.
- HERZLICH Claudine, PIERRET Janine, 1991, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 313 p. (Médecine et sociétés) (1^{re} édition 1984).
- IUSSP, 1993, *Women and demographic change in sub-saharan Africa*, Liège, IUSSP, 2 vol., en particulier la section “Sexually transmitted diseases” (: vol.2, textes de M. Caraël, A. Adomako-Ampofo, K. Mbaye et I.O. Orubuloye).
- JEANSELME, 1904, *Cours de dermatologie exotique*, Paris, Masson.
- JEMAI Hédi (éd), 1987, *Population et développement en Afrique*, Dakar, CODESRIA, IV-391 p.
- KERMORGANT A., 1903, « Aperçu sur les maladies vénériennes dans les colonies françaises », *Annales d'Hygiène et de Médecine coloniales*, 6 : 428-460.
- 1908, « Maladies endémiques, épidémiques et contagieuses dans les colonies françaises en 1906 », *Annales d'Hygiène et de Médecine coloniales*, 11 : 3-380.
- KERNEIS [Dr], 1921, « Fonctionnement de la maternité indigène de Dakar », *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Ouest africain*, 2 (4) : 107-118.
- KIPLE Kenneth F., 1993, « Disease of sub-saharan Africa to 1860 (V.6) », in Kenneth F. KIPLE (ed), *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge, Cambridge University Press : 293-298.
- KOFFI N'Guessan, GUILLAUME Agnès et al., 1994, *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, Paris, Orstom, 435 p.
- LEGER Dr Marcel, 1926, « Les méfaits de la syphilis dans les colonies françaises », *Revue d'hygiène*.
- 1928a, « Coup d'œil d'ensemble sur la syphilis dans nos colonies », *Conférence de la défense sociale contre la syphilis*, Nancy Procès-Verbal : 53-56.
- 1928b, « Organisation de la lutte contre la syphilis aux colonies », *Conférence de la défense sociale contre la syphilis*, Nancy Procès-Verbal : 159-161.
- 1928c, « La syphilis héréditaire et ses ravages dans nos colonies », *Conférence de la défense sociale contre la syphilis*, Nancy. Procès-Verbal : 208-210.
- 1933a, « Le paludisme, comme la syphilis, est justiciable d'un traitement continu et non de cures intermittentes 'd'entretien' », *Archives de l'Institut prophylactique*, 5 : 76-99.
- 1933b, « La vie de l'institut prophylactique », *Archives de l'Institut prophylactique*, 5 : 288-301.

- LEIRIS Michel, 1934, *L'Afrique fantôme*, Paris, Gallimard (éd. revue et augmentée in *Miroir de l'Afrique*. Edition établie, présentée et annotée par Jean JAMIN), Paris, Gallimard, 1996 [Quarto].
- LHUERRE H., 1928a, « Notes sur le fonctionnement de l'Institut d'hygiène sociale de Dakar », *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 21 (4) : 329-334.
- — 1928b « Sur la prostitution à Dakar », *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 21 (9) : 703-707.
- LOCOH Thérèse, 1992, *Vingt ans de planification familiale en Afrique subsaharienne*, Paris, CEPED, 27 p. (Dossiers du CEPED n°27).
- LOCOH Thérèse, HERTRICH Véronique (éds), 1994, *The onset of fertility transition in sub-saharan Africa*, Liège, IUSSP, X-308 p.
- MARQUE [Dr], 1933, « Les maladies transmissibles dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1931 », *Annales de Médecine et de Pharmacie coloniales*, 31 : 123-323.
- PARENT-DUCHATELET, 1836, *De la prostitution dans la ville de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration*, Paris. (Réédité sous le même titre, présenté et annoté par A. CORBIN, Paris, Seuil, 1981).
- QUETEL Claude, 1986, *Le mal de Naples. Histoire de la syphilis*, Paris, Seghers, 348 p. (Médecine et Histoire).
- RICHET Pierre [Médecin Général], 1958, *Le Service Commun de Lutte contre les Grandes Endémies de l'Afrique occidentale française. Rapport d'activité depuis sa création*, 111 p. dactylogr. [Archives Nationales du Sénégal].
- SARRAUT Albert, 1923, *La mise en valeur des colonies françaises*, Paris, Payot.
- SAVANE Landing, 1988, *Populations. Un point de vue africain*, Anvers, EPO, 212 p.
- SEIDEL Gill, 1993, « The competing discourses of HIV/AIDS in sub-saharan Africa : discourses of rights and empowerment vs discourses of control and exclusion », *Social Science and Medicine*, 36 (3) : 175-194.
- SIMONIS Francis, 1993, « Splendeur et misère des mousso. Les compagnes africaines des Européens du cercle de Séguo au Mali (1890-1962) », in Catherine COQUERY-VIDROVITCH, *Histoire africaine au XX^e siècle. Sociétés-Villes-Cultures*, Paris, L'Harmattan/UA Tiers-Monde Afrique Paris VII/CNRS : 189-206.
- SONTAG Susan, 1989, *Le sida et ses métaphores*, Paris, Bourgois, 124 p.
- THIROUX André, 1923, « Les maladies vénériennes dans les colonies françaises », *Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique*, 15 (2) : 185-208.
- THIROUX A., D'ANFREVILLE Dr, 1908, *Le paludisme au Sénégal pendant les années 1905, 1906*, Paris, Baillière et fils, 59 p.
- VAUGHAN Megan, 1991, « Syphilis and sexuality : the limits of colonial medical power », in Meghan VAUGHAN, *Curing their ills. Colonial power and African illness*, Stanford, Standford University Press : 129-154.
- — 1992 « Syphilis in colonial East and Central Africa : the social construction of an epidemic », in Terence RANGER and Paul SLACK (eds), *Epidemics and ideas. Essays on the historical perception of pestilence*, Cambridge, Cambridge University Press : 269-302.
- WORBOYS Michael, 1988, « The discovery of colonial malnutrition between the wars », in David ARNOLD (ed), *Imperial medicine and indigenous societies*, Manchester et New York, Manchester University Press : 208-225.

Charles BECKER et René COLLIGNON, *Politiques démographiques et sanitaires face aux "maladies sexuellement transmises" en Afrique de l'ouest. Perspective historique*

Résumé — L'examen des relations historiques et actuelles entre politiques de santé et de population, au Sénégal et en Afrique de l'ouest, montre la spécificité du traitement des MST et du sida, dans le contexte d'une "transition démographique", encore marquée par une forte croissance. L'étude évoque les liens souvent ambigus entre des thèmes démographiques comme l'essor rapide de la population et des thèmes sanitaires comme son maintien dans un état de santé permettant "la mise en valeur" coloniale, puis "le développement". Elle signale des thèmes sanitaires récurrents dans la lutte contre les MST, ainsi que la constance de certaines pratiques. Elle suit l'évolution des discours et la mise en place des dispositifs sanitaires et législatifs : les législations, répressives plus que préventives, ont été rares et toujours difficiles à appliquer ; le statut des MST, considérées longtemps comme "fléau social" et stigmatisées de ce fait, a suscité un traitement spécifique, resté en vigueur au temps du sida. Enfin si la "lutte" contre les MST et le sida a été caractérisée par son internationalisation et la volonté de contrôler et d'éradiquer, les campagnes récentes pour limiter la croissance démographique se mènent aussi à un niveau international, en recourant souvent à des méthodes similaires.

Mots-clés : politique démographique • politique sanitaire • Afrique de l'ouest
• Sénégal • MST • VIH/sida • législation • histoire sanitaire.

Charles BECKER and René COLLIGNON, *Demographic and health policies in the face of "sexually transmitted diseases" in West Africa: a historical perspective*

Summary — The examination of historical and present relations between health and population policies in Senegal and West Africa demonstrates the specificity of the way STDs and AIDS have been handled in the context of a 'demographic transition' which continues to be characterised by strong growth. The study touches on the often ambiguous links between demographic topics such as rapid population development and health topics such as maintaining the population in a state of health conducive to colonial 'mise en valeur' and subsequently 'development'. It points out the health issues recurrent in the fight against STDs, as well as the constancy of certain practices. The study also traces the changing debate and the establishment of sets of health and legal measures : legislation, more repressive than preventive, was rare and always difficult to apply ; the status of STDs, long considered to be a 'social scourge' and the object of stigmatisation, was given special treatment, and this has continued in the age of AIDS. Finally, while the 'fight' against STDs and AIDS has been characterised by its internationalisation and the will to control and eradicate, recent campaigns aiming to limit demographic growth are also being carried out at an international level, often resorting to the same methods.

Keywords : demographic policy • health policy • West Africa • Senegal • STD • HIV/AIDS • legislation • history of health.

8. Impact démographique du sida en Afrique : données et interprétation ¹

Michel Garenne

Introduction

En quelques années l'infection à VIH et le sida sont devenus des causes majeures de décès à travers le monde, et constituent maintenant dans de nombreux pays la première cause de mortalité des jeunes adultes (Mann *et al.* 1992 ; Mann et Tarantola 1996). Cette évolution rapide pose la question de l'impact démographique du sida déjà à l'heure actuelle, et encore plus à moyen terme.

Dans les pays développés, on dispose d'un bon enregistrement des cas de sida, des décès par cause, de nombreuses études de séroprévalence, et de diverses études spécifiques des groupes à forte vulnérabilité (homosexuels, utilisateurs de drogues injectables et, avant 1986, transfusés). Il est donc assez aisément de connaître l'impact démographique de l'épidémie et de prévoir son évolution à moyen terme.

Mais la situation est radicalement différente en Afrique, le continent actuellement le plus touché par l'épidémie de sida. Du fait de la faible complétude de l'état civil, de l'enregistrement défectueux des causes de décès, du caractère très parcellaire des études de séroprévalence, on ne dispose que d'éléments très fragmentaires pour reconstruire la dynamique de l'épidémie et évaluer son impact démographique (Anarfi 1994).

Cette contribution expose brièvement les incertitudes relatives aux modèles utilisés pour estimer l'impact démographique du sida, et présente les approches suivies dans les quelques études de cas disponibles en Afrique subsaharienne. Il s'agit d'études sur les données des laboratoires de population, d'études ponctuelles de données de l'état civil, d'analyses indirectes des recensements et d'études hospitalières.

Les modèles

La plupart des estimations de l'impact démographique du sida en Afrique sont fondées sur des modèles de projections, dont il existe

¹ *Remerciements.* L'auteur remercie Monsieur Christophe Lefranc (CEPED) pour sa relecture attentive du manuscrit et Mademoiselle Anne Labry pour son assistance dans la recherche bibliographique.

plusieurs variantes (United Nations 1991 ; Vallin *et al.* 1994 ; Stover 1996). Ces modèles ont des méthodologies similaires : ils partent pratiquement tous de données de séroprévalence à une date donnée, font l'hypothèse d'une dynamique de l'épidémie, et utilisent des probabilités de transition de l'infection au sida et du sida au décès pour calculer le nombre de décès au cours des années postérieures. Rapportés à une autre projection démographique comportant différentes hypothèses de mortalité et de fécondité, ils permettent d'estimer l'impact potentiel du sida sur la dynamique démographique des pays.

Cet exercice, peu contestable sur le plan des principes de projection, souffre cependant de graves défauts en ce qui concerne les paramètres utilisés. En effet, les lacunes sont nombreuses et sérieuses. Ainsi, aucun pays africain ne dispose d'une enquête de séroprévalence représentative de l'ensemble de la population, or il en faudrait au moins trois ou quatre à des intervalles de temps réguliers, ou mieux une enquête annuelle, pour bien connaître la dynamique de l'épidémie, et en particulier l'incidence par sexe, âge et principales régions du pays. Les données de séroprévalence le plus souvent utilisées proviennent des femmes enceintes se présentant à la visite prénatale, mais celles-ci ne représentent ni les femmes qui ne viennent pas à la visite prénatale, nombreuses en milieu rural, ni les femmes non enceintes (et en particulier certains groupes à haut risque comme les prostituées et les très jeunes femmes), et encore moins les jeunes hommes, qui dans certaines épidémies (comme à Abidjan) peuvent représenter les trois quarts des cas infectés. Une incertitude existe aussi à propos des probabilités de transition vers le sida et le décès. Celles qui sont utilisées proviennent d'études en Amérique du Nord : elles sous-estiment probablement les phénomènes observés en Afrique. De plus, il est possible que les sous-types du virus VIH aient des effets différents, certains produisant une évolution beaucoup plus rapide de la maladie. Un autre point important, négligé jusqu'ici dans les modèles, est l'impact du VIH et du sida sur la fécondité, qui pourrait avoir des conséquences démographiques aussi fortes à moyen terme que l'impact sur la mortalité. Enfin, une incertitude existe aussi sur les projections démographiques, car, d'une part, aucun pays d'Afrique subsaharienne (hormis l'île Maurice) ne dispose de tables de mortalité précises, et d'autre part, la baisse récente de la fécondité due à l'adoption récente des méthodes modernes de contraception par une fraction importante des populations africaines a surpris les observateurs et oblige à réviser les projections démographiques antérieures. Dans ces circonstances, le sida pourrait avoir des conséquences démographiques très sérieuses à moyen terme en Afrique subsaharienne, pouvant aller jusqu'à la croissance négative, comme ce pourrait être le cas dans certains pays asiatiques à faible fécondité et forte séroprévalence tels que la Thaïlande.

L'incertitude qui plane actuellement sur les modèles simulant l'impact démographique du sida en Afrique subsaharienne est résumée par des citations empruntées à Stover (1996) : en 1991, Roy Anderson estimait que : « dans les régions du monde les plus atteintes, le sida pourra vraisemblablement en quelques décennies transformer

de positifs en négatifs les taux de croissance démographique », alors qu'en 1990 John Bongaarts pensait que « les taux de croissance démographique ne devraient pas devenir négatifs en Afrique Centrale. Vraisemblablement, les taux de croissance démographique en Afrique Centrale et Orientale ne tomberont pas en dessous de la moitié de leurs valeurs actuelles ».

Dans le même article, Stover compare les différentes projections de l'impact du sida faites par les Nations Unies, l'Organisation Mondiale de la Santé, la Banque Mondiale, et le Bureau du Recensement des Etats-Unis. Ces projections sont en principe basées sur les mêmes données épidémiologiques et démographiques disponibles au niveau mondial, et sur des méthodologies assez similaires. Les variations dans les estimations sont cependant très fortes. Par exemple, le Bureau du Recensement prévoit en 2025 un déficit de 100 millions de personnes pour l'Afrique subsaharienne, alors que la Banque Mondiale prévoit un déficit trois fois inférieur (34 millions). L'origine des principales différences entre les projections semble être l'interprétation des données de séroprévalence et sa traduction en données d'incidence. C'est donc bien l'incertitude sur la dynamique de l'épidémie qui reste la principale inconnue de ces modèles. De plus, Stover note aussi de fortes différences dans les hypothèses de l'évolution de la mortalité et de la fécondité sans le sida, ce qui a des conséquences importantes pour l'estimation finale de l'impact démographique de l'épidémie du VIH et du sida.

Les laboratoires de population

Les études prospectives de communautés, appelées plus communément “laboratoires de population”, sont une des principales sources d'information précise pour mesurer l'impact démographique du sida. En effet elles comprennent un système de surveillance démographique, c'est-à-dire un enregistrement quasi-complet des naissances et des décès, une surveillance épidémiologique, comportant des mesures de séroprévalence, avec la possibilité d'apparier ces informations au niveau de l'individu et donc de connaître le statut sérologique des décédés. Trois études importantes ont récemment démarré pour étudier l'épidémie de sida autour du lac Victoria, l'une des régions d'Afrique les plus touchées : l'étude du Massaka (Ouganda), en collaboration avec l'université de Londres (*London School of Hygiene and Tropical Medicine*), l'étude du Rakai (Ouganda), en collaboration avec l'université de Johns Hopkins (*School of Public Health*), et l'étude de Mwanza (Tanzanie), en collaboration avec l'AMREF et avec l'université de Londres (*London School of Hygiene and Tropical Medicine*).

Études du Rakai et de Massaka (Ouganda)

Les deux premières études ont déjà fourni des données sur l'impact démographique du sida (Mulder *et al.* 1994a ; Mulder *et al.* 1994b ; De Cock 1994 ; Sewankambo *et al.* 1994). Dans les deux cas, la

méthodologie est pratiquement la même. Une étude de séroprévalence dans la population sélectionnée permet d'identifier les séropositifs et les séronégatifs, et une étude démographique prospective relève les décès dans les deux groupes. On peut donc calculer la mortalité des deux groupes (par sexe et âge), et ainsi calculer des risques relatifs de décès, et des tables de mortalité avec et sans sida. Les résultats des deux études sont résumés dans le tableau 1 :

Tableau 1 : *Principales caractéristiques des deux études longitudinales conduites en Ouganda.*

| | Massaka | Rakai |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Taille de la population | 1806 ménages 9820 résidents (1989) | 1945 ménages 9275 résidents (1990) |
| Durée du suivi | 1 an (1989-1990) | 1 an (1990-1991) |
| Séroprévalence chez les adultes (âgés de 13+ ans) | 8,2 % | 13 % |
| Risque relatif de décès adultes (VIH+ / VIH-) | 13,3 (103,3 / 7,8 % PAV) | 9,5 (118 / 12 % PAV) |
| Risque relatif de décès infantile des enfants de mères VIH+/VIH- | ? | 1,9 (210 / 111 % NV) |
| Risque relatif de décès à 1-2 ans des enfants de mères VIH+/VIH- | ? | 4,9 (185 / 37 % PAV) |
| Risque relatif de décès à 0-4 ans des enfants séropositifs/VIH- | 36,9 (421 / 11,4 % PAV) | ? |
| Mortalité attribuable au VIH chez les adultes | 52 % | 52 % |
| % excès de mortalité, tous âges confondus | 48 % (11,1 / 6,2 % PAV) | 28 % (28,1 / 20,4 % PAV) |
| Réduction de la croissance démographique | ? | 30 à 40 % (17,6 / 25,3 %) |

Abréviations : PAV = personne-années vécues ; NV = naissances vivantes.

Note : les données de la seconde année de l'étude de Massaka sont presque identiques à celles de la première.

Ces deux études sont très instructives, car elles sont précises et confirment le rôle très important du VIH et du sida dans la mortalité des adultes et des enfants dans des régions à forte endémicité. Elles montrent toutes les deux, malgré quelques différences mineures, qu'environ 10 ans après le début de l'épidémie, alors que la séroprévalence chez les adultes est voisine de 10 %, la mortalité des adultes a plus que doublé, et que celle des enfants en bas âge a aussi considéra-

blement augmenté. Les risques relatifs semblent de plus augmenter avec l'âge, comme cela est vrai pour la plupart des maladies infectieuses. Ces études restent cependant limitées dans l'espace, et ne représentent probablement qu'un des cas de figures possibles. Elles ne sont certainement pas représentatives de l'ensemble du milieu rural africain à cette époque, ni de la situation actuelle en Ouganda où les taux de séroprévalence atteignent maintenant 30 % ou plus dans les mêmes régions.

Notons que ces études prospectives de communauté fournissent des estimations très supérieures à l'enregistrement des cas de sida clinique. L'étude de Massaka montre que les deux tiers (20/31) des adultes séropositifs au premier passage et qui sont décédés entre les deux passages n'avaient aucun des symptômes majeurs de la définition OMS du sida, et que seuls cinq cas (16 %) remplissaient tous les critères de la définition clinique du sida au premier passage. Même en supposant que tous aient pu être examinés par un médecin et diagnostiqués selon les critères internationaux, ce qui n'est pas garanti en milieu rural, les cas cliniques de sida n'auraient représenté qu'une fraction de la réalité dans la population.

L'étude du Rakai a aussi été l'une des premières à documenter l'impact du VIH sur la fécondité des femmes. Dans cette étude, la proportion de femmes ayant une naissance au cours de l'année du suivi était plus faible chez les femmes séropositives (16,9 %) que chez les femmes non infectées (21,3 %), soit une réduction de fécondité de 21 %, et cette différence ne s'expliquait pas par une utilisation différentielle de la contraception. Des résultats similaires avaient été observés au Zaïre, dans une étude de cohorte faite à partir de l'hôpital : la réduction de la fécondité y était de 23 % chez les femmes séropositives par rapport aux femmes séronégatives de même âge et de même parité, après correction pour l'utilisation de la contraception (Ryder *et al.* 1991). Cette réduction de la fécondité était très forte chez les femmes présentant les symptômes du sida ou de l'ARC ("AIDS Related Complex") (- 56 %), et plus faible chez les femmes asymptomatiques (- 11 %).

Etude d'Agincourt (Afrique du Sud)

L'étude d'Agincourt, dans le Transvaal Oriental, est aussi un exemple de laboratoire de population permettant d'évaluer l'impact démographique du sida. Cette étude est assez récente, et n'était pas conçue au départ pour suivre le sida (Tollman *et al.* 1995). Mais depuis deux ans, le VIH et le sida ont fait une apparition brutale, très visible au niveau démographique. Dans ce cas, on ne dispose pas de données de séroprévalence, mais seulement de données de décès par cause. En comparant la première période (1992-1993) et la seconde (1994-1995), on peut voir un changement majeur dans la mortalité des adultes, par âge et par cause, comme le montre le tableau 2 :

La mortalité des adultes à Agincourt a soudainement augmenté de 24 % en deux ans, renversant une tendance à la baisse de la mortalité déjà ancienne, alors que la mortalité des enfants continuait à diminuer au cours de la même période.

Tableau 2 : *Evolution du nombre de décès par cause chez les adultes, Agincourt (RSA) 1992-1995 (résultats préliminaires)*

| Cause de décès | 1992-1993 | 1994-1995 | Accroissement relatif |
|------------------------------------|-----------|-----------|-----------------------|
| Sida | 1 | 13 | 11.40 |
| Tuberculose pulmonaire | 17 | 29 | 1.50 |
| Diarrhées | 1 | 10 | 8.77 |
| Infections des voies respiratoires | 1 | 4 | 3.51 |
| Autre cas | 169 | 175 | 0.91 |
| Indéterminé | 118 | 204 | 1.52 |
| Total | 307 | 435 | 1.24 |

Source : Communication personnelle du Dr Tollman (à paraître).

NB : L'accroissement relatif concerne les taux de mortalité ; il est calculé en fonction de l'augmentation de la population et de la durée du suivi.

Cette augmentation semble être essentiellement due au sida, et à ses maladies opportunistes, en particulier la tuberculose, les diarrhées chroniques et les autres infections de voies respiratoires inférieures. Il faut aussi noter l'accroissement très fort des causes indéterminées, dont une partie importante est probablement due aussi au VIH et au sida, mais dans des tableaux cliniques atypiques qui n'ont pas permis d'établir la cause par autopsie verbale.

Etude de cohorte à Kinshasa, Zaïre

Utilisant une approche voisine des laboratoires de population de l'Ouganda, une étude de cohorte réalisée au Zaïre dans le cadre du "Projet Sida" a permis d'étudier la mortalité en fonction de l'infection par VIH (Ryder *et al.* 1994). Les sujets ont été recrutés à la maternité de l'hôpital de Mama Yémo au cours d'une période de 5 mois (décembre 1986 à avril 1987). Parmi les 5 916 femmes ayant accouché, 5,5 % étaient séropositives. L'étude a consisté à comparer les 327 femmes séropositives à un échantillon apparié de 337 témoins séronégatives, et à analyser la survie des femmes, de leurs enfants et des pères de leurs enfants. Les mortalités des mères, enfants et pères dans l'échantillon des séropositifs étaient toujours très largement supérieures à celles du groupe des séronégatifs, comme le montre le tableau 3 :

L'ordre de grandeur des risques relatifs est similaire à celui trouvé dans les études des laboratoires de population. Parmi les enfants qui ont été effectivement infectés par le VIH, la mortalité était encore plus forte, et atteignait 484 pour 1000, soit un risque relatif de 7,4 par rapport aux enfants de mère séronégative.

Tableau 3 : *Mortalité au cours des 3 ans du suivi, étude de Kinshasa (Zaïre) (pour 1000)*

| | Mère séropositive | Mère séronégative | Risque relatif |
|-----------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| Mortalité des mères | 124 | 0 | • |
| Mortalité des enfants | 346 | 65 | 5.4 |
| Mortalité des pères | 105 | 10 | 10.8 |

Source : Ryder *et al.*, 1994

Analyse des tendances de la mortalité à l'état civil : l'exemple d'Abidjan

La complétude de l'état civil reste notoirement insuffisante en Afrique (Garenne et Zanou 1995 ; Zanou 1990). Cependant certaines villes possèdent un bon enregistrement des naissances et des décès : c'est en particulier le cas d'Abidjan qui connaît, depuis 1986, une épidémie de sida très importante. Les données de l'état civil, assez complètes chez les adultes, permettent d'évaluer l'impact démographique du sida (Garenne *et al.* 1995a, b ; Garenne *et al.* 1995). La méthode suivie ici consiste à reconstituer les tendances de la mortalité par sexe et âge avant le début de l'épidémie (1973-1982), puis à prolonger ces tendances au cours de la période suivante (1983-1992) et à mesurer l'impact démographique du sida par différence entre les valeurs observées et les valeurs attendues des taux de mortalité. Cette méthode fait l'hypothèse que l'augmentation de la mortalité par rapport à la tendance antérieure est entièrement attribuable au sida, et que la complétude de l'enregistrement des décès reste approximativement constante. La première hypothèse a pu être vérifiée en étudiant les causes de décès dans les principaux hôpitaux de la ville : l'augmentation de la mortalité était presque entièrement attribuable au sida et aux maladies opportunistes. La seconde hypothèse semble aussi vérifiée, car la complétude de l'enregistrement des décès d'adultes estimée en 1988 était supérieure à celle de 1975, l'augmentation apparente pouvant s'expliquer par la rupture dans les tendances de la mortalité due au sida.

Les résultats de l'étude d'Abidjan sont assez voisins de ceux des études conduites dans les laboratoires de population, avec des valeurs de séroprévalence du même ordre de grandeur (la séroprévalence en VIH-1 chez les femmes enceintes était estimée à 14,8 % en 1992 à Abidjan). La mortalité des hommes de 25-44 ans a doublé au cours de la période 1986-1992, alors que celle des femmes a augmenté de plus de la moitié (tableau 4). En 1992, le nombre de décès observés dans la population était le double du nombre attendu d'après les tendances précédentes. Certes l'épidémie d'Abidjan, au moins dans sa première phase (1986-1992) était différente de celle observée dans le sud de

l'Ouganda : le nombre de décès d'hommes était largement supérieur au nombre de décès de femmes, alors que c'était l'inverse en Ouganda ; le nombre de décès d'enfants en bas âge était particulièrement faible à Abidjan, alors qu'il était élevé en Ouganda. Par contre, on notait à Abidjan une augmentation de la mortalité chez les 5-14 ans (comme à Kinshasa), probablement due aux transfusions de sang contaminé dans les années 1980, alors que le phénomène n'existe pas en milieu rural en Ouganda. On a donc des dynamiques d'épidémie assez différentes dans les deux cas, mais avec un impact démographique assez similaire au niveau de la population générale. Les données récentes d'Abidjan (Djomand *et al.* 1995), laissent penser que l'évolution de l'épidémie tendrait maintenant vers un modèle plus proche de celui observé en Ouganda, avec un équilibre des cas de sida chez les hommes et chez les femmes, et l'apparition du sida pédiatrique.

Tableau 4 : *Augmentation relative de la mortalité entre 1986 et 1992 à Abidjan, Côte-d'Ivoire (d'après les données de l'état civil)*

| Groupe d'âge | Sexe masculin | Sexe féminin |
|--------------|---------------|--------------|
| 0-4 ans | négligeable | négligeable |
| 5-14 ans | 49 % | 56 % |
| 15-24 ans | 51 % | 24 % |
| 25-34 ans | 105 % | 50 % |
| 35-44 ans | 101 % | 48 % |
| 45-54 ans | 20 % | 29 % |
| 55-64 ans | 19 % | 6 % |
| 65-74 ans | 28 % | 29 % |

Source : Garenne *et al.* 1995.

Note : la population d'Abidjan était de 1,93 millions en 1988 ; le nombre cumulé de décès attribuables au sida se montait à environ 25 000 en décembre 1992.

Ici encore, l'analyse démographique diffère très largement des données fondées sur l'enregistrement des cas de sida clinique. Les auteurs de l'étude démographique estiment à 7 fois plus le nombre de décès attribuables au sida par rapport aux cas déclarés officiellement.

Analyses démographiques indirectes

Etudes rétrospectives des histoires des maternités

Plusieurs études rétrospectives ont comparé les histoires des maternités des femmes séropositives à celles des femmes séronégatives, par exemple en Côte-d'Ivoire (De Cock *et al.* 1994) et au Malawi (Miotti

et al. 1992). Cette méthode est moins convaincante que les études prospectives, car si on connaît le statut sérologique de la femme au moment de l'enquête, on ne le connaît pas au moment des naissances précédentes. Une manière de contourner le problème consiste à étudier la dernière naissance, ou les naissances au cours des deux ou trois années précédant l'enquête. Ces études peuvent aussi souffrir de biais de sélection, par exemple si les femmes de statut socio-économique plus élevé, chez lesquelles la survie de l'enfant est meilleure, sont aussi moins au risque d'être contaminées (ce qui d'ailleurs n'était pas vérifié dans l'étude du Malawi). Malgré leurs défauts, ces études montrent cependant une plus forte mortalité des enfants des femmes séropositives, et une plus forte propension aux avortements spontanés et aux mort-nés, même chez les femmes asymptomatiques, ce qui indique qu'une proportion importante d'entre elles était infectée depuis plusieurs années. Ici encore, l'impact du VIH sur la fécondité (définie par les naissances vivantes) était relativement important.

Pyramide des âges au recensement

Une étude récente conduite en Ouganda a utilisé une autre méthodologie : l'analyse des variations des structures par âge (Low-Bear *et al.* 1996). Notons que cette méthodologie a été utilisée avec succès pour étudier par exemple la mortalité par guerre, comme celle de 1914-1918 : une forte mortalité chez les jeunes adultes apparaît comme des échancrures dans la pyramide pour les cohortes concernées ; en outre, on observe un déficit de naissances qui ne se sont pas produites du fait de la mort prématurée des parents. L'étude de l'Ouganda a été conduite au niveau géographique le plus fin, celui des communes (*parish*), dans deux districts très affectés (Rakai et Massaka) et dans un district peu affecté (Palissa). Plus de 1 000 pyramides des âges furent analysées. Les auteurs trouvent un fort déficit de jeunes adultes et d'enfants en bas âge (27 % de la population manquant) dans les zones les plus touchées par le sida (13 communes). Cependant, une telle analyse à un niveau géographique très fin suppose l'absence de perturbations dues aux migrations. Sans information complémentaire sur l'ampleur des départs et des retours, ces données sont donc difficiles à interpréter et se prêtent mal à une quantification précise de l'impact démographique du sida. Elles ont cependant le mérite de souligner l'importance des phénomènes, qui deviennent très visibles sur la pyramide des âges dans les zones à forte prévalence. Notons que cette communication était la seule à traiter de l'impact démographique du sida à la Conférence mondiale de Vancouver, ce qui souligne le manque de recherches conduites dans ce domaine.

Etudes hospitalières

Bien que le sida ait fait son apparition dans pratiquement tous les grands hôpitaux africains, les études de mortalité restent rares. On peut citer celles qui ont été conduites à l'hôpital Mama Yémo, à Kinshasa

(Zaïre) dans le cadre du "Projet Sida", et celles qui ont été conduites dans les hôpitaux d'Abidjan (Côte-d'Ivoire), dans le cadre du "Projet Rétro-CI".

Hôpital de Kinshasa

Nelson *et al.* (1991) ont étudié le statut VIH-1 de 500 décès survenus en 1987 à l'hôpital de Kinshasa. Parmi ceux-ci 31 % étaient séropositifs, dont 16 % chez les 209 enfants de 0-4 ans, 35 % chez les 34 enfants de 5-14 ans, et 43 % chez les 247 adultes. Ces résultats montrent que dès cette époque, le VIH et le sida jouaient un rôle considérable dans la mortalité hospitalière. Notons aussi que seulement 42 % des cas de décès adultes séropositifs vérifiaient les critères de la définition du sida ou de l'ARC.

Hôpitaux d'Abidjan

Plusieurs études ont été conduites dans les hôpitaux d'Abidjan, avec des méthodologies complémentaires. Une étude a porté sur les cadavres de la morgue des deux principaux hôpitaux de la ville en 1988-1989. Dès cette époque, 3 à 4 ans après l'apparition des premiers cas cliniques, on observait que 38 % des cadavres adultes étaient séropositifs, et que 16 % remplissaient les conditions de la définition clinique du sida, alors que la séroprévalence dans la population générale était inférieure à 10 % (De Cock *et al.* 1990a).

De même, à cette période (1988), les séropositifs représentaient déjà 41 % des admissions hospitalières, et les cas de sida cliniques 18 % des admissions et 33 % des décès (De Cock *et al.* 1990b). Les auteurs notaient à l'hôpital les mêmes disparités entre les sexes que celles notées au niveau de la population, avec un fort excès de cas masculins par rapport aux cas féminins.

Enfin, une autre étude conduite par le même groupe avait montré une forte augmentation de la mortalité entre 1983 et 1988 dans les services susceptibles de recevoir des malades du sida (maladies infectieuses, pneumo-phtisiologie, médecine interne, dermatologie et neurologie), alors que la mortalité n'augmentait pas dans les autres services (De Cock *et al.* 1989 ; De Cock *et al.* 1990).

Ces données hospitalières sont plus difficiles à interpréter quant à l'impact démographique du sida, car on ne connaît pas la proportion de décès dans la population qui sont vus à l'hôpital, et encore moins les biais de recrutement de l'hôpital en fonction de la pathologie. Cependant, déjà à cette époque ces études permettaient de faire une estimation minimale de l'épidémie et montraient que l'incidence du sida à Abidjan était supérieure à celle observée à New York, autre ville touchée très tôt par l'épidémie.

Discussion

Bien que partielles, toutes ces données montrent l'impact très fort qu'a déjà le sida en Afrique, quelques années seulement après le début

de l'épidémie, alors que celle-ci est appelée à durer si les conditions de transmissions actuelles ne changent pas de manière radicale. Certes, la situation épidémiologique est complexe et variée, avec des zones qui semblent jusqu'à présent relativement peu affectées par le sida (comme le Sénégal), des zones modérément infectées et où la séroprévalence semble stable au cours des quelques années récentes (comme le Zaïre), des zones où l'épidémie est en pleine expansion (comme en Afrique australe), et des zones où la séroprévalence s'est stabilisée à des niveaux très élevés, lorsque les nouvelles infections équilibrivent les décès par sida (comme le sud-ouest de l'Ouganda).

Dans les zones les plus affectées au cours des années 1980, il semble que *grossost modo* on assiste à un doublement de la mortalité lorsque la séroprévalence atteint des valeurs voisines de 10 %, avec différents profils possibles selon le sexe et l'âge. Cela se comprend aisément en faisant référence aux risques relatifs de décès : si ceux-ci sont de l'ordre de 10 à 1, et que 10 % des personnes sont séropositives, on obtient approximativement un doublement de la mortalité générale. Cela est en soi un résultat très frappant, car les exemples de doublement rapide de la mortalité en quelques années sont très rares depuis un siècle de baisse assez régulière de la mortalité. Hormis les périodes de guerre ou de grande famine, seuls des cas très particuliers, comme la Russie des années 1990-1995 et les pays sérieusement affectés par le sida, semblent faire exception au schéma général d'amélioration des conditions de santé au niveau mondial.

Le sida semble pouvoir avoir d'autres impacts démographiques que l'augmentation de la mortalité. Il semble avoir un effet important sur la fécondité des femmes infectées, déjà dans la période asymptomatique, mais encore plus prononcé dans la période symptomatique. Cet effet pourrait à long terme avoir des conséquences démographiques importantes qui, jusque là, n'ont pas été prises en compte dans les modèles de projection. Le sida pourrait avoir de nombreux effets connexes — notamment sur les structures familiales, les migrations, les orphelins, etc. — sans compter les conséquences économiques, qui peuvent tous avoir à leur tour un effet sur les paramètres démographiques.

Le bilan de toutes les conséquences possibles de l'épidémie de sida reste à faire. Mais les premières données disponibles ne portent pas à l'optimisme. Au contraire, elles semblent indiquer un impact démographique supérieur à ce qui avait été imaginé au départ, et qui pourtant était assez dramatique (plusieurs dizaines de millions de morts ou de personnes manquantes en 25 ans). Ainsi, l'OMS a récemment augmenté de 50 % ses estimations du nombre de personnes infectées dans le monde, passant de 20 millions (estimés jusqu'à octobre 1997) à 30 millions (estimations les plus récentes publiées en novembre 1997). Cette énorme incertitude sur le nombre de personnes infectées en dit long sur notre ignorance en la matière, et *a fortiori* sur l'impact démographique présent et à venir. Quelle que soit l'incertitude sur le nombre exact, il s'agit en tout cas d'une catastrophe démographique considérable, comparable, voire supérieure, aux effets démographiques des pires épidémies (peste du XIV^e siècle, tuberculose au XIX^e siècle,

influenza dite "grippe espagnole" au XX^e siècle) ou des pires famines de Chine ou d'URSS. Ces perspectives sombres suffiront-elles à mobiliser les énergies des décideurs, des acteurs du système de santé et des populations concernées afin de maîtriser cette épidémie ?

Bibliographie

- ANARFI J.K., 1994, « HIV/AIDS in sub-saharan Africa : its demographic and socio-economic implications », *African Population Paper*, n°3. (APEI, Ghana) : 1-37.
- ANDERSON R., 1991, « Mathematical models of the potential demographic impact of AIDS in Africa », *AIDS, Current Science*, Supplement : 37-44.
- BONGAARTS J., 1990, cité d'après STOVER, 1996.
- DE COCK K.M., 1994, « Measuring the impact of HIV / AIDS in Africa (editorial) », *AIDS*, 8 (1) : 127-128.
- DE COCK KM, BARRERE B. *et al.*, 1991, « Mortality trends in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1983-1988 », *AIDS*, 5 : 393-398.
- DE COCK K., BARRERE B., DIABY L., LAFONTAINE M.F., GNAORE E., PORTER A. *et al.*, 1990b, « AIDS - The leading cause of adult death in the West African city of Abidjan, Ivory Coast », *Science*, 249 : 793-796.
- DE COCK K.M., ODEHOURI K. *et al.*, 1990a, « A comparison of HIV-1 and HIV-2 infections in hospitalized patients in Abidjan, Côte d'Ivoire », *AIDS*, 4 : 443-448.
- DE COCK K., PORTER A., ODEHOURI K., BARRERE B., MOREAU J., DIABY L. *et al.*, 1989, « Rapid emergence of AIDS in Abidjan, Ivory Coast », *Lancet*, ii: 408-411.
- DE COCK K.M., ZADI F., ADJORLOLO G., DIALLO M.O., SASSAN-MOROKRO M., EKPINI E., SIBILLY T., DOORLY R., BATTER V., BRATTEGAARD K., GAYLE H., 1994, « Retrospective study of maternal HIV-1 and HIV-2 infections and child survival in Abidjan, Côte d'Ivoire », *British Medical Journal*, 308 : 441-443.
- DJOMAND G., GREENBERG A.E., SASSAN-MOROKRO M. *et al.*, 1995, « The epidemic of HIV/AIDS in Abidjan, Côte d'Ivoire : a review of data collected by project RETRO-CI from 1987 to 1993 », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrom*, 10 : 358-365.
- GARENNE M., MADISON M., TARANTOLA D., TESTA J., MBOUP S., WADE A., HANE A., 1995, *The demographic impact of HIV/AIDS in West Africa*. Volume II : *Dakar and Ouagadougou*. (A report to USAID / REDSO), Harvard School of Public Health, François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, 183 p. (Working Paper Series, n° 5).
- GARENNE M., MADISON M., TARANTOLA D., ZANOU B., AKA J., DOGORE R., 1995a, *Conséquences démographiques du sida en Abidjan : 1986-1992*, Paris, CEPED (Etudes du CEPED, n° 10).
- 1995b, *The demographic impact of HIV/AIDS in West Africa*. Volume I: *Abidjan*. (A report to USAID / REDSO), Harvard School of Public Health, François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, 190 p. (Working Paper Series, n° 4).

- GARENNE M., ZANOU B., 1995, « L'état civil en Afrique : que peut-on en tirer ? », in *Clins d'œil de démographes à l'Afrique et à Michel François*, Paris, CEPED : 29-42 (Documents et Manuels du CEPED, n° 2).
- GREGSON S., 1994, « Will HIV become a major determinant of fertility in sub-saharan Africa ? », *Journal of Development Studies*, 30 (3) : 650-679.
- KONDE-LULE J.K., SEBINA A.J., 1993, « The impact of AIDS in a rural Ugandan community », *East African Medical Journal*, 70 (11) : 725-729.
- LINDAN C.P., ALLEN S., SERUFILIRA A., LIFSON A.R., VAN DE PERRE P., CHEN-RUNDLE A., BATUNGWANAYO J., NSENGUMUREMYI F., BOGAERTS J., HULLEY S., 1992, « Predictors of mortality among HIV-infected women in Kigali, Rwanda », *Annals of Internal Medicine*, 116 : 320-328.
- LOW-BEER D., STONEBURNER R., MUKULU A., 1996, « The demographic impact of HIV mortality on population structure : empirical evidence from the 1991 Ugandan census ». Paper presented at the International AIDS Conference, Vancouver, July 1996 (Abstract Mo.C.451).
- MANN J., TARANTOLA D. (eds), 1996, *AIDS in the World*, vol. II. The Global AIDS Policy Coalition, New York & London, Oxford University Press, Chapter 1.
- MANN J., TARANTOLA D., NETTER T. (eds), 1992, *AIDS in the World*. The Global AIDS Policy Coalition, Cambridge, Harvard University Press, Chapters 2 & 3 : 9-132.
- MIOTTI P.G., DALLABETTA G.A., CHIPHANGWI J.D., LIOMBA G., SAAH A.J., 1992, « A retrospective study of childhood mortality and spontaneous abortion in HIV-1 infected women in urban Malawi », *International Journal of Epidemiology*, 21 (4) : 792-799.
- MULDER D.W., NUNN A.J., KAMALI A., NAKIYINGI J., WAGNER H.U., KENGEYA-KAYONDO J.F., 1994, « Two-year HIV-1-associated mortality in a Ugandan rural population », *Lancet*, 343 : 1021-1023.
- MULDER D.W., NUNN A.J., WAGNER H.U., KAMALI A., KENGEYA-KAYONDO J.F., 1994, « HIV-1 incidence and HIV-1-associated mortality in a rural Ugandan population cohort », *AIDS*, 8 (1) : 87-92.
- NELSON A.M., HASSIG S.E., KAYEMBE M., OKONDA L., MULANGA K., BROWN C., KAYEMBE K., KALENGAYI M.M., MUCLIC F.G., 1991, « HIV-1 seropositivity and mortality at University hospital, Kinshasa, Zaire, 1987 », *AIDS*, 5 : 583-586.
- RICARD D., WILKINS A., NGUM P.T., HAYES R., MORGAN G., PAULO DA SILVA A., WHITTLE H., 1994, « The effects of HIV-2 infection in a rural area of Guinea Bissau », *AIDS*, 8 (7) : 977-982.
- RYDER R.W., BATTER V.L., NSUAMI M., BADI N., MUNDELE L., MATELA B., UTSHUDI M., HEYWARD W.L., 1991, « Fertility rates in 238 HIV-1 seropositive women in Zaire followed for 3 years post-partum », *AIDS*, 5 : 1521-1527.
- RYDER R.W., NSUAMI M., NSA W., KAMENGA M., BADI N., UTSHUDI M., HEYWARD W.L., 1994, « Mortality in HIV-1 seropositive women, their spouses and their newly born children during 36 months of follow-up in Kinshasa, Zaire », *AIDS*, 8 : 667-672.
- SEWANKAMBO N.K., WAWER M.J., GRAY R.H., SERWADDA D., LI C., STALLINGS R.Y., MUSGRAVE S.D., KONDE-LULE J., 1994, « Demographic impact of HIV infection in rural Rakai District, Uganda : results of a population-based cohort study », *AIDS*, 8 (12) : 1707-1713.

- STOVER J., 1996, « The future demographic impact of AIDS : what do we know ? ». Paper presented at the World Bank / European Union seminar, AIDS in Development : the Role of Government, Limelette, 17-20 June 1996.
- TEMMERMAN M., PLUMMER F.A., MIRZA N.B., NDINYA-ACHOLA J.O., WAMOLA I.A., NAGELKERKE N., BRUNHAM R.C., PIOT P., 1990, « Infection with HIV as a risk factor for adverse obstetrical outcome », *AIDS*, 4 : 1087-1093.
- TOLLMAN S., HERBST K., GARENNE M., 1995, *The Agincourt Demographic and Health Study : phase I*, Johannesburg, Department of Community Health, University of the Witwatersrand, 62 p.
- UNITED NATIONS, 1991, « *The AIDS epidemic and its demographic consequences* ». Proceedings of the United Nations / World Health Organization Workshop on Modelling the Demographic Impact of the AIDS Epidemic in Pattern II Countries : Progress to Date and Policies for the Future, New York, 13-15 December 1989. New York, United Nations, Department of International Economic and Social Affairs (ST/ESA/SER.A/119).
- VALLIN J., AUVERT B., BROUARD N., CHIEZE F., DOZON J.-P., GUILLAUME A., 1994, *Populations africaines et sida*, Paris, La Découverte, 223 p. (Collection Recherches).
- ZANOU B., 1990, *Pour une utilisation démographique de l'état civil en Afrique: le cas de la Côte-d'Ivoire*, Paris, Université de Paris-1, Panthéon Sorbonne, Institut de Démographie de Paris, 348 p. (Thèse de doctorat de troisième cycle de démographie).

Michel GARENNE, *Impact démographique du sida en Afrique : données et interprétation*

Résumé — Ce texte expose les incertitudes relatives aux modèles utilisés pour estimer l'impact démographique du sida, et présente les approches suivies dans les quelques études de cas disponibles en Afrique subsaharienne. Celles-ci se trouvent dans les laboratoires de population, dans des études ponctuelles des données de l'état civil, dans des analyses indirectes des recensements, et dans les études hospitalières. Dans l'ensemble, les données disponibles en Afrique subsaharienne montrent approximativement un doublement de la mortalité adulte lorsque la séroprévalence en VIH-1 est voisine de 10 %, ce qui correspond aux risques relatifs de décès de 10 à 1 chez les séropositifs. Les études sont plus rares chez l'enfant, mais indiquent toutes aussi une augmentation, parfois considérable, de la mortalité des premières années de la vie. De plus, l'infection par VIH semble avoir un impact sur la fécondité des femmes, en particulier en augmentant le nombre de fausses couches et de mort-nés. Le VIH-2 semble avoir un effet beaucoup plus faible sur la mortalité et sur la fécondité. Ces études restent cependant assez parcellaires, et l'impact démographique du sida reste largement méconnu.

Mots-clés : sida • démographie • impact démographique • mortalité • fécondité • causes de décès • modèles • Afrique subsaharienne • laboratoire de population.

Michel GARENNE, *Demographic impact of AIDS in Africa: data and interpretation*

Summary — This paper provides a critical review of mathematical models for estimating the demographic impact of AIDS, and presents a series of case studies in sub-saharan Africa. Case studies are taken from population laboratories, from local vital registration, from indirect analysis of censuses, and from hospital data. In general, available data from sub-saharan Africa, show approximately a doubling of adult mortality when HIV-1 seroprevalence is about 10%, which corresponds to a relative risk of death of 10 to 1 among seropositive persons. Studies among children are scarce ; however they also show an increase in infant and child mortality, sometimes a large increase. In addition, HIV seems to have a negative effect on female fertility, in particular by increasing the risk of spontaneous abortion and still birth. HIV-2 seems to have a much smaller effect on mortality and on fertility. These studies are scanty, and the overall demographic effect of HIV/AIDS in the continent remains largely unknown.

Keywords: HIV/AIDS • demography • demographic impact • fertility • mortality • cause of death • mathematical model • sub-saharan Africa • population laboratory.

9. Acceptabilité d'un prélèvement salivaire lors d'un recensement démographique. Résultats d'une préenquête dans la région de Mfou (Cameroun)

Nicolas Brouard¹

Introduction

La mesure de la prévalence du VIH en Afrique subsaharienne n'est pas une priorité des organismes nationaux et internationaux ayant en charge les problèmes liés à l'épidémie du sida. Il leur semble plus important d'informer les populations sur la maladie et sur les moyens de s'en protéger que de dénombrer la population infectée. De ce fait, même les rares données de prévalence sont trop parcellaires pour permettre une description de la population touchée par l'épidémie, et tout modèle de projection de l'épidémie, même à un horizon de 15 ans, relève de la fiction (UN/WHO 1991).

Certes, il n'est pas très aisé de dénombrer et de caractériser la population infectée tant pour des raisons éthiques que techniques. Ainsi, la plupart des enquêtes nationales de prévalence en Afrique subsaharienne (Melbye *et al.* 1986 ; Soro *et al.* 1990) ont été effectuées à l'insu des individus sous des prétextes comme la recherche du paludisme ou de la syphilis. Rares sont les enquêtes, comme celle d'Ouganda (Nunn *et al.* 1993), qui ont été d'ampleur suffisante (près de 10 000 individus) et effectuées dans des conditions éthiques satisfaisantes, pour pouvoir apporter des informations fondamentales tant sur l'histoire naturelle de l'épidémie que sur sa dynamique. D'autres petites enquêtes appelées sentinelles, plus nombreuses, sont effectuées auprès des donneurs de sang, des patients atteints d'une maladie vénérienne, et des femmes enceintes. C'est à partir de tels résultats parcellaires qu'on a crié à une croissance effrénée de l'épidémie à la fin des années 80, alors qu'avec les mêmes sources de données tout aussi peu fiables, on conclut à une stagnation, voire une décroissance sans beaucoup plus de fondements.

¹ Équipe "Mortalité, santé, épidémiologie", *Institut national d'études démographiques, Paris*. Les autres participants à ce projet sont J. Betima *Programme national de lutte contre le sida (Cameroun)*, G. Tati *Institut de formation et de recherches démographiques (IFORD, Cameroun)*, S. Pontone *Hôpital Robert Debré, Paris*, L. Zekeng *CHU Yaoundé*, A. Evina *IFORD, Cameroun* et R. Salla *Programme national de lutte contre le sida (Cameroun)*.

La taille des échantillons, les biais, l'insuffisance des informations apportées par les enquêtes sentinelles, la difficulté à mener des suivis statistiques dans les hôpitaux africains, n'ont jamais permis de convaincre tant sur l'étendue de l'épidémie dans un pays que sur sa dynamique. Le sida hétérosexuel africain, comme tous les sidas hétérosexuels, n'est pas explosif. Les enquêtes sentinelles qui sont efficaces pour détecter l'émergence d'une véritable épidémie, ne sont pas adaptées à la compréhension de la dynamique d'une endémie à inertie importante comme l'endémie due au VIH. En particulier ces enquêtes ne fournissent même pas les prévalences par âge et sexe dans la population générale alors que le vieillissement de la population infectée est un facteur clé de la dynamique dès lors qu'on sait que l'épidémie est installée pour plusieurs décennies. Mais existe-t-il d'autres méthodes de mesure ?

Les démographes ont des méthodes d'investigation statistique assez différentes de celles des épidémiologistes, et la méthode de base en est le recensement. N'est-il pas possible lors d'un recensement démographique d'effectuer une enquête par sondage plus spécifique sur les maladies sexuellement transmissibles et d'obtenir ainsi des informations sur la sérologie des populations comme on obtient une information plus banale sur le niveau d'éducation ? C'est ce que nous avons tenté de faire, de manière expérimentale, en janvier 1993 lors du recensement de la région semi-urbaine de Mfou au Cameroun en proposant des prélèvements salivaires à un échantillon représentatif de cette population.

Les moyens mis en œuvre

Les organismes de formation statistique — notamment l'Ecole Nationale de la Statistique et de l'Administration Economique d'Abidjan ou l'Institut de Formation et de Recherches Démographiques de Yaoundé — effectuent fréquemment le recensement d'une petite ville dans le cadre de la formation de leurs étudiants à la collecte sur le terrain. En effet, une ville de 40 000 habitants se recense en moins de 15 jours avec 25 contrôleurs et 50 agents recenseurs. La durée totale de la période de terrain n'excède donc pas un mois.

Le personnel d'encadrement de l'IFORD a ainsi organisé, en accord avec la sous-préfecture de la région de Mfou, le recrutement, la formation et la sélection d'agents recenseurs en vue d'y effectuer un recensement et de mener une enquête statistique par sondage.

La formation des enquêteurs ainsi que des agents recenseurs recrutés par concours est désormais classique et commune aux enquêtes en sciences sociales en Afrique ; nous décrirons donc plutôt la nouveauté apportée par ces prélèvements salivaires et les formations spécifiques qu'il a fallu dispenser pour l'opération de Mfou.

Les moyens à la disposition de l'IFORD pour la promotion de 1993 ne permettaient que le recensement d'une petite ville d'au plus 10 000 habitants, si bien que l'opération de Mfou s'est effectuée avec seulement 20 contrôleurs et 20 agents recenseurs. La collecte des

salives nous apparaissait comme une opération à risque et ne pouvait donc être qu'expérimentale et concerner qu'une zone de petite taille : c'était le premier prélèvement salivaire effectué en zone communautaire et des réactions hostiles tant de la population que des contrôleurs et agents recenseurs n'étaient pas impossibles. De même la logistique de l'opération, même si elle avait fait l'objet de simulations et d'analyses spécifiques (collecteurs, étiquette à code barre, etc) n'a pas été testée en grandeur réelle. Ainsi, notre enquête par sondage et les prélèvements proposés ne concernaient qu'un échantillon de 200 ménages. De fait la mobilisation d'étudiants en démographie, moins motivés que des étudiants en médecine, et plus formés à la tenue d'un crayon et au remplissage d'un questionnaire sur papier qu'au recueil de liquides même salivaires, ne fut pas si facile. Mais il nous est apparu très clairement qu'une fois les premiers jours d'adaptation passés, il aurait été très facile d'effectuer un taux de sondage beaucoup plus important et d'enquêter une zone bien plus peuplée.

La formation des enquêteurs

La tenue en décembre 1992 du Congrès international sur le sida à Yaoundé, où se trouve l'IFORD, a grandement facilité la sensibilisation des étudiants au sida. En effet des démographes, comme Peter O. Way et Karen Stanecki du Population Reference Bureau, connus notamment pour leur importante base démographique sur le sida dans le monde (Way 1992), et de médecins comme Françoise Bigirimana, présidente de la SWAA (Society for Women and AIDS) du Burundi, et responsable de la cellule de prise en charge des séropositifs au PNLS, avaient contribué très positivement à la formation des étudiants. Une proportion non négligeable d'étudiants estimait encore que le sida était un problème inventé par les Blancs et ricanait quand on prononçait le mot préservatif.

La formation à la collecte des salives fut extrêmement bien faite par Luc Hardy, de la firme américaine Saliva Diagnostics System (Vancouver) qui nous a fourni à titre gracieux 1 000 collecteurs.

L'absence de rebuts (tous les échantillons prélevés ont un diagnostic sérologique fiable) est due aux directives simples (vérification de la saturation du buvard, bonne fermeture du bouchon hermétique) et résulte de cette bonne formation.

Les questionnaires

Un recensement est en fait un recensement de ménages et non d'invidus. Il nécessite un questionnaire "ménage" qui est rempli par un membre du ménage et qui a été élaboré conjointement par l'encadrement de l'IFORD et les étudiants. La formation des agents recenseurs recrutés localement dans la ville de Mfou n'a porté que sur le questionnaire "ménage" et non sur l'enquête individuelle.

Pour l'enquête sur les maladies sexuellement transmissibles nous avons élaboré un questionnaire très court (recto verso) comportant les questions importantes pour la dynamique de l'épidémie et seulement

ces questions : connaissance du sida, nombre de partenaires depuis différentes durées, antécédents vénériens, utilisation du préservatif, écart d'âges entre partenaires. La collecte de salive n'était proposée qu'en fin de questionnaire et les refus pouvaient ainsi intervenir à différentes étapes de l'interview : refus de répondre au questionnaire, refus de répondre aux questions sur le comportement sexuel, refus du collecteur. Ce questionnaire que nous avions voulu court pour des raisons de logistique s'est révélé inutilement trop court, car l'expérience a montré qu'un enquêteur doit passer un temps non négligeable au sein d'un ménage et parfois auprès de chaque enquêté pour obtenir leur confiance. Ainsi un questionnaire plus long, portant notamment sur le planning familial aurait apporté d'autres informations utiles, et n'aurait pas alourdi l'enquête. Le collecteur de salive étant un objet tout à fait nouveau et intriguant pour la population, les démonstrations de son usage suscitaient l'intérêt de l'ensemble des membres présents dans le ménage mais aussi parfois une certaine crainte. En effet beaucoup craignaient que le buvard contienne des substances maléfiques, empoisonnantes notamment ; cela contraignait l'enquêteur à démontrer l'inocuité du collecteur en gaspillant un collecteur neuf dans sa propre bouche. 15 à 20 % des collecteurs ont dû ainsi être utilisés pour des démonstrations. N'ayant pas du tout prévu ce comportement et n'ayant qu'un nombre limité de collecteurs à notre disposition, nous avons dû réduire d'autant le taux de sondage de l'enquête.

Le sondage

Si le recensement était exhaustif, l'enquête sur le comportement sexuel et le sida s'effectuait par sondage à partir de la liste des ménages issue du dénombrement. Disposant de 1 000 collecteurs en tout, nous avons finalement décidé d'effectuer un sondage au 1/16^e parmi l'ensemble des ménages dénombrés. Comme nous voulions également avoir la possibilité d'étudier (non pas dans cette pré-enquête trop petite, mais en prévision d'une enquête en vraie grandeur) la corrélation entre l'infection des individus d'un même ménage (couple discordant, et parents-enfants), nous avons opté pour un tirage proportionnel à la taille des ménages. Ce mode de sondage permettait également de tester l'éventuel effet de grappe que les refus collectifs pouvaient occasionner. Nous craignions en effet qu'un chef de ménage hostile au dépistage interdise la collecte auprès de tous les membres de son ménage mais ce ne fut pas le cas, bien au contraire.

En pratique, le *dénombrement*, c'est-à-dire l'opération qui précède le recensement proprement dit et consiste à faire passer les agents recenseurs dans chacun des ménages afin d'obtenir le nombre total des personnes du ménage et le nombre des éligibles, n'a duré qu'une journée pour l'ensemble des 20 zones.

Afin d'établir pour le lendemain le sondage de l'enquête, c'est-à-dire fournir à chaque enquêteur la liste des ménages tirés au sort dans sa zone, nous avons dû saisir le soir même du dénombrement les informations collectées (nombre d'hommes et de femmes au sein du

ménage, nombre d'hommes et de femmes âgés de plus de 15 ans) dans la journée.

La saisie a été faite dans la soirée à l'IFORD qui se trouve à 30 km de Mfou par les étudiants sur quatre ordinateurs et à l'aide du logiciel EPI-INFO. Le tirage du sondage proportionnel a ainsi eu lieu dans la nuit sur un PC portable. Dans la matinée, les contrôleurs disposaient du listing des ménages tirés au sort et pouvaient donc commencer simultanément le recensement exhaustif et l'enquête par sondage. Si la saisie puis le tirage n'avaient pas pu être effectués durant la nuit du premier au second jour nous condamnions près de 50 personnes à l'inactivité sur le terrain le lendemain du dénombrement ; c'est dire l'importance de cette phase informatique.

Il n'y a pas eu d'erreur de saisie, si bien que les contrôleurs ont effectivement retrouvé toutes les maisons par l'identifiant qui avait été porté à la craie sur les maisons par leurs agents recenseurs durant le dénombrement. L'intérêt du recours à l'informatique pour le tirage du sondage ainsi que pour l'édition des listings est manifeste, non pas seulement parce qu'il permet d'éviter des erreurs de sondage ou de zones mais aussi parce qu'il facilite la compréhension de l'opération auprès de la population. En effet, il est plus aisés pour un chef de ménage qui ne comprend pas pourquoi son ménage a été tiré et non pas son voisin de vérifier sur un listing que le numéro de sa maison fait partie du tirage au sort. Cette facilité nous a été rapportée à plusieurs reprises.

Les questions éthiques

Outre la faisabilité technique d'une telle opération et l'acceptabilité par la population, se posaient bien évidemment des questions éthiques. Fruit d'une longue maturation avant sa réalisation, notre protocole a été proposé et finalement accepté par l'ensemble des instances nationales (Comité Sida du Cameroun, Ministère de la Santé) et régionales (Préfecture, Sous-Préfecture de Mfou) auxquelles un tel projet doit être soumis.

Nous disons "finalement" car l'acceptation n'était pas acquise d'avance, puisqu'un tel projet était à l'opposé des projets réalisés jusque là. Notre enquête était en effet du type "révélé" et "corrélé". *Révélé* car toute personne sondée et acceptant de donner sa salive savait qu'on allait effectuer une sérologie au VIH sur sa propre salive (de même les campagnes d'information et les questionnaires mentionnaient explicitement la maladie du sida). *Corrélé*, parce qu'il est possible de corrélérer les résultats de la sérologie d'un individu avec les informations individuelles apportées par les réponses au questionnaire MST. De plus, en raison de l'ajout d'un numéro au hasard mais commun aux membres d'un même ménage, il est même possible d'étudier la corrélation entre les sérologies de l'ensemble des membres d'un ménage. L'anonymat des individus est néanmoins respecté. Explicitons ce dernier point.

Lorsque l'enquêteur remettait le buvard imprégné de la salive d'un enquêté dans son tube, il détachait une étiquette fabriquée tout spécialement pour l'opération et en collait une partie sur le tube et une autre partie sur le questionnaire d'enquête. La partie collée sur le tube et dénommée par la suite partie "biologique" ne comprenait que des codes à barres identiques et la partie collée sur le questionnaire individuel et dénommée par la suite partie "démographique" ne comprenait qu'un simple numéro *en clair*. Ainsi, il apparaissait clairement à la personne prélevée que l'unique information fournie aux laboratoires de biologie consistait en un code à barre, sans nom ni adresse, et avec pour seule information supplémentaire la date du prélèvement.

Effectivement, au laboratoire du CHU de Yaoundé, là où sont congelées les salives, il est aujourd'hui impossible de savoir à qui correspondent ces salives. Il est de même impossible, en s'adressant à l'IFORD qui détient les questionnaires individuels ou même à l'INED qui détient la combinaison entre les numéros biologiques et démographiques, de retrouver l'identité d'un enquêté à partir de son questionnaire. En effet, la partie nominative (zone, bloc, structures, bâtiment) du questionnaire individuel a également été massicotée sitôt après la saisie et avant l'appariement des fichiers.

L'anonymat est conservé, mais la corrélation est possible.

Du fait de la double numérotation, la mise sous forme de code à barre du numéro biologique était elle-même superflue. Nous l'avons néanmoins conservée car elle offrait une sécurité supplémentaire si par exemple une personne était tentée de noter durant le prélèvement d'une tierce personne son numéro biologique.

Les résultats biologiques nous furent en effet rendus sous forme de listes de codes à barre suivis des densités optiques des différents tests ELISA (original et confirmation), ainsi que les Western-Blott effectués pour confirmations de diagnostics. Quatre positifs ont été identifiés sur les 465 individus prélevés : il n'y a pas eu de statut indéterminé.

Détaillons le genre d'information qui pouvait être obtenu après corrélation entre les résultats biologiques et démographiques pour en apprécier la richesse. Ainsi, par exemple, parmi les cas positifs, il y a une jeune femme âgée entre 5 et 20 ans, non mariée, sans enfant, qui n'a eu qu'un seul partenaire qui lui-même habitait une autre ville que Mfou. Elle avait déjà entendu parler de préservatif, mais n'en avait jamais vu. Aucune personne de son ménage n'est positive.

Les traitements biologiques locaux

Détaillons maintenant la logistique locale nécessaire du point de vue biologique. Si les traitements en laboratoire suivent les procédés désormais standards d'un traitement ELISA, localement sur le terrain, il faut prévoir qu'un laborantin méticuleux vienne tous les soirs récupérer les collecteurs, les vérifie (date de prélèvement, niveau de remplissage, bonne fermeture des tubes) et les stocke dans un réfrigérateur. En effet, même si le collecteur contient un antiseptique qui permet, selon le fabricant, de conserver les anticorps à la température ambiante durant plusieurs jours nous préférions les stocker dans un frigidaire.

La présence d'un réfrigérateur à proximité apparaît donc comme une contrainte.

Les collecteurs peuvent ainsi être conservés plusieurs semaines au frigidaire, mais comme la collecte a été rapidement terminée, les collecteurs ont été rapatriés au CHU de Yaoundé afin d'y être congelés. Seule la salive est congelée, et non le buvard. Le procédé consiste à extraire la salive du buvard en le compressant au fond du collecteur à l'aide d'un tamis. On verse alors le contenu (10 ml) dans une cupule comme s'il s'agissait de sérum.

L'information disséminée

Un recensement n'est pas une opération qui passe inaperçue dans une ville. Et plus il y aura de publicité sur le recensement, plus l'opération se déroulera facilement. Ainsi, le car prévu pour le déplacement des contrôleurs était également utilisé pour diffuser via un mégaphone des slogans sur l'utilité du recensement. Ces slogans exprimés tantôt en langue française tantôt en langue locale pouvaient être les suivants : "Aider nos agents recenseurs", "Participer au recensement, c'est participer au développement économique de la ville", "Le chômage existe, compter les personnes sans emploi, c'est lutter pour l'emploi", etc. Les agents recenseurs dispersés dans la ville pouvaient ainsi utiliser ces slogans lointains pour invoquer le caractère officiel de l'opération auprès d'un ménage réticent à se faire recenser.

Nous avons utilisé ce même principe dans le cas de l'enquête sur les MST et le sida. Il ne s'agissait pas en effet de faire une enquête afin de tester les connaissances d'une population sur le sida comme peut le faire une enquête CAP, mais au contraire d'utiliser la mobilisation des moyens nécessaires à l'enquête pour diffuser massivement de l'information sur le sida. Ainsi dans chaque zone une grande affiche d'un mètre sur deux mètres établie par le Service de lutte contre le sida était placardée sur la maison du chef ou à proximité. De même des affiches au format A4, relatives à l'enquête sur les MST étaient collées sur bon nombre de maisons ou endroits visibles par l'ensemble de la population. Ces petites affiches étaient des photocopies d'une photo montrant une Africaine portant un collecteur de salive à sa bouche. On pouvait également y lire le slogan "Donner sa salive, c'est participer à la recherche sur le sida". Ces affiches jouxtaient une affiche plus grande, au format A3, portant divers slogans incitant les populations à faciliter le recensement. Nous tenions en effet à conserver la priorité au recensement, tout en informant, à faible coût, qu'il allait aussi y avoir une opération concernant le sida dans la ville. Le collecteur de salive devait susciter auprès des populations une interrogation. La difficulté résidait bien évidemment dans le fait qu'il ne fallait pas que la population puisse penser que le sida se transmettait par la salive. C'était effectivement la première question qui nous était posée dès que nous parlions de salive et de sida.

Ainsi la campagne de sensibilisation auprès des chefs de village ou de quartiers et les réunions publiques (qui réunissaient entre 15 et 30

personnes selon les quartiers) ont été l'occasion de préciser les buts du recensement, ainsi que celui de l'enquête santé et de la collecte de salive. C'était également l'occasion de présenter à la population ce collecteur qui les avait tant intrigués sur les affiches et de leur expliquer pourquoi le virus n'est pas transmis par la salive.

Dans ce genre d'opérations, la population écoute certes les personnes officielles chargées de l'opération mais se réfère en fin de compte à l'opinion des notables de leur quartier. C'est la raison pour laquelle les notables doivent participer à ces réunions et servir de relais. Nous nous sommes ainsi rendu compte qu'il n'était pas si difficile d'expliquer que les tests biologiques détectent les anticorps et non le virus lui-même, que les anticorps anti-VIH sont présents dans la salive alors que le virus n'y est qu'en quantité infime et ne peut être transmis.

Ainsi l'intendant de l'hôpital, récemment formé au counseling par le PNLS expliquait que le but poursuivi par l'enquête MST/sida était assez analogue à celui poursuivi lors d'un recensement. En effet, dans un recensement, quand on pose une question sur l'âge des enfants et leur niveau de scolarité, le but poursuivi est d'ordre statistique afin de mieux prévoir les besoins en écoles. Il ne s'agit pas pour l'administration ni pour l'Etat, de savoir si telle mère éduque correctement son enfant mais de connaître globalement les caractéristiques sociodémographiques de la population dont ils sont responsables du point de vue administratif.

Aujourd'hui, le sida apparaît comme une maladie suffisamment grave et menaçante pour une population qu'il est nécessaire d'obtenir une information fiable sur les caractéristiques socio-démographiques de la population porteuse.

Il ne s'agit donc pas de détecter individuellement les personnes porteuses du VIH. Le collecteur qui est proposé en fin d'interview n'est pas un test immédiat. Il ne vire pas au rouge si l'individu prélevé est porteur ! C'est un simple tube qui permet de conserver les anticorps contenus dans la salive. Le tube ne porte pas le nom de l'individu mais un code à barre. Il est ainsi impossible d'identifier individuellement les porteurs de la maladie.

Réciproquement, les personnes qui souhaitent obtenir par cette collecte leur statut sérologique ne le pourront pas, mais elles peuvent venir à l'hôpital et demander des informations complémentaires sur les MST et le sida. Toute personne peut se faire accompagner de son partenaire ou de ses partenaires (au Cameroun, un des slogans officiels est "Soyez fidèles à vos partenaires") et se faire tester gratuitement. On insistait pour bien expliquer qu'une telle démarche individuelle était beaucoup plus longue et très différente de l'opération collective qui allait leur être proposée dans les prochains jours, opération qui, elle, ne prête à aucune conséquence individuelle.

Validité des sérologies effectuées sur les salives

Il est de plus en plus reconnu dans la littérature (Frerichs et Htoon 1992) que les prélèvements salivaires sont tout à fait efficaces. Les

résultats d'une étude effectuée par Abott et Saliva Diagnostics System au CHU de Yaoundé, auprès d'un échantillon de 100 personnes positives et 100 négatives testées à la fois avec des prélèvements salivaires et des prélèvements sanguins, montrent l'extrême concordance des résultats.

Certes l'immunoglobuline est cent fois moindre dans la salive que dans le sang, si bien que la sensibilité des tests ne peut être qu'amoin-drie. Mais cet inconvénient pour le diagnostic (c'est-à-dire lorsqu'il faut rendre un résultat individuel) se transforme en avantage dans les mesures de prévalence. En effet, s'il y a moins d'anticorps dans la salive, il y a moins de réactions parasites d'anticorps croisés, et la spécificité d'un anticorps particulier en est améliorée. Autrement dit, outre les nombreux avantages apportés par une méthode non invasive, non contaminante, et ne nécessitant pas une congélation immédiate, on observe plutôt moins de faux positifs qu'avec des prélèvements sanguins. Les coûts des tests de confirmation sont donc également plus faibles.

Quelques résultats concernant l'acceptabilité

La taille de l'échantillon défini lors du sondage, soit 645 individus hommes et femmes âgés de plus de 15 ans, ne permettait pas une analyse fine de la prévalence observée. Tout au plus, peut-on affirmer qu'en 1993, avec 4 positifs sur 645, la prévalence de la région de Mfou était inférieure à 2 % dans la population adulte. Mais cette taille était suffisante pour conclure à la faisabilité d'une enquête de plus grande importance et également pour montrer l'absence de biais notable introduit par les refus du prélèvement.

Parmi les 605 individus enquêtés sur les 9 915 recensés, 446 individus ont accepté de donner leur salive, ce qui montre une acceptation massive de 74 %.

Les taux de refus ont de plus fortement baissé au fur et à mesure que les enquêteurs, initialement peu formés aux problèmes de santé, prenaient de l'assurance vis-à-vis de la population. Certains étudiants ont ainsi obtenu un taux de refus inférieur à 5 %.

Les refus ne semblent pas liés à un comportement plus à risque et concernent plus les femmes (31,0 %) que les hommes (20,7 %). En effet, il n'y a pas, par exemple, de corrélation entre le nombre de partenaires et le refus du test. Une régression logistique met en évidence un refus significativement plus important pour les femmes divorcées, mais la proportion de femmes divorcées dans les populations africaines est très faible. Dans l'analyse des questions ouvertes sur le refus du collecteur, les femmes invoquent fréquemment la peur de la réaction du mari. "Pourquoi me ferais-je tester ?" "Qu'ai-je à me reprocher ?"

Les prochaines étapes

Six mois après le recensement épidémiologique, une sociologue de l'Université de Yaoundé, Paulette Beat-Songué, a analysé l'impact de notre passage sur la population de Mfou. Si son rapport (disponible auprès du CEPED à Paris) met en évidence les lacunes de ce premier recensement épidémiologique et adresse des critiques au déroulement de l'enquête (certains enquêteurs ont en effet, malgré nos mises en garde, proposé des médicaments à la population pour obtenir plus facilement leur participation), il ne semble pas qu'il y ait des critiques majeures à l'enquête. Des personnes, principalement en zone rurale, continuent à penser que le sida se transmet par la salive, mais une information massive et une conscientisation de la population vis-à-vis du sida a clairement eu lieu du fait de notre passage.

La critique majeure qui nous a été adressée durant la discussion générale lors du colloque de Sali Portudal concerne justement l'ambiguïté des tests salivaires vis-à-vis de la transmission. Pour certains chercheurs, il est inutile de risquer d'annuler dix années de lutte contre la ségrégation des personnes porteuses du VIH en prônant le test salivaire comme méthode de détection de masse. Nous avons répondu qu'il ne nous avait pas paru difficile d'expliquer la non-contamination par la salive. De même, nous avons compris la forte demande de la population pour une information plus complète sur ces questions. Nous pensons que la lutte contre le sida sera plus aisée si la population est clairement informée des connaissances scientifiques actuelles. Plus il y aura de débats sur la salive, notamment dans les médias, plus l'information sur les méthodes de prévention passera. Le fameux baiser sur la bouche d'une actrice connue à un séropositif lors d'une émission en direct à la télévision française a vraisemblablement fait plus avancer les mentalités de la population française vis-à-vis des personnes porteuses du VIH que des brochures politiquement correctes. La pire des solutions consiste à nier les progrès scientifiques récemment enregistrés qui font des tests salivaires des tests fiables et mieux adaptés à la surveillance épidémiologique que les tests sanguins. Nous demandons que les prélèvements salivaires soient reconnus comme une excellente méthode de dépistage par les organismes internationaux comme l'OMS et l'ONUSIDA qui tardent à publier leurs propres études sur les tests salivaires pour ces raisons de politique de prévention et non d'efficacité technique.

Nous étions préparés à répondre aux questions éthiques posées par ce projet et la manière dont nous avions tenté de les résoudre, mais cela n'a pas été l'objet de discussions. Au contraire, cette méthode a été appréciée comme une méthode suffisamment acceptable du point de vue éthique et, semble-t-il, suffisamment opérationnelle pour être proposée à plus grande échelle, car elle semble l'unique méthode aujourd'hui pour obtenir une information de masse et de qualité sur la population séropositive dans des pays ou régions où l'épidémie de sida joue un rôle dévastateur. En effet, sans mesure quantitative, nous ne saurons jamais combien d'hommes sont touchés en Afrique et à quels âges. L'important écart d'âge entre conjoint et la plus grande

prévalence parmi des hommes beaucoup plus âgés sont des caractéristiques spécifiques à l'Afrique subsaharienne qui semblent expliquer la plus grande dissémination de cette épidémie dans cette région. Il est grand temps d'affiner, d'actualiser et de compléter les quelques données de prévalence parmi la population générale obtenues à la fin des années 80 avec les nouveaux moyens technologiques d'aujourd'hui et la transparence qui permettent un dépistage de masse dans des conditions éthiques acceptables.

Bibliographie

- FRERICHS R. R., HTOON M. T. *et al.*, 1992, « Comparison of saliva and serum for HIV surveillance in developing countries », *Lancet*, 340 : 1496-1499.
- MELBYE M. *et al.*, 1986, « Evidence for heterosexual transmission and clinical manifestations of human immunodeficiency virus infection and related conditions in Lusaka, Zambia », *Lancet*, 2, 8516 : 1113-1115.
- NUNN A.J. *et al.*, 1995, Four year HIV-1 associated mortality and median survival times in a rural Ugandan population, in *IX^e Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique*, p. 240. — Résumé MoB437.
- SORO B. N., GERSHY G. M. *et al.*, 1990, « Seroprevalence of HIV infection in the general population of the Côte d'Ivoire, West Africa », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrom*, 3 (12) : 1193-1196.
- UN/WHO, 1991, *The AIDS epidemic and its demographic consequences, Proceedings of the United Nations/World Health Organization Workshop on “Modelling the demographic impact of the AIDS epidemic in pattern II countries : progress to date and policies for the future”*, New York, 13-15 December 1989, New York, United Nations Publications : 145 p. [ST/ESA/SER.A/119].
- WAY Peter O., 1992, Demographic impact of HIV in less-developed countries, in *VIIth International Conference on AIDS (Amsterdam, 19-24 July 1992)*, State-of-the-art session “Demographic impact of HIV”.

Nicolas BROUARD, *Acceptabilité d'un prélèvement salivaire lors d'un recensement démographique. Résultats d'une préenquête dans la région de Mfou (Cameroun)*

Résumé — On a évalué l'acceptabilité d'un prélèvement salivaire pour dépister le VIH lors d'un recensement démographique dans une région semi-urbaine du Cameroun. En effet l'incertitude des prévisions démographiques compte tenu du sida est liée à l'absence de mesures de bonne qualité de la prévalence du VIH : échantillons de trop petite taille, mauvaise représentativité de la population générale car même les meilleures enquêtes sentinelles, celles effectuées auprès des femmes enceintes, ne concernent pas les hommes et seulement les femmes fécondes et en âge de procréer. Sur les 605 individus enquêtés parmi 9 915 recensés, 446 individus ont accepté de donner leur salive, ce qui montre une acceptation massive de 74 % [70,6 ; 77,4 %], 4 sont positifs. Les refus ne sont pas liés à un comportement plus à risque et concernent plus les femmes (31 %) que les hommes (20,7 %).

Mots-clés : démographie • sida • VIH • recensement • saliva • test • counseling • prévalence.

Nicolas BROUARD, *Acceptability of saliva collection for HIV screening during a population census. Results from a pilot survey in the Mfou region (Cameroon)*

Summary — Acceptability of saliva collection for HIV screening during a population census has been evaluated in a pilot survey conducted in a semi-urban region of Cameroon. Uncertainty of the demographic consequences of the AIDS epidemic is mostly due to uncertainty in actual prevalence levels among the general adult population in sub-saharan countries. Sentinel sero-surveillance concerns only specific population (pregnant women, already STD infected men, blood donors) and are too frequent as if an African heterosexual AIDS epidemic might explode like an homosexual epidemic and concern to small samples. Mass HIV screening requires adhesion of the population like a population census requires a consensus. Ethical considerations were of main importance and have been solved honestly. Out of 605 individuals surveyed on sexual behavior and STD knowledge from the 9,915 people counted during the census, 446 accepted to give their saliva. This 74 percentage of acceptability (CI 70.6%-77.4%) is high and was higher during the last 3 days of collection (out of 6) when interviewers were trained. Four individuals are HIV+, serological tests were anonymous but linked to anonymous interview questionnaires. Statistical analysis shows that refusals are not linked to a risky behavior, but concern women (31.0 percent) rather than men (20.7 percent).

Keywords: demography • AIDS • HIV • census • saliva • test • counseling • prevalence.

10. Peut-on faire l'économie du sida ?

Joseph Brunet-Jailly

Le sida pose d'une manière beaucoup plus brutale que ne le faisait jusqu'à présent l'ensemble des affections dont souffrent les malades la question de savoir s'il est moral d'appliquer au domaine de la santé un raisonnement inspiré de l'économie. Le point de vue dominant dans le corps médical, au moins dans les pays francophones, selon lequel les économistes doivent être tenus hors du champ de la santé, se trouve aujourd'hui largement renforcé par la pression des malades et par l'action de l'opinion, subitement nourrie de droits de l'homme, ou d'éthique, ou tout simplement de compassion. Du fait du caractère encore incurable de l'affection et de l'organisation qu'ont su se donner les malades, ces derniers ont conquis, au Nord, le pouvoir de participer aux décisions les concernant ; "l'activisme de malades" s'est traduit en interventions à titre de groupe de pression, et il est probablement en train de se transformer en une "expertise profane" (Epstein 1994).

Pour l'instant, l'essentiel est d'appliquer systématiquement le principe non écrit de la déontologie médicale : "dans le doute, interviens", en sommant la société de payer. Ainsi, aux Etats-Unis on a modifié la définition du sida pour permettre la prise en charge des malades pour les affections intercurrentes ; ici et là on a développé des "protocoles compassionnels", etc. Il suffit apparemment, tant au Nord qu'au Sud, d'invoquer le désir de vivre qu'éprouve tout un chacun, ou l'éventuelle responsabilité de l'ajustement structurel dans la diffusion du sida, ou de mettre en doute la valeur des modèles lorsqu'ils sont quantitatifs, ou plus simplement encore de faire preuve d'une totale incompréhension des questions posées par les économistes et des méthodes qu'ils emploient, pour créer autour d'eux une réprobation unanime qui est actuellement la meilleure défense des énormes rentes que dégage aujourd'hui la santé. En disant que le coût d'une intervention sanitaire est toujours très faible par rapport à la valeur de la vie humaine, vous pouvez justifier n'importe quelle intervention, ce qui est absurde !

Pourtant, les questions d'équité et d'efficacité qui sont au centre de l'économie de la santé ne sont aucunement résolues ni par les banalités ni par les contre-vérités dont se satisfait l'opinion, dont sont abreuvés les décideurs, et dont usent sans vergogne ceux qu'avantage l'état actuel de l'industrie biomédicale ! Et le risque de prendre, sur la base de considérations seulement médicales, ou seulement épidémiologiques, ou prétendument morales, des décisions qui conduisent non seulement

à un gaspillage insensé des ressources mais encore et surtout à des iniquités scandaleuses et flagrantes, non seulement subsiste, mais se trouve aggravé, dans le climat passionné qui entoure les décisions dans le nouveau contexte créé par le sida, par le refus d'écouter toute argumentation qui évite d'en appeler, à un moment ou à un autre, à l'affectivité ou à l'irrationnel.

Principes de l'économie et principes de l'éthique

Il est fréquent que la question de la conformité à l'éthique de l'analyse économique des activités de santé soit posée pour conclure aussitôt que les économistes ne devraient pas intervenir dans le domaine sacré de la médecine, puisque la santé n'a pas de prix. La dénégation est aussi le fait des praticiens pour qui, d'une façon très générale, le médecin n'a pas à se préoccuper, dans son rapport avec le malade, du coût de la santé : les choix, disent-ils, doivent être faits à un autre niveau ; le médecin doit se borner à mettre son savoir au service du malade, et ne se consacrer qu'à cela. Ces réactions traduisent une commune difficulté à situer l'exercice de la médecine dans son contexte social et économique, un refus d'évaluer les résultats auxquels parvient le système de santé dans son ensemble, un refus de tirer les conséquences d'observations répétées et précises sur les iniquités qui affectent la distribution des ressources disponibles entre les malades en fonction de leurs besoins. Pourtant, sur le plan des principes, la question est d'une simplicité déconcertante.

La question de principe

Chacun s'accorde à reconnaître que le médecin doit viser à obtenir, pour chaque malade qui se présente à lui, la plus grande amélioration possible de son état de santé ; de la même façon, par suite, le système de santé dans son ensemble vise à obtenir, pour la population qu'il est censé prendre en charge, la plus grande amélioration possible de son état de santé. Cependant, dans la pratique, les ressources disponibles pour soigner tel malade peuvent être limitées (si personne ne peut payer tout ou partie des soins pour ce malade), et pour la société dans son ensemble il existe aussi, à l'évidence, une limite. La réalisation de l'objectif que visent le médecin et le système de santé doit donc tenir compte de cette situation. Le problème posé par la rareté des ressources n'est pas quantitatif : contrairement à ce que beaucoup refusent d'admettre, avec une obstination telle qu'il faut enfin en comprendre l'intérêt stratégique, il sera le même quel que soit le niveau des ressources disponibles, et l'accroissement des ressources à partir du niveau actuel ne résoud rien ! Ce problème est, en effet, qualitatif : quelles interventions faut-il choisir compte tenu des besoins des malades et de la rareté des ressources ? Quelles interventions faut-il faire, et lesquelles faut-il refuser ? A chaque niveau des ressources, ces questions se poseront.

Ces questions se posent obligatoirement au praticien individuel face à ses malades. Il vise à leur redonner le meilleur état de santé possible, mais ses propres ressources (temps, compétences, équipement...) sont limitées, et il sait dans de nombreux cas qu'il sera plus efficace auprès de tel malade qu'auprès de tel autre (pour lequel par exemple il ne peut espérer aucune amélioration de l'état de santé). Ces choix sont naturellement systématisés et éventuellement codifiés quand il s'agit d'interventions lourdes (telles que greffes d'organes, traitements de certains cancers). La pratique médicale inclut donc une évaluation *a priori* du résultat qui peut être attendu de la mise en œuvre des interventions possibles ; cette forme d'évaluation est fondée sur l'expérience, sur l'accumulation des connaissances, et sur des normes de bonne pratique qui sont transmises (avec un grand décalage, hélas) par l'enseignement et par d'autres procédures de consensus. Ces formes d'évaluation guident la pratique, mais on n'en parle pas volontiers, sauf dans les cas extrêmes où l'on peut dire qu'on a tout fait ; mais évidemment, si l'on a de grands moyens, on peut entreprendre des actes dont le résultat espéré est extrêmement modeste, et c'est ce que font massivement les médecins des pays riches.

Les mêmes questions se posent aussi au système de santé dans son ensemble. Sous cet angle, le problème se complique de l'intervention de multiples intérêts économiques : l'offre de soins est diversifiée, chaque segment disposant de ressources particulières et cherchant à les valoriser ; les malades peuvent choisir au moins leur point d'entrée dans le système de santé, ils peuvent en essayer plusieurs, ils ont des exigences et des moyens variables ; l'Etat joue sur l'offre par des subventions et des réglementations, mais aussi par des activités de formation, etc. La complexité du système rend visiblement plus difficile l'évaluation du résultat obtenu grâce aux moyens employés. En même temps, le grand nombre de cas traités peut permettre d'obtenir des informations plus précises sur le résultat auquel conduit chaque type d'intervention.

Le critère que l'éthique propose pour guider ces choix est naturellement celui de la justice. Ce que le médecin considérera parfois comme un gaspillage de ses ressources (en consacrer le même montant à deux malades chez qui elles produiront des résultats très inégaux) apparaît en outre injuste, car le malade pour qui le résultat est le plus faible aura consommé des ressources qui auraient pu être consacrées à un autre malade avec une plus grande espérance de résultat. Or la justice ne considère pas chaque individu isolément, elle veut que deux individus présentant les mêmes besoins soient traités de la même façon, et qu'aucun d'eux ne soit abandonné à son sort parce qu'un tiers, moins atteint ou sans espoir de voir son état de santé s'améliorer, aura été privilégié. « Ainsi, l'argument des économistes, pour qui la pratique médicale devrait se concentrer sur ces traitements qui sont reconnus comme efficaces pour leur coût, est fait pour assurer que les bénéfices obtenus par les traitements qui sont effectivement entrepris seront plus grands que les bénéfices imposés à ceux à qui le traitement aura été refusé » (Williams 1995 : 221).

La recherche du plus grand bien — de la plus forte amélioration de l'état de santé de la population par le traitement d'une partie au moins des patients à l'aide des interventions les plus efficaces pour leur coût — qu'on peut obtenir avec les ressources disponibles est donc la règle de conduite qu'impose l'éthique : son application exige que le coût de chaque intervention soit pris en considération et comparé à l'amélioration attendue, et que le rapport de l'un à l'autre soit maintenu constant entre les patients. Le raisonnement économique ne fait qu'appliquer le principe éthique, il n'y a pas contradiction entre l'un et l'autre. Il suffit de se souvenir de ce que l'éthique inclut nécessairement un principe de justice !

Il y a là, par contre, une différence avec l'enseignement qui est traditionnellement donné aux étudiants en médecine et avec le discours idéologique développé par la profession pour interdire toute intrusion d'un regard profane sur son activité. Le médecin devrait mettre toutes les ressources de son art à la disposition de chaque malade qui se présente devant lui, et aucune autre considération ne devrait intervenir dans la prescription. C'est là une éthique sans justice ! En situation de limitation des ressources, le coût de ce qui est entrepris pour un malade donné est le sacrifice demandé à d'autres malades qui ne seront pas soignés ; et soigner le mieux possible tous les malades qui se présentent en ignorant les autres, qui ne sont pas arrivés jusqu'au cabinet du médecin, revient à distribuer les soins au hasard, puisque ceux qui se présenteront lorsque les ressources seront épuisées seront abandonnés à leur sort.

La différence tient à ce que le problème est formulé en termes de justice, c'est-à-dire implique une comparaison entre les traitements réservés à deux (puis de proche en proche, à tous les) malades, dans un contexte de rareté des ressources. Comme il n'y aura jamais assez de ressources pour mettre réellement à la disposition de tous les malades toutes les ressources de l'art médical — et celà, les économistes le maintiendront devant tous les tenants d'une bien improbable société d'abondance —, il faut choisir les interventions appropriées en tenant compte de leur coût et du résultat qu'on peut légitimement en attendre. Formuler le problème en termes de justice est sans doute essentiel, comme on s'en rend compte en lisant les critiques les plus virulents de « l'idéologie éthique et de ses variantes socialisées : doctrine des droits de l'homme, vision victimale de l'homme, ingérence humanitaire, bio-éthique, démocratisme informe, éthique des différences, relativisme culturel, exotisme moral » (Badiou 1994 : 78) : après avoir fustigé le « médecin rallié à l'idéologie éthique » (Badiou 1994 : 16-17), le philosophe abandonne malade et médecin pour parler de la vérité.

L'application

L'amélioration de l'état de santé a deux dimensions essentielles, l'allongement de la durée de la vie et l'amélioration de la qualité de cette vie. Le résultat attendu de chaque intervention peut donc être exprimé en combinant ces deux dimensions. La mesure de l'allongement

de la durée de vie qu'on peut raisonnablement attendre d'une intervention médicale donnée ne peut pas être faite par chaque praticien individuellement : le nombre de cas serait trop faible. Il faut donc organiser des études statistiques, qui intéresseront d'abord les cliniciens soucieux d'être efficaces. On dispose ainsi, au moins depuis le début des années 1980 (Ghana Health Assessment Project Team 1981), de tables donnant l'accroissement d'espérance de vie associé à certaines interventions préventives ou curatives pour une centaine d'affections ou groupes d'affections dans les conditions des pays en voie de développement. Les données les plus récentes ont été compilées au début des années 1990 (Murray et Lopez 1994 ; Jamison *et al.* 1993 ; Rapport sur le développement dans le monde 1993).

La mesure de la qualité de la vie est naturellement bien plus difficile encore, puisque la gamme des facteurs à prendre en considération est extrêmement vaste : on pourrait s'en tenir à une échelle des capacités à accomplir certains actes ordinaires de la vie, mais aussi bien aller jusqu'à prendre en compte une appréciation subjective de chaque état de santé, compte tenu du confort psychologique et des opportunités sociales qu'il autorise. Plusieurs essais déjà remarquables ont été réalisés, notamment aux Etats-Unis (Oregon Health Services Commission 1991 ; LaPuma 1992).

La combinaison des deux types de données a permis d'obtenir, en 1993, des tableaux détaillés des gains à attendre d'une centaine d'interventions préventives et curatives (Jamison *et al.* 1993). On utilise dans ces travaux une mesure en "années de vie corrigées de l'invalidité" (AVCI), en pondérant le gain attendu en espérance de vie par un coefficient qui tient compte de la qualité de la vie, entendue ici en un sens étroit. En effet, dans la ligne des travaux antérieurs de l'OMS en vue d'établir une "classification internationale des altérations, incapacités et handicaps", on définit seulement six classes d'incapacité, et le poids à donner à chacune d'elles est fixé par un groupe d'experts ; la notion d'incapacité est aussi objective que possible (par exemple "a besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne comme la préparation des repas, les courses ou le ménage") ; on évite donc de tenir compte du handicap (encore plus évidemment dépendant du contexte social et de la place de chaque malade dans la société), et *a fortiori* des appréciations subjectives individuelles. En fin de compte, si une intervention permet de gagner une année de vie en bonne santé, le gain sera d'une AVCI ; si elle ne permet que de gagner une année dans un état de santé médiocre, le gain obtenu à l'aide de la pondération affectée à cet état de santé sera inférieur à une AVCI.

Certes, les critiques concernant ces méthodes abondent. Tous ceux pour qui "la médecine est un art", tous ceux qui préfèrent encore "le bonheur d'ignorer" que Claude Bernard dénonçait chez ses contemporains, tous ceux qui se laissent guider par un cœur plus gros que la tête, vont s'étonner : de quelles données disposez-vous ? quelle est donc leur qualité ? et qui les traite ? Et bientôt l'affaire devient trop compliquée pour eux, et ils concluent qu'il vaut mieux se méfier. Il est vrai que les francophones ont accumulé plusieurs décennies de retard

en épidémiologie et dans l'évaluation médicale ! Mais de véritables connaissances ont été accumulées hors des pays francophones et s'imposent aujourd'hui ! Le devoir des scientifiques n'est-il pas d'utiliser les meilleures connaissances du moment ?

Ces connaissances montrent que les interventions médicales peuvent être classées en fonction du coût qu'elles impliquent pour obtenir comme résultat une année supplémentaire de vie corrigée de l'invalidité. L'étendue de la variation de ce critère est extrême : par exemple, pour gagner une AVCI par une vaccination ciblée contre le tétanos, il faut dépenser entre 2 et 10 \$; pour obtenir le même résultat par un programme de vaccination DTCP (Diphthérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite), il faut dépenser entre 20 et 40 \$; pour obtenir le même résultat par un programme de contrôle vectoriel dans la lutte contre l'onchocercose, il faut dépenser environ 200 \$; pour gagner une AVCI en traitant un cancer du poumon, il faudra y consacrer un montant de l'ordre de 12 000 \$ (Jamison *et al.* 1993 : 17-27). Ces mesures sont évidemment approchées et controversées ; elles mériteraient d'être confirmées, mais sont les meilleures dont on dispose pour l'heure. Et surtout, les ordres de grandeur sont si dispersés qu'on ne doit pas beaucoup se tromper tant qu'il s'agit de définir le groupe des interventions les plus efficaces pour leur coût (présentant le plus fort gain en AVCI pour un coût global donné, ou équivalement présentant le plus faible coût par AVCI) et le groupe des interventions les moins efficaces pour leur coût.

La mise en œuvre de ces connaissances dans une procédure d'allocation des ressources au sein du système de santé est conçue de la façon suivante : si les interventions peuvent être supposées indépendantes, on les classe dans l'ordre du coût croissant par AVCI, puis on calcule le coût de la mise en œuvre de chacune d'elle, en commençant par celle qui est la plus efficace pour son coût, et on descend sur la liste tant que le coût total attribué aux interventions précédentes ne dépasse pas le total des ressources disponibles. Chaque pays disposant de ressources plus ou moins importantes affectées à la santé, et devant faire face à une pathologie en partie différente, la liste des interventions sélectionnées sera différente d'un pays à l'autre. Mais, en concentrant ces ressources sur ces interventions, on s'assurera la plus forte amélioration possible de l'état de santé de la population concernée, et on réalisera la justice dans la répartition de ressources qui sont rares. Cependant, comme toutes les interventions concevables ne seront pas entreprises, les malades souffrant de certaines affections ne seront pas soignés.

Il est bien vrai qu'aller au bout de ce raisonnement, c'est reconnaître que maximiser le nombre d'AVCI gagnées par les interventions médicales ne peut se faire qu'"aux dépens de ceux qu'il est le moins efficient de traiter", "que les plus malades seraient laissés de côté", que le "système à l'efficacité maximale discriminerait contre les patients les plus graves" (Veatch 1995 : 73). Rappelons simplement que cela n'est pas nouveau : le système de santé choisit chaque jour ceux des malades qui survivront grâce à ses soins et ceux qui souffriront ou périront privés de soins. Mais il n'en parle pas : or la

justice exige qu'on en parle, et la dignité de l'homme pourrait exiger que chacun soit informé de ces choix, individuellement lorsqu'ils le concernent en tant que malade, collectivement chaque fois qu'il est consulté en tant que citoyen sur l'organisation et le financement du système de santé. En outre, il est possible de corriger cette conséquence en donnant une priorité à certains malades ou à certaines maladies, mais : 1) les justifications morales de cette attitude sont fragiles ; 2) la mise en œuvre de cette solution présente d'importantes difficultés techniques ; 3) elle n'aboutit qu'à déplacer le problème vers d'autres catégories. L'exclusion de certains est la conséquence de la rareté, ce n'est pas un défaut de justice. La correction des conséquences regrettables d'une solution juste pose plus de problèmes éthiques que la définition de cette solution elle-même.

Analyse économique du coût et de l'efficacité des actions de lutte contre les MST et le sida

L'étude la plus détaillée à ce jour (Over et Piot 1993) s'appuie sur un modèle épidémiologique, et le développe sans en changer les hypothèses essentielles : fondamentalement, ce modèle fait dépendre la probabilité d'être infecté, à l'occasion d'un contact, de la prévalence de la maladie dans la population ; et la première croît avec la seconde, car aucun comportement (ni le choix des partenaires, ni l'adoption de mesures individuelles de protection) ne se modifie lorsque la maladie se diffuse. Ce modèle est développé dans la perspective ouverte par les travaux utilisant la mesure de la charge globale de la maladie (ou de l'efficacité des actions de santé) en AVCI. Il permet donc à la fois de choisir entre les actions envisageables, et de situer ces actions par rapport à celles qui concernent d'autres problèmes de santé.

L'étude de Mead Over et Peter Piot

Le point de départ de l'analyse est le calcul du nombre d'AVCI perdues que représente chaque cas de MST, dans la ligne des travaux du Ghana Health Assessment Project Team. On calcule ainsi que chaque cas de sida entraîne une perte de 19 années de vie corrigées de l'invalidité (ou de 15 années productives), ce qui est l'une des estimations les plus fortes : seules la drépanocytose, le tétanos et les traumatismes néonataux représentent une perte plus élevée par cas, et la rougeole, par exemple, se classe bien plus bas, avec 5 AVCI perdues par cas, de même que le paludisme avec moins de 4 (Over et Piot 1993 : 511).

Si l'on prend en considération le nombre de cas pour avoir une idée de la charge globale de la maladie, le classement est naturellement modifié : en particulier, pour l'Afrique subsaharienne, la perte en nombre de journées de vie actualisées et corrigées de l'invalidité, par tête et par an, atteint 69 pour la rougeole, 60 pour le sida, 55 pour le paludisme, mais 11 pour la drépanocytose et 4 seulement pour le

tétanos néonatal (Over et Piot 1993 : 469). Cependant, le raisonnement présenté plus haut conduit à affecter les moyens disponibles non pas aux problèmes qui représentent la plus forte charge globale, mais aux problèmes pour lesquels on peut mettre en œuvre les solutions les plus efficaces pour leur coût : les non-économistes doivent faire l'effort de comprendre que c'est de cette façon qu'on obtient le meilleur résultat global !

Dans cette perspective, chaque solution (activité préventive ou curative) envisageable, qu'elle soit proposée, expérimentée ou pratiquée, doit être examinée du double point de vue de son coût et des résultats qu'elle est susceptible d'apporter en termes de réduction de la perte en années de vie actualisées et corrigées de l'invalidité. Mead Over et Peter Piot (1993 : 477) dressent donc d'abord un tableau des interventions préventives à considérer, en les classant, dans un tableau à double entrée :

— en fonction du mode de transmission qu'elles concernent : entre partenaires sexuels, de la mère à l'enfant, par transfusion de sang ou de produits sanguins, par usage d'aiguilles ou d'autres instruments incisant la peau ;

— en fonction du caractère plus ou moins contraint du changement de comportement attendu : purement volontaire (par modification de l'information ou des préférences individuelles), obligatoire (imposé par des restrictions quantitatives), ou répondant à des modifications de l'environnement (notamment de la structure des prix).

Ainsi, le tableau identifie 14 interventions susceptibles de prévenir les MST, et notamment les cas de sida liés aux rapports sexuels :

— six visent à provoquer une modification volontaire des comportements : encourager l'utilisation de préservatifs ou de virucides ; encourager la réduction du nombre de partenaires ; encourager la sélection des partenaires ; encourager la notification des partenaires par les patients ; encourager l'éducation sexuelle à l'école ; encourager le traitement précoce des MST ;

— trois cherchent à obliger les comportements à se modifier : imposer une réglementation ou une interdiction de la prostitution ; imposer un isolement des malades ; imposer une notification des partenaires par les professionnels ;

— cinq devraient entraîner une adaptation passive des comportements : accroître les subventions pour les préservatifs et pour le traitement des MST ; accroître les taxes ou renforcer la réglementation sur les bars et la vente d'alcool ; accroître le nombre de femmes par rapport aux hommes dans les zones urbaines ; accroître le nombre d'emplois pour les femmes seules ; augmenter l'éducation des femmes.

Mais ni le coût ni l'efficacité de ces mesures ne sont connus, sauf pour l'encouragement à l'utilisation des préservatifs, et avec des marges d'incertitude considérables : on peut retenir que la protection d'un couple pendant un an contre les MST, par ce moyen, coûte entre 5 et 45 \$ pour les individus qui ont une activité sexuelle ordinaire, et entre 50 et 450 \$ pour ceux qui ont une activité sexuelle élevée (Over et Piot 1993 : 488-489). Le coût à engager dans ce genre de programme (recours aux médias pour atteindre la population générale, recours

à des membres du groupe à haut risque pour atteindre ce dernier) pour gagner une AVCI est inférieur à 1 \$ si on se limite au groupe à activité sexuelle élevée (Over et Piot 1993 : 496) ; ou encore, comme semble le montrer une étude plus récente, de l'ordre de 1 \$ dans le groupe à activité ordinaire et de 11 \$ dans le groupe à forte activité (WHO 1993 : 15).

Pour la transmission de la mère à l'enfant, les interventions sont au nombre de dix :

- deux seulement visent à entraîner une modification volontaire des comportements : offrir la possibilité d'un test aux femmes enceintes, et offrir une prophylaxie oculaire à la naissance ;
- trois visent à modifier les comportements par la contrainte : tester les femmes enceintes ; imposer aux femmes infectées d'éviter toute grossesse ou d'avorter ;
- cinq visent à entraîner une modification passive des comportements : celles qui ont été citées à propos de la transmission sexuelle.

Dans ce domaine, on ne connaît (approximativement) que le coût et l'efficacité de la prévention de l'ophtalmie néonatale à gonococoques provoquée par la blennorragie. Le coût par cas évité dépend de la prévalence de la blennorragie chez les femmes enceintes, de l'efficacité de l'intervention selon le traitement choisi (le nitrate d'argent serait efficace à 85 %, la tétracycline à 94 %) et du coût de ce dernier (la tétracycline est deux fois moins chère que le nitrate d'argent) : le coût par cas évité est alors compris entre 55 et 111 \$ pour une prévalence de 1 pour 1000, entre 0,2 et 0,5 \$ pour une prévalence de 250 pour 1000 (Over et Piot 1993 : 489). Quant au coût à engager pour gagner une AVCI, à un niveau de prévalence de l'ordre de 1 %, par cette intervention, il est d'environ 6 \$ (Over et Piot 1993 : 496) : pour le même gain (une AVCI), six fois le coût correspondant aux stratégies de diffusion du préservatif. En ce qui concerne les mesures coercitives, les auteurs les considèrent, ici et dans les autres domaines de la lutte contre les MST et le sida, comme à la fois "contraires à l'éthique et contreproductives" (Over et Piot 1993 : 489), mais ils se dispensent de fournir la moindre justification ou explication.

En ce qui concerne la transmission par transfusion sanguine, si une dizaine d'interventions sont envisageables, une seule est à peu près connue dans ses dimensions de coût et d'efficacité, le test du sang donné. Le coût du test est de l'ordre de 2 \$, mais son coût par cas de sida évité dépend énormément de la prévalence (Over et Piot 1993 : 490) : il est de l'ordre de 53 \$ si la prévalence est de 5 %, mais il peut atteindre 6 000 \$ si la prévalence n'est que de 0,04 % (valeur observée à Delhi en 1990). Avec un test coûtant 2 \$, le coût à engager pour gagner une AVCI par cette stratégie varie selon le bénéficiaire de la transfusion et selon la prévalence de l'infection chez les donneurs : il est inférieur à 1 \$ si la prévalence est comprise entre 1 et 5 % chez les donneurs, et si le bénéficiaire appartient au groupe à risque ; il va de 1 à 4 \$ dans les mêmes conditions de prévalence si le bénéficiaire appartient à la population générale (Over et Piot 1993 : 498).

Les études de cas récentes semblent montrer que le coût du test est, dans la pratique, plus élevé que ne le disent Over et Piot : à partir de données ougandaises, entre 7 et 18 \$, croissant avec la prévalence, du fait du coût croissant du remplacement du sang contaminé (WHO 1993 : 51) ; mais cela ne semble pas avoir d'incidence sur le coût à engager pour gagner une AVCI par cette stratégie (212 \$ par cas de sida prévenu, soit pour environ 55 ou 350 AVCI selon que le bénéficiaire est dans le groupe à risque — on aboutit donc à 0,6 \$ par AVCI — ou dans la population générale — on arrive alors ici à 4 \$ par AVCI).

D'autres mesures pourraient s'imposer (par exemple obliger les praticiens à respecter strictement les indications de la transfusion), si personne ne revendiquait le droit du malade à bénéficier de toute intervention susceptible d'apporter une amélioration de son état, si minime soit-elle. Une autre intervention serait indiquée dans ce dernier cas : en informant le public des hauts risques liés à la transfusion, on peut espérer provoquer une modification volontaire des comportements. Enfin, il est sûr que si les cas de paludisme — et d'anémie — étaient moins nombreux chez les enfants, le recours à la transfusion diminuerait. Mais de ces interventions, on ne peut rien dire de plus (Over et Piot 1993 : 489).

Si on se tourne maintenant vers les stratégies de traitement des cas, il faut d'abord considérer le traitement des MST classiques comme un moyen de prévenir la survenue d'un certain nombre de cas de sida. Ainsi, dans un pays où sévit le sida, et où le coût horaire du travail de consultation ne dépasse pas 2 \$, le traitement ou la prévention, dans le groupe sexuellement très actif, d'une MST classique qui aurait une prévalence de 25 %, a un coût par AVCI gagnée compris entre 0,02 et 0,11 \$. La même stratégie appliquée à la population générale, dans laquelle la prévalence des MST est bien plus faible, a un coût par AVCI compris entre 5 et 30 \$: la différence est donc considérable (Over et Piot 1993 : 500-502). Malheureusement, l'étude de cas plus récente menée par l'OMS est beaucoup plus sommaire sur ce point (WHO 1993 : 20).

Quant à la prise en charge des malades du sida, elle peut prendre deux formes : le traitement des affections opportunistes, et le traitement antiviral. En l'absence de traitement antiviral, le traitement des affections opportunistes permet de gagner des AVCI à un coût compris entre 235 et 384 \$ (Over et Piot 1993 : 500). L'administration d'AZT, traitement qui coûtait annuellement 8 000 \$ par patient au début des années 1990 (Over et Piot 1993 : 479), « n'est pas, de toute évidence, une façon efficace pour son coût de gagner des AVCI dans les pays en développement » (Over et Piot 1993 : 500). Qu'en serait-il si ce coût était divisé par 100 dans les trois ans (Over et Piot 1993 : 503) ? Sur quelle base peut-on dire qu'« à 40 \$ pour un traitement annuel, les antiviraux ne pourront pas être refusés aux pays pauvres et sévèrement affectés » (Over et Piot 1993 : 493) ? Parle-t-on politique ou «éthique» ?

La lutte contre le sida parmi les priorités de santé publique

La démarche qui vient d'être présentée a le mérite d'éclairer les choix d'un décideur qui veut utiliser judicieusement les moyens dont il dispose pour en tirer la plus grande amélioration possible de l'état de santé de la population dont il se sent responsable. Elle est à l'opposé de celle qui consiste simplement à chiffrer, puis à demander, les moyens de mettre en œuvre toutes les interventions proposées par quiconque et quel que soit le résultat qu'on peut attendre de chacune, démarche encore illustrée tout récemment par un des travaux utilisés ici (WHO - World Health Organization 1993 : 29-35). Cependant la démarche susceptible de conduire à plus de justice a pour inconvénients d'une part d'exiger des informations de qualité sur les résultats des interventions médicales (ce qui est difficile, voir par exemple Sheldon 1996), d'autre part et surtout de ne pas admettre que toute intervention médicale soit justifiée ni juste. Il faut avoir le courage d'illustrer cette conséquence en disant quelle serait la place que donnerait cette démarche à la lutte contre le sida parmi les priorités de santé publique.

Les estimations publiées en 1994 par l'OMS décrivent de la façon suivante l'efficacité pour leur coût des interventions retenues dans le "paquet minimum" de services sanitaires à offrir dans les pays à bas revenu (Murray et Lopez 1994 : 175) :

| | Gain potentiel en AVCI (pour 1000 habitants) | Coût par AVCI (en \$) |
|--|---|--------------------------|
| <i>1. Activités de santé publique :</i> | | |
| Programme de vaccination (*) | 45 | 12 à 17 |
| Programme de santé scolaire | 4 | 20 à 25 |
| Programme de contrôle du tabac et de l'alcool | 12 | 35 à 55 |
| Programme de prévention du sida | 35 | 3 à 5 |
| Autres interventions de santé publique (IEC, contrôle vectoriel...) | ? | ? |
| <i>2. Services cliniques</i> | | |
| Chimiothérapie de la tuberculose | 34 | 3 à 5 |
| Soins intégrés à l'enfant malade | 184 | 30 à 50 |
| Planification familiale | 7 | 20 à 30 |
| TraITEMENT des MST | 26 | 1 à 3 |
| Soins prénataux et à l'accouchement | 57 | 30 à 50 |
| Soins limités des infections et traumatismes mineurs | ? | 200 à 300 |

(*) Ce programme vise les maladies du PEV (rougeole, diptérite, coqueluche, tétanos, poliomyélite, tuberculose) et y ajoute, pour définir un PEV Plus, l'hépatite B et la fièvre jaune, ainsi que l'apport de vitamine A et d'iode.

Les actions envisagées en matière de sida s'attaquent donc à un problème dont l'ampleur (gains attendus en AVCI) n'est pas négligeable (tout en étant une fraction du problème des enfants

malades) et par des moyens dont le coût par AVCI est remarquablement faible. Cependant, ces actions sont simplement : l'information, la promotion de l'utilisation des préservatifs, le traitement des autres MST, et la réduction de la transmission par transfusion sanguine. La Banque mondiale, qui a défini ce programme minimum pour la première fois (Rapport sur le développement dans le monde 1993 : 104) cite l'étude de l'OMS utilisée plus haut (WHO 1993), en prétendant que le programme chiffré par cette dernière permettrait d'éviter d'ici l'an 2000 environ 9,5 millions de nouveaux cas d'infection parmi les adultes, dont 4,2 en Afrique : ces estimations ne figurent pourtant pas dans l'étude originale et on se demande quelle est la qualité de l'extrapolation qui permet de les obtenir.

On remarque surtout qu'il n'est pas question, dans ces estimations, de traiter les affections opportunistes, encore moins d'utiliser les antiviraux. Telles sont les priorités de santé publique, si on cherche à traiter avec justice les malades des pays "à faible revenu", compte tenu des ressources de ces pays. En quel sens peut-on dire : « Il est inacceptable que les malades des pays en voie de développement demeurent sans remède, qu'ils ne puissent disposer des médicaments essentiels permettant une prise en charge adaptée [mais qu'est-ce exactement que cette adaptation ?] » (Peter Piot au Congrès de Vancouver, cité *in* Nau 1996), ou : « Nous avons l'obligation morale de tout mettre en œuvre pour que ces traitements [il s'agit ici seulement de ceux qui permettent de lutter contre la tuberculose et les autres affections intercurrentes] soient accessibles à tous » (Eric Sawyer au Congrès de Vancouver, cité *in* Nau 1996) ? C'est ou bien feindre de croire en l'utopie d'une société étendue à l'humanité toute entière, et dans laquelle la même règle juste peut s'appliquer du Levant au Couchant et du Nord au Sud, position trop irréaliste pour permettre de résoudre quelque problème moral que ce soit, ou bien mépriser toute règle éthique et en particulier tout principe de justice en l'invoquant de façon inappropriée, mais peut-être affectivement efficace, pour défendre les intérêts d'un groupe particulier.

Extensions de la modélisation économique

Les travaux dont il vient d'être question ont un intérêt : ils tentent de décrire les conséquences des décisions qu'on peut prendre en matière de santé publique. Cependant, ils emploient pour le faire un cadre d'analyse dont les limites sont bien connues. On doit encore attendre des modélisations en même temps plus raffinées et plus réalistes, qui fourniront des indications mieux fondées sur les conséquences des décisions. A l'opposé du principe caché de la déontologie médicale, "dans le doute, interviens !", il y a certainement place pour un autre principe "dans le doute, suspens toute intervention !"

Pour délimiter ce sujet, il convient d'observer immédiatement que, souffrant d'un évident manque de données fiables, les modélisations démographiques et macro-économiques tenant compte de l'épidémie

de sida ne présentent pas un grand progrès méthodologique : par suite leurs conclusions sont doublement sujettes à caution. Quelques auteurs ont bien tenté de placer les meilleures connaissances actuelles concernant l'épidémie dans le cadre de modèles macro-économiques à moyen et long terme, qui, sans être exhaustifs, tiennent compte de bien d'autres paramètres que ceux qui caractérisent la dynamique de l'épidémie elle-même : son effet sur les différents segments de la main d'œuvre, son effet selon le niveau d'éducation, son effet sur la productivité, l'effet du prélèvement du coût des soins sur l'épargne, l'effet différentiel sur le secteur formel et sur le secteur informel, etc. Aucun réel progrès n'est fait, cependant, à cette occasion, dans la modélisation macro-économique elle-même : on utilise des modèles de type Solow, ou des modèles à deux secteurs, ou encore des modèles d'équilibre général calculable. Autant dire qu'on en reste à un niveau de très grande généralité. Les résultats sont évidemment assez inquiétants : apparemment, les projections sur une vingtaine d'années donnent une réduction du taux de croissance annuel du produit par tête de 0,1 à 0,8 %, alors que ce taux est déjà fréquemment négatif (Cuddington 1993a ; 1993b, Cuddington et Hancock 1994 et 1995, Ainsworth et Over 1992 ; 1994 ; voir aussi cependant, pour l'Afrique de l'ouest, une vision globalement optimiste Snrech 1994, Gabas *et al.* 1993).

Assez différentes sont les tentatives d'extension des modèles micro-économiques aux comportements préventifs d'une part, et l'extension de leurs critères d'évaluation d'autre part. C'est donc essentiellement de ce côté qu'il faut voir si les conditions sur lesquelles reposent les stratégies sont parfaitement fondées.

L'extension aux comportements préventifs

Les années 1986 à 1990 ont vu paraître de très nombreux modèles épidémiologiques destinés à prévoir l'évolution de l'épidémie et notamment le nombre de cas. Certains n'utilisaient que les cas enregistrés de sida, et en projetaient le nombre par extrapolation, en corrigeant éventuellement pour la qualité de l'enregistrement (exhaustivité). D'autres modèles partaient des cas d'infection, et de probabilités de transition entre infection et sida, pour recalculer le nombre passé de cas de sida avant d'extrapoler : ils sont spécialement utiles dans les situations où le nombre de cas de sida est mal connu. La troisième catégorie cherche à projeter à la fois le nombre de cas d'infection et le nombre de cas de sida, et elle compte des modèles plus complexes. La plupart de ces derniers s'inspirent des travaux antérieurs, et notamment de ceux qui concernent des maladies à source unique et à transmission de personne à personne : dans ce cas, "dans chaque groupe de population, le nombre cumulé d'infections au cours du temps suit en fin de compte une courbe sigmoïde", et la distribution des cas au cours du temps sera asymétrique avec une longue queue à droite ; c'est pour ces raisons que la fonction gamma est fréquemment utilisée (Chin et Lwanga 1991).

Dans la ligne de ces travaux, de nombreux auteurs ont tenté d'obtenir la meilleure représentation de leurs données en corrigeant de multiples façons ce modèle de base. Ainsi par exemple, dans une application à Abidjan, on a tenté de s'affranchir du choix arbitraire du paramètre "a" de la fonction gamma et de l'âge de l'épidémie, deux paramètres auxquels les résultats sont extrêmement sensibles. Ce modèle récent utilise la dynamique observée du nombre de décès pour reconstruire la dynamique des infections à partir de 1980, et c'est sur cette base (qui aura donc permis d'ajuster empiriquement les paramètres) que les projections sont faites. A cette occasion, les auteurs remarquent « qu'il est impossible d'obtenir un ajustement adéquat de la progression du nombre de décès soit par une valeur du paramètre "a" en dehors de l'intervalle de 8 à 9, soit par une croissance arithmétique du nombre de cas (progression trop faible du nombre des décès), soit par une croissance géométrique du nombre de cas (croissance trop forte du nombre de cas) » (Garenne *et al.* 1995 : 119). On peut se demander si, derrière ces difficultés, il faut voir de simples problèmes d'ajustement des modèles aux données, ou s'il ne faudrait pas chercher à faire apparaître, dans les modèles, des comportements qui n'ont nullement été pris en compte jusque-là.

Ainsi, par exemple, la plupart des modèles épidémiologiques utilisent un taux de reproduction de l'infection qui dépend du nombre de partenaires. Ce taux est défini comme le nombre d'infections secondaires provenant d'un seul cas d'infection primaire, au début de l'épidémie, lorsque virtuellement tous les individus sont susceptibles : l'épidémie se manifeste lorsqu'il est supérieur à l'unité. Tant que ce taux ne dépend que du nombre de partenaires, le modèle ne pourra servir, dans une perspective préventive, qu'à décrire l'effet des variations de ce nombre ; il lui sera impossible de voir si les mesures de protection individuelle qui sont couramment conseillées (en particulier le port du condom) ont également un effet sur la progression de l'épidémie.

La formulation d'un modèle distinguant les deux aspects est possible : il suffit de considérer chaque acte sexuel capable de transmettre l'infection à VIH comme une épreuve statistiquement indépendante, ce qui définit un processus de Bernouilli (Pinkerton et Abramson 1994). Un modèle de ce type aboutit à la conclusion que la menace d'une épidémie majeure peut être atténuée par les mesures individuelles (notamment le port du condom) qui diminuent le risque associé à chaque contact. Et, d'un autre côté, dans ce modèle, la réduction du nombre de partenaires n'a jamais un effet significatif sur le cours futur de l'épidémie ; en particulier, il n'a strictement aucune influence si l'infectivité — la probabilité $0 < p < 1$ que le virus soit transmis au cours d'un contact sexuel donné — est supérieure ou égale à 0,01. Cette différence provient du fait que l'usage du condom, efficace à 90 %, est capable de réduire l'infectivité du contact d'un facteur 10 : en l'absence de protection, cette infectivité est comprise entre 0,001 et 0,1 ; en présence de protection, elle sera comprise entre 0,0001 et 0,01.

Autre exemple : beaucoup de modèles épidémiologiques supposent que les contacts sexuels sont régis par le hasard, et dans ces conditions ils montrent que, progressivement, la totalité de la population sera infectée. Ce raisonnement ignore complètement que, au fur et à mesure que la connaissance du sida augmente et se diffuse, le coût des pratiques sexuelles qui exposent les partenaires au sida s'élève : on doit alors s'attendre à ce que les habitudes se modifient en faveur d'une sélection et d'une protection plus systématiques (sauf probablement chez les prostituées, captives de cette activité, et qui ne peuvent faire face à l'élévation du coût de leurs services aux yeux des clients — du fait du plus grand risque perçu — que par une augmentation de l'offre, Philipson et Posner 1995). De différents phénomènes de ce genre on peut attendre que, finalement, si on prend en compte ces phénomènes dans les modèles de projection, la propagation du sida devient un processus auto-limitant même dans une société close (Wagner 1995).

L'introduction d'hypothèses de comportement explicitement économiques dans un modèle rigoureusement construit aboutit à des conclusions très fortes en ce qui concerne l'orientation des efforts de santé publique. Alors que beaucoup d'épidémiologistes concluent que les interventions devraient être dirigées sélectivement vers les individus qui sont responsables de la transmission du plus grand nombre d'infections secondaires (le *core group*, cf. Over et Piot 1993 : 482ss), la prise en compte des comportements montre que cette politique concentre les moyens sur ceux qui ont la plus faible incitation à éviter une nouvelle infection. Les efforts de prévention devraient donc porter d'abord sur les susceptibles, si on en croit un travail récent (Geoffard et Philipson 1995).

Ces remarques montrent l'étendue de notre ignorance : sur une question aussi importante que celle de savoir sur quelle population cibler la lutte, nous sommes en face de réponses contradictoires et nous n'avons pas encore la possibilité d'éclairer notre choix.

L'extension des critères d'évaluation

Nombreux sont les économistes conscients des restrictions que la conception utilitariste, absolument prédominante, apporte à leur description du fonctionnement de l'économie elle-même et aux conséquences normatives tirées des représentations théoriques qu'ils s'en font. Cette conception implique trois exigences : 1) que chaque situation, chaque état de fait, est évalué en fonction de l'utilité qu'il offre ; 2) que cette utilité est mesurée par la somme des utilités offertes par cet état à chaque individu concerné ; 3) que toute décision doit être prise en fonction des conséquences qu'elle entraîne sur l'utilité, en fonction du niveau d'utilité qui en résultera (Sen 1993 : 38). La force des modélisations issues de ces principes est d'avoir permis de comprendre de multiples interdépendances qui caractérisent l'économie. En outre, ces trois exigences essentielles de l'utilitarisme ne doivent pas être rejetées en bloc. En particulier, la dernière présente un intérêt évident : « Ignorer les conséquences, c'est laisser la réflexion

éthique inachevée » (Sen 1993 : 71). C'est donc plutôt du côté de l'utilité et de sa mesure qu'une extension s'impose.

Ainsi, par exemple « l'acceptation morale de certains droits (en particulier les droits auxquels on tient et qu'on défend, qu'on ne se contente pas de respecter sous la forme de contraintes) peut entraîner une déviation systématique par rapport au comportement intéressé. Lorsque la conduite réelle s'oriente dans ce sens, même de façon partielle et limitée, cela peut remettre en cause les fondements de la théorie économique classique en matière de comportement » (Sen 1993 : 55). Pour en tenir compte, on devrait prendre en considération le fait que le bien-être n'est pas la seule valeur, et le fait que l'utilité ne représente pas correctement le bien-être (Sen 1993 : 45). On en viendra donc par exemple à considérer, selon la proposition d'Amartya Sen (1993 : 56-58), que, à côté de l'obtention d'un certain niveau de bien-être, chaque personne souhaite aussi voir se produire certains événements, être capable de les concevoir et de les atteindre. Il y a donc deux types d'accomplissements à considérer quand on évalue une situation : l'accomplissement en termes de bien-être et l'accomplissement en termes d'action. Par ailleurs, on en viendra également à accorder de la valeur non seulement à ce que la personne accomplit, mais encore à la liberté dont elle dispose : la liberté n'a pas seulement «une valeur instrumentale (de sorte que, en dernière analyse, seul compte le résultat accompli)» (Sen 1993 : 58), elle a une valeur intrinsèque. Alors, pour chaque situation, on devra évaluer quel bien-être et quelles capacités d'action elle procure par la liberté qu'elle donne.

Les modèles théoriques susceptibles de donner lieu à des estimations empiriques n'en sont pas encore là. Mais certains traduisent le fait que « les considérations éthiques peuvent inciter l'individu à maximiser un autre objectif que son propre bien-être, et peuvent aussi induire des réactions qui font reposer son bien-être personnel sur une base plus large que sa propre consommation » (Sen 1993 : 76) : il existe quelques modèles qui rendent les utilités interdépendantes (l'utilité d'un individu dépend en partie de la consommation de tel bien par tel autre individu, — voir par exemple Culyer 1971 —, traduisant une forme d'altruisme ou, si l'on suit Sen, de compassion, — Sen 1993 : 97) ou dépendantes des états de la nature (ma fonction d'utilité se modifie le jour où je deviens malade).

C'est encore bien au-delà qu'il faudrait aller pour prendre en considération le fait que les individus ont des droits, et que, donc, ou bien ces droits fixent des contraintes à l'intérieur desquelles l'évaluation des situations doit être effectuée (excluant certaines possibilités, ou imposant certaines décisions), ou bien le respect ou la violation de ces droits entrent dans l'évaluation même de toute situation, ce qui définit un «système de droits-but» ou de «droits à des capacités», selon Sen (1993 : 117-158). La première solution se heurte à de nombreuses objections et la seconde est en cours d'élaboration.

Il faut donc bien conclure : les économistes savent à peu près dans quelle direction il faut chercher pour arriver à compléter, dans l'évaluation des situations, l'utilité des biens par la prise en compte

d'autres valeurs. Mais ils ne sont pas encore parvenus à définir ce système perfectionné, et nous utilisons donc une représentation théorique dont nous connaissons parfaitement les imperfections. Est-ce à dire que nous devons ignorer ce que nous pouvons apprendre à l'aide de cette représentation imparfaite ? Est-ce à dire que nous sommes autorisés à décider en fonction des opinions des uns et des autres, de ces opinions qui sont "en deça du vrai et du faux" (Badiou 1994 : 47), et donc en deça du juste et de l'injuste ? Certainement pas : nous sommes tenus d'appliquer les meilleures connaissances disponibles, nous ne sommes tenus qu'à cela.

Conclusion

Ce survol des problèmes posés par l'économie du sida n'a permis de tracer qu'une perspective très générale, qui est pourtant importante, car elle élimine une opinion aussi courante que fallacieuse et établit la validité de l'évaluation des conséquences.

Parmi les opinions, "représentations sans vérité, débris anarchiques du savoir" en même temps que "ciment de la socialité" (Badiou 1994 : 46), celle qui est éliminée prétend que l'éthique interdirait l'évaluation des conséquences, et en particulier cette évaluation des conséquences que l'économie propose. On entend fréquemment invoquer aujourd'hui encore, pour justifier telle ou telle décision, les "aspects politiques, éthiques, culturels et symboliques des soins médicaux" (Laurell et Arellano 1996 : 5), à quoi on ajoutera, pour faire bonne mesure, leur signification historique et leur importance affective (Laurell et Arellano 1996 : 11) ; on entend invoquer la "demande sociale" (Piot 1996) ou le "dialogue démocratique" (Pompidou 1996) : il s'agit toujours de se placer "en-deça du vrai et du faux" (Badiou 1994 : 47), de décider sans recourir aux meilleures ressources de la raison, d'obtenir un accord aussi large que possible fondé sur les seules opinions. « La plupart des sociétés résolvent les questions d'éthique et de valeur relatives à tous leurs membres par des moyens démocratiques : par la confrontation et les accords qui s'ensuivent, des priorités sociales sont déterminées et reconnues comme des droits, avec les obligations correspondantes. La garantie du respect de ces droits est généralement confiée à l'Etat, qui la met en œuvre par des règles et institutions publiques » (cf. Laurell et Arellano 1996 : 13).

Or précisément, l'intérêt du raisonnement "conséquentiel", qui exige que tous les choix soient faits en fonction d'un classement de la qualité des états qui en résultent, vient de ce que la seule alternative qu'on peut lui opposer — reconnaître une valeur intrinsèque à certains droits, par exemple à la liberté — se heurte à des problèmes de cohérence connus sous le nom de "conflit Pareto-liberté" (Sen 1993 : 159ss). En termes simples, nous sommes capables de prévoir des conflits entre l'application du principe selon lequel si une situation *a* est préférée à une situation *b* par chaque individu pris isolément, elle est aussi préférée par la collectivité, et le principe selon lequel chaque individu doit pouvoir faire respecter sa liberté (ou tel autre droit), et

nous ne connaissons aucune solution logique à ces conflits (donc *a fortiori* nous ne pouvons imaginer aucune procédure pratique pour les résoudre).

Cela s'applique à tout droit, le droit à la santé par exemple, et à tous les contextes, en raison de la généralité du raisonnement. En outre, les théories des droits, et donc les morales qui en découlent, sont en conflit à la fois avec les théories des besoins ou du bien-être (et les morales qui en découlent), mais aussi entre elles (Sen 1993 : 304). Il paraît donc très difficile tant de combiner l'évaluation des résultats avec le respect des droits, que de recourir aux morales fondées sur les droits en abandonnant l'évaluation des résultats. Voilà pourquoi nous mettons la justice au centre de toute notre discussion : y mettre les droits de chaque malade, pris individuellement, comme le fait si volontiers l'idéologie médicale, c'est sans doute s'interdire de penser les conséquences de décisions médicales ; peut-être est-ce, d'ailleurs, le but de l'opération.

Cela dit, si le raisonnement conséquentiel présente des avantages, la pratique de l'évaluation des conséquences pose des problèmes considérables. Nous sommes raisonnablement informé de ces difficultés, mais nous n'y voyons pas une raison suffisante pour adopter une autre attitude que celle qui consiste à choisir aujourd'hui la meilleure méthode disponible, pour prendre les décisions qui s'imposent, et de la façon la mieux éclairée qui nous soit accessible, en tenant compte autant que faire se peut des marges d'incertitude. La conséquence de cette attitude a été évoquée : la meilleure mesure dont nous disposons pour évaluer les situations qui résultent de diverses interventions médicales conduit à ne donner à la lutte contre le sida qu'une place limitée, qu'une priorité limitée, qu'un contenu limité.

Pire, ce contenu dépend du niveau de ressources que la société consacre à la santé en général, et donc en partie de son niveau de revenu. Procéder autrement, c'est-à-dire feindre de croire que la société s'étend à l'humanité entière, pour dire qu'un malade du sida doit être traité au Sud comme il le serait s'il était au Nord, c'est dire que tout malade du Sud doit être traité comme tout malade du Nord : la justice qui est revendiquée n'a de sens que si elle s'applique à toutes les maladies, et si elle ne le peut pas, elle se réduit à une injustice dont les malades du sida souffriront un peu moins et les autres malades un peu plus ! Un traitement relativement plus proche de celui qui est courant au Nord sera administré à quelques malades du sida au Sud, mais cela se fera inéluctablement au détriment des malades souffrant des autres affections contre lesquelles il aurait été justifié de lutter. Voici le genre d'arbitrage dont les citoyens, et parmi eux les malades, doivent être informés, voici même les arbitrages sur lesquels ils devraient être consultés, plutôt que d'avoir à subir dans leur chair, lorsqu'ils sont malades, des décisions qui leur seront toujours présentées comme les meilleures que les autres ont prises pour eux.

Ainsi, au sein de chaque Etat, l'éthique prescrit que les décisions soient prises en fonction d'une évaluation des conséquences de chaque décision applicable compte tenu des ressources disponibles. Et donc, malheur aux pauvres ! Faut-il rechercher une solution du côté de l'aide

internationale ? On peut certes concevoir une « structure morale conséquentialiste et universalisée » dans laquelle « on considère la population du monde dans son ensemble », et alors « la morale du résultat choisie doit en principe être appliquée à l'ensemble de la population mondiale » : dans ce cas, on rejetera « la tradition consistant à envisager le bien-être social séparément pour chaque pays, en termes nationalistes » (Sen 1993 : 295). Mais, à l'évidence, « il s'agit là d'une modification de toute la perspective adoptée à l'égard de la politique internationale » (Sen 1993 : 296). Comme on le sait, l'aide publique au développement ne représente, en 1995, pour les 21 pays de l'OCDE, que 0,27 % de leur PNB, et c'est le pourcentage le plus faible qui ait été constaté depuis 1970.

Et faut-il faire une exception pour certains malades ? Il existe des morales de l'action qui admettent que « le sentiment de responsabilité qu'éprouve une personne à l'égard de sa famille ou de ses amis puisse modifier ses jugements moraux », et aille même jusqu'à « modifier le jugement qu'elle porte sur la qualité des résultats » (Sen 1993 : 283). De fait « on peut trouver quelque peu déprimante une vision de la société dans laquelle des hommes endurcis se livrent à des calculs indépendants de l'agent, ne répondant pas aux exigences de l'amour et de l'affection sauf à titre instrumental » (Sen 1993 : 284). Mais il reste que « cette forme de partialité dans le jugement porté sur les situations peut être considérée comme une faiblesse morale » (Sen 1993 : 283).

Bref, ce que l'économie rappelle, tant par sa théorie que par ses chiffres, c'est que les contraintes imposées par la rareté des ressources sont impitoyables. Les dotations en ressources naturelles et l'accumulation de capital se sont combinées pour créer une inégalité phénoménale entre les nations et entre les humains. Aucune règle connue ne peut corriger cette inégalité en respectant la multitude des droits moraux reconnus. Nous sommes en pratique dans une situation d'arbitrage entre des exigences morales concurrentes (Sen 1993 : 280) et il vaut mieux inclure une appréciation du respect de certains droits dans l'évaluation des situations que d'utiliser un cadre non conséquentialiste. Mais comme, en pratique, la seule solution consiste à pondérer la mesure de l'avantage que présente telle situation pour tel individu par un poids propre à cet individu, cela ne peut pas être fait sans rencontrer des difficultés éthiques réellement insurmontables : qui choisit les poids et sur quel critère ? Ce n'est pas la démarche impersonnelle proposée et illustrée plus haut qui pose ces problèmes (qui choisit ? sur quels critères ?), ils n'apparaissent que lorsqu'on prétend corriger certaines de ses conséquences individuellement douloureuses en introduisant des droits individuels. Et donc, dans ce contexte, la revendication ou l'affirmation d'un droit ne nous rapproche pas de la justice.

Bibliographie

- AINSWORTH M., OVER M., 1992, *The economic impact of AIDS : shocks, responses and outcomes*, Washington, World Bank, Africa Technical Department, PHN Division, 41 p. (Technical Working Paper, n° 1).
- — 1994 « AIDS and African development », *The World Bank Research Observer*, 9 (2) : 203-240.
- BADIOU A., 1994, *L'éthique, essai sur la conscience du mal*, Paris, Hatier, 79 p.
- CHIN J., LWANGA S.K., 1991, « Estimation and projection of adult AIDS cases : a simple epidemiological model », *Bulletin OMS*, 69 (4) : 399-406.
- CUDDINGTON J.T., 1993a, « Modeling the macro-economic effects of AIDS, with an application to Tanzania », *World Bank Economic Review*, 7 (2) : 173-189.
- — 1993b, « Further results on the macro-economic effects of AIDS, the dualistic, labor-surplus economy », *World Bank Economic Review*, 7 (3) : 403-417.
- CUDDINGTON J.T., HANCOCK J.D., 1994, « Assessing the impact of AIDS on the growth path of the Malawian economy », *Journal of Development Economics*, 43 : 363-368.
- — 1995, « The macroeconomic impact of AIDS in Malawi, a dualistic, labour surplus economy », *Journal of African Economies*, 4 (1) : 1-28.
- CULYER A.J., 1971, « Medical care and the economics of giving », *Economica* : 295-303.
- EPSTEIN S., 1994, « The construction of lay expertise, AIDS activism and the forging of credibility in the reform of clinical trials », *Science, Technology and Human Values*, 20 (4) : 408-437.
- GABAS J.J., POSTEL M., MUKANDA-BANTU K., 1993, « Les conséquences démographiques de l'épidémie de VIH/sida en Afrique de l'Ouest », in Jean-Marie COUR (éd), *Etude des perspectives à long terme en Afrique de l'Ouest* OCDE (Club du Sahel)-BAD (Cinergie)-CILSS, 31 p. (Document de travail, n° 10).
- GARENNE M., MADISON M., TARANTOLA D., ZANOU B., AKA J., DOGORE R., 1995, *Conséquences démographiques du sida en Abidjan*, Paris, Centre Français sur la Population et le Développement, 193 p.
- GEOFFARD P.Y., PHILIPSON T., 1995, *Rational epidemics and their public control*, Paris, Delta, 27 p. (Document n° 95-15).
- Ghana Health Assessment Project Team, 1981, « Quantitative method of assessing the health impact of different diseases in less developed countries », *International Journal of Epidemiology*, 10 : 73-80.
- JAMISON D.T., MOSLEY W.H., MEASHAM A.R., BOBADILLA J.L., 1993, *Disease control priorities in developing countries*, Oxford, Oxford University Press for the World Bank, 756 p.
- LAPUMA J., 1992, « Quality-adjusted life-years, ethical implications and the Oregon Plan », *Issues in Law and Medicine*, 7 (4) : 429-441.
- LAURELL A.C., ARELLANO O.L., 1996, « Market commodities and poor relief, the World Bank proposal for health », *International Journal of Health Services*, 26 (1) : 1-18.
- MURRAY C.J.L., LOPEZ A.D., 1994, « Global comparative assessments in the health sector, disease burden, expenditures and intervention packages », Geneva, WHO, *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 72 (4).

- NAU J.-Y., 1996, « Des responsables de la lutte anti-sida contestent la politique des laboratoires pharmaceutiques, Peter Piot (ONUSIDA) dénonce l'absence de remèdes dans le Tiers monde », *Le Monde*, 9 juillet.
- Oregon Health Services Commission, 1991, *Prioritization of health services, a report to the Governor and Legislature*, Portland, State of Oregon.
- OVER M., PIOT P., 1993, « HIV infection and sexually transmitted diseases », chap. 20, in Dean T. JAMISON, W.H. MOSLEY, A.R. MEASHAM, J.L. BOBADILLA, *Disease control priorities in developing countries*, Oxford, Oxford University Press for the World Bank, 756 p.
- PHILIPSON T.J., POSNER R.A., 1995, « The microeconomics of the AIDS epidemic in Africa », *Population and Development Review*, 21 (4) : 835-848.
- PINKERTON S.D., ABRAMSON P.R., 1994, « An alternative model of the reproductive rate of HIV infestation, formulation, evaluation and implications for risk-reduction interventions », *Evaluation Review*, 18 (4) : 371-388.
- PIOT P., 1996, « Il faut négocier avec les multinationales pharmaceutiques afin d'abaisser le coût des médicaments antisida », Propos recueillis par Jean-Yves Nau, *Le Monde*, 12 juillet.
- POMPIDOU A., 1996, « Ethique et dialogue démocratique », *Le Monde*, 27 juin.
- Banque Mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde, 1993. Investir dans la santé*, Washington, Banque Mondiale, 339 p.
- SEN A., 1993, *Ethique et économie, et autres essais*, Paris, PUF, 364 p. (Philosophie morale).
- SHELDON T.A., 1996, « Problems of using modeling in the economic evaluation of health care », *Health Economics*, 5 : 1-11.
- SNRECH S., 1994, « Pour préparer l'avenir de l'Afrique de l'ouest, une vision à l'horizon 2020. Synthèse », in Jean-Marie COUR (éd), *Etude des perspectives à long terme en Afrique de l'Ouest*, OCDE (Club du Sahel)-BAD (Cinergie)-CILSS, 67 p.
- VEATCH R.M., 1995, « The role of ethics in quality and accountability initiatives », *Medical Care*, 33 (1) : 69-76 (Supplement).
- WAGNER R.E., 1995, « Book review of Thomas J. PHILIPSON and Richard A. POSNER, *Private choice and public health : the AIDS epidemic in an economic perspective*, Cambridge and London, Harvard University Press, 1993 », *Journal of Economic Literature*, 33 (3) : 1365-1367.
- WILLIAMS A., 1995, « Economics, QALYs and medical ethics. A health economist's perspective », *Health Care Analysis*, 3 (3) : 221-226.
- WHO - World Health Organization, 1993, *Global Programme on AIDS: the costs of HIV/AIDS prevention strategies in developing countries*, Geneva, WHO, 62 p. (Document GPA/DIR/93.2).

Joseph BRUNET-JAILLY, *Peut-on faire l'économie du sida ?*

Résumé — Est-il moral d'appliquer le raisonnement économique au domaine de la santé ? Certainement pas, pensent les médecins dans leur immense majorité. Et pour beaucoup de décideurs, et pour l'opinion dans son ensemble, le raisonnement économique est trop froid, trop compliqué, nécessite trop d'informations qu'on n'a pas. Cette position unanime a beaucoup d'avantages pour le système de santé : elle le tient à l'abri d'un regard profane ! Mais, à part ce mérite, elle n'en a guère. L'article montre que le raisonnement économique permet de poser la question de la justice dans la distribution des soins, c'est-à-dire la question de la répartition entre les malades des ressources que la société consacre au système de santé. Cette question est épiqueuse, mais il est bien conforme à l'éthique de la poser. Si on place la préoccupation de la justice au centre de l'analyse, l'importance relative et les modalités de la lutte contre le sida peuvent être précisées. Certaines des conclusions établies de cette façon ne plairont pas à tous, puisqu'il n'est pas possible de donner à tous toutes les ressources de l'art médical. Il faudrait donc cesser de faire croire au bon peuple que tel serait l'unique objectif de la profession médicale : il vaudrait mieux initier les citoyens aux arbitrages qu'exige la politique de santé. D'autant plus que la solution à ce drame — tous ne sont pas, et ne seront pas soignés — n'est pas dans l'affirmation de droits des malades !

Mots-clés : éthique • économie • justice • droit à la santé • sida.

Joseph BRUNET-JAILLY, *Can we look at AIDS economically?*

Summary — Is it moral to apply economic reasoning in the area of health? The vast majority of doctors believe that that is certainly not the case. Furthermore, in the eyes of many decision-makers, as well as those of the public at large, economic reasoning is too cold, too complicated, and requires too much information that we do not have. This unanimous point of view has many advantages for the health system: it shields the health system from inquisitive glances. Aside from that, it is short on merit. This article shows that economic reasoning allows one to ask the question of justice in the area of care distribution, i.e. the question of the distribution among those who are ill of the resources society has allocated to the health system. This is a sensitive question, but it is in line with ethics to ask it. If the concern for justice is placed at the center of the analysis, it becomes possible to specify the relative importance of and the methods to be employed in the fight against AIDS. Some of the conclusions reached in this manner would not please everyone, as it is not possible to give everyone all of the resources of the medical art. One should stop leading the people at large to believe that this universal allocation is the one and only objective of the medical profession; it would be better to initiate citizens in the techniques of arbitration required by health policy. This is all the more true given that the solution to the tragedy — not everyone is treated, nor will they be — is not to be found in the affirmation of the rights of those who are ill!

Keywords: ethics • economics • justice • right to health • AIDS.

11. Using a sociolinguistic approach to safe sex promotion in Cape Town: the challenges of multiculturalism

Nigel Crawhall

Introduction

The relationship between language and culture is a complex one. Cross-linguistic and intercultural communication are intertwined in a complex manner. In Africa, where medical institutions embody the contradictions between colonial paradigms and indigenous paradigms, and where prevention work emanates from global discourses on sex and behaviour, issues of culture and language cannot be ignored.

This paper sets out to explore some of the practical and theoretical issues of intercultural communication as they impact on AIDS prevention and educational work in multilingual and multicultural settings. The first section describes practical experiences of cross-linguistic and cross-cultural in AIDS prevention work conducted in Cape Town, South Africa. The second section explores some of the theoretical issues and looks at research by Luyanda Mapekula that explores intercultural conflict between the Western biomedical paradigm, and popular culture in Cape Town townships.

This leads to a discussion of the question of cross-cultural perceptions of agency, autonomy and action as regards safer sexual behaviour. The author argues that there is not necessarily a cross-cultural equivalence of power to take unilateral decisions, and that this context needs to be understood by prevention workers. From another angle, however, culture can be held up as a defence of disempowerment and failure to take personal responsibility.

The author argues for further research to test the assumptions about culture and behaviour motivation that currently underlie prevention work in Africa. A synthesis of Mapekula's findings and the author's own experience supports an approach that allows the client's (or workshop participant's) paradigm to be acknowledged and regarded as the foundation of learning relationship. However, this boundary may be subject to a mutually agreeable change as the prevention worker helps the client or participant understand the transmission route of HIV and the implications for his or her sexual activity.

ASET's workshop experience

To meet prevention objectives of promoting safer sexual behaviour and informing people of the particulars of HIV transmission during sex, AIDS educators must be able to use language that is explicit, precise and accurate. Whereas Western societies have adequate discourses available and sociolinguistic norms that permit this communication, southern African societies currently have restrictions on language use which may obscure the central themes of safe sex / AIDS prevention education.

This section examines one workshop developed in Cape Town, South Africa, by the AIDS Support and Education Trust (ASET)¹ that attempted to address this problem. The workshop was informed by principles of adult education and sociolinguistics. The design and strengths of the workshop are described and a critique is provided. The critique looks at the cross-cultural problems inherent in AIDS education that cannot be addressed at the level of linguistic strategies.

Much of the early safe sex promotional / AIDS awareness material was developed in Western European and North American countries where norms about language use and cultural appropriateness were different from much of the rest of the planet. Generally speaking, Western cultures developed scientific or technical registers² for sexual and anatomical matters prior to AIDS. In English, for example, this meant there were at least three registers to draw on when speaking of sexual matters: vulgar or profane language, polite social language, and scientific or technical language.

These levels of discourse emerged out of the particular relationship Western societies had with science and industrialisation. These discourses were further expanded by the massive social changes that took place in the 1960s and 1970s where sexual and anatomical matters became common place in the mass media. Pornography, erotica and nudity were available to the general public and discourses arose to accommodate these changes.

The introduction of sex education into North American secondary schools and in some cases primary schools by the mid-1970s is an example of the extension of language norms. Topics which previously would have only been discussed in youthful peer groups, or between adult family members and youths, was shifted into a new formal institutional setting with its own language norms.

When the AIDS epidemic began, Western societies had readily available linguistic resources for publicly discussing the details of transmission and prevention. For safe sex education there was an established precedence for explicitness, so long as an appropriate register was used. Appropriate terminology for mentioning genitals and

¹ In 1996, ASET changed its name to Triangle Project and shifted its focus towards sexual minorities in the African and coloured townships of Cape Town.

² Register is a sociolinguistic term referring to the level of formality or social distance in speech.

coitus even in formal, mixed gender settings was provided by the quasi-medical register that had established itself.

This ability to be explicit was amplified by the large gay male cultural presence in North America and Europe. The gay media in North America and Europe was less constrained by mainstream norms and was able to provide uncensored, sexual education in vernacular language (i.e. it was not constrained to use scientific language). This in turn influenced the form safe sex education was to take for the heterosexual majority.

In southern Africa, most cultures have prohibitions or restrictions on the use of sexually explicit language in public. In Nguni cultures, there were traditionally strict rules about language and gender that carried over into sexual matters. The importance of maintaining respect, *ukuhlonipha*¹, when speaking to one's elders or people of the opposite sex placed social constraints on detailed discussion of sexual practices and anatomical terms. Early AIDS educators found themselves having to censor their work, or risk offending people by using Western models.

South African AIDS educators working in African language constituencies were faced with the challenge of how to be sexually explicit and precise without losing their audiences by giving offence.

Background of the workshop

The AIDS Support and Education Trust started providing safe sex and other AIDS related information to the Cape Town public in 1986, soon after the first cases of AIDS occurred in South Africa. The target audience was primarily English- and Afrikaans-speaking (white) gay men. At that time South Africa was under a state of emergency and contact with the mainly African-language townships was minimal to non-existent. The question of serving an African clientele did not emerge until the 1990s.

In March 1992, ASET sponsored the visit of one of Holland's leading safe sex educators, Robert Hubers of the Stichting Aanvullende Dienstverlening (SAD). Hubers provided training in safe sex education to a number of AIDS Service Organisations (ASOs), including those working in the townships. For the first time the issue of cultural differences in discussing safe sex came to the surface for ASET.

The Dutch gay approach to safe sex was blunt and disturbing to all the participants, including English South Africans. It involved facilitator-led discussion of sexual desires, practices, body parts and body fluids using vernacular language. Xhosa-speaking AIDS educators were concerned that they could not relay these effective, yet inappropriate, education techniques to their constituencies.

¹ *Hlonipha* refers to a deferential language of avoidance used by Xhosa married women. In its original form it involved noun substitution to avoid the use of words similar to male in-law's names or even syllables within the husband's name.

Following Hubers' visit, the ASET safe sex team redesigned its general introductory workshop to include a number of elements from the training. The workshop was run monthly between 1992 and 1995¹. Over three years approximately 60 workshops were run and between 1 500 and 2 000 people attended. Of these workshops the majority were in English, with a few bilingual workshops. Township AIDS Project in Soweto adopted elements of the workshop and used in a number of languages in Gauteng and other provinces (Crawhall 1994: 13-15).

During this time, the workshops were evaluated by participants and facilitators, and adjustments were made accordingly. Particularly helpful to evaluation were the training sessions with other ASOs where ASET volunteers had to communicate their workshop skills to other AIDS workers. It was during these occasions that discussion focused on cross-cultural applicability and the didactic strength of different units.

The target group for the workshops, according to ASET's mandate, was meant to be gay men, lesbians, and bisexuals. In practice, at least half of the people who eventually attended workshops were heterosexual. Most of the ASOs being trained in the workshop methodology had heterosexual target groups with diverse cultural and linguistic profiles. The workshop therefore had to accommodate a wide range of constituencies including: sexual minorities, men, women, all ages, at least two major religions (Islam and Christianity), different social classes, at least three languages (English, Afrikaans and Xhosa), and different occupational interests ranging from psychologists to sex workers.

Effectiveness of the workshop

In the last five years, AIDS educators and psychologists have observed once successful prevention initiatives in gay male communities in Western countries cease to be effective (Odets 1993; Gold 1995). At the Vancouver AIDS Conference (1996), we have been reminded how little research is being presented on the effectiveness of prevention work. This lack of research should warn us to beware of untested assumptions and prejudices that may be held up as truths.

Indicators for the success of the ASET workshop included: the public demand for the workshop (though not necessarily from the target group), the high degree of satisfaction registered in the participant evaluation forms, and the requests for training by other ASOs.

Between 1992 and 1995, ASET, on request, trained a number of leading ASOs in the methodology of the workshop. These included Planned Parenthood Association, SHAWCO AIDS Resistance Programme (SHARP) at the University of Cape Town, Township AIDS Project (TAP), Belville Community Health Project, and community

¹ From 1996 on the demand from the public decreased but the training demand increased from other ASOs and schools.

organisation such as Association of Bisexuals, Gays and Lesbians (ABIGALE), and Gays and Lesbians of the Witwatersrand (GLOW).

However, owing to capacity constraints (both resources and skills) the real effectiveness of the workshops, in promoting sustainable safer sex was never measured. Like most prevention efforts, the impact could only be assumed.

Aims of the workshop

The primary goal of the workshop was to provide participants with an understanding of HIV transmission that was credible and would help inform their future sexual behaviour. Within this understanding a hierarchy of risk was established to help the participant focus on modifying the most serious risk taking. A number of other goals were incorporated into the workshop.

In order of presentation the following outcome aims were identified:

- participant is aware of the importance of talking about HIV and safe sex;
- participant acknowledges that the decision to have safe sex or not is complicated by the emotional and other issues (e.g., power relations) that are associate with sex, i.e., it is not a simple rational choice issue;
- participant understands and is able to explain how HIV is transmitted sexually and is able to judge his / her own sexual behaviour according to the transmission model;
- participant understands that ejaculation of semen into the vagina or anus, without a barrier, is the most likely form of HIV transmission;
- participant understands the basics of effective condom use;
- participant acknowledges his/ her rational and irrational fears of infection and the unfair discrimination that may arise from that;
- participant is aware of the need for compassion for HIV positive people;
- participant has the empathetic experience of what it is to receive a sero-positive diagnosis and therefore revitalise acute awareness of the risks he or she may be taking.

The order of the workshop content was structured to promote group dynamics, a sense of security, risk taking (i.e., sharing personal experience and asking questions), and closure.

All of this was carefully arranged into a two-hours workshop. One of the assumptions behind the workshop was that most participants would only attend a single workshop and might not access other ASET services (the clinic, counselling, other workshops). Therefore, the emphasis was on providing the target audience members with enough information that they could make decisions, without overloading them with information. Too much information could confuse people and blur the essentials, too little would not allow them to move to a further awareness and the development of personal strategies.

Adult education tools

South Africa has a dynamic non-governmental sector that provided Freirean style adult basic education to the majority population under the apartheid years. ASET was able to access tested principles of effective adult education from the NGOs experience.

Because the primary goal was to inform people of something which they did not know previously, i.e., a model of HIV transmission through body fluids, the workshop was necessarily didactic and teacher-driven rather than an open, learner-initiated event. However, bearing this constraint in mind the Team worked toward the most interactive approach possible within the time constraints.

The most complex part of the workshop, and its most important unit, is the presentation of the transmission model referred to as *the Risk Triangle*. The Risk Triangle is a diagram presented in the workshop to help participants understand the different dosages of HIV carried in different body fluids, and the impact this has on chances of infection during sex. There were a number of motivating assumptions behind this approach, which was notably different from other ASOs and government education.

Firstly, it was assumed that an individual is more empowered when he or she is given information and encouraged to make his or her own choices. The emphasis was placed on right and wrong information. We repeatedly noted in evaluations that this workshop was the first time people understood why some sexual activity could lead to transmission and others not.

Secondly, messages given out by mainstream ASOs that sex transmits HIV and fidelity protects the individual is inaccurate and confusing, not to mention unrealistic in its assumptions about human behaviour. In the ASET approach questions of sexual fidelity were secondary to understanding viral transmission. The approach, rooted in the Dutch original, was devoid of moral judgement. This allowed the adult learner to apply the information to his or her own moral system and personal situation.

Thirdly, it was felt that setting rules for people was counter-productive. In a society where rules and laws had been used to abuse people and commit crimes against humanity, it was not a sound basis to promote a rule-based model. Promoting 'good' behaviour and 'bad' behaviour was likely to encourage alienated youths to choose the 'bad' option as a matter of principle. If bad people had unsafe sex then rebellious youth would wear unsafe sex as a badge of bravery and honour.

The Risk Triangle involves communicating a daunting amount of information. Participants receive an explanation of different concentrations of HIV in infected fluids, the requirement of direct transmission into blood and the vulnerable points of contact during sex. The facilitator then works with participants to analyse all likely sexual behaviour in comparison with the transmission model.

The Team developed a visual prompt, the Risk Triangle. The Risk Triangle put body fluids in one of three categories depending on

possible concentration of HIV. The effect of infected fluid transmission to blood of each category (corresponding to a level of the Triangle) was explained, starting at the level of blood and semen.

Techniques such as repetition, referring to the visual aid, using gestures were all included in facilitator training. Once transmission is explained, the facilitator takes the participants through the list of sexual activities they have brainstormed to get them to apply the model. In this way the learner has stated his or her particular concern, the facilitator has presented a model, and the learner brings his or her concern together with the model to learn its application. The information was usually reviewed again at the end of the workshop.

This technique proved reasonably successful, though training evaluation revealed that most people did not fully grasp all the details of the Risk Triangle the first time and some prompts like hand gestures sometimes confused rather than clarified. Client evaluations usually listed the Risk Triangle as the most significant element of learning in the workshop.

Sociolinguistic tools

In his 1993 address to the First Bellville Community Conference on AIDS, Cape Town, then Health Secretary of the African National Congress, Dr Ralph Mgijima, noted that: "All cultures have ways of talking about sex... Sex (in African culture) is a private thing; something that people would speak about to a mother or father. The challenge is to take that talk into public" (Crawhall 1993: 23).

Community AIDS workers in both governmental and non-governmental organisations complained about the difficulty of explicitness in AIDS education. The usual approach was either too vague, and therefore failed to inform people, or too vulgar and ended up alienating people. A new approach was required.

During training with ASET, the then Director of Township AIDS Project (TAP) in Soweto, Ennea Motaung, reported: "I say to people that I am going to be very open and that this is not accepted in our culture. I ask people to leave if they want" (Crawhall 1993: 25). Her approach signifies a key concept of *leave taking*, of seeking special permission.

The ASET Team solution was to negotiate sociolinguistic norms with the participants. As Mgijima indicated, every culture has a time, a place and, frequently, a register in which individuals can talk about sex. The trick would be to gain consent to use the sexual register in a different, more public context.

Workshop facilitators were trained not to use any sexual terminology until they had successfully negotiated this change of rules with the workshop participants. The participants themselves would introduce a register that matched their level of comfort.

During the initial word association around the word 'sex' the participants could decide for themselves how much sociolinguistic risk they were willing to take in that social setting. Sometimes groups were

explicit and frank from that moment on, in which case the facilitator could do likewise. More often the word association signalled that participants were feeling restrained in their choice of terms. This restraint would cue the facilitator for further negotiation in the following technique.

After the word association, participants were asked to name specific sexual acts. It was often at this point that the facilitator would have to actively negotiate a loosening of the sociolinguistic norms. The difference between this approach and previous strategies, such as Motaung's cited above, is that the facilitator would not proceed without consent. The participants would have to own the decision to change the rules.

The brainstorming of sex acts often started off with an embarrassing silence, which would eventually be broken by a participant. Once broken, a new sociolinguistic norm would be established. The participants, though they had abandoned one norm, would set another register norm that would vary from group to group. Again the facilitator would only use terms generated by the group.¹

The process was still not complete. Participants who chose a register so remote from explicitness that it was obscure were required to be more precise and accurate. For example, a participant would refer to penetration as *ukwabelana isondo* (literally: *to share a small piece of cloth*). This *hlonipha* term is widely understood in Xhosa and has come into increasing public usage through AIDS education. It is in contrast with more vulgar (e.g., less respectful) terms such as *ukulalana* (to sleep together).

The facilitator, preparing for the explanation of the Risk Triangle model, is required to take the participant to a new level of explicitness that makes clear which fluids go where during any particular sexual act. Whether starting with *isondo* in Xhosa or *intercourse* in English, the participant would be asked to be more precise. The facilitator would ask: *what happens?* Having established a commitment to openness and a relatively comfortable register, the participant would go down one more level in precision. This could be: *indoda ifaka ubhuti kusisi* (literally: *the man puts his brother in the sister*) or in English, *the man puts his penis in the vagina*.

There is another register in Xhosa where a person might say: *indoda ifaka incanca enyweni* (literally: *the man puts his penis in the vagina*). The terms are generally considered disrespectful and would not be used in front of anyone to whom respect is due. Use of such terms in a workshop would likely give extreme offence to participants.

In English, the use of terms like '*brother*' and '*sister*', instead of '*penis*' and '*vagina*' would appear overly coy and unco-operative. In the European and North American approach to AIDS education, the participant might be challenged to use '*the real words*'. However,

¹ It should be noted that not all facilitators liked the approach initially. Some felt it their responsibility to show being comfortable with explicit language. The Team generally stuck to the rule because the technique was perceived to be more effective, empowering and respectful than the alternative.

from a linguistic and semantic point of view there is no need to force the participants to abandon euphemisms when they are adequately precise. The cultural implications of violating sociolinguistic norms of English and Xhosa should not be taken as equivalent. There is a substantial difference between the Anglo-Saxon distinctions between medical register, vulgar register, and coy euphemisms on the one hand and Xhosa distinctions between respectful language and disrespectful language.

For the purposes of education, the *brother / sister* terminology is adequate, keeping in mind that the objective is to be able to identify and trace fluid transmission. That these are noun substitutes is not important so long as the participants are sure of their semantic meaning in this particular context.

Once the first silence has been broken and the consent of the participants reached the narrowing down to precise and accurate descriptions is a fairly fast procedure. Throughout this part of the workshop the facilitator has not used any terms that the group has not consented to. No one in the group can accuse the facilitator of being disrespectful.

The evaluation forms checked for responses to the facilitator's clarity and politeness. Overwhelmingly participants of all ages, of different religions, of different sexual orientations and languages, approved of the most sensitive unit of the workshop.

It is interesting to note that the negotiation in the workshops was primarily about language and sociolinguistic rules. The facilitators used latex dildoes (imitation penises) to demonstrate and encourage description of sexual activities. In South African society, objects like dildoes were very rare in the early 1990s and few participants would have seen one. Initially, some white facilitators expressed a concern that black participants would find the dildoes offensive. Over time it was evident that, in general, black participants were much more at ease with dildoes and condoms than white participants, even though white (English and Afrikaans) participants were more rapidly accepting of changed sociolinguistic norms.

The sociolinguistic concerns of Xhosa speaking participants should not be confused with unease about sex or sexuality; the problem is one of the rules of speech and how to modify these without losing the target group.

Questions of culture and autonomy

South Africa is an unusual country. It has founding cultures from three continents. Despite its natural resources and strong industrial base, it has one of the greatest disparities in wealth in the world. There are eleven official languages; large immigrant and migrant populations; an aboriginal population; and Africa's most active gay and lesbian population. Most of the world's major religions are observed ranging from Calvinist Christianity to Zionism, Islam to

Hinduism. It is, in short, a land of diversity and sometimes of contradictions.

Though its diversity is enthusiastically embraced as a resource by the new dispensation, the economic and political inequalities, culturally linked as they are, have remained a source of conflict and suffering for the last three centuries, and acutely so after forty years of under apartheid. It would be unwise to assume that those inequalities and the psychological and sociological effects do not dramatically influence the types of AIDS prevention interventions that are required.

To be effective AIDS workers have to understand the needs of a range of constituencies with very different circumstances. There is no single strategy or approach that is going to work for everyone, and more so what is effective in one context may be inappropriate and even counter-productive in another.

The idea of '*translating*' one type of prevention or education instrument from one language (the dominant one) into another language (a subjugated one) without considering other cultural and power issues is likely to be ineffective at best. At worst, it is contributing to the sense of powerlessness that feeds the epidemic.

This is also not to imply that identifying appropriate cultural parameters is easy in a complex society. Referring to the challenge faced by AIDS counsellors in South Africa, Nhlanhla Mkhize has noted that:

"Cross-cultural counselling is therefore even more crucial in societies whose meaning systems are being challenged or modified. In some South African communities (especially Indian and black) this usually manifests itself in disagreements between parents and offspring in relationship matters such as choice of spouse. The worst situation is where the meaning systems of a marginal culture are negated without an opportunity being afforded to participate fully and meaningfully in the dominant culture of the time" (Mkhize 1995: 9).

When we think of cross-cultural, as in the quote from Mkhize, we may be tempted to think solely in terms of white and black South Africans negotiating power relations. However, there is evidence that within communities that share cultural origins and meaning systems, there can be cultural conflict that contributes to silencing the marginal culture.

In a thought-provoking research project, University of Cape Town (UCT) graduate student Luyanda Mapekula compared the views of five Xhosa-speaking HIV positive patients and five Xhosa-speaking counsellors in the public health care system who handled their cases.¹

Mapekula's hypothesis is that "HIV counselling and training encultuates people within a particular view of illness which may not be shared by their clients" (Mapekula 1996: 1). The research and literature review looks at the inflexibility of the Western biomedical

¹ At the time of writing this paper Mapekula's thesis was still under consideration and may go through changes before it is finalised. The paper is part of a Masters of Arts programme in Clinical Psychology.

paradigm and the problems this creates between health care workers and patients who are otherwise ostensibly of the same cultural origin. She points out that the relation between doctor and patient takes place within a predetermined power relationship, which under apartheid is particularly severe. Nurses and counsellors are forced into this unequal power relation and usually end up having to "assimilate certain beliefs about diseases, their aetiology and modes of treatment in a similar way to doctors... it can be assumed that they [nurses] identify largely with doctors rather than clients on aspects of health care that are more similar to doctors than to their clients" (Mapekula 1996: 18).

There were a number of themes where the cultural and epistemological frameworks of clients and counsellors were at odds. Some of these, such as blaming foreigners for spreading AIDS, are likely found in many societies. However, one of the troublesome observations included that two clients attributed supernatural causes to their condition which the counsellors did not encourage them to discuss or even accept as legitimate.

Mapekula notes that four of the five counsellors found clients to be irrational and difficult to contemplate. She cites the following comments:

"they sometimes *tuja* - like I have given up on one of them. I have said when he is ill, he should come back. They tell you that '*lidliso*' or '*libekelo*' or they will way '*weqile*' or '*weqe umkhondo*'. Those are really the difficult ones more especially if you want to make them understand.

It is important when you are going to counsel a person to note that we are at various levels, with a person like you I would not talk about soldiers, we would talk anatomy. Let me make an example, a person with TB [tuberculosis], they will say 'it's not TB it's *lidliso*'. When you tell them about HIV/AIDS, they can hear you, at the back of their minds, the person has a witchdoctor, that cures incurable things so he half believes you when you say that it is incurable. There is also a notion that whites tend to have incurable diseases. Now, you have to start from there, it is useless to oppose and explain it in the Western way..." (Mapekula 1996: 54).¹

Though the counsellors recognise the culture of the patient they tend not to be able to effectively mediate the cultural and psychological conflict which ensues. Mapekula makes a number of significant comments in her conclusion including that counsellors in their predominant use of the medical model seemed aware but unaccepting of the "different approaches more particularly the traditional approaches used by clients to explain the condition..." (Mapekula 1996: 55).

The health care system, such as it is in South Africa, has an *apartheid* foundation that continues to plague it and its users. The Western biomedical model of health is unequivocally the only valid

¹ Glossary of terms: *tuja* = pretend not to understand something; *lidliso* = it is a poison; *libekelo* = it is a curse involving soil from the victim's footprint; *weqile* / *weqe ukhondo* = symptoms acquired when a person unknowingly walks on the trail of evil and witchcraft creatures.

paradigm for official health care. Traditional and alternative views of health care are banished from hospitals and training. This silencing of the subordinate position is detrimental both to the quality of democracy in a country and the good mental health of the individual.

Mkhize has called for health counselling in South Africa to take better account of its aims and the needs of clients:

“assumptions underlying counselling ought to be revisited and formulated within the client’s value system. Counselling is informed by appropriate client needs and values, and exploits strengths that are already in place in the client system. For example, we need to learn more about respect, and affirm the manner in which traditional communities deal with issues such as bereavement, recognising the psychological and therapeutic value of such practices” (Mkhize 1995: 9).

At this point it is worth considering the experience of the ASET workshop and the lessons which are worthy of reflection. Initially, the workshop was designed in Europe for gay, Dutch-speaking men. Through its adaptations, it came to be used in amongst: heterosexual, Northern Sotho-speaking, rural women in the Northern Province; amongst Afrikaans-speaking Moslem youth groups in Cape Town; amongst hostel dwellers in Soweto; amongst male, female and transgender sex workers in Cape Town; and business people of all background. Basically the full spectrum of South African society was exposed to the workshop.

The strength of the workshop, as described in the preceding section, rests in its negotiation of sociolinguistic norms without jeopardising clarity of message and standard content. This flexibility was necessary to adjust to other languages, sociolinguistic norms and cultural values.

Using Mapekula’s research, I took the opportunity to interview three ASET workshop facilitators to get their reaction to Mapekula’s research and to find out if they felt the existing workshop had a similar bias.

Neither of the two Xhosa-speaking facilitators was aware that people were ascribing AIDS to poisoning or witchcraft. However, on reflection they could see the parallels and were aware that there was a conflict between Western and African views of AIDS and HIV. They both felt that if someone raised the issue at a workshop that it should be discussed, but with the aim of reinforcing the view that HIV is transmissible and the cause of AIDS.

One of the interviewees, Bongani Peter, a trainee counsellor with Triangle Project, raised his concern that blaming AIDS on *idliso* or witchcraft could be a form of avoidance.

“People blame others: AIDS is from white people, AIDS is from gay people. They also believe in *idliso*... Mostly it’s the people who are ignorant of AIDS. They will say it’s *idliso* and things. And they won’t listen to what the second person will be saying about HIV and AIDS” (Interview, 1996).

I believe that herein lies a difficult problem: that of determining agency, autonomy and responsibility in a cross-cultural setting.

One of the original premises of the safe sex workshops, as developed in Holland, was that the individual is responsible for his or her sexual choices. The assumption is that the individual acts independently and rationally. This view is fairly typical of Western psychology and philosophy.

Not all cultures share this view of individual autonomy. A contradictory belief within a number of Southern African cultures, at least traditionally, is that evil, including disease, is the result of someone else's ill-will and intent. If a person believes that he or she will become infected due to external influences, such as God's will, fate, or witchcraft it calls into question the effectiveness of prevention work.

If one compares the arguments between health care workers and clients in Mapekula's research, we have one side working with a cultural paradigm that says *AIDS is caused by HIV, a virus without intent or morals* and on the other there is the view that *one only gets sick in such a manner if one is the victim of malintent of a supernatural nature*. Is one true and the other false? If so, what becomes of multiculturalism and client-centred counselling?

The European and North American aim in AIDS prevention, at least initially, was to concentrate on building the individual's commitment to behaviour change and survival. There is limited evidence of this strategy being successful over an extended period of time (Odets 1993; Gold 1995).

African strategies have been similar, with greater emphasis on monogamy, sexual fidelity and social responsibility. There is little evidence that this approach has been more successful.

Who is responsible for decisions and agency around HIV transmission? We know that there are conditions within which it is unreasonable to expect an individual to take decisions in her best interest. We know that in a number of societies married women may not be in a situation where they can even mention safer sex, let alone introduce condoms into their sex lives. Similarly in situations of war or destabilisation individuals may lose their sense of control.

Referring to the deep scarring within South African psychosocial experience, Mkhize suggests that loss of control is a matter for consideration in counselling:

"Being critical [about the relevance of counselling] is important especially if one is working with populations that have been adversely affected by outside forces. For example, an external locus of control is an appropriate and realistic response for a client whose well being is affected largely by external factors" (Mkhize 1995: 10).

Pao Saykao provides an interesting Asian example of agency and responsibility in an address to a Conference on Cross Cultural Communication in the Health Professions in Australia:

"It is important to add that the people from Indo-China are members of their own close-knit network, and very often some decisions may need to be referred to the 'group leaders' in the family or the network, so that they can have the final say. This means that if there is, for example, a consent form

for surgery to be signed, the patient may not be the decision maker" (Saykao 1989: 76).

In this example, decision making is known to take place beyond the level of the individual. It is not that the individual is powerless, it is just that she is only part of the decision making process.

Returning to Bongani Peter's question with regard blaming *idliso* for AIDS, we are left with the question of how to respond to this lack of autonomy and / or absence of individual responsibility. Mkhize, Saykao and others stress the importance of knowing the client base, listening to the issues and working with people from their starting point. Intuitively, there should be a dividing line between situations wherein disempowerment or non-autonomy occur as a result of external cultural forces, and those that are still within the realm of the individual. Within this understanding, the supporting agent, be it the nurse or the prevention worker, needs to decide where support may be required for behaviour changes or learning. Finding that dividing line may not be easy but is likely an important and worthwhile exercise.

Conclusion

The ASET / Triangle Project General Safe Sex Workshop was not designed to deal with complex issues of culture and empowerment raised in this paper. I have described the workshop's reasonably successful approach to negotiating sociolinguistic boundaries with participants from diverse socio-cultural backgrounds.

Within that approach are some of the answers for working cross-culturally in a relevant and authentic manner without either imposing a Western paradigm or jettisoning what we know about viral transmission in favour of cultural relativism.

These observations are echoed in Mapekula's research. The contradictions between the biomedical model and popular culture do not pose an insurmountable challenge to communication. The implication of Mapekula's research is that the health care professional needs to start with the populist norms and assumptions and actively mediate an introduction to a bio-medical model of HIV and AIDS. The approach should emphasise opportunities for the client to play an active role in understanding the information, the gap in paradigms, and make choices within that space.

Bibliography

- ASET Annual Report*. 1993. Cape Town: AIDS Support and Education Trust.
- ASET Annual Report*. 1994. Cape Town: AIDS Support and Education Trust.
- CRAWHALL N. 1992. "Let's talk about sex, *bhuti!*", *Language Projects' Review* 7 (4). Cape Town: National Language Project.
- — 1993. "Consenting adults," *Bua!* 8 (2). Cape Town: National Language Project.
- — 1994. "Community interpreting: harder than it sounds", *Bua!* 9 (2). Cape Town: National Language Project.
- GOLD R. 1995. "Why we need to rethink AIDS education for gay men", *AIDS Care*, 7 (Suppl. 1).
- MAPEKULA L. (draft May 1996). *Psychological explanations in HIV/AIDS counselling*, proposed MA (Clinical Psychology), University of Cape Town.¹
- MKHIZE N. 1995. "Is the Western model of counselling appropriate to the South African cultural and socio-economic context?", *AIDS Bulletin* 3 (4): 9-13.
- ODETS W. 1993. *AIDS education and prevention: why it has gone almost completely wrong and some things we can do about it*. Talk delivered at National Gay and Lesbian Health Conference, Houston Texas, 23 July 1993.
- PAUWELS A. (ed). 1991. *Cross-cultural communication in medical encounters*. Monash University, Australia: Community Languages in the Profession Unit.
- SAYKAO P. 1989. "Communicating with Indo-Chinese patients: the common sense approach", in A. PAUWELS (ed), *Proceedings of the Conference on Cross-Cultural Communication in the Health Professions*, 22/9/1989 Monash University, Australia.
- Taped interviews with M. LANDINGWE, G. GRIFFIN and B. PETER, Triangle Project, Cape Town, 9 September 1996.

¹ Note: this is a draft thesis submission and may be changed before acceptance by the University of Cape Town.

Nigel Crawhall, *Using a sociolinguistic approach to safe sex promotion in Cape Town: the challenges of multiculturalism*

Summary — The author looks at cross-linguistic and intercultural issues impacting on AIDS prevention and education work. He provides a case study of a safe sex workshop developed in Cape Town, South Africa, and highlights the effectiveness of negotiating changes in sociolinguistic norms in a workshop environment. The paper looks at more complex intercultural issues, including individual autonomy and agency in responding to the need for behaviour modification to cope with the risk HIV infection from sex. Drawing on the work of Luyanda Mapekula, the author suggests that there is a complex interaction between the top-down biomedical paradigm that dominates institutionalised health care, and the mobilisation of popular culture that may be used to obscure and avoid personal responsibility.

Keywords: AIDS prevention • sociolinguistics • multiculturalism • safe sex education • South Africa.

Nigel CRAWHALL, *Essai d'une approche sociolinguistique pour la promotion de la sexualité à moindre risque à Cape Town : les défis du multiculturalisme*

Résumé — L'auteur examine les problèmes translinguistiques et interculturels qui ont un impact sur la prévention du sida et le travail d'éducation. Il propose une étude de cas à partir d'un atelier — sur la sexualité à moindre risque — qui s'est déroulé à Cape Town en Afrique du Sud. Il met en relief l'efficacité de la négociation des changements de normes sociolinguistiques dans l'environnement spécifique d'un atelier. L'étude porte, au-delà, sur des problèmes interculturels plus complexes, comme l'autonomie individuelle et l'organisation de la réponse aux besoins de changement de comportement pour faire face au risque d'être infecté sexuellement par le VIH. S'appuyant sur le travail de Luyanda Mapekula, l'auteur suggère qu'il existe une interaction complexe entre le paradigme biomédical qui domine le système de santé institutionnalisé et la mobilisation de la culture populaire qui peut être invoquée pour cacher et dénier la responsabilité personnelle.

Mots-clés : prévention du sida • sociolinguistique • multiculturalisme • éducation pour une sexualité à moindre risque • Afrique du Sud.

12. Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du sida en Afrique subsaharienne : une synthèse¹

Mburano Rwenge

Introduction

Les premières études sur les comportements sexuels en Afrique subsaharienne remontent à la période coloniale. Elles avaient pour objectif de cerner les causes de l'infécondité et de la stérilité observées surtout en Afrique centrale. Au cours de la seconde moitié des années 80, l'OMS a voulu relancer les recherches sur l'infécondité et la stérilité pathologiques, mais celles-ci ont été éclipsées par les recherches sur le sida. Les biologistes, les cliniciens et les épidémiologistes ont été ainsi soutenus par l'OMS pour étudier le virus responsable de la pandémie. Les démographes ont aussi bénéficié du soutien de cette institution. Leurs recherches en Afrique subsaharienne, portant surtout sur les aspects socioculturels et démographiques du sida, ont fourni d'abondantes informations concernant la sensibilisation et les connaissances sur le VIH et le sida, les modes de transmission et de propagation du VIH, les attitudes à l'égard des personnes infectées par le VIH ou atteintes du sida, les comportements sexuels, etc. Mais les données sur l'activité sexuelle ne renseignent guère — sinon très peu — sur les facteurs déterminant les variations des comportements sexuels “à risque” entre régions, pays ou groupes sociaux.

Les variations géographiques de la prévalence du VIH/sida ont été d'abord expliquées par la durée de l'introduction de la maladie dans les divers pays de cette région par les biais de la mobilité des individus. L'importance d'autres facteurs a été considérée ensuite du fait de la transmission surtout hétérosexuelle en Afrique subsaharienne. Comme ce mode de transmission dépend en grande partie des contextes personnels et sociaux dans lesquels vivent les individus, l'introduction du VIH/sida peut avoir eu lieu dans deux ou plusieurs régions voisines d'un pays donné (ou dans deux ou plusieurs pays voisins) au cours d'une même période et y avoir évolué différemment, compte tenu de

¹ Cette recherche a été réalisée dans le cadre du projet “Facteurs contextuels affectant les comportements sexuels des jeunes en milieu urbain camerounais : le cas de la ville de Bamenda, Province du Nord-Ouest”, qui a bénéficié du soutien financier du programme de petites subventions de l'Union pour l'Etude de la Population Africaine (UEPA).

la différence des facteurs sociaux, économiques et politiques affectant les comportements sexuels. Cette étude met en exergue ces facteurs et propose quelques hypothèses explicatives des variations de prévalence du VIH/sida en Afrique subsaharienne.

Les tendances théoriques en matière de sexualité

Trois tendances théoriques marquent les travaux sur les comportements sexuels : les tendances socioculturelle, socio-économique et institutionnelle. Deux aspects fondamentaux caractérisent la première, notamment l'aspect biosocial et l'aspect socioculturel de la sexualité. Le premier aspect « définit les comportements sexuels comme étant une conséquence naturelle du désir d'avoir des rapports sexuels, qui se manifeste plus fortement chez l'homme que chez la femme » (Freud 1905 ; Tiger et Fox 1974). Selon cette théorie, l'activité sexuelle serait l'expression d'une pulsion puissante d'origine biologique, que l'individu chercherait dans tous les cas à satisfaire, directement ou indirectement ; les seules limites de l'activité sexuelle seraient les contraintes, essentiellement extérieures, que lui imposent la société.

De l'accent mis sur la base biologique et pulsionnelle de l'activité sexuelle a découlé l'affirmation "humaniste" que l'expérience humaine dans ce domaine est universelle, les variations ne concernant que les mécanismes de la répression. Cette affirmation a été critiquée par plusieurs chercheurs parce qu'elle a pour effet majeur de "désocialiser" en grande partie l'activité sexuelle, et de faire passer pour secondaire le rôle central de la construction sociale et culturelle, sans laquelle aucun désir ne pourrait pourtant apparaître et s'exprimer (Foucault 1984, cité par Bozon 1994a : 1174). Ainsi, selon Foucault, les comportements sexuels sont déterminés aussi par les normes et valeurs socioculturelles en matière de sexualité, l'ensemble de ces normes et valeurs déterminant les circonstances dans lesquelles a lieu l'activité sexuelle. Comme les relations de genre sont une dimension socioculturelle des différences observées entre les hommes et les femmes dans la société, la tendance théorique exprimée par les travaux de Claude Lévi-Strauss (1968) — selon laquelle la sexualité est une forme d'expression du pouvoir de l'homme sur la femme, des rapports entre l'homme et la femme en d'autres termes — ferait partie des approches socioculturelles d'explication des comportements sexuels. Si la socialisation est « le processus par lequel la personne humaine apprend et intérieurise tout au cours de sa vie des éléments socioculturels de son milieu, les intègre à la structure de sa personnalité sous l'influence d'expériences et d'agents sociaux significatifs et par là s'adapte à l'environnement social où elle doit vivre » (Rocher 1968, cité par Gérard 1992 : 9), un comportement sexuel spécifique correspondrait à chaque contexte socioculturel. La socialisation est fondée principalement sur l'apprentissage et l'intériorisation d'autrui et se fait par le truchement d'agents privilégiés comme la famille, l'école, les groupes divers, les associations diverses, etc.

Selon la tendance socio-économique, les comportements sexuels résultent des normes et valeurs socioculturelles dont le poids sur les comportements des individus varie avec les conditions socio-économiques. Il en découle notamment que, dans les sociétés n'ayant pas de normes permissives en matière de sexualité, les facteurs économiques peuvent motiver les individus à s'engager dans l'activité sexuelle "à risque" pour atteindre des objectifs d'ordre économique.

Les deux premières approches sont considérées ici et ne sont pas dissociables ; elles prennent en compte les rapports entre sexes. On ajoutera l'approche institutionnelle qui suppose finalement que l'activité sexuelle est aussi fonction de l'importance accordée par les décideurs aux lois et programmes susceptibles d'influer sur les comportements sexuels des individus : il s'agit donc là de facteurs politiques.

Les facteurs socioculturels

Ces facteurs traduisent le fait que la sexualité n'est pas un phénomène isolable, mais s'inscrit dans les normes et les valeurs culturelles de chaque groupe social. Ils sont associés aux normes et valeurs en matière de sexualité, de nuptialité, de famille et de fécondité. L'examen qui en est proposé montre, chaque fois que c'est nécessaire, comment ils affectent la sexualité des jeunes et/ou celle des parents.

Les mœurs en matière de sexualité et la diminution du contrôle social

Van Balen (1958, cité par Evina 1990) attribue à la désorganisation sociale et culturelle qui a suivi la colonisation le rôle de facteur expliquant le niveau élevé de stérilité observé chez les Mongo de l'ouest du Zaïre : « La reconversion de ce peuple chasseur à l'agriculture de coton et l'introduction de la monnaie ont entraîné la disparition du pouvoir des aînés sur les cadets. Il en est de même de la restriction vis-à-vis des pratiques sexuelles ». D'autres auteurs ont repris cette hypothèse, notamment Romanuk (1967), Retel-Laurentin (1974), et plus tard Sala-Diakanda (1980) qui souligne que « La dénatalité est essentiellement une conséquence de la syphilis ancienne ou de l'hérédosyphilis. Chez les pygmées de la Cuvette Centrale, qui sont pourtant des voisins immédiats des Mongo, la coexistence d'un indice de fécondité avec un fort pourcentage de réactions positives s'explique par la fidélité de ce groupe à une discipline sexuelle ». L'idée est aussi reprise par D. Tabutin (1982) à propos de l'ouest du Zaïre, par J. et P. Caldwell (1983) pour les sociétés d'Afrique subssaharienne, et par Evina (1990) sur le Cameroun. Une autre approche explicative pertinente dans le contexte africain, proposée plus anciennement, par G. P. Murdock (1964), suggère que des différences de pratiques sexuelles selon les ethnies résulteraient aussi de différences des mœurs sexuelles, qui peuvent être permissives ou non.

Les valeurs traditionnelles en matière de sexualité et de procréation favorisant la propagation des MST/sida ont été aussi observées en Afrique de l'est et plus particulièrement en Ouganda. Au Rwanda et au Burundi, par exemple, une femme mariée est autorisée à contracter des relations extraconjugales en cas d'absence prolongée de son conjoint et une veuve de se remarier dans la famille de son défunt conjoint. Ces valeurs y ont été érigées en normes afin de réduire les pertes générées qu'entraînerait l'absence prolongée du conjoint ou la rupture d'union (Ilinigumugabo 1989).

La diminution du contrôle social en matière de sexualité serait en partie imputée à l'urbanisation qui, du fait des opportunités socio-économiques, a détruit les structures traditionnelles, favorisé les mutations culturelles et, partant, augmenté le pouvoir décisionnel des individus dans les choix à propos du moment de, avec qui et pourquoi contracter les rapports sexuels (Bauni 1990 : 20 ; Meekers 1992). Cette hypothèse a été validée par une enquête qualitative réalisée auprès d'adolescentes Kenyanes (Ocholla-Ayayo *et al.* 1990 : 67) : la majorité des personnes pensaient que les normes et valeurs socioculturelles défavorisant la sexualité "à risque" sont aujourd'hui en voie de disparition ; pour cette raison, les jeunes femmes débutent très tôt leur activité sexuelle et s'engagent le plus dans le multipartenariat, comme le soulignent aussi C. Bowie et N. Ford (1989) à Somerseat : « A Somerseat, le nombre moyen des partenaires sexuels diminue avec l'âge chez les jeunes filles âgées de 16-21 ans ; ce nombre est en effet de 2,1 par an à 16 ans alors qu'il est de 1,5 à 21 ans ». M. Schofield (1971) ajoute toutefois que les premières activités sexuelles chez les adolescents sont souvent non prémeditées et ont généralement lieu entre adolescents qui fréquentent les mêmes écoles.

L'éducation sexuelle

M. Schofield (1971) souligne que l'intérêt et le temps accordés par les parents à l'éducation de leurs enfants en matière de sexualité sont aussi déterminants des comportements sexuels des jeunes. Il est reconnu qu'en Afrique subsaharienne comme dans beaucoup d'autres pays en développement, la plupart des parents s'entretiennent rarement avec leurs enfants sur la sexualité. Cette attitude tient à des multiples raisons : « La première est que l'éducation traditionnelle que les parents ont reçue n'accorde qu'une très petite place à l'explication et à la verbalisation. La deuxième raison est le manque des connaissances adéquates des parents en matière de sexualité » (Madzouka 1991 : 194). Ainsi la plupart des parents considèrent la sexualité comme un sujet tabou et ont la crainte que les enfants, surtout pubères et adolescents, ne considèrent les informations éducatives sur la sexualité comme une incitation à la débauche. En revanche, ceux qui peuvent s'entretenir avec leurs enfants sur ce sujet appartiennent aux couches sociales aisées de la population, mais dans la plupart des cas, ils consacrent plus de temps à leurs activités qu'à l'encadrement de leurs enfants. Le problème de l'éducation sexuelle des adolescents dans le

cadre familial concerne donc toutes les couches sociales, mais pour des raisons diverses.

La plupart des jeunes interrogés par Schofield (1971) ont déclaré avoir entendu parler de la sexualité et des préservatifs chez les amis et les enseignants, qui seraient donc les principales sources d'informations pour les jeunes. L'auteur remarque cependant qu'ils ne constituaient une bonne source que si ces informations sont données avant l'âge de 14 ans ou avant les premiers rapports sexuels.

Des études empiriques ont aussi tenté de lever l'équivoque sur le rôle de l'éducation sexuelle des jeunes dans la modification de leurs comportements sexuels. En effet, une analyse de l'OMS portant sur des études menées dans 19 pays a prouvé que les cours d'éducation sexuelle à l'école ont souvent réduit l'activité sexuelle des adolescents et accru l'emploi des préservatifs. Une enquête auprès de lycéens mexicains a abouti à la même conclusion et a révélé que les adolescents qui recevaient des informations sur les contraceptifs et les techniques des communications, en suivant le programme d'éducation sexuelle "Planifiant ta vie", n'avaient pas plus tendance à devenir sexuellement actifs que ceux qui ne suivaient pas ce programme (Instituto Mexicano de Investigacion de Familia y Poblacion 1990). De même, l'éducation sexuelle peut retarder le moment du premier rapport sexuel, réduire le nombre de partenaires et accroître l'utilisation des préservatifs (Ku *et al.* 1993). Les programmes d'éducation sexuelle à l'école seraient toutefois plus efficaces s'ils débutaient très tôt, avant la première expérience sexuelle des adolescents et s'ils mettaient l'accent sur les compétences et les normes sociales plutôt que sur l'acquisition des connaissances ; par ailleurs, les messages sur l'abstinence et les pratiques sexuelles sans risque seraient plus efficaces que ceux qui préconisent uniquement l'abstinence (Baldo *et al.* 1993).

Les facteurs liés aux modalités de mariage

La définition du concept de mariage en Afrique a toujours été délicate et suscite encore des débats. En effet, le mariage africain constitue l'aboutissement d'un processus plus ou moins long. Sa formation est marquée par des étapes rituelles menant finalement à son existence socialement reconnue. La durée de maturation du processus comme l'importance des étapes qui le jalonnent sont variables. Plusieurs années ou même la naissance de plusieurs enfants seront parfois nécessaires. Sous cet angle, le mariage africain diffère du mariage occidental célébré instantanément et dont la légitimité est consacrée par sa seule célébration devant un officier d'état civil.

Selon Ngondo a Pitshadenge (1991 : 30-31), les éléments suivants définissent plus concrètement le mariage africain :

« 1 - la remise par la famille du prétendant de certains biens ou de prestations à la famille de la fiancée. La remise de ces prestations et contre prestations ainsi que leur acceptation réciproque constituent des éléments de preuve de la reconnaissance et de l'approbation communautaire du mariage ;

2 - la publicité de sa célébration en famille, devant un officier d'état civil ou devant un ministre de culte ;

3 - l'unité de résidence qui suppose, comme partout et en dehors de tout cas de force majeure, la cohabitation effective et l'accomplissement normal des devoirs conjugaux ».

S'agissant des deux premiers éléments, l'auteur ajoute « qu'il existe des tribus en Afrique subsaharienne où le paiement, partiel ou total, de la dot n'est pas une condition *sine qua non* de la cohabitation. Ainsi, chez les Bambala du Kwilu, une famille peut conditionner l'acceptation de la dot à la preuve de la fécondité ». Cela s'observe aussi dans quelques tribus Bamiléké de l'ouest du Cameroun. La célébration officielle et/ou religieuse du mariage peut ainsi intervenir plusieurs années après la célébration coutumière, et même après plusieurs naissances. On comprend ainsi que la manière dont le mariage est conçu et se contracte en Afrique influe sur la sexualité avant ou après le mariage.

L'entrée en première union

Dans certaines ethnies africaines les jeunes filles contractent précocement leur premier mariage et ce sont leurs parents qui décident de ce genre de mariage. Ailleurs, il est exigé des jeunes filles qu'elles fassent preuve de leur fécondité avant de se marier (UEPA 1993). Les rites liés à la puberté favorisent aussi une entrée précoce des jeunes filles dans l'activité sexuelle. Ntozi et Lubega (1990 : 5) ont observé en Ouganda d'autres pratiques favorables à la sexualité précoce des jeunes : « La virginité n'est pas considérée comme importante en Ouganda. En fait, les parents encouragent l'activité sexuelle prémaritale en construisant des cases spéciales pour les adolescents en âge d'avoir une activité sexuelle ». La sexualité et le mariage précoce et forcés auraient sans doute aussi des répercussions sur les comportements sexuels des jeunes.

L'état matrimonial et la forme d'union

La valeur exorbitante de la dot exigée dans certaines ethnies avant le mariage des jeunes filles entraîne souvent le célibat. Les conditions de vie de plus en plus difficiles en ville et même dans certains milieux ruraux contribueraient aussi à ce phénomène.

Du fait de l'isolement affectif et sexuel, propice au stress psychologique et physique, le célibat favorise la multiplication des partenaires occasionnels et le recours à la prostitution, mais cela est surtout le cas chez les migrants, comme l'ont évoqué Lalou et Piché (1995). La relation entre l'état matrimonial et l'utilisation des condoms ne serait pas univoque. En effet, on peut penser que les mariés seraient plus motivés que les célibataires pour utiliser les condoms en dehors du couple, de peur de détruire leurs vies conjugales après avoir été contaminés par une MST ou le sida. Il n'en serait pas toujours ainsi, et il est aussi possible que les mariés, qui sont généralement moins habitués que les célibataires aux condoms, les utiliseraient moins, inconsciemment ou consciemment.

La polygamie¹ favorise les relations sexuelles extraconjugales qui naissent du système de partage des nuits entre différentes coépouses (Evina 1990 : 37-38)². Elle encouragerait aussi les relations sexuelles extraconjugales chez l'homme par le fait qu'un homme polygame trouverait plus normal qu'un homme monogame de contracter ces relations. Les relations sexuelles extraconjugales seraient aussi favorisées chez les polygames par l'écart d'âge entre conjoints (Caldwell *et al.* 1993) ; les jeunes femmes polygames dont le mari est assez âgé entretiendraient habituellement des relations sexuelles avec les jeunes hommes soit du fait que leur mari n'est plus capable de les satisfaire sexuellement soit du fait qu'elles sont très attirées par la jeunesse (Evans-Pritchard 1974 ; Vallenga 1983 ; Awusabo-Asare *et al.* 1993).

La polygamie accélère par conséquent la propagation du virus du sida en provoquant un brassage des générations (Brouard *et al.* 1991). Elle peut aussi influer sur la sexualité des jeunes enfants. Il n'existe cependant pas encore d'études qui ont mis en évidence les mécanismes par lesquels la polygamie affecte les comportements sexuels des jeunes.

L'instabilité conjugale et la mobilité matrimoniale

L'instabilité conjugale observée dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne (Kauffmann *et al.* 1988 : 222 ; Caldwell *et al.* 1993) influe directement sur les comportements sexuels aussi bien des parents que des enfants. Elle conduit la femme à contracter des unions polygamiques quand elle aboutit à une rupture d'union. Chez l'homme, elle peut l'entraîner à contracter des relations sexuelles extraconjugales au moment de l'instabilité. Il en est de même pour la femme. Lorsque cette instabilité conduit au divorce, l'homme (ou la femme) contracte, généralement, une union avec une très jeune femme (ou un homme) qu'il (qu'elle) connaît très peu. Dans ce cas on dirait

¹ Selon Gilles Pison (1988), « Le mot polygamie (du grec “poly”, plusieurs et “gamos”, mariage) désigne en fait une forme de mariage où un individu est marié à plusieurs individus en même temps. L'atlas ethnographique dressé par G.P. Murdock (1957) recense 418 sociétés polygames où ce type d'union est reconnu socialement, parmi 557 sociétés dont on connaît la forme du mariage. Celles où ce sont les femmes qui peuvent avoir plusieurs époux, on parle de “polyandrie”, sont extrêmement rares (il y en a 4 dans l'ensemble étudié, soit moins de 1 %) et la situation inverse, où ce sont les hommes qui peuvent avoir plusieurs épouses, la “polygynie”, est de loin la plus fréquente : on la rencontre dans 74 % des sociétés étudiées ».

² « Les régions de polygamie importante couvrent toute l'Afrique de l'ouest et descendent le long de la côte Atlantique jusqu'en Angola, avec seulement quelques zones de moindre polygamie autour des frontières entre le Nigeria et le Cameroun et entre la Côte-d'Ivoire et le Ghana. On trouve une polygamie déjà moins importante parmi les tribus nomades du Sahel, Touaregs et Berbères, mais elle est encore moins présente en Afrique centrale, en Afrique de l'est et en Afrique australe. Notons cependant une poussée de la polygamie dans une zone assez étroite descendant du Kenya et passant par la Tanzanie, la Zambie, le Malawi et le Mozambique, mais dont l'importance est bien moindre que ce que l'on trouve en Afrique de l'ouest » (Kauffmann *et al.* 1988 : 225-230).

que les remariages des divorcé(e)s et des veufs (veuves), favorisés dans certains pays africains par la polygamie (Pison 1988), les exposent aux MST/sida. Les risques de l'instabilité conjugale et de la mobilité matrimoniale chez les enfants sont très élevés, surtout en milieu urbain, comme le soulignent J.C. Caldwell *et al.* (1993 : 7) :

« Dans la plus grande partie d'Afrique occidentale, et dans bien d'autres régions africaines, règne une grande instabilité conjugale... Il arrive particulièrement dans les milieux urbains que les enfants soient uniquement élevés par leurs mères, grands-mères et tantes. Dans une étude menée à Kampala, Southall (1961) a observé que 23 % des ménages sont dirigés par des femmes, et cette situation serait, selon lui, probablement caractéristique de la plupart des milieux urbains. Dans ce contexte, les adolescents, mais surtout les filles, s'engagent dans les aventures amoureuses. Les femmes ne peuvent pas non plus résister aux avances des hommes, et les adolescentes cèdent facilement aux demandes que leur font les garçons ».

La situation de ces enfants devient très grave quand ils abandonnent l'école. L'instabilité conjugale et la mobilité matrimoniale influencent aussi la sexualité des jeunes enfants à travers l'encadrement familial. Lorsque les parents vivent ensemble et qu'ils assurent l'éducation de leurs enfants, leur autorité s'exerce davantage dans le sens du relèvement de l'âge au début des relations sexuelles (Kouton 1992). Selon Aucken (cité par Kouton 1992 : 63), les enfants issus d'une famille qui est instable ou dans laquelle les parents ne cohabitent pas entreraient plus jeunes dans la vie sexuelle que les autres.

Les interdits sexuels post-partum

On observe dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne des interdits relatifs à l'allaitement et à l'activité sexuelle post-partum (Sala-Diakanda 1980 ; Schoenmaeckers *et al.* 1981). L'abstinence post-partum y est liée à des rites et circonstances particulières de la vie : elle est généralement observée durant l'allaitement et parfois au moment des activités de chasse et de pêche collective (le coït porte malheur, selon des traditions ancestrales).

A l'est de l'Afrique les interdits sexuels post-partum sont inexistants (E. et F. Van de Walle 1988 ; Ilinigumugabo 1989). Ainsi, selon Aloïs Ilinigumugabo (1989), au Rwanda les relations sexuelles reprennent en moyenne huit jours après la période du post-partum. Cela a aussi été signalé au Kenya et au sud-ouest de l'Ouganda, par R. Schoenmaeckers *et al.* (1981) qui notent par ailleurs que l'islamisation contribue à la disparition de cette pratique, puisqu'elle ne prescrit l'abstention des relations sexuelles que pendant les 40 nuits suivant la naissance de l'enfant.

L'abstinence sexuelle post-partum favorise les relations sexuelles extraconjugales dans les sociétés où ces interdits existent, car les hommes peuvent être tentés de fréquenter d'autres femmes et de devenir polygames par la suite.

Les structures familiales

Le concept de famille en Afrique est un des plus controversés. Il englobe à la fois les liens de sang, les liens d'alliance, et parfois le lieu de résidence. La complexité de son contenu augmente si on cherche à tenir compte, dans la vie d'un individu, des éventuels recours à la parenté, de certaines modalités de la multirésidentialité du ménage (Locoh 1988) ou encore des réseaux de solidarité parentaux nécessités par les stratégies de survie en ville. La famille peut être définie comme un groupe de personnes qui ont entre elles des liens de sang ou des liens d'alliance (Locoh 1988 : 442) ; elle est par conséquent le lieu par excellence de la socialisation des enfants, du contrôle social et de la transmission des normes et valeurs. Elle influerait donc aussi sur la sexualité.

Le système de parenté

Le système de parenté influe sur les comportements sexuels des parents. Ainsi le système matrilinéaire, où la dominance sexuelle de l'homme sur la femme est très faible, accorde à la femme le monopole du contrôle de la production domestique : il est donc favorable à l'autonomie et à l'indépendance des femmes qui y seraient plus en mesure de refuser les rapports sexuels à leur mari que dans le système patrilinéaire. Il se pratique, entre autres, chez les Akan du Ghana et chez les Mongo du Bas-Zaïre. Cependant avec la modernisation, les femmes perdent de plus en plus leur indépendance économique et cela jouerait négativement sur leurs comportements sexuels (Oppong 1974).

Le système de parenté influe aussi sur la sexualité des jeunes enfants. Dans le système matrilinéaire, les enfants appartiennent à la lignée de la femme. Pour cela, son conjoint peut arriver à entretenir des relations extraconjugales dans le but d'avoir "ses propres en-fants", ce qui peut entraîner l'instabilité de sa première union. Les comportements sexuels qu'adopteraient les mères dans ce système influencerait aussi négativement la sexualité des jeunes enfants.

Les structures des ménages

Les structures familiales affectent aussi bien la sexualité des parents que celle des jeunes. J.C. Caldwell (1982) explique cette relation par le fait que les normes et valeurs sociales en matière de sexualité seraient observées plus strictement dans les ménages où cohabitent jeunes et vieilles générations : les contrôles sociaux s'y exerceraient de façon plus rigide que dans les ménages nucléaires. Toutefois la présence des parents du chef de ménage (ou de sa femme) peut aussi affecter négativement l'encadrement de ses jeunes enfants, en dégradant l'environnement familial (s'il y a parmi les parents du chef de ménage ou de sa femme des individus moins disposés à bien éduquer sexuellement les jeunes enfants) ou en réduisant, si le revenu du ménage est insuffisant, la capacité des parents à satisfaire les besoins de leurs enfants.

Les facteurs liés au statut et au rôle de la femme

Les concepts de “statut et rôle de la femme” restent encore imprécis. Certains auteurs considèrent surtout le “statut”, défini comme l’habileté des individus à décider, à accéder aux ressources et à les contrôler. Ainsi, Boudon et Bourricaud (1982 : 511, cité par Assogba 1989) appréhendent le statut via les positions qu’occupent les individus dans la société :

« Par dimension horizontale du statut on entend le réseau de contacts et d’échanges réels ou simplement possibles qu’un individu entretient avec d’autres individus situés au même niveau que lui ou que réciproquement, ces derniers cherchent à établir avec lui. La dimension verticale, quant à elle, concerne les contacts et les échanges qu’il noue au-dessus ou au-dessous de lui, et que réciproquement, ceux qui sont situés au-dessus ou au-dessous de lui cherchent à nouer avec lui ».

En Afrique subsaharienne, on accorde une grande importance à la fécondité pour déterminer l’image de la femme. La procréation y est le but premier du mariage :

« Chez les Béti du Sud Cameroun, l’absence de maternité est pour une femme un obstacle à son ascension dans le groupe féminin. De plus une femme sans enfant est le plus souvent considérée comme le logis des mauvais esprits ou tout simplement comme une sorcière. Les femmes stériles Fulani et des autres ethnies touchées par l’infécondité au Nord Cameroun se considèrent comme des handicapées sociales et se croient inférieures aux autres femmes. Une femme stérile ou inféconde n’aime donc pas se déclarer comme telle » (Evina 1990).

Cette importance accordée à la fécondité dans la détermination du statut de la femme se concrétise dans certaines sociétés par la tolérance de la fécondité prémaritale. Ce facteur entraîne aussi les femmes infécondes à contacter secrètement d’autres partenaires pour vérifier réellement si elles sont infécondes (Bledsoe 1989). L’infécondité entraîne d’autres comportements, surtout celui de liberté conjugale, avec comme corollaires l’instabilité et la mobilité matrimoniales (Evina 1990).

Si on insiste sur “le rôle”, on renvoie à la contribution de chaque sexe dans la production. Il s’agit à la fois de la reproduction et des activités domestiques, dans lesquelles les femmes interviennent généralement plus que les hommes. Dans ce contexte, les femmes ne pourraient disposer que de peu de temps pour suivre les informations sur la sexualité et le sida. Elles seraient pour cela plus exposées que les hommes au VIH/sida à cause notamment de leur ignorance des méthodes de prévention de cette maladie. Il en résulte que le statut et le rôle des hommes et des femmes est une variable à plusieurs facettes, socioculturelles et socio-économiques.

Les facteurs économiques

Contrairement aux facteurs socioculturels, ces facteurs sont directement liés à l’individu. Il s’agit ici de ses conditions de vie.

La dépendance économique des femmes

La plupart des femmes dépendent économiquement de leurs maris. Quand elles ne sont pas satisfaites économiquement par ces derniers, elles contractent des relations sexuelles extraconjugales à but lucratif comme le souligne Caroline Bledsoe (1989) : « A cause des difficultés économiques, même les femmes mariées s'engagent dans les activités sexuelles extra-conjugales » ; le problème serait très important en milieu urbain où les hommes contribuent en grande partie au revenu du ménage. Des différences importantes existeraient cependant entre pays africains. En effet en Afrique occidentale, les activités commerciales permettent à la femme d'avoir une certaine autonomie financière. Le cas le plus connu est celui des *Nana-Benz* (femmes d'affaires de Lomé). En revanche en Afrique orientale et australie, où les femmes ont moins d'activités commerciales, l'homme contrôle l'intégralité du budget familial, comme le montrent J. Caldwell *et al.* (1993) : « Cette situation est aggravée en Afrique de l'est et du sud par un système où les hommes contrôlent l'essentiel du budget familial. En Afrique occidentale, en revanche, les femmes conservent les fruits de leur travail et de ce fait elles sont devenues responsables pour la prise en charge de leur propre personne et de leurs enfants ».

Les conditions de vie

Dans des conditions économiques difficiles, les femmes célibataires peuvent se prostituer pour subvenir à leurs besoins. En effet, une bonne partie des jeunes filles migrant vers les grandes villes proviennent de villages ou de bourgades. Leur premier objectif en se rendant en ville est d'avoir un emploi. En cas d'échec, elles se lancent parfois dans la prostitution comme Caroline Bledsoe (1989) l'a noté en Zambie : « Les jeunes femmes provenant de leur village arrivent en ville, ne parviennent pas à trouver du travail et se tournent vers les moyens les plus simples de se procurer un peu d'argent et de sécurité. Elles recherchent des hommes aisés et âgés qui ont un emploi et sont souvent mariés, en estimant qu'elles peuvent satisfaire ainsi leurs besoins en échange de ces liaisons et relations sexuelles... Ces femmes accepteraient, à défaut de l'approuver, la propension des hommes mariés et des célibataires de voler d'une aventure amoureuse à l'autre ».

Cependant, comme le note le *National Mirror* (1987, cité par Bledsoe 1989), la majorité des jeunes femmes s'engageraient dans la prostitution malgré elles : « Quand elles sont interviewées, les filles qui attendent les hommes devant les hôtels racontent souvent des histoires tristes. Une jeune femme raconte ... "la raison pour laquelle je me prostitue est que j'ai deux enfants mais pas de mari. Je ne m'en réjouis pas du tout, mais je n'ai pas trouvé d'autre alternative" ». En revanche, les hommes stables profiteraient des difficultés économiques de ces jeunes femmes pour satisfaire au maximum leurs désirs sexuels. Cela pourrait expliquer la haute prévalence du sida observée par l'OMS en 1991 chez les cadres au Zaïre, au Rwanda et en Zambie.

La situation économique des parents affecte considérablement les comportements sexuels de leurs enfants, à travers les comportements sexuels que les parents adoptent sous les pressions économiques (Lurie 1976), et aussi à travers le type d'encadrement familial qui résulte de ces pressions. En effet, la situation socio-économique des parents détermine leur capacité à satisfaire les besoins de leurs enfants (Kouton 1992). Les moyens qu'ont les enfants pour satisfaire leurs besoins influent sur leur sexualité de la manière suivante :

- quand les parents ont assez de moyens pour satisfaire les besoins de leurs jeunes filles, ils modifient facilement leurs attitudes vis-à-vis des statuts privilégiés dans le milieu socioculturel d'origine (mariage forcé, union précoce, etc.) ;
- les moyens déterminent l'aptitude des parents à envoyer les enfants à l'école qui est un support social dont peuvent disposer les jeunes enfants pour l'éducation sexuelle, en particulier la connaissance et l'utilisation des préservatifs. La fréquentation scolaire est un des déterminants du statut auquel accèderont les jeunes enfants ;
- les moyens déterminent aussi la capacité qu'ont les parents d'envoyer leurs enfants dans des groupes de jeunes et de faciliter leur accès aux médias et aux films vidéo, etc. ;
- enfin les moyens mis à la disposition des jeunes influencent chez eux l'intensité de l'activité sexuelle et l'engagement dans l'activité sexuelle "à risque". En effet, en cas de situation économique difficile, les jeunes garçons, généralement issus de mères célibataires ou de mères adolescentes, abandonnent parfois leurs familles pour vivre dans la rue. La pauvreté de leurs familles d'origine, les sévices et l'exploitation qu'ils y subissent ne les incitent guère à y retourner. Ces jeunes sont souvent victimes de sévices sexuels que leur font subir d'autres jeunes de la rue ou d'autres personnes pour qui ils travaillent pour leur survie. Néanmoins en cas de situation économique favorable, certains jeunes garçons peuvent s'engager intensément dans les relations sexuelles, profitant en fait des difficultés économiques de jeunes filles pour satisfaire au maximum leurs désirs sexuels. Cela signifie qu'en cas de conditions difficiles, les jeunes filles auraient le plus tendance à s'engager intensément dans les relations sexuelles et même à se prostituer.

Les facteurs politiques

Ces facteurs se situent au même niveau que les facteurs socioculturels. Il s'agira d'abord des lois en matière d'entrée en union chez les jeunes et des lois en matière de divorce des parents et ensuite de l'accessibilité aux informations et aux condoms, par l'information et la sensibilisation de la population sur le VIH/sida et la mise à sa disposition des préservatifs.

Les législations en matière de mariage et de divorce

La législation des pays d'Afrique subsaharienne fixe en général un âge minimal d'entrée en union. Au Cameroun comme au Togo, il est

de 18 ans au premier mariage pour la femme et de 20 ans pour l'homme. On y voit cependant une réaction aux règles coutumières qui parfois n'exigent aucun âge pour le mariage de la femme, celle-ci étant même "mariée" au berceau ou avant la naissance (Mbaye 1978, cité par Rwenge 1995 : 18). Comme on l'a déjà noté, ces pratiques influent sur la sexualité des jeunes.

Il existe aussi des lois en matière de consentement des jeunes époux, mais elles ne sont pas respectées dans bon nombre de pays africains. Ainsi, il est exigé de façon formelle par le Code togolais de la famille que chacun des futurs époux, même mineur, consente personnellement au mariage (République du Togo 1980, cité par Rwenge 1995 : 18). Cette loi a donc prévu les conditions dans lesquelles doit être émise la manifestation de volonté ; plus précisément elle énonce que dans certains cas, si cette volonté n'a pas été totalement libre, il sera possible d'invoquer la nullité du mariage. En Afrique, le consentement est souvent extorqué par la violence et, faute de reconnaître son conjoint, un des époux peut invoquer l'erreur sur l'identité de la personne. De telles pratiques peuvent entraîner les jeunes époux à contracter des unions non désirées et, par conséquent, à adopter des comportements sexuels "à risque" dans le mariage. Toutefois le consentement des parents avant le mariage des jeunes enfants est aussi un élément important, surtout dans le cas des mineurs dont le choix pourrait leur être très préjudiciable et c'est pour pallier un manque de discernement des mineurs que le consentement des parents est jugé important.

Les lois en matière de divorce ne tiennent généralement pas compte des droits des enfants. Ils insistent surtout sur les droits des conjoints en cas d'infidélité d'un des époux, de mauvais traitements, d'excès, sévices ou injures, d'abandon de la famille ou du foyer, de condamnation de l'un des époux. Dans la plupart des cas, les enfants en sont plus victimes que les parents.

Information et sensibilisation de la population sur le VIH/sida et accès aux condoms

Jusqu'à présent les programmes mis en place en Afrique subsaharienne pour promouvoir l'éducation, la sensibilisation sur le sida et l'utilisation des condoms n'ont pas produit de résultats satisfaisants. Cela serait dû, entre autres, à la concentration dans les villes des infrastructures socio-économiques (médias, journaux, centres de santé), par lesquels se sont effectués l'éducation du public et sa sensibilisation. Une autre raison est que les programmes de promotion des condoms ont été élaborés à partir de recherches qui ont négligé l'importance des normes et valeurs socioculturelles en matière de sexualité dans les populations concernées. Par ailleurs même dans les villes d'Afrique subsaharienne, une frange importante de la population reste encore mal informée sur le sida, sur les modes de prévention de cette maladie, et n'a donc pas encore modifié son comportement sexuel.

Un autre reproche fait à ces programmes est qu'ils s'adressent surtout aux adultes et non aux jeunes : pourtant ceux-ci constituent une part importante de la population sexuellement active, mais la moins

informée sur les conséquences néfastes d'une sexualité libre. Selon Paxman et Zuckerman (1987), les types d'informations qui parviennent aux jeunes enfants en matière de sexualité et la disponibilité des centres de santé reproductive affectent fortement leurs comportements sexuels ; les informations à faire parvenir aux jeunes devraient donc être mieux sélectionnées afin d'améliorer leur éducation sexuelle. Les auteurs proposent par conséquent de mettre en place dans les pays en développement un système d'information et d'éducation des jeunes sur leur santé reproductive dans les centres de santé : « Les services de santé reproductive des adolescents devraient poursuivre les objectifs suivants : 1) fournir les soins aux adolescents qui en ont besoin, en s'assurant qu'ils sont pleinement informés sur les conséquences de ces soins ; 2) clarifier la position du personnel soignant qui fournit le traitement aux mineurs, à travers des canaux d'information légaux et éducationnels appropriés ». R. Roemer (1983) insiste aussi sur l'importance des lois et des politiques en matière de sexualité des jeunes et note l'intérêt de services spécialisés en santé reproductive des jeunes pour améliorer leur éducation sexuelle. Mais ces services ne seraient efficaces que si des lois en matière de sexualité et de droits des jeunes, et d'autres lois affectant leurs comportements sexuels, sont bien édictées : « Seraien à abroger les décisions de justice qui affectent les droits légaux des mineurs, qui limitent la possibilité des mineurs de recourir de leur gré aux services de santé, et le droit des adolescents à recourir aux services de santé reproductive ; seraient aussi à supprimer tous les obstacles légaux à l'accès aux services de santé proposant la contraception. La loi devrait fortement promouvoir des services de prévention tels que l'information, l'éducation et la contraception, aussi bien que l'accès à l'avortement si nécessaire ».

Quelques hypothèses explicatives

Les variations de la prévalence du VIH/sida entre régions voisines d'Afrique subsaharienne peuvent-elles en partie être expliquées par certains facteurs évoqués ? La réponse est affirmative, mais le problème est de montrer que tel ou tel facteur a des incidences plus importantes sur les comportements sexuels, et partant, sur le risque de la propagation du sida dans une région plutôt que dans une autre.

On sait que l'Afrique centrale et l'Afrique de l'est sont les plus touchées par le VIH/sida. L'Afrique de l'ouest vient ensuite. La mobilité des individus déterminerait la durée de l'introduction de cette maladie dans ces régions, mais est insuffisante pour expliquer les différences de prévalence entre pays voisins (les pays de l'Afrique de l'est frontaliers du Congo démocratique, à savoir l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie, et le Kenya, par exemple) ou entre les pays d'Afrique centrale et orientale et ceux de la région ouest-africaine.

Des études plus anciennes ont révélé que le niveau élevé d'infertilité et de stérilité observé en Afrique centrale était dû, notamment, aux MST stérilisantes et abortives qui y ont été observées. Selon ces études,

l'instabilité conjugale et la mobilité matrimoniale, ainsi que le "libertinage sexuel" sont les principaux facteurs de l'expansion de ces maladies dans les populations concernées (Evina 1990). Selon quelques travaux plus récents, ces facteurs ainsi que les maladies qui en découlent concernent plus l'Afrique centrale que l'Afrique de l'ouest. Comme la présence de MST ulcératives ou non ulcératives est généralement corrélée positivement à la probabilité de transmission sexuelle du VIH/sida (Auvert 1994), on comprendrait alors pourquoi la prévalence du sida est plus élevée dans la première de ces régions.

La plupart des populations d'Afrique de l'est se caractérisent par leur fort attachement aux valeurs traditionnelles. Hélas, contrairement à ce qu'on attendrait, elles sont les plus touchées par le sida. Cela signifie que leurs valeurs traditionnelles seraient très favorables à l'expansion du sida. Il s'agit, par exemple, de l'Ouganda où existent des mœurs traditionnelles favorables à une intense activité sexuelle avant ou dans le mariage. En effet, contrairement à l'Afrique de l'ouest où, dans beaucoup d'ethnies, la sexualité est perçue comme un devoir, la sexualité dans le mariage y est plus perçue comme un plaisir à satisfaire impérativement par le mari qu'un devoir (J.C. Caldwell 1989 : 198). Ces attitudes vis-à-vis de la sexualité vont plus loin et on a noté que les parents encouragent d'une manière ou d'une autre une intense activité sexuelle de leurs jeunes enfants. De plus, du fait d'une plus grande dépendance économique envers leurs maris, les femmes y noueraient des relations extraconjugales plus qu'ailleurs, et avec des objectifs différents. Toutefois, l'indépendance économique des femmes peut aussi favoriser ce type de relations par les biais de l'instabilité conjugale due à la mobilité résultant d'activités commerciales dont les femmes tirent une grande partie de leurs ressources. On pourrait ainsi penser à une plus grande instabilité des unions dans les pays d'Afrique de l'ouest que dans ceux d'Afrique de l'est et du centre, et ce, surtout parce que les unions polygamiques y sont plus fréquentes que les autres. Le fait que le schéma opposé ressorte des quelques études antérieures signifie que ce sont les valeurs traditionnelles et religieuses auxquelles adhèrent les sociétés ouest-africaines qui sont davantage favorables à la participation des femmes aux activités commerciales et à la polygamie. Ce qui témoigne encore plus de la faible prévalence des MST et du sida observés. En considérant ces derniers aspects, l'instabilité conjugale serait plus fréquente dans les pays d'Afrique de l'ouest que dans ceux de l'est, et ce, surtout parce que les unions polygamiques y sont plus fréquentes que les autres.

D'autres pratiques traditionnelles favorables à l'expansion du sida ont été observées au Rwanda et au Burundi, où la femme mariée est autorisée à contracter des rapports sexuels lors d'une longue absence de son mari et où les remariages rapides des veuves sont aussi acceptés. Ces pratiques favoriseraient l'expansion du sida. Par contre, les courtes durées d'abstinence sexuelle post-partum observées en Afrique de l'est feraient partie des facteurs freinant l'expansion du sida dans cette région, contrairement à l'Afrique de l'ouest où cette durée dépasse deux ans dans certaines ethnies.

Enfin, les grandes différences de prévalence du sida observées à l'est et à l'ouest du continent seraient aussi imputées au risque moins élevé de la transmission du VIH-2 horizontal et vertical — fréquent à l'ouest — que du VIH-1 qui se rencontre surtout à l'est.

Conclusion

Il est temps de prendre davantage et systématiquement en compte, dans les programmes de lutte contre la propagation sexuelle du VIH/sida en Afrique subsaharienne, les divers aspects des contextes personnels et sociaux affectant les comportements sexuels. Par conséquent, les recherches en sciences sociales sur le VIH/sida devraient repenser l'approche préventive de ce phénomène et des phénomènes corollaires au regard des réalités sociales africaines. Elles pourront ainsi se servir des résultats acquis pour élaborer un cadre conceptuel adéquat et pour identifier les variables pertinentes et les indicateurs qui sont à prendre en compte dans les questionnaires de collecte des données sur les comportements sexuels. C'est à partir de ces données améliorées seulement qu'on pourra identifier les vrais problèmes, les hiérarchiser et définir des meilleures stratégies et des programmes culturellement pertinents destinés à promouvoir à la fois une prévention et une prise en charge efficaces.

Bibliographie

- ASSOGBA M. L., 1989, *Statut de la femme et fécondité dans le golfe du Bénin*, Paris, 550 p. (Thèse de Doctorat de Démographie).
- AUVERT Bertran, 1994, « Epidémiologie du sida en Afrique », in J. VALLIN (éd), *Populations africaines et sida*, Paris, La Découverte : 63-117.
- AWUSABO-ASARE K., ANARFI J. K., AGYEMAN D.K., 1993, « Women's control over their sexuality and the spread of STDs and HIV/AIDS in Ghana », *Health Transition Review*, Supplement to Volume 3, « Sexual networking and HIV/AIDS in West Africa » : 69-84.
- BALDO M., AGGLETON P., SLUTKIN G., 1993, *Does sex education lead to earlier or increased sexual activity in youth*, IX^e Conférence Internationale sur le Sida, Berlin.
- BAUNI E. K., 1990, « The changing sexual patterns of the Meru people of the Chogoria Region », in Tim DYSON (ed), *Sexual behaviour and networking : anthropological studies on the transmission of HIV*, Liège, Derouaux-Ordina : 335-351.
- BLEDSOE C., 1989, *The cultural meaning of AIDS and condoms for stable heterosexual relations in Africa : recent evidence from the local print media*, Seminar on Population policy in sub-saharan Africa : drawing on international experience, Hotel Okapi, Kinshasa, Zaire, 27 February-2 March 1989, 27 p.

- BOWIE C., FORD N., 1989, « Sexual behaviour of young people and the risk of HIV infection », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 43 (1) : 61-66.
- BOZON M., 1994a, « Les constructions sociales de la sexualité », in M. BOZON et H. LERIDON (éds), *Sexualité et sciences sociales*, n° spécial *Population*, 48 (5) : 1173-1196. (Paris, PUF/INED).
- BROUARD N., DACKAM R. N., BONNEUIL N., PANTONE S., 1991, *Influence des écarts d'âges moyens entre partenaires sexuels sur la propagation de l'épidémie HIV : pour une réduction de cet écart en Afrique*, VI^e Conférence Internationale sur le Sida en Afrique, Dakar, décembre 1991.
- CALDWELL J. C., 1982, *Theory of fertility decline*, London, Academic Press, 386 p.
- CALDWELL J. C., CALDWELL P., QUIGGIN P., 1989, « The social context of AIDS in sub-saharan Africa », *Population and Development Review*, 15 : 185-234.
- CALDWELL J. C., CALDWELL P., 1983, « The demographic evidence for the incidence and cause of abnormally low fertility in tropical Africa », *World Health Statistic Quarterly*, 36 (1) : 2-34.
- CALDWELL J. C., CALDWELL P., QUIGGIN P., 1989, « The social context of AIDS in sub-saharan Africa », *Population and Development Review*, 15 : 185-234.
- CALDWELL J. C. et al., 1993, « African families and AIDS : context, reactions and potential interventions », *Health Transition Review*, Supplement to Volume 3, « *Sexual networking and HIV/AIDS in West Africa* » : 1-16.
- EVANS-PRITCHARD E.E., 1974, *Man and women among the Azande*, New York, Free Press.
- EVINA A., 1990, *Infécondité et sous-fécondité : évaluation et recherche des facteurs. Le cas du Cameroun*, Louvain, Université Catholique de Louvain, Département de Démographie, 274 p. (Thèse de doctorat).
- OUCAULT M., 1984, *Histoire de la sexualité*, tome II, *L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard.
- FREUD S., 1905, *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard (traduction de 1987).
- GERARD H., 1992, *Sociologie de la population*, Louvain, Université Catholique de Louvain, 247 p. (Facultés des sciences économiques, sociales et politiques, Notes de cours de Démographie).
- ILINIGUMUGABO A., 1989, *L'espacement des naissances au Rwanda : niveau, causes et conséquences*, Louvain-La-Neuve, CIACO/Institut de Démographie, 243 p.
- Instituto mexicano de investigacion de familia y poblacion planeando tua vida, 1990, *Elaboration et essai d'un programme d'éducation sur la vie familiale à l'intention des jeunes enfants*, Rapport technique final.
- KAUFFMANN G., LESTHAEGHE R., MEEKERS D., 1989, « The nuptiality regimes in sub-saharan Africa », in R. J. LESTHAEGHE (ed), *Reproduction and social organization in sub-saharan Africa*, Berkeley, University of California Press : 238-337.
- KOUTON E., 1992, *Evaluation et recherche des facteurs de la fécondité précoce au Bénin*, Yaoundé, IFORD, 113 p. (Cahiers de l'IFORD n°3).
- KU L., SONENSTEIN F. L., PLECK J. H., 1993, « Factors influencing first intercourse for teenage men », *Public Health Reports*, 108 (6) [cité par C. L. BLANNEY, 1994, « L'éducation sexuelle responsabilise les jeunes », *Family Health International*, 9 (1) : 7-12].

- LALOU R., PICHE V., 1994, *Migration et sida en Afrique de l'ouest. Un état des connaissances*, Paris, CEPED, 53 p. (Dossier du CEPED, n°28).
- LEVI-STRAUSS C., 1968, *Structures élémentaires de la parenté* (2^e édition), Paris-La Haye, Mouton, XXX-591 p. (1^{ère} édition en 1947).
- LOCOH T., 1988, « Structures familiales et changements sociaux », in D. TABUTIN (éd), *Population et sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Paris, L'Harmattan : 441-478.
- LURIE A., 1976, « Adults parents and their sexuality », in Family Planning Council of New York City, *Family interaction on sexuality*, New York : 1-12.
- MARIASY J., RADLETT M., 1990, « Women : the vulnerable sex », *AIDS Watch*, 10 : 25-30.
- MADZOUKA J., 1991, « La transmission des normes aux jeunes : quels modes préférentiels ? », *Actes de la Conférence "Femme, Famille et Population"*, Union pour l'Etude de la Population Africaine, Burkina-Faso, avril 1991, vol. 1 : 193-204.
- MEEKERS D., 1992, *Sexual initiation and premarital childbearing in sub-saharan Africa*, Calverton, Maryland, DHS, Macro International Inc., 26 p. (Working Papers).
- MURDOCK G.P., 1964, « Culture correlates of the regulation of premarital sex behavior », in R.A. MANNERS (ed), *Process and pattern in culture*, Chicago, Aldine : 399-410.
- NGONDO a Pitshadenge S., 1992, *Nuptialité et structures familiales en Afrique au Sud du Sahara. Traits permanents et mutations en cours*. Communication sollicitée pour la Table ronde “Structure et dynamique de la formation de la famille en Afrique”, UEPAP, 21 p.
- NTOZI J., LUBEGA M., 1990, « Patterns of sexual behaviour and the spread of AIDS in Uganda » [: 315-333], in Tim DYSON (ed), *Sexual behaviour and networking : anthropological studies on the transmission of HIV*, Liège, Derouaux-Ordina, 385 p.
- OCHOLLA-AYAYO A.B.C. et al., 1990, *Sexual practices and the risk of the spread of STD's and AIDS in Kenya*, Task Force on Sex Practices and the risks of STDs and AIDS in Kenya, WHO and Population Studies and Research Institute, University of Nairobi, Kenya, 78 p.
- OPPONG C., 1974, *Marriage among a matrilineal elite*, Cambridge, Cambridge University Press.
- PAXMAN J.M., ZUCKERMAN R. J., 1987, *Laws and policies affecting adolescent health*, Geneva, WHO, 360 p.
- PISON G., 1988, « Polygamie, fécondité et structures familiales », in D. TABUTIN (éd), *Population et sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Paris, L'Harmattan : 249-278.
- RETEL-LAURENTIN A., 1974, *Infécondité en Afrique noire. Maladies et conséquences sociales*, Paris, Masson, 188 p.
- ROEMER R., 1983, *Legal aspects of health services related to adolescent*, 96 p. (non publié, cité par J.M. PAXMAN et R. J. ZUCKERMAN, 1987).
- ROMANIUK A., 1967, *La fécondité des populations congolaises*, Paris/La Haye, Mouton, 348 p.
- RWENGE M., 1995, *Facteurs contextuels affectant les comportements sexuels des jeunes en milieu urbain camerounais. Le cas de la ville de Bamenda, province du*

- Nord-Ouest Cameroun. Rapport de Recherche, Programme des Petites Subventions de l'UEPA*, 205 p.
- SALA-DIAKANDA M. D., 1980, *Approche ethnique des phénomènes démographiques : le cas du Zaïre*, Université Catholique de Louvain, Département de Démographie, 433 p. (Recherches démographiques, cahier n°4).
- SCHOFIELD M., 1971, « The sexual behaviour of young people », in J. MEDAWAR et D. PYKE (eds), *Family planning*, Harmondsworth, Penguin : 173-178.
- SHOENMAECKERS R. et al., 1981, « The child-spacing traditions and the post-partum taboo in tropical Africa : anthropological evidence », in J.P. HILARY et R. LESTHAEGHE (eds), *Child-spacing in tropical Africa. Traditions and change*, London, Academic Press : 25-71.
- TABUTIN D., 1982, « Tendances et niveaux de la fécondité dans l'ouest du Zaïre », *Population*, 37 (1) : 29-50.
- TIGER L., FOX R., 1974, *The imperial animal*, New York, Dell, 256 p.
- Union pour l'Etude de la Population Africaine, 1993, *Rapport de la Conférence sur "Reproduction et Santé Familiale en Afrique"*, Dakar, UEPA, 95 p.
- VALLENGA D., 1983, « Who is a wife ? Legal expressions of heterosexual conflicts in Ghana », in C. OPPONG (ed), *Female and male in West Africa*, London, Allen and Unwin : 144-155.
- VAN BALEN, 1958, *Analyse van de demographische gagevens van de chefferis Ezo en Sasa*, Belgian Congo (unpublished report).
- VAN DE WALLE E., VAN DE WALLE F., 1988, « Les pratiques traditionnelles et modernes d'espacement ou d'arrêt de la fécondité », in D. TABUTIN (éd), *Population et sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Paris, L'Harmattan : 141-166.

Mburano RWENGE, *Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du sida en Afrique subsaharienne : une synthèse*

Résumé — Depuis la découverte du sida, la propagation de cette maladie a été liée à la circulation des individus. Cependant, ce constat est loin d'expliquer totalement la diffusion du virus du sida en Afrique subsaharienne : la circulation favorise son introduction, mais ce sont plutôt les facteurs socioculturels, socio-économiques et politiques qui en facilitent (ou freinent) la propagation dans la population générale. Ces facteurs expliquent donc surtout les variations de la prévalence du sida entre régions ou entre groupes sociaux voisins. L'objectif de cette étude est de mettre en lumière ces facteurs, de montrer comment ils affectent les comportements sexuels, et partant, d'avancer des hypothèses explicatives de la variation de la prévalence du VIH/sida en Afrique subsaharienne.

Mots-clés : Afrique subsaharienne • sida • transmission sexuelle • facteurs • hypothèse explicative.

Mburano RWENGE, *Contextual factors influencing the sexual transmission of HIV in sub-saharan Africa: a summary*

Summary — Since the discovery of AIDS, the propagation of this illness has been linked to the circulation of individuals. However, this observation falls far short of a comprehensive explanation of the spread of the AIDS virus in sub-saharan Africa. The circulation of people does indeed facilitate the initial introduction of the virus into a community; however, socio-cultural, socio-economic, and political factors are what further (or curb) its propagation in the general population. It is above all these factors that explain variations in AIDS prevalence between regions or between neighboring social groups. The objective of this study is to elucidate these factors, to show how they affect sexual behavior, and consequently to propose explanatory hypotheses regarding the variation of HIV/AIDS prevalence in sub-saharan Africa.

Keywords: sub-saharan Africa • AIDS • sexual transmission • factors • explanatory hypothesis.

13. Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/sida dans le contexte africain

Benoît Ferry

Introduction

En Afrique subsaharienne, plus de 90 % des infections à VIH chez les adultes se font par transmission sexuelle entre hommes et femmes (WHO/GPA 1994). Bien que les rapports hétérosexuels y constituent partout le mode principal de la transmission du VIH, de larges variations dans la prévalence du VIH sont observées. Même pour des villes où l'épidémie semble avoir commencé à peu près en même temps, de larges variations sont observées dans l'évolution de l'infection à VIH. Par exemple à Kinshasa, Kampala, Kigali et Lusaka, les premiers cas de sida ont été découverts aux alentours de 1983. Or à Kinshasa, la prévalence est restée relativement basse alors que dans les trois autres villes, elle est extrêmement élevée (Buvé *et al.* 1995). A Abidjan et Yaoundé, les premiers cas ont été signalés en 1985 et 1986 (De Cock *et al.* 1989 ; WHO 1993); les deux villes ont pourtant aujourd'hui des niveaux de prévalence très différents. Il est raisonnable de penser que la variation de la durée depuis l'introduction du virus n'est pas la seule explication aux différentes évolutions de la prévalence du VIH.

La propagation de l'infection à VIH a été plus rapide et plus importante dans les villes d'Afrique de l'est, où la prévalence chez les femmes enceintes est souvent supérieure à 15 %. Dans certaines villes d'Afrique centrale, la séroprévalence semble s'être stabilisée aux alentours de 5 % depuis le milieu des années 80. La situation en Afrique de l'ouest est plus hétérogène : dans certains centres urbains, par exemple à Cotonou (Bénin), à Libreville (Gabon) ou à Maiduguri (Nigeria), la prévalence du VIH est restée relativement basse jusqu'à présent ; dans d'autres, comme Abidjan, le VIH s'est propagé rapidement et largement.

Ces variations importantes de la diffusion et des niveaux des épidémies du VIH sont mal comprises. De nombreuses études ont été faites dans différentes régions d'Afrique subsaharienne, sur les facteurs de risque associés à l'infection à VIH, incluant les caractéristiques des comportements sexuels (principalement sur le nombre de partenaires et les relations avec les prostituées), les épisodes de MST, la circoncision, et certaines pratiques sexuelles. Il est difficile de comparer les résultats des distributions des facteurs de risque de ces études, parce que peu d'entre elles sont fondées sur des populations générales, mais plutôt sur des groupes-cibles tels que les femmes enceintes en consultation prénatale, les prostituées, les patients MST, et parce que des méthodologies différentes

ont été utilisées. L'ex-Programme Mondial de Lutte contre le Sida de l'OMS a conduit une série d'enquêtes comparatives sur les comportements sexuels dans 16 pays en développement (Cleland et Ferry 1995), dont les objectifs étaient de fournir une description relativement simple des comportements sexuels, d'identifier les groupes cibles et d'évaluer les changements dans le temps. Une telle étude ne suffit pas à fournir les données nécessaires pour savoir si les types de comportements sexuels peuvent expliquer l'hétérogénéité de la propagation de l'infection à VIH dans les différentes régions d'Afrique subsaharienne. Ainsi les données disponibles ne fournissent pas d'explications satisfaisantes à l'hétérogénéité de la propagation de l'infection à VIH dans les diverses régions, et on manque encore de données comparatives de bonne qualité sur les distributions des facteurs de risque de l'infection à VIH dans des lieux qui ont connu des progressions différentes de l'épidémie. L'élucidation des facteurs déterminant le taux de prévalence du VIH est importante pour la conception et la planification des programmes de contrôle appropriés.

Dans les environnements socio-économiques difficiles, auxquels sont confrontés aujourd'hui la plupart des pays africains, le sida est un des facteurs de risque parmi beaucoup d'autres.

En Afrique, des données majeures, essentielles pour comprendre l'épidémie et favoriser une prévention et un support plus efficace aux malades, manquent encore. Dans l'état actuel des connaissances et des actions entreprises, il est urgent d'élaborer une liste de questions non résolues posées à la recherche.

Quelques questions

Quelques questions générales de recherche peuvent être mentionnées. Les réponses qui leur seront données pourraient s'avérer déterminantes pour la compréhension du sida, de sa dynamique et de sa prévention.

— Pourquoi et comment les épidémies de sida s'étendent rapidement ou lentement dans divers pays ou populations ? Pourquoi et comment y diffèrent-elles dans leur progression ? Quels sont les facteurs qui déterminent la vitesse et les niveaux de progression ?

— Quelles sont les incidences et les durées d'incubation dans différentes populations en Afrique ?

— Pourquoi certaines catégories de la population sont-elles plus vulnérables ?

— Pour quelles raisons les modèles n'arrivent-ils pas à décrire la réalité de cette épidémie et son évolution ?

— Quel pourrait être un schéma des déterminants proches et contextuels de la transmission du VIH et de la dynamique de son extension ?

— Quels facteurs — sociaux, démographiques et économiques — alimentent l'épidémie ? Quel est le rôle de la mobilité et des migrations dans son extension ? Quelles sont les relations entre la pauvreté, la marginalisation et le sida ? Quelle est l'importance des cultures, des traditions, des religions parmi les facteurs contextuels de la transmission du VIH ?

- Pourquoi, malgré la très faible transmissibilité hétérosexuelle du VIH, l'épidémie est-elle massive en Afrique où 90 % des infections sont d'origine hétérosexuelle ? Quels sont les différentiels de la transmission hétérosexuelle ?
- Quelle est la structure de la population sexuellement active et quels sont les types d'activités sexuelles (répartition, quantification, fréquences, corrélats, déterminants) ? Quelles sont les populations non à risque ou à faible risque ?
- Quelle est l'importance de l'organisation sociale des comportements sexuels, et quels réseaux sexuels et facteurs les influencent ?
- Quels sont les changements de comportements sexuels et leurs déterminants, et quels facteurs permettent de maintenir des pratiques sexuelles à moindre risque ?

Les facteurs en cause dans la transmission du VIH

Cette série de questions non résolues renvoie en fait à un très grand nombre de variables qui interviennent dans l'exposition au VIH, sa transmission et finalement dans la dynamique de l'épidémie. Les chercheurs se sont efforcés au cours des dernières années de mettre de l'ordre dans ces facteurs et ont été amenés à s'interroger sur ce qui se passait réellement au carrefour de diverses réalités et disciplines.

Il ressort que le VIH est un virus difficile à transmettre. Des progrès ont été réalisés pour en connaître les caractéristiques biologiques et la façon dont il peut se transmettre. En dehors de la voie materno-fœtale, sa transmission, contrairement à la plupart des autres virus, implique la mise en œuvre de comportements spécifiques qui exposent un individu au virus et, dans un second temps, à la possibilité de transmission du virus lui-même. Si un individu n'est pas exposé au virus, il ne peut s'infecter ; étant exposé il peut éviter la transmission. Si un individu exposé ne se protège pas, il a une probabilité d'être infecté.

Des sous-ensembles de déterminants de la transmission du VIH apparaissent ainsi : d'une part les déterminants de l'exposition au virus, et d'autre part les déterminants de la transmission elle-même. Ils sont de nature psychosociale ou d'origine biologique. Certains ont un effet très direct quant à l'exposition ou à la transmission, d'autres sont considérés comme indirects, car en fait ils influencent seulement des déterminants directs.

Le but principal de ces distinctions est d'ordonner les facteurs influençant la transmission du VIH. Ils sont en général présentés tout mélangés et sont souvent mis au même niveau pour leur rôle dans la transmission, ainsi la pauvreté, la culture, les pratiques sexuelles, l'utilisation de préservatifs ou les souches virales.

On peut suggérer un schéma de déterminants de la transmission du VIH dont l'effet s'évalue à partir de l'incidence ou de la prévalence du VIH, qui sont elles-mêmes décomposées par âge, sexe ou selon d'autres variables, géographiques notamment. On distinguera, avec les variables liées à l'exposition et celles liées à la transmission, les variables indirectes ou contextuelles qui n'ont pas d'effet direct sur la transmission du VIH et

ne font qu'influer sur les variables directes. Elles sont considérées trop souvent comme des facteurs majeurs de la transmission et de la dynamique de l'épidémie. Ce ne sont pas le niveau d'éducation ou les conditions économiques par exemple qui déterminent un niveau de transmission du VIH. En effet ce n'est pas en élevant le niveau d'éducation ou le revenu qu'on diminue la transmission. L'influence de ces deux facteurs sera médiatisée par les variables directes, principalement la façon dont l'éducation et le revenu impliqueront tel type de comportement sexuel ou tel autre. Parmi ces variables indirectes ou contextuelles, on citera le type d'économie et les conditions économiques, l'organisation et le contexte social, l'ethnie, la religion, le lieu de résidence, les relations homme-femme, les attitudes ou encore la mobilité et les migrations.

Variables liées à l'exposition au VIH

Il apparaît que ce qui est au cœur de la transmission du VIH ce sont les comportements sexuels dont le rôle et l'importance sont déterminants dans l'épidémie de sida en Afrique. Mais en se s'intéressant qu'à la fréquence des rapports sexuels ou au nombre de partenaires sexuels, on est loin d'avoir compris l'ensemble des facteurs qui sont en jeu pour déterminer l'intensité de la transmission.

Exposition au VIH

Un individu est exposé au risque d'infection si ses comportements sexuels le mettent en contact avec le VIH en l'inscrivant dans une relation ou un réseau sexuel où le VIH est présent. Ce sont les caractéristiques de cette relation et de ce réseau qui déterminent le risque encouru par l'individu. Les déterminants de l'exposition sont donc les éléments structurants du réseau, tels l'intensité de la vie sexuelle, le type de partenaires, le type de relations sexuelles entre ces partenaires et les partenaires des partenaires.

S'intéresser aux comportements sexuels d'une population exclut déjà une bonne partie de celle-ci. En effet seule une sous-population est sexuellement active. Toute la population n'a pas en permanence une activité sexuelle. Les pratiques d'abstinence post-partum ou rituelles sont fréquentes en Afrique. On entre plus ou moins tôt dans la vie sexuellement active, et on en sort plus ou moins tard selon les circonstances. De plus une part non négligeable de la population n'a qu'un partenaire et que des relations monogames réciproques sans activité occasionnelle extérieure. Ainsi une partie de la population ne se trouve pas ou peu exposée au risque d'infection par le VIH.

Age d'entrée dans la vie sexuelle

L'âge d'entrée dans la vie sexuellement active joue un rôle, particulièrement quand on sait que les femmes africaines s'infectent dans leur grande majorité entre 15 et 24 ans. Plus on y entre tard, moins on a de risque d'être exposé. Ce qui est déterminant est la durée entre le début de la vie sexuellement active et le mariage ; plus cette durée est courte,

moins on est exposé à plusieurs partenaires. En ce sens le mariage constitue une protection relative.

L'âge d'entrée dans la vie sexuelle active marque le début de l'exposition au risque de grossesse et d'infection (Caraël 1995). Elle semble associée à un accroissement du risque d'infection. Plus l'âge d'entrée dans la vie sexuelle active est bas, plus le risque d'avoir de multiples partenaires est élevé (Aral *et al.* 1991). Hunter *et al.* (1994) montrent qu'un âge tardif d'entrée dans la vie sexuellement active avait été trouvé associé avec une baisse de risque d'infection, mais cette association disparaît après contrôle du nombre de partenaires dans la vie entière.

Intensité de la vie sexuelle

Les individus ont une vie sexuelle plus ou moins intense. Son intensité peut être saisie par la durée de la vie sexuelle, le nombre moyen de partenaires, le multipartenariat, la proportion d'individus sans relations sexuelles et la fréquence des relations sexuelles. La durée de la vie sexuelle correspond à la durée d'exposition potentielle à l'infection. Plus elle est longue, plus le risque de recevoir, mais aussi de transmettre est élevé. Cette intensité peut varier selon le sexe, l'âge, l'ethnie, la religion, le statut matrimonial, le niveau économique de l'individu. Le nombre de partenaires et la fréquence des rapports sexuels sont de bons indicateurs de cette intensité, en montrant l'absence de relations sexuelles ou au contraire une situation de multipartenariat sériel ou concomitant.

Fréquence des rapports sexuels

Dans une population sexuellement active, il ne semble pas que le nombre de rapports sexuels influe de façon importante sur le taux de transmission du virus. Cependant, Padian *et al.* (1990) concluent que le nombre de rapports sexuels serait un facteur accroissant le risque de transmission en présence d'autres facteurs (rapport anal, circoncision...). Il existe peu de données sur la fréquence des relations sexuelles. Les enquêtes CACP (Connaissances, attitudes, croyances, pratiques) donnent quelques résultats sur la fréquence moyenne de coïts par mois (Caraël 1995) qui serait moins élevée en Afrique de l'ouest et du centre qu'en Afrique de l'est. Pour les hommes, le nombre moyen de coïts par mois est de 2,9 en Côte-d'Ivoire et au Togo, 5,5 au Burundi et 4,9 en Tanzanie. La même tendance est observée pour les femmes, ce nombre moyen allant de 1,5 au Togo à 5,7 au Burundi. Les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS/DHS) présentent quelques données sur l'activité sexuelle des femmes et les pratiques d'abstinence post-partum. Au Cameroun, 55,4 % des femmes de 15-49 ans interrogées étaient sexuellement actives dans les quatre dernières semaines précédant l'enquête, contre 62,5 % en Zambie. L'abstinence est donc un phénomène très important mais recouvre des faits variés. Si environ 20 % des femmes sont en situation d'abstinence post-partum, la même proportion de femmes se trouve en abstinence non post-partum. La pratique de l'abstinence post-partum est très variable d'une région à l'autre : globalement, elle est plus longue en Afrique de l'ouest et du centre-ouest qu'en Afrique du centre-est ; la durée médiane varie de 17,5 mois au Togo à 4,4 mois en Zambie.

Cependant, en milieu urbain, dans les pays d'Afrique de l'ouest, elle peut chuter à environ 6 mois, comme à Yaoundé (Cameroun).

Stabilité des relations sexuelles

Une relation sexuelle est une relation sociale, économique et physique unissant deux personnes ayant des rapports sexuels. Ces relations sexuelles ne se font pas de façon aléatoire, mais répondent à des règles sociales, culturelles, économiques qui définissent les types de relation présents dans la société. Elles sont caractérisées par leur stabilité. Si les relations sont stables, le réseau sexuel est stable et la probabilité de diffusion du VIH à l'intérieur du réseau n'est pas accrue avec le temps. Par contre, si les relations sont instables, la population au sein du réseau est toujours renouvelée et il y a alors un risque plus important de diffusion du VIH. La stabilité de la relation est mesurable par la durée de la relation et la corésidence ou la fréquence des rencontres.

Types de relation

Le type de relation est une notion présente dans beaucoup d'écrits sur les systèmes d'échanges sexuels mais tout en restant parfois sous-jacente (Piot et Laga 1994). Il y a deux approches des types de relations :

1) *par définition de catégories à partir de la durée de la relation*, telles que régulière, occasionnelle et "commerciale" (Buvé *et al.* 1995 ; Hudson 1993 ; Auvert *et al.* 1990). Mais cette définition est ambiguë à deux niveaux :

a) les relations commerciales sont un type particulier de relations occasionnelles et donc ces catégories ne sont pas exclusives ;

b) il y a souvent amalgame de ce concept avec celui de type de partenaires. Auvert *et al.* (1990) parlent de type de relation (occasionnelle ou régulière) et catégorisent ensuite les individus par le type de la relation. Cette ambiguïté est peut-être dangereuse, car elle occulte la véritable identité du type de partenaires. Cependant cette catégorisation est fonctionnelle. Auvert a défini dans son modèle un système d'échanges sexuels en partant de quatre types de relations (les trois citées précédemment, plus celle de non-échange sexuel, souvent oubliée dans la réflexion) qui donnent 13 types de situations d'échanges sexuels ;

2) *par définition de la relation par rapport au statut matrimonial*. Trois catégories sont définies : les relations prémaritales, maritales et extramaritales (Havanon *et al.* 1993 ; Caldwell *et al.* 1992).

Ces deux catégorisations peuvent être complémentaires, car une relation prémaritale peut être régulière et une relation extramaritale régulière ou occasionnelle. Les enquêtes CACP tiennent compte des deux approches (Caraël 1995). Une série d'études conduites dans cinq pays a montré la grande variabilité de la proportion d'hommes ayant plus d'un partenaire régulier et de la proportion d'hommes ayant des partenaires non réguliers en plus de leur partenaire régulier. En Tanzanie et à Lusaka (Zambie), 4 % des hommes ont 3 partenaires réguliers, alors qu'en Côte-d'Ivoire et au Niger, 9 % des hommes sont dans cette situation. En Côte-d'Ivoire, 78 % de ces hommes ont aussi des partenaires non réguliers contre 38,5 % au Niger (Caraël *et al.* 1991). Le niveau de relations sexuelles "commerciales" varie selon les pays. A Kigali (Rwanda), 40 %

des hommes mariés et 91 % des hommes célibataires ont eu des rapports sexuels avec une prostituée dans le mois précédent l'enquête, alors qu'à Bulawayo (Zimbabwe) seuls 24 % des hommes dans la population générale rapportent avoir eu des rapports sexuels avec une prostituée dans le dernier mois (Buvé *et al.* 1995).

La prévalence des relations sexuelles classées par type — régulières, occasionnelles ou commerciales — exprime la dynamique sexuelle d'une population et peut être approchée en définissant soit la proportion d'hommes et de femmes appartenant à chaque type de relations sexuelles, soit le nombre de nouveaux partenaires acquis par unité de temps, pour chaque type de relations sexuelles.

Le nombre de partenaires

Si le nombre de nouveaux partenaires acquis par unité de temps est élevé et si la proportion des individus ayant des relations sexuelles occasionnelles et/ou "commerciales" est grande, le risque d'être exposé au VIH est plus important et peut aboutir à un niveau de prévalence élevé.

L'expansion de l'épidémie dépend en grande partie du nombre de cas secondaires d'infections par cas primaires. La notion de nombre moyen de partenaires par unité de temps est l'une des plus importantes, car c'est le nombre de cas secondaires potentiels pendant cette période. Il faudrait pouvoir tenir compte du statut d'infection des partenaires et de l'usage de préservatifs pour chaque relation pour connaître réellement le risque de transmission selon l'intensité de l'exposition.

Pour Anderson (1991), si le coefficient de transmission est défini par la probabilité de transmission par partenaire par unité de temps, la plus importante mesure des comportements sexuels est le nombre moyen de nouveaux partenaires par unité de temps. Piot et Laga (1994) ont repris cette notion, mais ajoutent que le statut d'infection du partenaire est aussi important. Blythe et Castillo-Chavez (1989), Buvé *et al.* (1995), considèrent le nombre moyen de partenaires par unité de temps comme un des éléments définissant les classes d'activité sexuelle qui montrent l'hétérogénéité de l'activité sexuelle. Pour Buvé *et al.*, c'est la proportion des hommes et femmes dans les différentes classes d'activité sexuelle qui importent. Si tous les auteurs montrent l'importance du nombre moyen de nouveaux partenaires par unité de temps, il est remarquable que cet indicateur n'apparaisse pratiquement jamais dans les résultats d'enquête. La moyenne du nombre de nouveaux partenaires cache l'hétérogénéité qu'il peut exister dans les comportements. C'est pourquoi les résultats d'enquête présentent plus souvent la distribution des répondants par classe de nombre de partenaires (Cameron *et al.* 1989 ; Lindan *et al.* 1991 ; Hunter *et al.* 1994). Face à ce problème, Anderson (1991) propose de saisir l'hétérogénéité du taux moyen de changement de partenaires par le calcul et la prise en compte de la variance de la moyenne.

Multipartenariat sériel ou concomitant

L'infectivité d'une personne infectée est plus élevée dans la première phase de son infection et en fin de vie lorsque les maladies se déclarent (période de haute virémie). Si cette personne a plusieurs partenaires en même temps, le risque d'infecter d'autres individus est plus élevé

(Hudson 1993). Watts et May (1992) ont décrit un modèle permettant de tenir compte du multipartenariat concomitant dans la dynamique de l'épidémie. Ils concluent que la croissance de l'épidémie peut être plus élevée dans une situation de multipartenariat synchronique, mais qu'il faut tenir compte d'autres facteurs tels que l'hétérogénéité de l'activité sexuelle, la durée moyenne d'une relation. Le poids du multipartenariat synchronique est d'autant plus important qu'il constitue une pratique d'un groupe tel que les prostituées.

Le type de partenaires et de relation entre partenaires influent beaucoup sur le processus de diffusion du VIH. Ces relations peuvent être ponctuelles, occasionnelles ou régulières, sérielles ou concomitantes. Le multipartenariat multiplie les situations à risque et donc accroît le risque d'exposition. De plus, l'inféctivité d'une personne est plus importante juste après l'acquisition du VIH. Si le multipartenariat est synchronique, le risque de transmission est plus important (Hudson 1993).

Les réseaux sexuels

Selon Klovdahl (1985), quand la propagation d'un virus nécessite des contacts intimes et personnels répétés, la conceptualisation de la population en réseau permet de mieux comprendre la nature et la croissance de l'épidémie. Les réseaux sexuels sont d'une importance cruciale dans le processus d'extension de l'épidémie. Ils représentent la trame de circulation du virus dans une population donnée. Beaucoup de recherches se sont intéressées au nombre moyen de partenaires différents avec lequel un individu a des relations, mais en terme de croissance de l'épidémie, le nombre et le type de partenaire des partenaires se révèlent aussi importants (Orubuloye *et al.* 1994).

Les systèmes d'échanges sexuels apparaissent de plus en plus importants dans l'analyse de la croissance de l'épidémie. Ainsi pour Auvert, la dynamique de l'épidémie va être principalement fonction des déterminants qui favorisent le brassage de population. « Au niveau de la population entière, l'épidémie peut être considérée comme la résultante de plusieurs épidémies qui se développent dans des sous-groupes particuliers avec chacune sa propre dynamique, le virus se propageant d'un sous-groupe à l'autre par les personnes infectées qui appartiennent à plusieurs groupes ou passent de l'un à l'autre » (Auvert 1994 : 91). Pour Anderson *et al.* (1991), « Les processus les plus importants qui déterminent les modèles de transmission du VIH sont ceux qui gouvernent l'échange au sein ou entre les différentes strates de la population ». L'échange sexuel sous-entend l'existence de groupes d'individus et des relations entre ces groupes.

Les échanges entre classes d'activité sexuelle

Si on s'accorde sur l'importance des systèmes d'échanges sexuels, il reste encore à définir les différents groupes présents dans la société. Pour Blythe et Castillo-Chavez (1989), c'est l'échange entre les différentes classes d'activité sexuelle qui importe ; dans un modèle dynamique des maladies sexuellement transmissibles dans une population où existe une hétérogénéité de l'activité sexuelle, il est nécessaire de connaître la fraction de partenaires venant d'autres niveaux d'activités. Gupta *et al.*

(1989) s'appuient également sur l'activité sexuelle pour aboutir à une description des systèmes d'échanges sexuels endogames (échanges entre groupes de la même classe d'activité sexuelle) ou exogames (échanges entre groupes de classes différentes). Pour Brouard (1994), ce sont les échanges entre différentes classes d'âge qui expliqueraient la croissance de l'épidémie. La définition des différents types de partenaires est encore très peu développée. Cependant, l'étude du choix du conjoint montre l'importance de l'identité du partenaire (Girard 1980) et on peut imaginer avoir des identités de partenaires différents selon le type de relation.

Le brassage de population dépend des individus qui y participent et de leurs partenaires. L'analyse des caractéristiques des individus et de leurs partenaires définira les types de partenaires présents dans le réseau sexuel et leur poids dans la population.

Les partenaires des partenaires

L'existence de partenaires pour les partenaires est un élément important dans la définition du réseau, car c'est par cela que le réseau s'agrandit. Si un partenaire n'a pas d'autres partenaires, le réseau se trouve clos et la diffusion du VIH dans la population générale est stoppée. Par contre, si le partenaire d'un individu a d'autres partenaires, le réseau est très ouvert ce qui provoque une large diffusion du VIH.

On peut définir des groupes par des caractéristiques comme l'âge, le sexe, le niveau économique, l'activité sexuelle, l'existence ou non de liens entre eux. Il faut qu'il y ait échanges sexuels entre les groupes pour qu'il y ait diffusion du VIH. Le poids de chaque groupe dans l'ensemble du réseau est déterminé par le nombre de personnes incluses dans chaque groupe et l'intensité de leur activité sexuelle. Cela permettra de mesurer le poids de chaque groupe dans le processus de diffusion du VIH.

Les noyaux ou "core groups"

La distribution de l'activité sexuelle entre les groupes détermine les flux d'échanges sexuels. Il peut y avoir concentration des relations sexuelles entre un noyau et de nombreux individus ou au contraire éclatement des relations entre les individus. La concentration des partenaires autour d'un noyau d'individus à forte prévalence augmente la probabilité de rencontrer quelqu'un d'infecté et participe plus au processus de diffusion du VIH.

Une des théories les plus importantes de l'épidémiologie des MST est celle du *core-group*. Selon Plummer *et al.* (1991), le *core-group* est une sous-population dont chaque individu transmet une MST à plus d'une personne susceptible d'être infectée. Cela recouvre un noyau de transmission ; la question est de savoir si un noyau a des échanges avec d'autres sous-populations qui sont à moindre risque, sinon l'épidémie reste cantonnée dans le noyau. Le principal noyau identifié et retenu pour la transmission sexuelle — en l'absence d'existence de pratiques homosexuelles fréquentes — est celui des prostituées. Les prostituées deviennent des transmetteurs d'autant plus efficaces en Afrique qu'elles n'utilisent pas ou peu de préservatifs, ont de nombreux actes sexuels et un grand nombre de partenaires sexuels, portent souvent d'autres MST qui facilitent la transmission du VIH et ne connaissent en général pas leur

statut sérologique VIH. Si leurs clients n'avaient pas d'autres contacts sexuels en dehors d'elles, l'épidémie ne s'étendrait pas et le rôle des prostituées dans la transmission du VIH serait limité. En effet, ces hommes ont des relations avec d'autres partenaires féminines qui ne sont pas prostituées. Il serait important d'étudier les caractéristiques des clients selon le type de prostituées qu'ils fréquentent, mais aussi leurs autres partenaires.

Il apparaît aussi que les hommes qui ont des rapports sexuels avec des prostituées ont un risque beaucoup plus important d'avoir des MST, y compris le VIH, que des hommes qui ont le même nombre de partenaires féminines non prostituées.

Cependant la notion de prostituée n'est pas uniforme en Afrique, et recouvre assez mal un concept importé tel quel et appliqué à une réalité beaucoup plus diverse et complexe. En Afrique dans bien des pays il existe un *continuum* d'activités extramaritales qui entraîne rétribution ; depuis la lycéenne qui veut se payer un nouveau pagne à la prostituée professionnelle qui exerce dans un hôtel. Vouloir ne considérer en Afrique que la prostitution "professionnelle", c'est sans doute passer à côté de la plus grande part de l'activité sexuelle et de la transmission potentielle attribuable à la prostitution.

A Nairobi, en 1987, les prostituées avaient en moyenne 35 clients par semaine alors qu'à Kinshasa, en 1988, cette moyenne était de 8,6 clients par semaine (Buvé, Caraël *et al.* 1995). De plus, il existe dans un certain nombre de pays, tels le Cameroun (Songue 1986) ou le Burkina Faso (Bardem et Gobatto 1995), une semi-prostitution qui constitue le *core-group* réel. Standing (1992) souligne que tout échange sexuel en Afrique a une composante monétaire qui ne peut culturellement se définir comme de la prostitution. A Ondo Town (Nigeria), 66 % des relations extra-maritales ou non maritales comportaient une composante économique (Orubuloye *et al.* 1994) et les enquêtes CACP rapportent que 9 % des femmes en Côte-d'Ivoire et 8 % au Lesotho ont eu des relations sexuelles en échange d'argent (Caraël 1995). La prostitution est donc très relative et difficile à cerner, si on n'y porte pas un intérêt particulier. Bien qu'ils privilégièrent les prostituées comme *core-group*, Buvé *et al.* (1995) soulignent que c'est la proportion des hommes et femmes dans les diverses classes d'activité sexuelle qui permet de mettre en évidence la concentration de l'activité sexuelle et donc la définition de *core-groups* potentiels.

Des études menées sur les réseaux sexuels dans la population générale et parmi les prostituées décrivent de larges variations entre les régions d'Afrique subsaharienne. Une étude faite en Côte-d'Ivoire, au Niger, en Tanzanie, en Ouganda et en Zambie (Caraël *et al.* 1988) montre d'importantes variations de la proportion d'hommes ayant plus d'une partenaire régulière, ainsi que de celle d'hommes ayant à la fois des partenaires régulières et des partenaires occasionnelles. Bien qu'il soit difficile de comparer les études sur les rapports entre les prostituées et leurs clients effectuées dans des régions différentes, elles manifestent des fréquences très variables de ce type de rapports. Ainsi à Kigali (Rwanda) et à Bulawayo (Zimbabwe), la proportion d'hommes ayant des rapports avec les prostituées semble être plus importante qu'à Kinshasa (Zaïre) ou à

Ekiti au Nigeria (Caraël *et al.* 1988 ; Wilson *et al.* 1991 ; Ryder *et al.* 1989 ; Orubuloye *et al.* 1992). Des prévalences et des incidences de l'infection à VIH très variables ont aussi été trouvées parmi les prostituées et selon le nombre de clients par unité de temps. Ainsi les prostituées de Nairobi ont une incidence de l'infection à VIH (38 par 100 femmes-années) supérieure à celle des prostituées de Kinshasa (12 par 100), et un nombre moyen de rapports sexuels par semaine plus important (respectivement 35 contre 8,6) (Willerford *et al.* 1993 ; Laga *et al.* 1994).

La concentration des relations sexuelles autour d'une petite population expliquerait un niveau de prévalence du VIH plus élevé en Afrique de l'est (Orubuloye *et al.* 1994 ; Gupta *et al.* 1989). Havanon *et al.* (1993) définissent, dans leur analyse sur la Thaïlande, une typologie des réseaux à partir du type de relation ("commerciale", "non commerciale", ou les deux) observé à partir d'un individu et de son activité sexuelle au sein de ce type. Cette approche du réseau limite la possibilité d'analyse d'un réseau car aucune information sur les partenaires des partenaires n'entre en compte. Il est très difficile de collecter des données sur les partenaires des partenaires car généralement ce type de relations reste méconnu de l'individu interrogé, surtout lorsqu'il s'agit des femmes (Orubuloye *et al.* 1994 ; Bardem et Gobatto 1995).

Ainsi on a montré, pour l'exposition au VIH, l'importance de l'activité sexuelle et de son organisation : les relations sexuelles peuvent être régulières (long terme), occasionnelles (court terme), "commerciales" (rapports entre les prostituées et leurs clients). La proportion d'hommes et de femmes engagés dans chaque type de relation influencera la propagation de l'infection à VIH. De plus, la proportion d'hommes et de femmes engagés dans diverses combinaisons de ces types de relations pourra ainsi influencer la propagation de l'infection à VIH. L'hypothèse a été émise que lorsque les hommes ont des rapports multiples, non protégés, avec un petit groupe de femmes tel que des prostituées, en plus de ceux avec leurs partenaires sexuelles régulières, l'infection à VIH se propage rapidement (Anderson *et al.* 1991). De plus, une forte prévalence de partenaires concurrents peut amener une propagation rapide de l'infection à VIH, puisque, aux moments de forte infectiosité (au début et à la fin de l'infection), le VIH peut se transmettre rapidement à plusieurs partenaires.

Variables liées à la transmission du VIH

Il ne peut y avoir transmission de VIH sans exposition préalable. Pour des populations qui ont été exposées au risque d'infection, le risque de transmission n'est pas identique. Les comportements sexuels favorisant l'exposition sont donc déterminants dans l'évolution de l'épidémie, mais il existe toute une série de déterminants, qu'on appelle cofacteurs, qui peuvent influencer fortement le risque de transmission et donc l'évolution de l'épidémie.

Il a été montré que les rapports sexuels pendant les règles, les rapports anaux, et l'application de substances dessicantes sur la muqueuse vaginale sont associés à un risque plus élevé de l'infection à VIH (Malamba *et al.*

1994 ; European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV 1992 ; Padian *et al.* 1990 ; Seidlin *et al.* 1993). On connaît mal la répartition de ces pratiques dans les différentes populations d'Afrique subsaharienne, mais il semble peu probable qu'elles y soient la cause majeure de différences dans l'évolution des épidémies du VIH.

Les pratiques sexuelles

Ces pratiques participent de façon différente au risque de transmission selon leur nature et leur fréquence. Le risque de transmission est plus élevé lors de rapports anaux que vaginaux. Plus que la fréquence des rapports sexuels, ce sont les types de pratiques qui influent sur la transmission. Des enquêtes de séroconversion ont montré que lors des rapports anaux, le risque d'infection est plus élevé (Padian *et al.* 1990 ; de Vincenzi 1994). La majorité des études distingue les pratiques vaginales, anales et orales (Gupta *et al.* 1989 ; Piot et Laga 1994 ; Buvé *et al.* 1995). Les données sur la fréquence des pratiques anales ou orales sont rares en Afrique subsaharienne. A Kinshasa, 7 à 14 % des prostituées ont eu au moins une fois des rapports sexuels anaux (Nzila *et al.* 1991). A Butare (Rwanda), seulement 2,3 % des rapports sexuels des prostituées sont anaux (Van de Perre *et al.* 1985).

A propos des rapports sexuels durant les menstruations, le désaccord subsiste. Une étude en zone rurale ougandaise suggère un risque d'infection accru pour les hommes exposés aux menstrues, alors que chez les femmes enceintes à Kigali, les prostituées de Kinshasa (Buvé *et al.* 1995) et les femmes consultantes de centres de planification familiale à Nairobi (Hunter *et al.* 1994), le risque ne semble pas accru.

Irritations vaginales et "dry sex"

Toutes les pratiques pouvant provoquer des irritations ou des lésions de la paroi vaginale favorisent la transmission du VIH. Il y a alors, autour de ces lésions, une affluence des cellules qui constituent le point d'attaque du VIH.

Le *dry sex*, pratique connue en plusieurs endroits d'Afrique dans les relations hétérosexuelles, met en cause l'introduction de substances dans le vagin pour en provoquer l'assèchement ou la contraction afin d'accroître le plaisir masculin. Il pourrait constituer un facteur favorable de transmission du VIH par une irritation de la paroi vaginale. Les femmes insèrent dans leur vagin des herbes ou produits chimiques asséchants afin de rendre les rapports sexuels plus attrayants pour les hommes (Brown *et al.* 1993 ; Runganga *et al.* 1992). Cependant les études sur ce sujet ne permettent pas d'affirmer ou d'infirmier cette hypothèse (Buvé *et al.* 1995).

Les méthodes de contraception traditionnelle nécessitant l'introduction de produits dans le vagin, et l'avortement, surtout s'il est clandestin, peuvent aussi provoquer des lésions importantes.

L'excision peut causer des lésions, plus ou moins importantes selon le type d'opération. Les complications liées à la pratique sont, à court terme, des infections de la plaie pouvant aller jusqu'au téton ou à la gangrène. A long terme, il s'agit d'infections chroniques, d'infections urinaires ou de kystes (Toubia 1994).

Circoncision masculine

Deux études de nature écologique ont révélé une association négative entre la circoncision masculine et la prévalence de l'infection à VIH en Afrique subsaharienne (Bongaarts *et al.* 1989 ; Moses *et al.* 1990). Plusieurs études ont trouvé une association entre l'absence de circoncision et l'infection à VIH au niveau individuel ; d'autres études ont échoué à le démontrer (de Vincenzi et Mertens 1994 ; Moses 1994). Biologiquement, il est plausible que l'absence de circoncision augmente la susceptibilité au VIH, mais on ne sait pas vraiment si la circoncision a un effet direct dans la transmission du VIH, ou indirectement à travers, par exemple, son rôle protecteur vis-à-vis des MST ulcérvatrices.

Utilisation du préservatif

L'usage du préservatif a besoin d'être étudié en tenant compte du contexte d'utilisation ; ce n'est pas le nombre ou le pourcentage d'utilisations qui est le plus important, mais avec qui il est utilisé. De même il ne suffit pas de mesurer le nombre de partenaires, mais il faut les caractériser et connaître le type d'activité sexuelle protégée ou non protégée qu'il y a eu avec chacun d'eux.

En Afrique, l'utilisation du préservatif est faible. Cependant, sa bonne utilisation pour chaque rapport empêche la transmission de VIH et influe sur l'extension de l'épidémie. Le préservatif doit donc être pris en compte dans un schéma général des déterminants. Le risque de transmission n'est cependant pas nul, car ce sont les conditions d'utilisation du préservatif qui importent le plus. Le préservatif peut ne pas être utilisé à chaque rapport sexuel, mais selon les partenaires.

Les maladies sexuellement transmissibles

La présence d'autres maladies sexuellement transmissibles, ulcérvatrices ou non ulcérvatrices, augmente le risque de transmission sexuelle du VIH (Grosskurth *et al.* 1995 ; Plummer *et al.* 1991 ; Cameron *et al.* 1989 ; Laga *et al.* 1993). L'ulcère génital et le chancre en particulier augmenteraient fortement la probabilité de transmission (Hayes *et al.* 1995). Des études sur des femmes enceintes et des prostituées ont trouvé de larges variations dans la prévalence et la distribution des MST dans différentes régions d'Afrique subsaharienne (Goeman *et al.* 1991). Les explications possibles pour ces différences de prévalence seraient à chercher dans le comportement sexuel, l'utilisation et l'efficacité des traitements de MST, et la prévalence d'autres facteurs de risque pour l'acquisition des MST, comme la circoncision.

L'existence de MST ulcérvatrices et la non-circoncision qui peut favoriser ces MST, accroissent l'infectivité. (Quinn 1991 ; Caldwell 1993 ; Moses *et al.* 1990). L'utilisation de savon est une prophylaxie opérationnelle face à certaines MST telle comme le chancre (O'Farrell 1993). Une baisse sensible de la prévalence des MST dans une population pourrait ainsi influer sur la prévalence du VIH.

Les sous-types de VIH-1

Les huit sous-types de VIH-1 identifiés ainsi que le groupe O ont été retrouvés dans des échantillons sanguins d'Afrique subsaharienne (Sharp

et al. 1994). Dans des études *in vitro*, de grandes différences de propriétés biologiques des sous-types de VIH-1 sont apparues (Kuiken et Korber 1994), mais on connaît peu de choses sur les différences de transmissibilité des différents sous-types. Une étude portant sur des couples discordants en Thaïlande a montré que le taux de séroconcordance du VIH était supérieur si l'homme était infecté avec le VIH-1 de type E que s'il était infecté avec le VIH-1 de type B (Kuiken 1994). Cela a permis de suggérer que l'hétérogénéité de la propagation de l'infection à VIH en Afrique subsaharienne serait, au moins pour une part, due aux différences de circulation des sous-types, bien que jusqu'à présent, aucune localisation systématique des sous-types n'y ait été faite.

La charge virale

Si, comme le pensent certains, l'infectivité d'une personne infectée est plus élevée en début et en fin d'infection, et si cette personne a plusieurs partenaires simultanément pendant cette période, le risque d'infecter un plus grand nombre d'individus augmente.

Vue d'ensemble et conclusion

L'ensemble des déterminants directs et leurs combinaisons dépendent des déterminants indirects, conditionnant ainsi le niveau et l'intensité de la prévalence et de l'incidence du VIH. Ce sont donc des changements sur un ensemble de facteurs indirects puis directs qui font varier le niveau de la transmission. Cependant on ne connaît actuellement le poids relatif des facteurs que par des simulations ou des modèles qui possèdent de nombreuses imperfections pour représenter des réalités aussi complexes. On manque de données quantitatives sur un grand nombre de variables en jeu et leurs interrelations dans la transmission du VIH.

Pour améliorer la prévention il serait important de connaître la sensibilité des différents facteurs et leurs effets respectifs sur les différentiels de la dynamique de l'épidémie.

Les recherches récentes permettent cependant de suggérer que les déterminants clés de la transmission sexuelle sont constitués par :

- 1) le nombre et les types de partenaires sexuels, la fréquence et les types d'activité sexuelle,
- 2) l'intensité des échanges sexuels entre des groupes constitués autour d'un type d'activité sexuelle, de l'âge ou du statut matrimonial,
- 3) les différences dans les niveaux et la distribution de l'activité sexuelle autour d'un noyau actif ou de façon dispersée,
- 4) les rapports sexuels avec des partenaires concomitants ou sériels.

En cherchant à aller plus loin, il apparaît que dans une population la transmission sera d'autant plus importante :

- que l'incidence annuelle de nouveaux partenaires est élevée,
- qu'il y a plus d'échanges sexuels avec des partenaires extérieurs au noyau proche,
- que la différence d'âge entre les partenaires est importante,
- que ceux qui ont de nombreux partenaires ont des rapports avec ceux qui en ont peu,

- qu'il y a une plus grande proportion de l'activité sexuelle occasionnelle avec des prostituées,
- que les prostituées ont plus de clients,
- que les partenaires des partenaires stables ont d'autres partenaires,
- que l'utilisation des préservatifs est faible,
- que le *dry sex* est pratiqué,
- que la pratique de rapports sexuels par voie anale est importante,
- que moins d'hommes sont circoncis,
- que la fréquence des types d'activité sexuelle à très haut risque est forte,
- qu'il y a moins d'antibiotiques utilisés pour traiter les MST,
- qu'une plus petite proportion de patients atteints de MST utilisent des préservatifs, ou suspendent leur activité sexuelle, ou reçoivent des traitements efficaces à temps, et informent leur(s) partenaire(s) de leur MST.

Cet ensemble de facteurs favorables à l'exposition et à la transmission du VIH montre l'importance qu'on doit attacher aux comportements sexuels et surtout à l'organisation sociale des comportements sexuels, au système d'échanges sexuels et aux réseaux sociaux concernés dans l'activité sexuelle. Autant de domaines qui ont été peu explorés jusqu'à présent. Bien des études sont encore à mener pour quantifier les phénomènes et avoir une idée des distributions, des flux, du poids des facteurs mis en jeu et de leurs interrelations. En parallèle, des approches qualitatives approfondies seraient nécessaires pour appréhender les mécanismes psychosociaux, culturels et symboliques de l'activité sexuelle, et en dégager la signification et la prise en compte par des cultures spécifiques. Ces études et approches devraient favoriser une meilleure compréhension de la transmission du VIH et de la dynamique de l'épidémie de sida, qui permettra d'affiner les mesures de prévention, en les ciblant davantage, et de développer des outils d'action plus efficaces pour tenter de l'infléchir.

Bibliographie

- ANDERSON R.M., 1991, « The transmission dynamics of sexually transmitted diseases : the behavioural component », in J. WASSERHEIT, S. ARAL and K. HOLMES (eds), *Research issues in human behavior and sexually transmitted diseases in the AIDS era*, Washington, American Society for Microbiology : 38-60.
- ANDERSON R.M., MAY R.M., BOILY M.C. *et al.*, 1991, « The spread of HIV-1 in Africa : sexual contact patterns and the predicted demographic impact of AIDS », *Nature*, 352 : 581-589.
- ARAL S., FULLILOVE R., COUTINHO R., VAN DEN HOEK J., 1991, « Demographic and societal factors influencing risk behaviors », in J. WASSERHEIT, S. ARAL and K. HOLMES (eds), *Research issues in human behavior and sexually transmitted diseases in the AIDS era*, Washington, American Society for Microbiology : 161-176.
- AUVERT B., 1994, « Epidémiologie du sida en Afrique » (: 64-117), in J. VALLIN (éd), *Populations africaines et sida*, Paris, La Découverte-CEPED, 223 p.

- AUVERT B., MOORE M., BERTRAND W. *et al.*, 1990, « Dynamic of HIV infection and AIDS in Central african cities », *International Journal of Epidemiology*, 19 (2) : 417-428.
- BARDEM I., GOBATTO I., 1995, *Maux d'amour, vies de femmes. Sexualité et prévention du sida en milieu urbain africain*, Paris, L'Harmattan, 174 p. (Collection "Santé et sciences humaines").
- BLYTHE S., CASTILLO-CHAVEZ C., 1989, « Like with like preference and sexual mixing models », *Mathematical Biosciences*, 96 : 221-238.
- BONGAARTS J., REINING P., WAY P., CONANT F., 1989, « The relationship between male circumcision and HIV infection in African populations », *AIDS*, 3 : 373-377.
- BROUARD N., 1994, « Aspects démographiques et conséquences de l'épidémie de sida » (: 119-178), in J. VALLIN (éd), *Populations africaines et sida*, Paris, La Découverte-CEPED, 223 p.
- BROWN J., AYOWA O., BROWN R., 1993, « Dry sex and tight : sexual practices and potential AIDS risk in Zaïre », *Social Science and Medicine*, 37 (8) : 989-994.
- BUVE A., CARAËL M., HAYES R., ROBINSON J., 1995, « Variations in HIV prevalence between urban areas in sub-saharan Africa : do we understand them ? », *AIDS*, 9 (suppl A) :S103-S109.
- CALDWELL J., CALDWELL P., ORUBULOYE I., 1992, « The family and sexual networking in sub-saharan Africa : historical regional differences and present-day implications », *Population Studies*, 46 (3) : 385-410.
- CAMERON D.W., SIMONSEN J.N., D'COSTA L.J. *et al.*, 1989, « Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1 : risk factors for seroconversion in men », *Lancet*, 333: 403-407.
- CARAËL M., 1995, « Sexual behaviour » (: 75-123), in J. CLELAND and B. FERRY (eds), *Sexual behaviour and AIDS in the developing world*, London, Taylor and Francis, XIX-243 p.
- CARAËL M., CLELAND J., ADEOKUN L. *et al.*, 1991, « Overview and selected findings of sexual behaviour surveys », *AIDS*, 5 (suppl. 1) : S65-S74.
- CARAËL M., VAN DE PERRE P.H., ALLEN S. *et al.*, 1988, « Sexually active young adults in Central Africa », in R.F. SCHINAZI and A.J. NAHMIAS (eds): *AIDS in children, adolescents and heterosexual adults*, New York, Elsevier.
- CLELAND J., FERRY B. (eds), 1995, *Sexual behaviour and AIDS in the developing world*, London, Taylor and Francis, XIX-243 p.
- DE COCK K., ODEHOURI K., MOREAU J. *et al.*, 1989, « Rapid emergence of AIDS in Abidjan, Ivory Coast », *Lancet*, ii: 408-410.
- EUROPEAN STUDY GROUP ON HETEROSEXUAL TRANSMISSION OF HIV, 1992, « Comparison of female to male and male to female transmission of HIV 563 stable couples », *British Medical Journal*, 304 : 809-813.
- GIRARD A., 1980, *Le choix du conjoint : une enquête psycho-sociologique en France*, Paris, Institut National d'Etudes Démographiques / PUF, 204 p. (Travaux et Documents, n° 70).
- GOEMAN J., MEHEUS A., PIOT P., 1991, « L'épidémiologie des maladies sexuellement transmissibles dans les pays en développement à l'ère du sida », *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*, 71 : 81-13.

- GROSSKURTH H., MOSHA F., TODD J. *et al.*, 1995, « Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania : randomised controlled trial », *Lancet*, 346 : 530-536.
- GUPTA S., ANDERSON R., MAY R., 1989, « Networks of sexual contacts : implications for the pattern of spread of HIV », *AIDS*, 3 : 807-817.
- HAVANON N., BENNETT A., KNODEL J., 1993, « Sexual networking in Thailand », *Studies in Family Planning*, 24 (1) : 1-17.
- HAYES R.J., SCHULZ K.F., PLUMMER F.A., 1995, « The cofactor effect of genital ulcers on the per-exposure risk of HIV transmission in sub-saharan Africa », *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 98 : 1-8.
- HUDSON C., 1993, « Concurrent partnership could cause AIDS epidemics », *International Journal of STD and AIDS*, 4 : 249-253.
- HUNTER D., MAGGWA B.N. *et al.*, 1994, « Sexual behavior, sexually transmitted diseases, male circumcision and risk of HIV infection among women in Nairobi, Kenya », *AIDS*, 8 : 93-99.
- KLOVDAHL A., 1985, « Social networks and the spread of infectious diseases : the AIDS example », *Social Science and Medicine*, 21 (11) : 1203-1216.
- KUIKEN C.L., KORBER B.T.M., 1994, « Epidemiological significance of intra- and inter-person variation of HIV-1 », *AIDS*, 8 (suppl. 1) : S73-S83.
- KUNANUSONT C., FOY H.M., KREISS J.K. *et al.*, 1995, « HIV-1 subtypes and male-to-female transmission in Thailand », *Lancet*, 345 : 1078-1083.
- LAGA M., ALARY M., NZILA N. *et al.*, 1994, « Condom promotion, sexually transmitted diseases treatment, and declining incidence of HIV-1 infection in female Zairian sex workers », *Lancet*, 344 : 246-248.
- LAGA M., MANOKA A., KIVUVU M. *et al.*, 1993, « Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women : results from a cohort study », *AIDS*, 7 : 95-102.
- LINDAN C., ALLEN S., CARAËL M. *et al.*, 1991, « Knowledge, attitudes and perceived risk of AIDS among urban Rwandan women : relationship to HIV infection and behavior change », *AIDS*, 5 : 993-1002.
- MALAMBA S.S., WAGNER H.U., MAUDE G. *et al.*, 1994, « Risk factors for HIV-1 infection in adults in a rural Ugandan community : a case-control study », *AIDS*, 8 : 253-257.
- MOSES S., BRADLEY J.E., NAGELKERKE N.J.D., RONALD A.R., NDINYA-ACHOLA J.O., PLUMMER F.A., 1990, « Geographical patterns of male circumcision practices in Africa : association with HIV seroprevalence », *International Journal of Epidemiology*, 19 : 693-697.
- MOSES S., PLUMMER F.A., BRADLEY J.E., NDINYA-ACHOLA J.O., NAGELKERKE N.J.D., RONALD A.R., 1994, « The association between lack of male circumcision and risk for HIV infection : a review of the epidemiological data », *Sexually Transmitted Diseases*, 21 : 201-210.
- NZILA N., LAGA M., THIAM M.A., MAYIMONA K., EDIDI B., VAN DYCK E., BEHETS F., HASSIG S., NELSON A., MOKWA K., 1991, « HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa », *AIDS*, 5 (6) : 715-721.
- O'FARRELL N., 1993, « Soap and water prophylaxis for limiting genital ulcer diseases and HIV infection in men in sub-saharan Africa », *Genitourinary Medicine*, 69 : 297-300.

- ORUBULOYE I.O., CALDWELL J.C., CALDWELL P., 1992, « Diffusion and focus in sexual networking : Identifying partners and partners' partners », *Studies in Family Planning*, 23 : 343-351. [Republié in I.O. ORUBULOYE *et al.* (eds), 1994, « Sexual networking and AIDS in sub-saharan Africa », Canberra, The Australian National University (Health Transition Series, 4), chap. 3 : 33-43.]
- PADIAN N.S., SHIBOSKI S.C., JEWELL N.P., 1990, « The effect of number of exposures on the risk of heterosexual HIV transmission », *Journal of Infectious Diseases*, 161 : 883-887.
- PIOT P., LAGA M., 1994, « Epidemiology of AIDS in the developing world », in BRODER *et al.* (eds), *Textbook of AIDS medicine*, London, William and Wilkens : 109-132.
- PLUMMER F.A., SIMONSON J.N., CAMERON D.W. *et al.*, 1991, « Co-factors in female-to-male transmission of HIV », *Journal of Infectious Diseases*, 163 : 233-239.
- QUINN T.C., 1991, The epidemiology of AIDS : a decade of experience », *Current Clinical Topics in Infectious Diseases*, 11 : 61-93.
- RUNGANGA A., PITTS M., MCMASTER J., 1992, « The use of herbal and other agents to enhance sexual experience », *Social Science and Medicine*, 35 (8) : 1037-1042.
- RYDER R., HASSIG S., NDILU M. *et al.*, 1989, « Extramarital/prostitute sex and genital ulcer disease (GUD) are important HIV risk factors in 7 068 male Kinshasa factory workers and their 4 548 wives », *Ve Conférence Internationale sur le Sida* : MAO 35 (Montréal, Canada).
- SEIDLIN M., VOGLER M., LEE E., LEE Y.S., DUBIN N., 1993, « Heterosexual transmission of HIV in a cohort of couples in New York City », *AIDS*, 7 : 1247-1254.
- SHARP P.M., ROBERTSON D.L., GAO F., HAHN B., 1994, « Origins and diversity of Human Immunodeficiency Viruses », *AIDS*, 8 (suppl. 1) : S27-S42.
- SONGUE P., 1986, *La prostitution en Afrique. L'exemple de Yaoundé*, Paris, L'Harmattan, 155 p.
- STANDING H., 1992, « AIDS : conceptual and methodological issues in researching sexual behaviour in sub-saharan Africa », *Social Science and Medicine*, 34 (5) : 475-483.
- TOUBIA N., 1994, « Female circumcision as a public health issue », *New England Journal of Medicine*, 331 (11) : 712-716.
- VAN DE PERRE P.H., CLUMECK N., CARAËL M. *et al.*, 1985, « Females prostitutes : a risk group for infection with human T-cell lymphotropic virus type III », *Lancet*, 2 : 254-256.
- VINCENZI I. de., 1994, « A longitudinal study of human immunodeficient virus transmission by heterosexual partners », *New England Journal of Medicine*, 331 (6) : 341.
- VINCENZI I. de., MERTENS T., 1994, « Male circumcision : a role in HIV prevention? » *AIDS*, 8 : 153-160.
- WATTS C., MAY R., 1992, « The influence of concurrent partnerships on the dynamics of HIV/AIDS », *Mathematical Biosciences*, 108 : 89-104.
- WHO, 1993, « Profile of the HIV/AIDS epidemic. Cameroon », *Weekly Epidemiological Record*, 11 : 74-77.
- WHO/GPA, 1994, *The HIV/AIDS pandemic : 1994 Overview*, Geneva, WHO, WHO/GPA/TCO/SEF/94.4.

- WILLERFORD D.M., BWAYO J.J., HENSEL M. *et al.*, 1993, « Human immunodeficiency virus infection among high-risk seronegative prostitutes in Nairobi », *Journal of Infectious Diseases*, 167 : 1414-1417.
- WILSON D., DUBLEY I., MSIMANGA S., LAVELLE L., 1991, « Psychosocial predictors of reported HIV-preventive behaviour change among adults in Bulawayo, Zimbabwe », *Central African Journal of Medicine*, 37 : 196-202.
- WOODHOUSE D.E., ROTHENBERG R.B., POTTERAT J.J. *et al.*, 1994, « Mapping a social network of heterosexuals at high risk for HIV infection », *AIDS*, 8 : 1331-1336.

Benoît FERRY, *Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/sida dans le contexte africain*

Résumé — Si les recherches récentes ont montré que la fréquence des rapports sexuels n'est pas très différente entre les populations du monde, certains aspects de l'organisation sociale de l'activité sexuelle sont par contre variés. Il apparaît que la transmission du VIH est en relation étroite avec les modalités et l'organisation sociale des comportements sexuels. Les types de relations sexuelles, les types et la fréquence de changements de partenaires, le multipartenariat sériel ou concomitant, les pratiques sexuelles, les réseaux sexuels, l'interaction entre différentes classes de type d'activité sexuelle constituent les *systèmes d'échanges sexuels*. Les éléments constituant ces systèmes sont explicités et organisés puis illustrés par les données disponibles en Afrique. Ils renvoient aux conditions d'exposition au VIH et aux conditions de sa transmission, permettant ainsi de proposer un schéma plus élaboré des déterminants proches de la transmission du VIH. L'impact potentiel de différents systèmes d'échanges sexuels sur la transmission du VIH est discuté et illustré par des données relatives à différentes populations africaines.

Mots-clés : Afrique • VIH/sida • comportements sexuels • réseaux sexuels • déterminants • transmission.

Benoît FERRY, *Sexual exchange systems and HIV transmission in the African context*

Summary — If the recent researches showed that the frequency of sexual intercourse is not very different between populations of the world, on the other hand some aspects of the social organisation of the sexual activity are diverse. It appears that the HIV transmission is in close relation with the modes and the social organisation of sexual behaviour. Sexual relation types, types and the frequency of partner change, the serial or concomitant multipartnerships, sexual practices, sexual networks, interaction between different classes of sexual activity, constitute the *sexual exchange systems*. Elements constituting these systems are clarified and are organised, then illustrated by the available data in Africa. They refer to the conditions of exposure to HIV and to the conditions of its transmission, permitting to suggest a more elaborated diagram of the proximate determinants of the HIV transmission. The potential impact of different sexual exchange systems on the transmission of the HIV is discussed and illustrated by data on different African populations.

Keywords: Africa • HIV • AIDS • sexual behaviour • sexual networks • determinants • transmission.

14. Essais thérapeutiques pour diminuer la transmission mère-enfant du VIH. Questionnement au quotidien et légitimité scientifique

Philippe Msellati

L'épidémie de VIH/sida a contraint le système médical, en particulier dans les pays en voie de développement et les "zones marginales" des pays du nord, à s'intéresser aux problèmes d'éthique liés à la recherche médicale. L'éthique médicale fait l'objet de débats, de recommandations et de règles de fonctionnement qui ont été définies et élaborées depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, après les expériences pseudoscientifiques menées dans les camps de concentration. Comme pour d'autres pathologies, le sida a mis en évidence les difficultés du modèle de soins occidental quand il est mis en place dans d'autres contextes socioculturels. Il a par ailleurs soulevé des problèmes spécifiques en relation avec la perception des populations de cette maladie, considérée comme "hypercontagieuse" et partant génératrice d'exclusion et de peurs irrationnelles qui concernent l'ensemble des acteurs sociaux.

Ce texte s'attache aux problèmes rencontrés dans la pratique de dépistage du VIH et de suivi d'une cohorte en Afrique dans le contexte d'un essai thérapeutique visant à diminuer la transmission du VIH de la mère à l'enfant¹. Ces problèmes sont différents de ceux que connaît la pratique médicale "clinicienne" en Afrique face au sida. Les opinions exprimées ici ne reflètent pas obligatoirement les positions du promoteur de l'essai et des autres investigateurs.

Il est aisément de comprendre l'intérêt à mener des essais sur la transmission mère-enfant du VIH (en particulier le VIH-1) dans des pays en développement. 95 % des cas de contamination adultes s'y concentrent et pour la seule année 1995, 500 000 enfants sont nés infectés par le virus. L'immense majorité de ces enfants sont nés dans les

¹ Ce projet, intitulé DITRAME (Diminution de la transmission mère-enfant) est financé par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS, essai 049) et la Coopération Française et dirigé par l'unité INSERM 330. Il se déroule dans les services de Gynécologie Obstétrique du CHU de Yopougon (Abidjan), du CHR Sanou Souro (Bobo Dioulasso), et dans les formations sanitaires de Yopougon et de Farakan et de la caisse de Sécurité Sociale (Bobo Dioulasso). La coordination à Abidjan est sous la responsabilité du Programme Sida de l'ORSTOM. En février 1998, la publication des résultats d'un essai analogue réalisé en Thaïlande, montrant une diminution de 50 % de la transmission de la mère à l'enfant, a entraîné l'arrêt du bras placebo et la poursuite de l'essai en ouvert.

pays du sud et ont été contaminés par leur mère. Trouver une intervention efficace et faisable est une priorité pour réduire ce mode d'acquisition de l'infection et diminuer de façon importante le nombre des cas de sida pédiatrique. Aussi de nombreuses équipes mènent actuellement des études dans ce domaine.

La proposition de dépistage du VIH

Avant de pouvoir proposer une intervention chez des femmes enceintes infectées par le VIH et leurs nouveau-nés, et en dehors même du problème de son efficacité, il y a toute une série d'étapes à franchir. La réalisation du dépistage du VIH chez les femmes enceintes et du conseil qui doit entourer ce test est la première phase à mener correctement.

Le test de dépistage du VIH est systématiquement proposé aux femmes enceintes de 18 ans et plus¹. Il fait l'objet d'une première demande de consentement spécifique après un entretien d'information sur le VIH. Le consentement est recueilli sous forme écrite. L'essai thérapeutique d'administration d'AZT chez la femme enceinte n'est pas évoqué à ce stade, sauf si la femme demande ce qu'on peut faire pour elle si elle se révèle infectée par le VIH. Il est abordé complètement à un stade ultérieur et uniquement avec les femmes concernées, c'est-à-dire celles qui se sont révélées infectées par le VIH et sont venues chercher leur résultat. Quand la femme n'est pas infectée par le VIH, ce résultat lui est communiqué au cours d'une séance post-test durant laquelle les conseils de prévention sont repris.

Un des premiers problèmes est le niveau de compréhension de la femme enceinte. Le plus souvent elle a entendu parler du sida ; le test lui est expliqué, mais on sait qu'il reste toujours un petit nombre de femmes ne comprenant pas exactement la nature du test proposé. D'autres n'ont pas du tout réfléchi aux conséquences d'un résultat positif ou même de la réalisation du test. Il est nécessaire d'aborder cet aspect des choses au cours de l'entretien pré-test.

Cela amène à soulever le problème du *consentement*. L'accord est demandé à la femme prélevée, donc à la personne directement concernée. Elle peut bien entendu dire qu'elle va réfléchir et demander l'avis de son partenaire, mais ce n'est pas l'attitude de la majorité des femmes. Dans la culture occidentale moderne, la femme est considérée comme libre de son choix, mais cela n'est pas toujours si simple dans la réalité. Qu'en est-il de la validité du consentement individuel dans une société où il n'est pas habituel de demander son avis à une femme mais plutôt à celui qui paye les soins ou qui la prend en charge ? Dans le cas d'un projet de recherche, le problème est atténué puisque le test est gratuit pour la femme, ce qui ne serait pas le cas dans un autre contexte. Les femmes, et en particulier les femmes enceintes, sont une population vulnérable, souvent dépendantes financièrement, la

¹ Les modalités du test de dépistage VIH dans notre essai (ANRS 049) ont été décrites lors d'une intervention au Colloque de Sali (Coulibaly *et al.* 1996).

dépendance étant accentuée par l'état de grossesse. Cette population deux fois vulnérable doit être réellement protégée et bien informée de ce à quoi elle s'expose. Une des conséquences directes de cela est qu'elle ne doit jamais être contrainte d'une façon ou d'une autre à réaliser le test ou à venir chercher son résultat. Certaines changent d'avis entre le moment du test et celui du résultat. D'autres n'ont pas envie d'assumer une éventuelle mauvaise nouvelle durant la grossesse. Par ailleurs, recevoir un résultat de test pour le VIH alors qu'on n'est pas prêt à le recevoir est inutile. Il peut paraître choquant de laisser ainsi des personnes sans la connaissance de leur résultat (qu'il soit négatif ou positif), mais ce n'est pas au personnel de santé de choisir à la place de la femme le moment d'être informée de son résultat.

D'un point de vue méthodologique, les femmes incluses dans l'essai sont probablement différentes de celles qui ne viennent pas chercher leurs résultats. Pour répondre à la question de la tolérance ou de l'efficacité de l'intervention, la femme n'a pas besoin d'être strictement représentative des femmes infectées par le VIH en général. Ce n'est donc pas un obstacle à l'interprétation des résultats de l'essai.

Il est très important d'avoir le consentement éclairé des patients d'un essai. Le consentement éclairé est fondé sur le principe que des personnes informées peuvent choisir librement de participer ou non à une recherche. Ce consentement est demandé afin de protéger la liberté de choix de l'individu et respecter son autonomie (WHO 1993 : 13). Dans un essai thérapeutique, *a priori*, le consentement des patients est sans cesse remis en cause par leur liberté de ne pas venir aux rendez-vous ou de ne pas prendre leurs médicaments. Dans notre expérience, il y a une adhésion extrêmement forte des femmes au traitement donné.

Suivi de personnes infectées par le VIH et respect de la confidentialité

Dans une structure de soins, le personnel puis la population sont rapidement au courant qu'un dépistage du VIH et un suivi de personnes infectées par le VIH s'y réalisent. Certains lieux dans des hôpitaux d'Abidjan sont ainsi clairement identifiés comme des lieux où il y a des sidéens. Quand il s'agit de personnes peu symptomatiques, la situation est un peu moins délicate mais tout doit être mis en œuvre pour que la confidentialité soit respectée. Dans notre expérience, en dehors du dossier de dépistage où figure le nom de la personne, l'ensemble des documents, des prélèvements et des registres ne contiennent que des numéros codés. Nous avons séparé les lieux de dépistage, d'annonce et de suivi de la cohorte afin d'éviter un trop grand repérage par le personnel de santé. Les prélèvements sont réalisés par des membres du projet et les résultats sérologiques ne sont communiqués à personne en dehors du projet. Il est essentiel que le résultat soit rendu à la femme et à la femme seule. Ce résultat, sauf demande expresse de la femme, est rendu oralement et ne donne pas lieu à la délivrance écrite d'un résultat d'examen.

Même si le personnel de santé peut être tenté de prendre des distances avec l'annonce d'une "mauvaise nouvelle" en passant par un leader communautaire, un "responsable" de la famille, cela n'est pas acceptable, à moins qu'on ne considère la femme enceinte comme non responsable, alors qu'on l'a considérée comme qualifiée pour donner son consentement, ce qui est paradoxal. Par contre la femme, elle, peut demander à l'équipe d'informer son partenaire ou quelqu'un d'autre si elle le souhaite et ne sait pas comment gérer cela. Toutes ces précautions n'empêchent pas les problèmes, mais tentent de réduire au maximum les ruptures de la confidentialité.

Cette situation est semblable à celle à laquelle le personnel de santé est confronté quand une femme est informée qu'elle est séropositive, mais qu'elle ne se résout pas à en informer son partenaire. Le personnel du projet doit en discuter avec la femme et si possible inciter le partenaire à réaliser son propre test, ce qu'ils ont rarement fait dans notre essai, mais il est indispensable de préserver la confidentialité du résultat de la femme. Là encore, le choix de partager l'information avec son conjoint relève de la femme et d'elle seule, même si ce n'est pas toujours facile de vivre avec ce problème en tant que professionnel de santé.

Prise en charge des patients dans un essai thérapeutique

Dans un projet de recherche tel qu'un essai thérapeutique, les patients inclus bénéficient d'une prise en charge médicale et du remboursement des frais provoqués par le fait d'être dans l'étude (tels que les frais de transport par exemple). Dans un contexte comme celui de l'Afrique, la prise en charge médicale durant l'essai (accès à une consultation médicale gratuite, à des médicaments et des examens...), en l'absence de système de protection sociale, représentent un avantage important. Au Rwanda, dans la cohorte que nous suivions (Lepage *et al.* 1993), la mortalité de 0 à 4 ans a été diminuée au moins de moitié chez les enfants non infectés par le VIH en comparaison avec la mortalité "habituellement" observée dans la jeune enfance. Cette situation n'est pas uniquement africaine. La définition du sida a été modifiée aux Etats-Unis en 1993 pour permettre, en particulier, à plus de personnes d'avoir accès à l'AZT. Certaines thérapeutiques ne sont accessibles en Europe et aux Etats-Unis que si l'on est inclus dans un essai clinique. Il s'agit de trouver un équilibre entre offrir assez aux patients pour compenser les contraintes auxquelles ils se soumettent et donner des avantages excessifs qui influent nettement sur leur décision d'entrer dans un essai ou non. En l'absence de système de protection sociale, nous ne pouvons pas demander aux gens de ne pas désirer de compensation matérielle liée à leur participation à un essai thérapeutique qui demande temps et disponibilité. Offrir une prise en charge médicale durant l'essai est un avantage non négligeable. En revanche, il est un peu illusoire de prétendre que les patients peuvent être pris en charge après l'essai par le projet qui a mené la recherche. Dans notre cas, qu'en est-il des enfants non infectés par le VIH nés de mères

infectées ? Doivent-ils être pris en charge par un organisme de recherche et jusqu'à quand ? Doit-on privilégier les personnes infectées et, en caricaturant, arriver à une situation où les personnes non infectées par le VIH ne trouveraient aucun soutien à l'inverse des personnes infectées, ce qui en termes de prévention de l'extension de l'épidémie serait probablement improductif ! Il est impossible à quelque organisme de recherche de se substituer aux pays quant à la prise en charge de leurs citoyens. Il s'agit plutôt de travailler en liaison avec des organismes de coopération bilatérale ou multilatérale afin que ceux-ci prennent le relais en terme d'aide à la prise en charge des patients infectés par le VIH, qu'ils soient dans un essai ou non¹.

Une caractéristique des essais de prévention de la transmission mère-enfant est qu'il s'agit d'essais où la personne incluse est "altruiste". L'essai n'est pas réalisé pour soigner la femme elle-même, mais pour diminuer le risque d'infection par le VIH de son enfant. La mère fait le choix d'entrer dans ce type d'essai pour donner "une chance" à son enfant, dans des pays où les thérapeutiques antirétrovirales sont indisponibles pour elles-mêmes. Ce n'est pas une situation facile. Cependant, quand on voit la compliance de ces femmes incluses dans notre essai, cet espoir enfin accessible semble être perçu comme très important. Les femmes ont réellement le sentiment d'agir, de faire quelque chose contre ce qui jusqu'à récemment était présenté comme une fatalité, la transmission du virus à leur enfant avec tout cela comporte de culpabilité et d'angoisse.

Parfois, dans le domaine du sida, il semble que le mot "éthique" est utilisé au delà de ce qui relève vraiment de l'éthique médicale. Si on se réfère à un dictionnaire, la bioéthique est « l'ensemble des problèmes posés par la responsabilité morale des médecins et des biologistes dans leurs recherches et dans les applications de celles-ci » (*Petit Larousse Illustré* 1995 : 142). Comme l'a dit le Professeur Salamon (Salamon *et al.* 1995), il n'est pas éthique d'administrer un traitement dont on ne connaît ni la tolérance ni l'efficacité. Une autre condition morale que doit remplir une recherche est d'être pertinente et correctement menée. Mener un essai thérapeutique sans respecter les conditions méthodologiques nécessaires à sa rigueur et à sa validité est scandaleux et n'a pas lieu d'être.

Ethiquement, l'usage du placebo doit répondre à certaines exigences : en particulier il est utilisé lorsqu'il n'existe pas de traitement de référence reconnu et réalisable. Cet usage peut également dépendre du contexte dans lequel se déroule un essai. Dans notre cas, l'usage du placebo permet de s'assurer de la tolérance d'un produit potentiellement hématotoxique et anémiant chez des femmes enceintes très souvent anémierées en Afrique. Mais surtout, l'usage du placebo permet de répondre au problème angoissant que pose l'allaitement maternel des enfants nés de mères infectées par le VIH. Est-ce que la

¹ C'est ce à quoi s'emploient l'ANRS et la Coopération française en Afrique par le biais de l'Action Coordonnée n°12. Ainsi la Coopération française à Abidjan soutient de façon importante l'Unité de Soins Ambulatoires et de Conseil du CHU de Treichville ainsi que d'autres structures de soins.

transmission du VIH par le lait maternel ne risque pas de réduire à néant tout effort d'intervention situé en amont tel que l'usage de produits antirétroviraux à la fin de la grossesse ou à la naissance ? En Afrique, à ma connaissance, aucun pays ne recommande l'allaitement artificiel des enfants nés de mère infectée par le VIH. Le régime thérapeutique utilisé dans l'essai ACTG076/ANRS024 n'y est malheureusement pas un régime pertinent si l'on considère le problème de l'allaitement maternel, en dehors même des problèmes de réalisation d'un tel essai dans les structures de santé africaines, puisque l'exposition au virus se prolonge bien au delà de la durée du régime thérapeutique. Devant l'impossibilité d'appliquer ce régime en Afrique à large échelle, une réflexion a été menée pour élaborer des régimes plus courts, moins coûteux et plus adaptés à la réalité du suivi des femmes enceintes en Afrique (Dabis *et al.* 1995). Ce sont donc des régimes nouveaux dont l'efficacité est inconnue et qui nécessitent, d'un point de vue scientifique, une évaluation rigoureuse. Ne pas avoir de groupe contrôle ne permettrait pas de savoir la réelle efficacité de l'intervention mise en place.

La question du placebo a été soulevée par des associations de personnes infectées par le VIH dans le domaine des essais thérapeutiques et en particulier dans notre essai. Du point de vue des associations, il est cohérent d'être peu favorable ou opposé à cette pratique. Il ne s'agit pas obligatoirement d'un problème éthique, il peut s'agir d'un désaccord de nature "politique" entre les associations et les institutions responsables des essais. Il peut s'agir aussi d'un décalage entre la perception de la prise en charge des patients infectés par le VIH et la réalité de cette prise en charge là où se pratique l'essai. De quelle absence de soins parle-t-on en évoquant le placebo alors qu'il n'y a aucune thérapeutique antirétrovirale disponible en Afrique ? Il est à noter que les réactions d'associations de personnes infectées sont parfois différentes entre le Nord et le Sud. A Abidjan, certaines personnes de ces associations ont exprimé l'opinion qu'en l'absence de toute thérapeutique antirétrovirale pour les femmes infectées par le VIH, il est déjà positif d'avoir une chance sur deux d'avoir de l'AZT, en plus du suivi clinique et de la prise en charge médicale auxquels elles ont accès, quand on met cela en comparaison avec l'absence de prise en charge usuelle dans ce contexte. L'essai thérapeutique n'est clairement qu'une situation d'attente. Une fois l'essai terminé, si l'efficacité de l'intervention est établie, l'accessibilité du produit sera négociée beaucoup plus facilement par les institutions nationales et internationales de santé avec les laboratoires qui la fabriquent si les résultats obtenus sont scientifiquement indiscutables. Il y a 2 ou 3 ans, l'usage d'antirétroviraux en Afrique paraissait encore un objectif très lointain. Certains traitements pourraient devenir accessibles en Afrique. L'AZT, par exemple, a déjà donné lieu à l'apparition de génériques.

Les essais thérapeutiques sont difficiles à mettre en œuvre et à réaliser, et ce n'est pas un mince apport des associations de personnes infectées et de comités nationaux d'éthique de veiller à ce que la recherche en Afrique ne soit plus une recherche qu'on a pu qualifier de "safari", mais une recherche menée dans l'intérêt des populations

concernées et de façon adaptée à la réalité locale. Il faut les mener le plus honnêtement et le plus correctement possible tout en préservant la rigueur méthodologique nécessaire. En particulier ces essais doivent s'accompagner de grandes précautions dans le domaine du consentement et de la confidentialité. C'est en veillant avant tout au respect des personnes qui sont associées à nos recherches que nous pouvons espérer mener des recherches pertinentes, correctes sur le plan méthodologique, dans le respect de l'éthique médicale.

Bibliographie

- COULIBALY D., MSELLATI P., DEDY S., 1996, « Aspects psychosociaux du dépistage VIH-sida chez les femmes enceintes à Abidjan en 1995 », in CODESRIA, CNLS, ORSTOM, *Colloque International "Sciences sociales et sida en Afrique. Bilan et perspectives". Communications*, volume 1 : 407-414.
- DABIS F., MANDELBROT L., MSELLATI P., VAN DE PERRE P., 1995, « Zidovudine to decrease mother-to-child transmission of HIV-1 : is it good for developing countries ? », *AIDS*, 9 : 204-206.
- LEPAGE P., VAN DE PERRE P., MSELLATI P., HITIMANA D.G., SIMONON A., VAN GOETHEM C., MUKAMABANO B., KARITA E., STEVENS A.M., MATHIEU G., SALAMON R., DABIS F., 1993, « Mother-to-child transmission of HIV-1 and its determinants. A cohort study in Kigali, Rwanda », *American Journal of Epidemiology*, 137 : 589-599.
- SALAMON R., COULIBALY I.M., WELFFENS-EKRA C., MEDA N., OUANGO J.G., 1995, « Pays en développement et recherche sur le sida : les problèmes éthiques », IX^e Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique. 10-14 décembre 1995. Kampala, Ouganda. Résumé WeD240.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993, *International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects*, Report from Council for International Organizations of Medical Sciences and World Health Organization, Geneva, WHO.

Philippe MSELLATTI, *Essais thérapeutiques pour diminuer la transmission mère-enfant du VIH. Questionnement au quotidien et légitimité scientifique*

Résumé — Ce texte aborde la question des essais thérapeutiques menés en Afrique, en particulier dans le domaine de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Il présente les problèmes et les questions soulevés lors de la proposition du dépistage du VIH (compréhension, consentement...), lors du suivi de personnes infectées par le VIH, dans le respect de la confidentialité, et lors de la prise en charge des patients dans un essai thérapeutique. Enfin, la dernière partie concerne les aspects éthiques de la recherche et la discussion sur l'usage du placebo dans les essais cliniques.

Mots clés : essai clinique • transmission mère-enfant • VIH • Afrique • éthique.

Philippe MSELLATTI, *Clinical trials to reduce mother-to-child transmission of HIV. Day to day issues and scientific legitimacy*

Summary — This text raises specific issues of clinical trials carried out in Africa, especially in the field of prevention of mother-to-child transmission of HIV. It shows issues and questions met when HIV testing is proposed (understanding, consent...), about follow-up of HIV-infected persons, about confidentiality and care management of patients in the context of a clinical trial. The final part of the text has to do with ethical aspects related to research and participate to the discussion around the use of placebo in clinical trials.

Keywords: clinical trial • mother-to-child transmission • HIV • Africa • ethics.

15. Physician's dilemma in the management of HIV/AIDS in Africa

Femi Soyinka

Introduction

The Universal Declaration of Human Rights, which encompasses basic rights —civil, political, economic, social and cultural— for all peoples of the world, and which was adopted by the United Nations in 1948 is a basic international pronouncement of the inalienable and inviolable rights of all human beings.

Many international and regional treaties have been formulated and adopted using the framework of the Universal Declaration as the reference point. Some of these treaties include:

- The American Convention on Human Rights —adopted by the Organisation of American States in 1969;
- The European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedom which was adopted by the Consultative Assembly of the Council of Europe in 1950;
- The African Charter on Human and Peoples Rights adopted by the Organisation of African Unity (OAU) in 1986;
- The Human Rights Covenant that underpins the rights of people living with HIV/AIDS and which inform public health policy on HIV/AIDS derives principally from the United Nations Declaration of Human Rights.

The advent of HIV/AIDS raises a wide range of social, public health, cultural, and ethical issues, which need to be addressed and weighed carefully in order to effectively prevent and control AIDS infection.

While the principle of human rights have gained international recognition and acceptance, the logic behind ethical principles, especially as it applies to HIV/AIDS, still eludes health care professionals in Africa, especially as these principles do not lay down precise legal obligations.

Most of the declarations and opinion papers on Ethics, Humanity, Right, Law and HIV, including the July 1994 Dakar declaration have dwelt in broad terms on the guidelines and tenets of Ethics and HIV research, HIV in the workplace, discrimination, empowerment, confidentiality and privacy, commitment and responsibility. However, declarations have failed to address pertinent and worrisome questions which many health care providers encounter in their day to day involvement in the care and management of people living with AIDS. The debate

that had been generated on confidentiality shows that a considerable amount of thoughts need to be put into the issues.

To encourage the protection of the rights of people living with HIV/AIDS in Africa, and to promote ethical principles in the management and care of people living with HIV/AIDS in Africa, several organisations have been formed and networking activities are already in place among these various organisations in Africa. Laudable roles have been played by some African based NGOs and other International Agencies in promoting and protecting the human rights of people living with HIV/AIDS in Africa, and also in ensuring that African people living with AIDS live in dignity and in a free environment.

For example, the African Network on Ethics, Law, and HIV, which was established in 1991, has assisted in the formation of National arms in 13 African countries and has vigorously pursued the issue of rights, dignity, equity, and justice for people living with HIV/AIDS in Africa. This African Network, in collaboration with the UNDP's (United Nations Development Programme) 'HIV and Development programme' (Dakar and New York), reaffirmed in July 1994 the fundamental value of respect for human rights, life and human dignity, by producing guiding principles on ethical and human rights aspect of HIV/AIDS —now generally referred to as 'Dakar Declaration 1994'. The Nigerian Network on Ethics, Law, and HIV/AIDS was formally launched in October 1997, with active participation of the African Network, the UNDP HIV Regional office, and the Overseas Development Agency.

Similarly, the 'Sociétés d'Afrique et Sida' Network, which was established in 1993, has established a unique information-sharing facility thorough its publications and encouraged debate on social and human dimensions of the AIDS epidemic in Africa.

The AFRICASO Network (African branch of ICASO, International Council of AIDS Service Organisations), which was established in 1991, has developed links between ethical and legal networks in Africa and has actively supported the Network of African people living with HIV/AIDS.

The African AIDS Research Network, a Nigerian branch was formed in 1989, was the first African based network to develop strategies on the observance of ethics in HIV research and management. It held the first workshop on 'Ethics and HIV and Human Rights' in Lagos, Nigeria in 1991, producing a set of guiding principles on research and HIV in Africa.

With the efforts of these various organisations, positive strides have been made in some African countries on the issue of Ethics and AIDS. For example, the South African Government has abolished all screening for HIV/AIDS as a prerequisite for employment in any avenue of government services. The decision was reported as binding on all the public services, including defence personnel, the police, nurses and teachers.

Unfortunately, many countries in Africa still lag behind in the progress towards an equitable and just treatment of people living with

HIV/AIDS. For example, in Zimbabwe the Harare Association of women with HIV/AIDS reported that about 90 percent of widowed or divorced women living with HIV/AIDS have reported discrimination in health care, education and employment. In Nigeria, a Nigerian navy captain ordered that all people with HIV/AIDS in his state be arrested and confined to a centre, to curb the spread of the virus.

There are still many areas of concern on some pertinent ethical issues that need to be urgently addressed in order to make HIV preventive measures viable in African countries.

Case presentation

Clinical observations of physicians' involvement in the daily management and care of people living with HIV/AIDS in Nigeria, as well as in some parts of Africa, provoked the following questions:

1. How have African physicians coped and responded to the AIDS epidemics in Africa?
- 2 How have they acted or reacted when faced with conflicting interests e.g., public health interest, personal interest, community interest, patient's interest and the third party's interest?
- 3 How have African physicians and health professional bodies reacted against threatening oppressive laws, against the rights and dignity of people living with HIV/AIDS?
4. How had the physicians responded when confronted with the economic hopelessness of their patients living with AIDS, and yet the need to care for them?
- 5 What are the collective roles of other professionals e.g., social scientists in the protection and promotion of human rights of people living with HIV/AIDS?

Case history

This case history was presented at the International Conference on 'Social sciences and AIDS in Africa', in Sali Portudal (Soyinka 1996). A 27 year old female patient, with an history of frequent miscarriages was secretly tested for HIV, and was found to be HIV sero-positive. The husband of the patient was employed in a University Teaching Hospital, where the test was carried out. The policy makers in the Teaching Hospital knew about the test result. A few months after the test was carried out, the spouse of the lady took ill, with some renal problem needing renal dialysis. However as it is generally done in this hospital (as in other hospitals in Nigeria as well), all patients needing renal dialysis are screened for HIV (without consent and without counselling). The reason for this action is that the hospital possesses only one renal dialysis machine, which will not be used for HIV positive patients. Consequently the man who is a surgeon was clandestinely screened for HIV and he too was positive. He was not

put on renal dialysis machine, and he was not informed why. The surgeon asked questions to which various flimsy excuses were given.

The surgeon eventually improved in health after he was given peritoneal dialysis and he wanted to resume his duty —a move that was stoutly resisted by fellow doctors and other care professionals who were privy to his sero-status.

A private delegation was sent to the policy makers in the hospital to advise against his being reinstated as a surgeon, as it was feared that he could infect other health care workers during operation. He was considered a source of occupational hazard. The dilemma in terms of decision making began to arise for the policy makers. Should he be withdrawn from the routine theatre duties? If so, on what basis? If he is not removed the hospital faces an industrial action which would eventually blow all the previous mis-management of the case into the open.

The wife of the surgeon eventually got pregnant again and delivered a baby girl. The baby, after about 6 months started to develop signs and symptoms of acute paediatric AIDS —failure to thrive, and other acute signs of immune deficiencies— in terms of protracted opportunistic infections. The consultant paediatrician, who had knowledge of the parents' sero-positivity requested for HIV test to be done on the baby, without the parents' knowledge or consent. This was however advised against after consultation with the Network on Ethics, Law, HIV/AIDS in Nigeria.

Post-script

After the first version of this paper had been delivered in 1996, it was reported that the child in question died at the age of 11 months, while the mother also died in a faith healer's set-up. She was reported to be delirious and withdrawn before she died. She was worried over her lack of knowledge about the cause of her child's death and her frequent history of miscarriages. The surgeon it was learnt, is still oblivious of the true picture of events that befell him and his family, however, he is reported to have a very strong feeling that he had been deceived and his rights might have been grossly violated.

Comments

In the discussed scenario, the case of the surgeon and his family had been mismanaged and mishandled. There had been gross violation of human rights and ethical principles at various levels. The attitude of health care professionals towards a fellow professional had been very unprofessional. A fact that opens the eyes to what really happens to millions of people who happen to be less privileged than the surgeon. The institution in question failed to handle the situation correctly and also failed to make amends to the already bad situation. It feared eventual litigation —which presupposes that the actors knew their right and can be assured of obtaining justice.

The case also shows how unprepared physicians are to take crucial decisions outside the realms of pure medicine, how it had been difficult to apply personal moral judgement on such issues where there are conflicting ethical interests such as consent, confidentiality, the right of patient, the common right and in this case the 'assumed' right of other health care givers —not to get infected.

On the principle of non-discrimination, the Dakar declaration states: "Every person directly affected by the epidemic should remain an integral part of his or her community with the right of equal access to work ... justice and equality".

Discussions

In analyzing why such a violation of basic tenets of human rights and ethics could occur in an institution of higher learning, in Nigeria and why there had been a culture of silence surrounding the events, one needs to examine the position of the physician within the context of a developing country.

In African setting, the physician is considered to have the ultimate responsibility and final decision on what happens to his patients. In such a setting, personal attitude, moral outlook and character become very crucial and important to the total outcome of the practice of ethics. The social, cultural, religious and economic environment will also bear on the outcome of the crucial decisions that may be taken, especially when the issue under discussion is HIV/AIDS and care.

Unfortunately, the physicians in such a setting, as we pointed out earlier, are unprepared to take crucial decisions outside the realms of pure medicine. Further, in a different environment where there are checks and balances and where ethical principles have been fine-tuned and where there are shared responsibilities in care and decision making matters, the situation might have been differently handled.

The demands placed on African physicians to take absolute control, definitely outstretch the type of training that the doctors were exposed to. It goes perhaps beyond their professional competence.

Physicians tend to act as professional groups, where individualised personal ethics is often viewed as an aberrant behaviour within the group. Personal ethics is influenced greatly by personal perception and character, the environment, judgemental aptitude and perception of values. Through professional pressure, physicians are not often allowed to exercise these qualities.

In the course of our interactions with physicians, patients and other groups of people, a very complex relationship of 'fear' and 'attitude' between the clients and the physicians in respect of HIV/AIDS was noticed. The fear of the patient that his HIV sero-positivite status will become aware of his immediate relatives, colleagues and community, and the fear of the physician, desperate for strength and guidance to be able to inform a patient of his seropositive-status. Both situations pose serious dilemma for physicians. The other dilemma of physicians also lies in personal ethics, fears and helplessness in respect of the

environment in which they have to operate. Intertwined in all these are the doctors' personal attitude to people with AIDS, inability to confront a case that they perceive as hopeless (viewing it mainly from the medical point of view).

More important, based on empirical evidence, we can confirm the three types of dilemma confronting physicians in Africa:

1. *The patient's fear of disclosure of a HIV sero-positive status*

In a survey carried out in Nigeria, Soyinka *et al.* reported in 1996, that 58 percent of female respondents and 17 percent of male respondents respectively reported that they would inform their spouses if they had HIV infection. In the same survey, 76 percent of male respondents (almost the same percentage of those who would refuse to tell their wives if they had HIV infection) said that they would wish to know or be told if their wives had HIV infections. In other words, a majority of the respondents would want to know if their spouses had HIV infection, but they will not allow their spouses to be told if they had the infection.

The result of this survey, illustrates the type of problems that African physicians face when critical decisions have to be made on confidentiality, or shared confidentiality, patients' right and the third parties' right. The physician in most of the case faces a dilemma on how to decide and take the responsibility for his action.

2. *The physician's inability to cope with issues of character, cultural, social or psychological impediments.*

A face to face interview with purposely selected physicians was conducted in hospitals, to investigate their reaction to an HIV positive person or people with AIDS. Majority of doctors admitted that they have not being too friendly toward them. They have primary interest in protecting themselves against being infected and the interest of the patient is secondary in this matter. Eight out of ten doctors who participated in this interview said that they have the right not to attend to an AIDS patient.

Asked to rate how comfortable they would feel, to inform a patient about his/her sero-status, 90 percent said that they would feel highly uncomfortable, and 80 percent even said that they would not want to perform the duty.

Many admitted that they are impeded by cultural or psychological factors which makes it difficult to inform the patient that he/she is positive. A large majority of the physicians felt that breaking such news does not belong to the doctor's function, but to that of the nurse. It was said that nurses are trained to break bad news. One wonder if this is really so.

When asked to expatiate further on the cultural and psychological impediments, many said that usually, an 'outsider' is not supposed to break such bad news and that they would rather tell a senior member of the family who in cultural terms should consult other members and then, it would be decided on how and who would break the news.

Eighty percent of those interviewed again expressed the fear that they would not be able to cope with the patient's reaction if they were to break the news to him or her.

3. The social environment of the physician

Another dimension of the dilemma faced by the physicians in the developing countries of Africa is the hopelessness and helplessness of the situations and the environment in which they operate. The environment of abject poverty, scarcity or total absence of basic needs, deprivation and glaring inequality of resources distribution and justice, in which the doctors and the majority of their patients live. Even though, the physicians may fare a little bit better than those they are supposed to care for, but only just a bit. They may be able to take two meals a day instead of half or send their children to a low-grade school instead of into the street.

Most physicians in Africa usually work in a culture of 'NA' which means 'not available' —no water, no drug, no electricity, no oxygen. And so they acquire the culture of not being available both in body and soul and end up not caring.

Ethical conviction becomes lacking in impoverished physicians who are greatly influenced by their environment, what they see, what they obtain and what they learn to perceive of their patients. Their character is thus influenced by the larger ethical norms of their society. In most cases, the leaders —i.e., the governments themselves lack personal ethical norms with which to govern and guide the governed.

Few professional bodies (i.e., medical) in Africa are known to have taken a stand against ethical violations against the people with AIDS, which are either committed by their colleagues or by their government.

A good example of the acquiescence and total acceptance by African physicians of questionable practices dictated to them by donor agencies is the controversial topic of the sentinel surveillance which is usually carried out for epidemiological surveillance using commercial sex workers (CSW), pregnant women and other medically unwell groups that must visit the hospital for help.

After participating actively in sentinel surveillance —using CSW, pregnant women, patients as subjects of research, one started thinking about the morals of this exercise. I started raising strong reservations against it, having concluded that it was not right. During an ethical workshop organised by the African AIDS Research Network in Lagos in 1986, this issue came up for discussion.

A World Health Organisation officer came to this workshop and strongly defended the need of such surveillance from the epidemiological point of view. One's epidemiological sense of judgement was called to question by most people that were present at this meeting, including social scientists.

Again, during the African Conference on AIDS and STDs in Yaounde, the same issue was raised, but was deftly silenced by the WHO team and many colleagues. Why can we not openly discuss the ethical principles involved in the sentinel surveillance?

Conclusion

It is difficult to conclude except in the abstract because there are yet many questions to be discussed and concluded.

1. The interest of the person with AIDS and the confidence he or she has in the physician must not be breached —and the physician who has acquired the intimate knowledge of the patient because of his profession must not fail his patient.

2. The person with AIDS has legitimate fear —the fear of discrimination, social denial, segregation, loss of job, etc., if the disease or sero-status were to be divulged, even to closest family.

3. The fear of the patient is further justified because of the informed relatives reception and finality of actions or inactions if they knew that he or she is a person living with AIDS.

4. The physicians dilemma is also real. They have not been prepared to handle how to give a total care and to care with sufficient empathy, or how to face people's emotions when it is about dying, e.g., in people living with AIDS, or in other diseases that create unfounded panic within the community.

5. The physicians problems are further compounded by their lack of understanding of their environment, and what they perceive as a dead-end.

6. Even though, well knowledgeable on how HIV can be transmitted, not transmitted, and prevented, many physicians still have baseless fear of contracting the infection from their patients.

The attitude of the physicians in this respect will negatively influence the behavior of other care givers, nurses, laboratory technologists, etc.

7. The culture of poverty, illiteracy and deprivation undoubtedly easily leads people to adopting humiliating measures and reactions to people with AIDS.

8. The African culture of care that has so much helped in keeping the family together is disappearing very fast —and thus making the concept of community care for people with AIDS difficult.

9. All the above mentioned facts, coupled with the unusual responsibilities placed on African physicians to take decisions over life and death, make the physicians burden to be extra large. So large for them to carry alone.

This brings one finally to the issue of relationship between the social scientist and the biomedical researcher and the physician.

By design or by default, there is a glaring absence of our social scientists in our hospitals or in the communities. They may be in the communities carrying out research, but they are not there to complement care. It is difficult to see the outcome of social science based theories, hypothesis or research, translated into practice in the hospitals and the communities. The much talked about collaboration

and joint effort has not been translated into effective action. In fact, the gap seems to be increasingly widening.

The patient, in this particular case, the patient with AIDS comes in between. He looks at the physician most of the time because he is the person that tradition has taught him, is the man that can help him. Little does the patient know that the doctor himself need help.

Outstanding dates

- 1948 — Universal Declaration of Human Rights.
- 1950 — Council of Europe. Consultative Assembly.
- 1969 — American Convention on Human Rights.
- 1981 — OAU African Charter on Human and Peoples Rights.
- 1991 — African AIDS Research Network International Workshop on 'Ethics Human Rights and AIDS', Lagos Nigeria.
- 1991 — African AIDS Research Network, Publication. Workshop Report on International Workshop on 'Ethics, Human rights, HIV/AIDS', Lagos Nigeria 1991.
- 1991 — African Conference on 'Human Rights and Democracy in Africa', Nigeria Communiqué.
- 1994 — African Network on 'Ethics, Law and HIV', Dakar Declaration 1st July 1994.

Bibliography

- Australian Federation of AIDS Organisations. 1996a. "South African citizen", *HIV/AIDS Legal Link*, 7 (3).
- 1996b. "Discrimination against positive women in Zimbabwe", *HIV/AIDS Legal Link* 7 (3).
- 1996c. "Nigeria: arrest and confinement of people with HIV/AIDS", *HIV/AIDS Legal Link* 7 (3).
- DIARRA T et al. 1995. *Africa Network*, Newsletter of the Society of AIDS, April 1995, No.8.
- DIARRA T., MSELLATI P., BRISSAC M., CARDON J., REY J.-L. 1996. "Sida et personnel soignant en Côte-d'Ivoire", *Médecine tropicale*, 56: 255-263.
- EFFA-HEAP Gladys. 1997. "The attitude of Nigerian nurses to HIV/AIDS patients at University College Hospital, Ibadan", *Sociétés d'Afrique et Sida*, 17/18. July - October 1997.
- SICARD J.M., FAIVRE D., NOUGTARA A., KOUYATE B., CHAUVET D., JAFFRE Y., CHIRON J.P. 1990. *Evaluation, en matière de sida, des connaissances et des attitudes des personnels de santé et de l'action sociale au Burkina Faso*, Ouagadougou, publisher unknown: 3 p.
- SOYINKA Femi. 1996. "Physician's dilemma in AIDS care in African countries." in CODESRIA, CNLS, ORSTOM, *International Symposium 'Social Sciences and AIDS in Africa. Review and Prospects'*. Papers — Volume 2: 783-790.

Femi SOYINKA, *Physician's dilemma in the management of HIV/AIDS in Africa*

Summary — Illustrating with a case history, the paper discusses ethical issues faced by physicians in the poor resource setting in Africa. Physicians are confronted with personal, moral, professional and societal problems when faced with the responsibility and tasks of making decisions on human rights and professional ethics in the management of patients with AIDS in Africa. Professional competence of health care providers are called to question when moral and ethical decisions have to be taken on issues such as informed consent, confidentiality, public health/community interest and individual interest. Most African physicians are ill-equipped by training and lack of appropriate facilities to handle social, psychosocial, cultural and economic issues related with HIV infection. Fear of nosocomial infection is real in physicians and lack of preventive measures in the work place result in negative attitude in caring for people with HIV/AIDS. Open discussion on controversial ethical issues such as sentinel surveillance, breast feeding of HIV infected women, vaccine trials, is necessary. The role of social research to improve and enhance good practice in the care of patients and preventive measures needs reappraisal.

Keywords: ethical dilemma • AIDS patients care • applied social research.

Femi SOYINKA, *Le dilemme du médecin dans la gestion du VIH/sida en Afrique*

Résumé — A partir d'une histoire de cas, ce texte discute des problèmes éthiques auxquels les médecins sont confrontés dans un environnement à faibles ressources en Afrique. Les médecins font face à des problèmes personnels, moraux, professionnels et sociaux quand ils ont à assumer leur responsabilité et ont le devoir de prendre des décisions relatives aux droits des personnes, à l'éthique professionnelle dans la prise en charge des patients atteints de sida en Afrique. La compétence professionnelle des travailleurs de la santé est remise en question quand des décisions morales et éthiques sont à prendre sur des questions comme le consentement informé, la confidentialité, l'annonce, l'intérêt de la santé publique ou de la communauté et l'intérêt personnel. Beaucoup de médecins africains sont mal équipés, et manquent des ressources appropriées pour traiter de questions sociales, psychosociales, culturelles et économiques liées à l'infection à VIH. La peur d'une infection nosocomiale est réelle chez les médecins, et du manque de mesures préventives sur le lieu du travail résulte une attitude négative envers les personnes vivant avec le VIH/sida. Il est donc nécessaire d'ouvrir un débat de fond sur les questions éthiques controversées comme la surveillance sentinel, l'allaitement maternel des femmes infectées par le VIH, les essais vaccinaux. Il y a donc un grand besoin d'une réévaluation du rôle de la recherche en sciences sociales pour améliorer et renforcer les pratiques de la prise en charge des patients aussi bien que les mesures préventives.

Mots-clés : dilemme éthique • prise en charge des malades • recherche sociale appliquée.

16. Du “culturel”, de “l’universel” ou du “social” ? Penser le sida et la prévention au Mali

Claude Fay

Des enquêtes menées depuis 1993 au Mali¹ ont progressivement remis en question l’idée d’une relation causale simple (une liaison mécanique) entre la diffusion des messages d’information sur le sida par les services de prévention, la capacité des populations locales à restituer ces messages, leur adhésion à ceux-ci et leurs conduites concrètes de protection. En effet :

- la restitution des messages² n’implique pas l’adhésion à ceux-ci. L’information médicale peut être restituée, spontanément ou sur demande, par des informateurs qui, en même temps ou dans d’autres contextes, nient la réalité de la maladie ou la renvoient à de multiples étiologies “traditionnelles” ou nouvelles ;
- en cas d’adhésion, les différentes raisons d’y adhérer peuvent être largement décalées en regard du contenu du message ; il peut s’agir, par exemple, de stigmatiser les “dérèglements” de la jeunesse ;
- les divers types d’adhésions (partielles ou totales, et différemment motivées) ne déterminent pas nécessairement des conduites de protection “rationnelle” appropriées. On peut recourir, parallèlement ou à la place du préservatif, à d’autres moyens tels les protections “magiques” ou la sélection sociale des partenaires (sur le comportement ou la réputation).

“Cultures” et processus sociaux d’identification

Au Mali, comme probablement ailleurs, ces conduites, interprétatives et comportementales, et leurs décalages tiennent autant à des modèles “culturels” préexistants, qu’à des logiques sociales de positionnement adoptées face à l’“ensemble sida” tel qu’il est donné aux populations, c’est-à-dire d’une part la réalité de maladie(s) grave(s) et souvent mortelle(s) affectant plus particulièrement les jeunes gens, d’autre part les messages médicaux sur la nature du sida et ses modes de transmission et

¹ Un groupe de recherches a travaillé sur ces thèmes depuis 1993, de façon comparative dans diverses régions du Mali, dans le cadre de l’Action incitative “Sciences sociales et sida” (Orstom-Institut Santé et Développement). Les conclusions de la recherche sont données dans le rapport final (Diarra, Fay *et al.* 1994).

² On peut les résumer ainsi : “il existe une maladie virale appelée sida, actuellement incurable et menant à la mort, qui se transmet par le sang et les relations sexuelles non protégées”.

les consignes de protection. Ces positionnements — qui consistent à établir ou à refuser d'établir certains rapports entre ces divers éléments — se font dans le cadre de processus de changement social. Ils peuvent être le fait de groupes et de réseaux divers (groupes nationaux, ethniques, régionaux, villageois, groupes d'âge et de sexe, groupes et réseaux professionnels). Or ces groupes et réseaux forment des ensembles partiellement emboîtés (par exemple la région et le village), partiellement sécants (par exemple l'âge, le genre et l'ethnie), et ils sont par ailleurs composés d'individus, et plus précisément d'individus humains. De ces analyses d'une part, de ces truismes de l'autre, on peut tirer quelques conséquences importantes :

— d'une part, à chaque niveau, les positionnements face à "l'ensemble sida" dépendront des positionnements identitaires des groupes, c'est-à-dire de l'ensemble des valeurs distribuées par ces groupes sur la base de leurs propres critères de recrutement (valeurs "féminines" et "masculines", valeurs "culturelles-ethniques", etc.), et ces valeurs, comme on le sait, sont en remaniement constant (mais plus ou moins rapide selon les périodes historiques) et oppositionnel (par contraposition) dans le cadre de négociations historiques objectives des rapports inter-groupes (rapports sociaux d'ethnie, de nation, d'âge, de sexe, etc.). Selon une opposition classique, on trouvera donc nécessairement dans ces positionnements du "culturel" (d'ailleurs déjà très hétérogène, comme le montrent par exemple les formes très diverses de conjugaison des valeurs islamiques avec d'autres systèmes de valeurs selon les milieux considérés) et on le trouvera nécessairement traité dans le cadre du "social", et plus précisément du "changement social" ¹ ;

— d'autre part, des séries données d'individus s'inscrivent dans plusieurs groupes et réseaux emboîtés ou sécants, et doivent conjuguer les séries de valeurs induites, ce qui pose évidemment la question de leur articulation. Cela est particulièrement vrai dans un pays comme le Mali et dans une zone comme la Cinquième région où, depuis les années soixante, plusieurs processus ont convergé vers une densification des liens entre ville et campagne et vers une relativisation des cloisonnements ethniques, professionnels et familiaux ². L'articulation induite de différentes séries de valeurs, de plus en plus spécifique pour des groupes de plus en plus restreints, n'est pas nécessairement linéaire. Elle peut se présenter comme une hiérarchisation simple, mais aussi comme une série de hiérarchisations contextuelles : un jeune homme de famille rurale "traditionnelle" également inscrit dans des réseaux urbains à valeurs "modernes" peut ainsi moduler ses comportements (protection ou non-protection) selon le contexte d'une rencontre amoureuse (type de partenaire défini socialement, lieu et circonstance de l'acte sexuel). Elle

¹ Les travaux de l'anthropologie contemporaine à propos des "ethnies" montrent clairement que ces notions sont inséparables tant dans les processus de fondation que dans ceux de reformulation des identités de groupe.

² Les divers groupes ethnico-professionnels sont devenus très pluriactifs, et un individu donné est souvent amené à pratiquer conjointement ou successivement des activités très différentes (pêche-agriculture-élevage, commerce-transport) et à s'inscrire par conséquent dans différents réseaux.

peut aussi, plus radicalement, se faire dans la tension entre des appartenances difficiles à conjuguer et apparaissant comme antagonistes sur tel secteur d'existence sociale sensible. Un jeune scolarisé originaire d'un milieu "traditionnel" par exemple (milieu rural, ou famille urbaine pratiquant des formes intransigeantes de l'islam) peut devoir donner des gages de fidélité particuliers (particulièrement exigés) à son milieu d'origine sur les valeurs concernant la sexualité et l'alliance, ce qui risque de poser problème quand les services de prévention le ciblent, du fait de sa scolarisation, comme un interlocuteur privilégié, voire comme un agent virtuel de diffusion du message préventif dans son milieu familial ;

— enfin, si les êtres humains sont de l'avis général des êtres sociaux, les êtres sociaux sont tout aussi généralement humains, et, sans spéculer démesurément sur le vieux problème des invariants psychologiques, il faut sans doute prendre la mesure de cette évidence. Certaines réticences concernant l'usage du préservatif ou son usage indifférencié avec n'importe quel partenaire ne relèvent pas nécessairement de la recherche de causes "socioculturelles" spécifiques à l'Afrique. De même, on peut remarquer que la variabilité individuelle dans l'intensité des pratiques sexuelles n'est pas moins importante dans un continent que dans un autre.

Les grands paradigmes locaux du sida

Les discours locaux spontanés qui traitent de "l'ensemble sida" s'interrogent sur la nature et l'origine de la (ou des) "nouvelle(s) maladie(s)", et se tiennent autour de deux grands paradigmes : le changement social interne, représenté comme anomie, et le contact avec l'extérieur¹. Ces deux paradigmes ne sont pas exclusifs l'un de l'autre, puisque les explications par l'anomie sociale renvoient presque toujours celle-ci à l'effet déstabilisant des contacts externes ; mais dans certaines thèses, les contacts externes ont des effets pervers par eux-mêmes. Il n'y a pas non plus de contradiction *de principe* entre l'adhésion au message médical et l'activation de significations locales "culturelles" préexistantes — en l'occurrence étiologies et nosologies ; les deux niveaux d'interprétation peuvent s'articuler dans des propositions comme "le sorcier envoie le sida à sa victime" ou "en buvant le sang d'une seconde victime, le sorcier lui communique le sida de la première". Mais message médical et significations locales peuvent s'opposer *de fait*, dans les cas où on nie l'interprétation médicale des "nouvelles maladies" (comme le sida) : coexistent alors une interprétation locale de la maladie et une interprétation locale de la "mystification médicale" de l'information sur le sida. On perçoit déjà à ce niveau que l'opposition entre "croyance" et

¹ Même lorsqu'on refuse de reconnaître la "nouveauté" de certaines pathologies, et qu'on les rabat sur des nosologies en place, celles-ci sont remaniées et "travaillées" en rapport avec le thème du changement : la maladie "traditionnelle" la plus évoquée est alors le *sayi* blanc, mais sa description met en mouvement « un jeu incessant d'oppositions qui renvoie en permanence un terme à son contraire » qui la font finalement apparaître comme « une maladie du désordre social lié à l'urbanisation et à la modernité » (Le Palec 1994a : 1.24-25).

“non-croyance” au sida n'est pas nécessairement la plus importante pour comprendre les interprétations ou les pratiques sociales et individuelles.

Le paradigme anomique, l'interprétation du sida comme d'un “répondant individuel du désordre social” (Koné 1994 : 3), d'une “synthèse biologique et sociale” (Gérard 1994 : 11), est repérable dans toutes les régions étudiées du Mali, et se conjugue sous la forme d'une opposition entre tradition et modernité. Il y a eu perte de contrôle sur l'ordre social en général, sur les alliances matrimoniales et les pratiques sexuelles en particulier, qui commandent éminemment sa reproduction. Cette anomie déclenche des forces néfastes, qu'on peut conjuguer différemment pour nier le sida ou pour l'expliquer : la cause “anomisante” peut alors expliquer les maladies à la place du sida ou être représentée comme l'origine ou le vecteur de celui-ci. En Cinquième région par exemple, on peut affirmer que Dieu punit le dévergondage¹ (explication ou négation du sida : Dieu envoie le sida/ce n'est pas le sida, c'est une maladie divine), que les sorciers profitent du dévergondage pour se déchaîner (*ibid.* : négation ou explication), que des sacrifices ne sont plus effectués et que les instances concernées attaquent (toujours négation), que des interdits exogamiques (notamment ethniques) sont transgressés (éventuellement en méconnaissance de cause puisque, en ville, “tous se mélangent” et on ne sait plus qui est qui) et que la force de l'interdit se déchaîne (toujours négation). Sur la transmission du sida, le thème de l'anomie domine également (adultère, prostitution, multi-partenariat).

Le paradigme de “l'extériorité pathogène” est tout aussi généralement attesté dans les différentes régions, le sida apparaissant alors comme “une contamination du champ social par des éléments exogènes” (Gérard 1994 : 22). Ces éléments peuvent provenir de la ville (pour les ruraux), de la capitale (pour les provinces), de l'étranger (pour tous), ou d'une autre ethnie (pour une ethnie donnée)². La maladie provient donc ici du franchissement dangereux de limites géographiques et sociales entraînant le franchissement de limites symboliques (ce qui ramène à l'anomie sociale), ce que les guérisseurs “lisent” d'ailleurs dans le caractère anarchique des symptômes, qui ne respectent pas l'ordre réglé des nosologies en place (Fay et Pamanta 1994) et qui font de cette maladie elle-même une pathologie sans limites. Cela renvoie à l'anarchie des pratiques extérieures de tout ordre, qu'on peut exprimer par exemple en conjuguant le plan sexuel, le plan diététique et le plan climatique, quand on énonce que les migrants ont mangé n'importe quoi en Côte-d'Ivoire, forniqué avec n'importe qui et vécu dans un climat qui “ne convient pas aux Sahéliens”. Il s'agit bien au sens large d'un problème de métabolisation de l'étrangeté. Ce paradigme de l'extériorité comprend un sous-paradigme important qu'on peut appeler “colonial”, en ce qu'il met en avant l'opposition nord/sud - noir/blanc : on peut même dire qu'en

¹ Il s'agit de la Région de Mopti ou Maasina, où s'est effectuée la plus grande partie de notre recherche. La notion peule de *Jayre* désigne à la fois l'ordre païen préislamique, le dévergondage en général, le dévergondage sexuel en particulier, et contextuellement la prostitution.

² Le thème, prégnant en Cinquième région, du “mélange ethnique” dangereux s'inscrit ainsi à la fois sur le registre de “l'anomie” et sur celui de “l'extériorité”.

dehors de l'opposition ethnique, il est toujours présent, l'ensemble “Occident/capitale / ville/campagne” étant représenté comme une chaîne continue de “modernisation-dégradation des mœurs”. Le paradigme colonial sert lui aussi soit à nier le sida (c'est une invention des blancs pour vendre leurs préservatifs ou pour limiter les naissances ou pour faire peser l'infamie sur les Africains), soit à expliquer son origine (cynophilie des blancs) et sa transmission (sexualité touristique, pratiques cynophiles de femmes noires imposées par des blancs, vente par les blancs de préservatifs infectés). Ce paradigme peut apparaître sous une forme atténuée et lié à d'autres paradigmes (c'est l’“argent du blanc” qui corrompt et crée le dévergondage qui entraîne une punition divine, les blancs diffusent les préservatifs pour favoriser la prostitution, ce sont les nourritures occidentales — cube maggi, graisses, etc. — qui sont à l'origine des nouvelles maladies en général). Il se redouble dans la sphère thérapeutique, car cette “invention des blancs” recouvrirait en fait des pathologies connues par la médecine “noire” (ici dans le double sens de “local” et d’“animiste”) et que celle-ci est capable, en droit ou en fait, de soigner.

Comme les “nouvelles maladies” sont attribuées dans ce contexte au contact avec l'extérieur, l'imputation de la transmission se fera en direction des éléments extérieurs et mobiles, ou en contact local avec les éléments extérieurs ; Vuarin (1994 : 8), notait déjà cette équation à Bamako. On constituera ainsi en transmetteurs privilégiés les individus en contact avec les centres urbains extérieurs (étrangers, migrants, commerçants, transporteurs routiers), doublement dangereux du fait de leur contact avec l'extérieur et de la possession de “moyens d'argent” qui leur rendent les conquêtes locales plus faciles (ici le relais est pris par le thème de l'anomie sexuelle et de la prostitution), moyens que certains d'entre eux, éminemment les femmes commerçantes, sont d'ailleurs soupçonnés d'avoir acquis et d'entretenir par des rapports sexuels vénaux.

Positionnements dans le discours : stratégies d'énonciation

Mais qui forme tel ou tel énoncé à partir de ces paradigmes, qui “croit” ou non au sida, et qui s'en protège ? Une sociologie locale spontanée livre à ce sujet quelques oppositions standards : on est censé “croire” — et éventuellement se protéger — plus en ville qu'en brousse, et en ville même, plus si on appartient à des groupes liés à l'activité directement urbaine (commerce, transport, activités de main-d'œuvre ou de service, tressage, brodage, etc.) que si on appartient à des groupes ayant conservé exclusivement leurs spécialités ethnico-professionnelle dans le secteur primaire (pêche, agriculture, élevage), plus si on est scolarisé que si on ne l'est pas, et, sur un autre plan, plus si on est jeune et plus si on est homme¹.

¹ Ce classement hiérarchique du moins au plus “urbain-occidentalisé” fait assez curieusement apparaître ceux qui sont en position d'être le plus soupçonnés d'être à l'origine de la maladie comme ceux qui y croient le plus et s'en protègent le mieux, y compris pour les locuteurs de ladite catégorie.

Cette classification n'est pas complètement fausse, si on l'envisage comme une classification des positionnements obligés de discours et non pas comme une classification des croyances ou des pratiques. Qu'on adhère ou non au message médical, "l'ensemble sida" réfère immédiatement aux trois pôles du contrôle local de la sexualité et de l'alliance — à travers les rapports jeunes/vieux et hommes/femmes —, du rapport entre ville et campagne et du rapport nord/sud. Les positionnements obligés de discours (les stéréotypes énoncés par divers groupes face à l'extérieur) se font donc selon le caractère plus ou moins sensible de l'inscription dans ces rapports pour des groupes déterminés.

En zone rurale, comme d'abord en ville où le processus est plus avancé, la conjonction d'une forte monétarisation des secteurs de production dans les années 60 et de la paupérisation liée à la sécheresse a induit une forte perte de contrôle des anciens sur l'alliance matrimoniale. Le mariage traditionnel (ou plus exactement la forme d'alliance matrimoniale qui s'était généralisée dans le cadre de la domination politique et culturelle peule) se faisait dans la famille, entre enfants de frères, dans le lignage et préférentiellement dans la concession, ou entre enfants d'un frère et d'une sœur, plus rarement entre enfants d'autres germains. Ce type de mariage permettait en même temps de maintenir un contrôle étroit sur les cadets et de conserver les biens dans les lignages. Les relations sexuelles prémaritales avaient lieu presque exclusivement dans le village ou, en ville, dans le quartier ; elles étaient strictement intra-ethniques. Les difficultés grandissantes des familles à entretenir les jeunes et à leur fournir une dot autant que la diffusion d'un modèle "individualiste" d'origine occidentale-urbaine, ont ébranlé ce modèle. Les relations sexuelles sont plus multiformes, interethniques¹, intervillageoises, comme le deviennent aussi certaines alliances matrimoniales. La recherche de qualités personnelles — esthétiques, psychologiques, statutaires, financières — devient de plus en plus importante dans le choix du conjoint. La généralisation du commerce notamment féminin (ouverture sur les centres urbains) et de la migration masculine à l'étranger (principalement, mais pas seulement, en Côte-d'Ivoire et à Bamako) aide évidemment à ces changements. On a donc affaire à une reformulation sensible des relations sociales de sexes et de générations. Il n'est pas étonnant, dans ce contexte, que les "nouvelles maladies" faisant mourir les migrants de retour de Côte-d'Ivoire aient intégré la grande liste des déstructurations en place, des alliances extrafamiliales aux alliances interethniques en passant par les "bâtards" que font les jeunes filles en attente d'une dot que leur fiancé (migrant — on dit localement "exodard" — ou non) a du mal à se procurer pour pouvoir les épouser ou à ceux que font les épouses de migrants absents depuis trop longtemps.

• Du côté des aînés, et quels que soient leurs doutes — sensibles dans les discussions avec les informateurs les plus ouverts et les mieux connus —, les stéréotypes insistent donc sur le thème anomique en le

¹ Seul l'interdit majeur des relations sexuelles entre Bozos et Dogons, lié à une alliance cathartique fondée par un pacte de sang, est encore systématiquement respecté.

conjuguant plus ou moins selon la position familiale avec le thème de l’extériorité pathogène. Le stéréotype moyen invoquera plus les anomies communes telles que le dérèglement alimentaire, le dérèglement sexuel et matrimonial, en les conjuguant sur un mode flou qui rapporte en général les pathologies corporelles à la déstructuration sociale, et le plus souvent avec des imputations particulières, sur le plan sexuel, aux détournements des filles par les “étrangers” de passage : commerçants, transporteurs, surtout dans les chefs-lieux d’arrondissement¹. Selon la position de la famille dans les réseaux matrimoniaux (comme en ville, certains commencent à profiter des subsides que peuvent rapporter les filles à la famille par le biais d’un riche mariage interethnique ou d’une sexualité vénale), on insistera plus ou moins sur le danger des pratiques sexuelles anarchiques et des alliances matrimoniales extra-ethniques, et on insistera différemment sur le thème de la migration pathogène, selon qu’elle comporte ou non des “exodards” et que ceux-ci ont disparu ou continuent à revenir régulièrement et à envoyer des subsides. L’évocation de la sexualité pathogène, si elle rappelle sourdement le message médical (encore une fois maintenant connu de tous), ne le fait pas nécessairement de façon explicite : dans une des étiologies en place, les génies ou les sorciers, qui ont toujours des modes d’action “opportunistes”, peuvent profiter des rapports sexuels pour “souffler” des maladies dans le vagin de la femme qui peut ensuite les transmettre. Ici aussi, le message médical hante les discours, mais la “politique d’énonciation” des aînés consiste à ne mettre le dérèglement social, et notamment sexuel, en rapport avec les pathologies que pour rappeler fortement que l’ordre social conditionne l’ordre biologique, donc pour tisser le maximum de liens pensables entre eux. Dans ces “bricolages” divers, des familles particulières se positionnent face aux autres, en fonction de leurs propres stratégies concrètes plus ou moins “conservatrices” ou “novatrices” sur le plan de l’alliance ou de la migration ; mais, du côté des vieux, il est nécessaire de contourner le message médical qui les positionnerait directement sur le plan des pratiques sexuelles “techniques”, ce que d’une part leur statut leur interdit (il y aurait là une “honte” maximale, *herrsa* en peul), ce qui est d’autre part contraire à leur propension à “traiter” du désordre, et à traiter le désordre, à la faveur du sida et non pas à risquer de favoriser la reconnaissance du désordre sexuel par un traitement “technique” de celui-ci. En se taisant sur ce plan, ils affirment en fait qu’ils ne veulent pas occuper cette place, ce qui est encore une logique de positionnement.

• Du côté des jeunes, toujours en zone rurale, après un temps de plaisanteries “à la zairoise” (Syndrome imaginaire...), l’inquiétude s’est installée, du fait du retour régulier d’“exodards” malades et des campagnes de la radio de proximité locale (Radio FM Mopti). Comme à Bamako (*cf.* Le Palec 1994) on observe chez beaucoup de jeunes une tendance à nier le message médical pour nier plus globalement la responsabilité de la “sexualité déréglée” renvoyée sur un autre plan par les

¹ Le thème de la “maladie envoyée par Dieu et annoncée dans des textes religieux” est repris sur ce registre. Il est à peine plus spécifique — sauf pour quelques prédicateurs aux discours hypermoraux — que la notion de “maladies de Dieu” qui, localement, désigne des maladies sans cause précise assignable.

anciens. Mais il y a un double positionnement possible face à cette imputation. Beaucoup de jeunes, surtout dans les chefs-lieux d'arrondissements (Tenenkou, Jonjori, Togguere-Koumbe), et en particulier dans le cadre d'une "coordination des jeunes" (qui favorisait leurs interventions dans la vie villageoise, en opposition aux querelles politiques des anciens) et de la jeune démocratie (Fay 1995a), ont donc fait du message médical une bannière pour "techniciser" le problème des "nouvelles maladies" et le détacher d'une imputation globale de transgression, sur le modèle déjà examiné.

Dans la capitale régionale de Mopti, les positionnements obéissent fondamentalement à la même logique, mais sont plus variés selon les milieux spécifiques. Un des grands critères discriminants reste l'alliance matrimoniale, qui à la fois marque et organise le degré d'intégration des groupes dans la société urbaine globale. Certains groupes continuent de pratiquer presque exclusivement le mariage familial. Ce sont soit des groupes ayant conservé une forte spécificité identitaire fondée sur la maintenance de la spécialisation ethnico-professionnelle (Bozos pêcheurs¹, Peuls "rouges" ne s'occupant que d'élevage, faisant éventuellement cultiver de petits champs par des salariés), soit des groupes statutairement inférieurs (descendants de captifs *Rimaaybe* qui donnent éventuellement des femmes aux autres groupes, mais en reçoivent très rarement²), ou des groupes extrêmement misérables venus de brousse et se livrant à des travaux de manœuvres non qualifiés (certains Dogons, Bellas...). Les groupes d'origine diverse, qui s'adonnent aux différentes formes de commerce et s'homogénéisent progressivement³, vivent inversement une différenciation et une individualisation des formes de mariage, bien que le mariage familial reste majoritaire, mais sans doute plus pour longtemps. Il en va de même pour les différentes couches de fonctionnaires, très nombreux, surtout à Sévaré. Examinons les positionnements induits dans l'ordre de l'énonciation, en privilégiant le cas de quelques grands groupes, et sans avoir la prétention de faire une socio-logie fine et exhaustive de la population de Mopti :

— Les groupes "traditionalistes" entretenant l'endogamie ethnique et lignagère refusent plus massivement le message médical ("le sida n'existe pas" — on mettra alors en avant des étiologies religieuses ou alimentaires pour expliquer les "nouvelles maladies"), ou le récupèrent en le marginalisant ("le sida ne nous concerne pas") en se considérant comme

¹ Car d'autres Bozos ont abandonné partiellement ou totalement la pêche pour le commerce.

² On constate néanmoins une homogénéisation des descendants de captifs de différents groupes (captifs de Peuls, de Songhays, de Bobos) qui, explicitement du fait de l'activité agricole commune et implicitement du fait de leur statut, se considèrent comme "les mêmes" et s'intermarient. D'ailleurs ces groupes vivent dans des villages périphériques qui ont été intégrés administrativement aux deux communes urbaines (Cabboli à Sévaré, Taykiri à Mopti), mais conservent largement leur autonomie.

³ De même que les descendants de captifs de différents groupes dominants, les familles d'ethnies différentes devenues commerçantes s'intermarient aisément : la spécialisation professionnelle reste donc le critère majeur d'assimilation et de "dissimilation" des groupes, comme elle avait anciennement présidé à la formation des ethnies (cf. Fay 1995b).

hors d'atteinte de la maladie du fait du traditionalisme de leurs mœurs. Les relations sexuelles prémaritales sont censées s'effectuer uniquement avec des jeunes filles du groupe, et l'utilisation du préservatif serait conçue comme signe de "honte" et de soupçon indu. Dans ces groupes on relève des représentations et des comportements très proches de ceux observés en zone rurale, mais qui s'y durcissent plutôt, puisqu'il s'agit de revendiquer la spécificité du groupe "contre" la ville qui les inclut et la menace de ses mœurs dissolues. Dans les faits, si les alliances matrimoniales restent internes, les relations sexuelles avec des partenaires d'autres groupes sont fréquentes, surtout dans le jeune âge (12 à 16 ans) ; comme dans les autres groupes, la partie la plus misérable des jeunes filles pratique une semi-prostitution. Par ailleurs, même en considérant que la migration à l'étranger est un phénomène quasi-général à l'échelle de la région, ces groupes "traditionalistes" la pratiquent de façon particulièrement systématique, avec un système de relève très réglé entre aînés et cadets : la migration apparaît comme une condition majeure de la reproduction de ces groupes et sert souvent à financer notamment les dits. Lors des migrations, il est fréquent de faire avec les partenaires étrangères des enfants (des "bâtards"), qui rejoignent souvent leur famille paternelle après quelques années, ce qui dément les assertions selon lesquelles les rapports sexuels à l'étranger seraient protégés, mais on peut néanmoins considérer qu'ils tendent maintenant à l'être davantage pour éviter la fâcheuse multiplication de ces "bâtards".

— Les groupes plus intégrés dans la vie urbaine et articulés autour des différentes formes de commerce (poisson, engins de pêche, bétail, divers produits d'importation), d'activités annexes (toutes formes de transport et de main-d'œuvre) et d'artisanat (tailleurs, bijoutiers, pour les femmes tressage, brodage, teinturerie, poterie) qui fondent et organisent la vie de cette métropole active vivent sous le signe du changement permanent : succession et alternance des métiers, migrations salariales des jeunes hommes (moins réglées cycliquement que chez les groupes précités mais assez systématiques. On pratique toutes sortes de métiers à Bamako ou à l'étranger : commerce encore, lavage de vêtements, gardiennage, charretage, boucherie, main-d'œuvre polyvalente). Les alliances matrimoniales extralignagères et extra-ethniques, qui ont la communauté de profession pour condition (en dehors des interdits stricts — Dogons / Bozos — et des réticences "classiques" aux incompatibilités statutaires ou financières), deviennent progressivement presque aussi nombreuses que les autres. Cette tendance générale s'illustre cependant de façon inégale : les vieilles familles aristocratiques et les grandes familles riches de commerçants Somonos par exemple maintiennent plus que les autres une forte endogamie à finalité statutaire et éventuellement financière. Inversement, chez les petits commerçants et artisans paupérisés, l'individualisation des jeunes gens, et notamment des jeunes filles, dans la recherche permanente des "conditions" de vie socialement définies (vêtements, produits de beauté, soins de beauté - tressage, etc.), est majeure. Du fait de cette tendance à l'individualisation, le mariage avec un partenaire convenable devient le grand problème et le rapport à "l'ensemble sida" est éclaté et tient aussi à la logique de ces quêtes sexuelles et matrimoniales individualisées — la possibilité d'un choix étant posée en principe, même

les alliances intrafamiliales sont conçues comme "choisies contre" les autres, ce qui donne lieu à des systèmes de valeurs contraposés. La relation la plus mobilisée pour penser le sida sera conséquemment la (les) relation(s) "des hommes" et "des femmes" (la reformulation des rapports sociaux de sexe étant active et multiforme), ce qui suscitera la multiplication de discours locaux sociopsychologiques sur l'opposition des sexes et l'élaboration de typologies spontanées pour penser la palette des conduites individuelles. En même temps, la migration reste un référent fort pour penser le sida et, significativement, les aînés accepteront, de façon progressive, de se positionner plus ouvertement par rapport au problème.

— La catégorie des "intellectuels" (au sens local : lettrés, tendanciellement fonctionnaires), à laquelle on peut intégrer celle des "élèves" (élèves et étudiants, jeunes chômeurs diplômés) possède la double caractéristique d'être, d'une part, la plus touchée par les messages d'information sur le sida (presse, radio en français, messages de prévention en milieu scolaire) et d'être ciblée par les services de prévention comme un pôle de rediffusion de ces messages, mais, d'autre part, de sécréter et de diffuser, sur fond d'ajustement structurel et d'une relation difficile à l'Etat national et à l'occident, des messages de scepticisme politique envers la pandémie. C'est dans cette couche — et singulièrement chez une partie des enseignants, mais aussi chez les nombreux agents de développement fonctionnarisés ou non, et parfois même chez des professionnels de la prévention — qu'on trouve le plus le thème du sida "maladie politique et commerciale" selon l'expression d'un informateur, mythe occidental destiné à vendre les préservatifs, à culpabiliser le sud et à limiter les naissances pour "diminuer" les Africains. Les jeunes gens, les "élèves" en particulier, sont pris entre le scepticisme politique de certains aînés, la densification des campagnes d'information qui prétendent leur faire jouer un rôle de diffuseurs auprès de leurs cadets (rôle qu'ils assument en partie), et auprès de leurs aînés (ce dont ils sont la plupart du temps bien incapables), les gages de "bonne conduite traditionnelle" que leur demande parfois leur milieu familial pour vérifier qu'ils n'ont pas été "gâtés" par "l'école des blancs", et le souci de dessiner eux-mêmes le sens de leurs quêtes sexuelles et matrimoniales à travers des codes en plein changement : ils sont souvent très désorientés et tiennent sur le problème du sida des propos fort contradictoires.

Positionnements dans les relations sexuelles et matrimoniales : stratégies de (non-) protection

On a analysé les positionnements dans le discours de différents groupes, leurs stéréotypes privilégiés ou, si l'on veut, leurs "idéologies" concernant le sida, si on entend cette notion dans le sens althussérien de "rapport imaginaire à ses conditions d'existence sociale". Parallèlement, le discours médical est au moins entendu au sens strict et secrète une peur plus ou moins latente ; comme le remarque un informateur : "nous ne croyons pas au sida mais nous le craignons". Le préservatif, qui n'était utilisé avant l'information sur le sida que par quelques clients avertis

fréquentant des prostituées notoires, a fait son apparition en brousse comme en ville ; il est manifestement plus utilisé qu'avant, même s'il continue de ne concerner qu'une extrême minorité des rapports sexuels. Mais ceux qui l'utilisent ne le font pas dans le cadre de n'importe quelle relation. En même temps, le pluripartenariat sexuel prend des formes spécifiques et intenses du double fait de la paupérisation et de la particularité de la quête matrimoniale dans un contexte de reformulation des codes, qui, s'il y est un peu différent, existe aussi bien en zone rurale qu'en ville. Or les différentes formes de partenariat sexuel vont conditionner la protection ou non des rapports. Examinons donc plus précisément ces logiques de partenariat, dont on notera ensuite les conséquences sur l'ordre de la (non-) protection, en les résitant dans les “socio-logiques” de groupe qui ont été décrites.

La vie sexuelle des jeunes commence de l'avis général entre 12 et 13 ans. A Mopti, les relations ont lieu sous des hangars, à des coins de rue la nuit, près de grands marigots à l'écart de la ville ; en brousse, elles ont lieu dans des cases abandonnées, entre les cases la nuit, ou dans des cases dites “chambres” occupées en commun par des groupes de jeunes plus âgés qui les prêtent à l'occasion aux heures creuses (ces mêmes jeunes les prêtent également à des adultes “amis” aspirant à des récréations). Ces premières relations, effectuées “en cachette”, le plus rapidement possible, sont fortement connotées par la honte et le préservatif n'est jamais utilisé, autant du fait du caractère furtif et inorganisé de la pratique que du fait du manque d'information des enfants. Entre 14 et 16 ans, les filles deviennent “visibles” (ou deviennent “des marchandises”), elles ont “les yeux ouverts, savent qui elles aiment” et les garçons, appartenant de plus en plus à une couche d'âge supérieure de 5 à 8 ans, les emmènent au cinéma en ville, les retrouvent le soir dans les “chambres de jeunes” en brousse, et entreprennent de leur faire de petits cadeaux réguliers “afin qu'elles puissent penser à eux”. Lorsque les jeunes filles ont environ 16 ans et les garçons la vingtaine ou plus, s'active l'institution des “titulaires”. La “titulaire” d'un jeune homme ou le “titulaire” d'une jeune fille (le terme s'est généralisé, même pour les non-francophones, mais on peut, à moindre titre, dire “régulier / régulière”), c'est le partenaire déjà officiel, un quasi-“fiancé” (mais les fiançailles officielles ne sont pas faites), avec qui on peut en droit se marier plus tard, et la relation s'accompagne de diverses exclusivités : on “finance” régulièrement sa titulaire (vêtements, savon, produits de beauté, participation à ses dépenses de “tontine”¹), on va la visiter chaque soir ou presque, on la sort le samedi soir en ville. Dans le modèle le plus simple, les titulaires deviennent à terme des époux.

Mais, à l'époque actuelle, on considère généralement qu’“il n'y a plus (vraiment) de titulaires”. D'une part, les infidélités sont mutuelles et bien entendu condamnées réciproquement. Comme il en va en général dans la refonte de codes sociaux entre catégories sociales, chaque catégorie tente de capitaliser les avantages, et les infractions au code classique sont en

¹ Système d'épargne et d'entraide tournant qui permet à des groupes de jeunes filles ou de femmes de s'interfinancer à tour de rôle les frais de baptême, de mariage, etc.

l'occurrence conçues par chaque genre comme des inconséquences ou des perversions typiquement "masculines" ou "féminines", d'autant que l'individualisation des pratiques favorise l'expression des processus sociaux en termes d'oppositions simples entre genres. Citons quelques propos : les hommes infidèles qui sont devenus "comme un silure dans la main", ne pensent qu'à courir et dépensent tout leur argent avec des "louches"¹ en laissant dépérir leur titulaire jusqu'à ce qu'elle devienne une "femme invendue" (qu'elle atteigne l'âge de 25 à 30 ans sans être mariée, ce qui devient alors très difficile) ; les jeunes filles ne considèrent les hommes que comme des "bailleurs de fonds", commercent sexuellement avec de multiples partenaires pour l'exclusif appât du gain, et abandonnent leur titulaire pour un homme plus riche après l'avoir ruiné. On trouve ainsi de façon récurrente toutes les expressions possibles de la sempiternelle et réciproque aigreur de chaque genre à l'égard de l'autre.

Que se passe-t-il en fait ? L'individualisation des codes pousse bien évidemment les individus à tenter d'optimiser leurs performances. Par ailleurs, les jeunes filles sont bien obligées de "trier" les hommes, de "tester leurs conditions", et elles le revendent, puisque parallèlement ceux-ci tentent volontiers d'apparaître comme plus soucieux ou plus aptes qu'ils ne le sont vraiment à fonder un foyer et à pouvoir l'entretenir ; comme les familles des jeunes filles ne peuvent plus assurer leur consommation moyenne socialement définie en biens de nécessité ou de prestige, les capacités financières, nécessaires également pour payer la dot à terme, tiennent évidemment une place importante dans ces "tests". De plus, au terme de ces jeux de l'amour, qui commencent assez tôt, beaucoup trop d'enfants illégitimes sont apparus depuis les années 70, et, par contrecoup, des garçons qui auraient constitué antérieurement des amours "d'amusement" clandestins sont maintenant systématiquement présentés à la famille (on espère ainsi pouvoir leur faire reconnaître un éventuel enfant) alors même qu'ils ne correspondent pas, pour des raisons d'âge, de statut, de richesse, au profil d'un véritable "titulaire-futur mari" ; d'où l'impression d'une succession impressionnante de "titulaires", ou l'impression que la notion même n'a plus de sens. Certaines familles plus vénales poussent d'ailleurs leur fille au "multititularat" successif pour en capitaliser les avantages financiers.

Les garçons, pour leur part, se posent évidemment en prétendants, même si les moyens leur manquent et, comme la situation se prête alors aux infidélités — un enjeu majeur pour un jeune homme consiste à "caler" une jeune fille en assurant largement ses conditions d'existence —, ils finissent par abandonner leur titulaire en maudissant l'infidélité des femmes, le plus souvent quand ils ont acquis plus de moyens et pensent pouvoir trouver une partenaire plus sage. Si le processus a duré trop longtemps, la jeune fille qui n'a noué avec d'autres hommes que des

¹ En opposition à la "titulaire", on trouve la "fraude" (une autre jeune fille avec qui on entretient des relations suivies, et qui peut éventuellement se considérer de son côté comme une "titulaire") et les "louches", jeunes filles avec qui on a occasionnellement des rapports sexuels. Le Palec (1994a : 1.29) avait mentionné une trilogie approximativement équivalente à Bamako.

relations superficielles puisqu'elle était “indexée” comme titulaire d'un autre, et si elle a vieilli, risque de devenir “invendue” et de ne plus trouver de prétendants sérieux. La migration générale des jeunes hommes n'arrange pas les choses, car s'ils n'ont pas les moyens d'entretenir leur titulaire dans de bonnes conditions pendant la durée de leur migration (en lui finançant dans le meilleur des cas un petit commerce), la jeune fille risque d'être infidèle et, même si elle se “débrouille” simplement en attendant le retour du migrant, de se voir quittée par lui à terme pour son infidélité et de devenir “invendue”. Or, une femme “invendue” est généralement pourvue d'enfants illégitimes, cherche de plus en plus fiévreusement à se marier, et — il faut ici rompre la symétrie entre les genres — les hommes tendent à en profiter pour entretenir avec elle des relations moins coûteuses et plus faciles à rompre.

La hantise, devant de nombreux exemples passés, de devenir “invendue”, jointe à la volonté de trouver un conjoint suffisamment aisé, pousse les jeunes filles à conjuguer, en jonglant, l'entretien de leur réputation et la diversification “protectrice” des partenaires. L'ensemble de ces réalités fait des relations sexo-matrimoniales un “jeu” sociologique qui se déroule dans la méfiance mutuelle, et où on pourrait distinguer des “virtuoses” au sens bourdieusien (jeune homme réussissant à “caler” sa future épouse tout en profitant des “fraudes” et des “louches” ; jeune fille “calée” par un jeune homme aisé, ou entretenant une relation stable qui débouchera sur le mariage tout en entretenant des relations rentables avec des adultes généreux et des relations plus affectives avec des amis de cœur) et des “perdants” (jeune fille devenue “invendue”, jeune homme dilapidant son maigre bien et voyant régulièrement ses “copines” le quitter pour se marier avec un meilleur parti). La clef majeure de performance dans ce jeu est évidemment l'aisance financière, et c'est pourquoi on évoque localement l'hypersexualité supposée des hommes très riches et des femmes trop pauvres, qui sont du coup structurellement soupçonnés d'être des vecteurs du sida.

Au centre des débats suscités par ces jeux, on retrouve l'opposition entre le mariage “familial” (*balimafuru*, littéralement “mariage des germains”) et le mariage “d'élection” (*kanufuru*, mariage “d'amour-séduction”, “d'amantage” comme on dit localement, ou *janyefuru*, mariage “de plaisir, d'amour”). Le mariage familial est par définition plus stable, car protégé par la famille (on dira d'ailleurs que ta cousine est “la femme qui t'appartient” *versus* “la femme des autres”), que sa rupture, inversement, mettrait en péril ; mais il est plus contraignant pour les mêmes raisons, sans compter qu'il ne résulte pas d'un choix affectif. Il offre l'avantage d'être éventuellement moins onéreux pour l'homme (sauf si on a les moyens de pratiquer une politique dotale de prestige) et d'assurer une plus grande sûreté du processus matrimonial (les deux promis sont plus tenus à respecter leurs engagements, même en cas de mésentente, et les risques de “mévente” sont annulés). L'épouse a dans la famille un statut supérieur, quasi-équivalent à celui du mari ; celui-ci n'a donc pas à l'imposer, et elle est structurellement plus respectueuse de ses

parents ; il la domine moins psychologiquement¹ en un sens, mais elle est plus tenue d'avoir un comportement social standard, ne peut jouer sur la séduction pour obtenir des avantages particuliers et doit accepter sans sourciller un éventuel manque de moyens. Ce mariage est difficile à rompre en cas de mésentente, car le partenaire transgressif verrait peser sur lui la réprobation familiale unanime.

Les mariages électifs ont les avantages et les inconvénients contraires : le processus matrimonial peut être plus facilement interrompu soit par un des partenaires, soit par une des deux familles qui souhaite engager son “parent” dans un mariage familial². La femme possède un espace psychologique de jeu plus grand, mais un statut moindre dans la famille, et elle court un risque plus élevé de répudiation : “la façon dont il t'a eue, c'est la façon dont il peut t'abandonner”. Le mari peut connaître des difficultés à soutenir le statut familial de l'épouse dans sa famille et a une moindre emprise statutaire sur elle, mais sa répudiation est plus facile.

Dans ces temps difficiles, c'est donc une estimation serrée de leurs performances relatives sur quelques registres-clefs (statut et richesse des familles / statut dans la famille / aisance financière personnelle / beauté et capacité de séduire, de “s'emparer de l'esprit de l'autre”) qui amène les individus à choisir entre les deux formes d'alliance matrimoniale, étant entendu d'une part que le tout s'insère dans des histoires de vie et que l'issue des rencontres passées influe sur lesdites variables (des jeunes filles pauvres “invendues” peuvent ainsi être récupérées par le groupe sous forme de mariage familial), et d'autre part que la logique du “coup de foudre” peut intervenir comme partout pour relativiser la rationalité des choix. Dans tous les cas, à partir d'un certain âge, trouver un partenaire matrimonial adéquat devient un problème véritablement obsédant.

L'ordre des choix amoureux ne cesse d'ailleurs pas avec le mariage. D'une part, là aussi comme partout, les individus strictement fidèles sont une minorité (et la polygamie ne garantit pas plus cette fidélité que la monogamie), d'autre part les mêmes conditions déjà décrites vont favoriser le maintien de la quête sexuelle. La paupérisation des hommes (des pères et des maris) va dans ce sens, dans une société où un problème élémentaire de survie se pose pour les jeunes filles des familles les plus pauvres (ce qui occasionne une petite prostitution bon marché), où par ailleurs, dans les milieux plus aisés, la rivalité des femmes dans l'acquisition ostentatoire de biens de prestige (surtout vestimentaires) est structurelle, et où enfin pour les hommes aisés la consommation sexuelle intensive est un signe majeur de prestige, même si elle est évidemment socialement masquée, et, sur un autre plan encore, ostentatoirement déniée dans le contexte d'énonciation religieux-islamique. Le nombre

¹ C'est ainsi qu'une épouse de ce type peut, si son époux a des conduites trop autoritaires, lui dire “ton père, mon père” pour rappeler cette (relative) équivalence de statut.

² Comme il arrive fréquemment que la jeune fille ou le jeune garçon ont fait un ou plusieurs enfants, soit unilatéralement (l'un d'eux a voulu “caler” le partenaire), soit en accord réciproque (pour obliger les familles à sanctionner l'union), en cas d'échec, la jeune fille “invendue” reste alors le plus souvent avec ses enfants à charge — ou à charge de sa famille.

croissant de divorces, plus nombreux dans les mariages électifs que dans les mariages familiaux (mais ceux-ci sont touchés à leur tour, quand la pauvreté devient un problème de survie, et la femme qui quitte son mari se coupe alors le plus souvent de sa famille) remet, de plus, régulièrement sur le marché sexuel des femmes en difficulté, dont la situation devient comparable à celle des "invendues" : selon leurs atouts, elles (re)tenteront leur chance sur le terrain des mariages d'élections quitte alors à transgresser les critères de choix statutaires et même ethniques, ou sombreront à terme dans la prostitution. Sur un tout autre plan, le sentiment¹ d'un déséquilibre pénalisant les femmes dans le sex-ratio amplifie le syndrome, et, alors même que la monogamie est de plus en plus revendiquée par les jeunes filles comme une valeur, les pousse à souhaiter, passé un certain âge, d'être choisie comme seconde ou troisième femme par un homme aisé, et conséquemment, à mener une quête séductrice intensive auprès de cette catégorie.

Quels sont les effets de ces processus sur le plan de la prévention ? On a souvent noté que le préservatif et son utilisation apparaissent à la fois comme « un instrument de protection ... un signe de maladie ... un comportement sexuel révélateur (et) un indicateur de statut social », et que, partant, « sa nature est relationnelle et son usage sélectif » (Vuarin 1994 : 22). S'il est vrai que le préservatif est en général associé à la "honte" liée à des relations sexuelles "dévergondées" (et de façon privilégiée à la prostitution)², il est surtout vrai que son port signifie immédiatement, plus encore que le manque de sérieux de celui qui le met ou de celle qui l'accepte, le caractère peu sérieux de la relation ainsi engagée, parce qu'elle est du coup inscrite dans l'infidélité possible. A Bamako, Le Palec et Diarra (1995 : 115-116) notent qu'en refusant le préservatif (les femmes) affirment leur moralité ... signifient qu'elles sont sérieuses (et les hommes font de même en ne le proposant pas ou en acceptant de l'ôter). Elles le signifient effectivement au sens strict à leur partenaire et il s'agit là d'un message qui n'est pas perçu naïvement : des hommes qui se plaignent de refus féminins de préservatifs avouent volontiers un peu plus tard que leur considération pour leur partenaire aurait baissé si elles l'avaient accepté, d'autre remarquent qu'elles "te font ainsi savoir qu'elles veulent faire du sérieux avec toi".

C'est là effectivement la signification majeure du refus du préservatif, qui est bien un positionnement stratégique explicite sur la relation à engager, comme les dénégations des anciens étaient des positionnements stratégiques sur le type d'ordre social à préserver. La peur du sida induite par les messages médicaux — y compris quand ceux-ci sont rejetés sur le plan explicite — est suffisamment grande pour que le port du préservatif soit envisagé par beaucoup, mais *in abstracto*, comme une protection souhaitable. Son usage fait de moins en moins l'objet d'une répulsion de

¹ Et sans doute en partie la réalité, mais on ne dispose pas ici des chiffres nécessaires à l'affirmer.

² D'où le thème déjà évoqué des "préservatifs transmettant le sida". Lors d'un entretien de groupe, un jeune homme a fait un lapsus en disant "sida" à la place de "capote" ; le lapsus fut repris plusieurs fois par d'autres informateurs, ce qui donnait des énoncés comme "oui, mais si j'utilise le sida...".

principe procédant de la "honte" attachée aux pratiques sexuelles non sanctionnées par le mariage, sauf dans les pratiques sexuelles des jeunes enfants ; mais il faut ici tenir compte du manque d'information, du caractère furtif de la relation et de la difficulté éventuelle à se procurer des préservatifs, ou tout au moins à se les procurer discrètement. Mais cet usage reste incompatible avec une relation considérée par l'un des partenaires au moins comme une relation "sérieuse", c'est-à-dire à finalité matrimoniale possible. C'est d'autant plus vrai que, dans les recherches matrimoniales, un des moyens essentiels de "caler" le partenaire (pour un homme ou pour une femme) est de lui faire un enfant (ou de se faire faire un enfant par lui), et que c'est également un des principaux moyens pour un couple d'affirmer son caractère indéfectible face à des familles ne voulant pas le reconnaître (mais la stratégie peut échouer et la femme rester seule avec les enfants) ; or le désir social d'enfant est encore plus évidemment contraire à l'utilisation du préservatif que le désir matrimonial avec lequel il va de pair. C'est pourquoi le préservatif est d'un côté "de plus en plus"¹ utilisé par les prostituées notoires massivement informées par les services de prévention, par un nombre grandissant de prostituées d'occasion et leurs partenaires, par les hommes auprès des jeunes filles classées comme "louches", et dans les relations vécues mutuellement comme provisoires (jeunes filles cherchant presque explicitement de quoi relancer leur commerce ou frayant avec des hommes plus âgés parallèlement à la quête d'un partenaire connu²).

Mais une des conséquences des nouvelles quêtes sexuelles et matrimoniales est de multiplier, synchroniquement (à un moment d'une vie d'homme ou de femme) et diachroniquement (aux moments successifs) les relations où l'un des partenaires au moins aspire à une évolution maritale de la relation et, partant, à l'affirmation sociale de la fidélité et au désir social d'enfant : c'est le cas du "multititulariat" au sens de la multiplication des "titulaires" dans un contexte de lutte concurrentielle pour le mariage en général et pour la captation d'un partenaire socialement valorisé en particulier ; ce sont les cas induits par la concurrence entre mariage familial et mariage d'élection lorsque la logique du premier ordre brise une tentative faite dans le second et ayant occasionné la production de "bâtards", par la course plus tardive au mariage, même en seconde ou troisième position des femmes "invendues" ou ayant peur de le devenir, par le rejet de femmes divorcées sur le marché sexuel en position d'infériorité.

Examinons l'articulation des deux formes de positionnements décrites, les stratégies de (non-) protection induites par les processus sexo-

¹ Aucun chiffre sérieux ne permet de préciser ce propos, y compris les statistiques de vente des préservatifs, faites à partir de comptages irréguliers et souvent fantaisistes ; aucune vérification *in situ* des déclarations des informateurs n'est évidemment possible. Il est donc appuyé sur plusieurs centaines d'entretiens approfondis et répétés avec des informateurs pendant trois ans.

² Nous parlons d'un emploi grandissant depuis 1992, principalement dans la zone considérée, qui coïncide avec la diffusion des messages. Cela n'empêche pas que le préservatif reste globalement peu utilisé et que certains individus, pour des raisons personnelles, y restent résistants même dans le cadre des relations décrites.

matrimoniaux et les stratégies d'énonciation de groupes étudiées antérieurement. Les stratégies d'énonciation servent en partie d'arsenal aux autres : le thème paranoïde du sida "inventé par les blancs" est manifestement activé, soit en situation de discours polémique face à l'occident, et ne constitue alors qu'un des mythèmes utilisé dans ce discours, soit pour légitimer un refus de penser le problème lié à la frayeur de lettrés ayant eu de nombreuses relations non protégées avant l'annonce du sida. La négation "religieuse" n'est également en général, outre l'affirmation statutaire d'une croyance, qu'une reprise orientée du thème de la lutte contre l'anomie sociale et le dérèglement des mœurs. Concrètement, les comportements (non) protectifs des jeunes gens les plus religieux (suivants des marabouts, inscrits dans des *médersas*) obéissent aux mêmes contraintes liées à la relation sexo-matrimoniale concrète que celles des autres. On peut dire la même chose des interprétations qui nient l'existence du sida au nom d'étiologies traditionnelles (autres maladies, sorciers, génies, transgressions d'interdits) ou des thèmes de "l'étrangeté" alimentaire ou climatique, en ajoutant que leur efficace se joue à deux niveaux : pour éviter l'imputation de sida à des groupes donnés (migrants essentiellement), pour la réfuter *a posteriori* en cas de décès.

En zone rurale comme en ville, une minorité importante des jeunes gens des deux sexes semblent aspirer à se reconnaître mutuellement le droit d'utiliser le préservatif. A Mopti comme à Bamako¹, cette aspiration peut prendre la forme d'une mise en avant de la fonction contraceptive du préservatif, valorisée alors pour éviter de faire des enfants illégitimes. Mais cela ne peut avoir lieu la plupart du temps que si l'on reconnaît — ce qui est difficile — un caractère plus ludique et moins finalisé matrimonialement à la relation (si la relation peut être formalisée comme "d'occasion", on peut même maintenant, mais rarement, évoquer indirectement le thème de la contamination : "es-tu sûr que je suis fidèle ?"). En zone rurale comme en ville, également, certains aînés, même s'ils continuent de tenir un discours "négationniste" face aux jeunes, utilisent eux-mêmes le condom dans leurs relations extra-maritales, en évoquant alors aussi sa fonction contraceptive. A Mopti même, des aînés — surtout dans des milieux d'artisans et de commerçants, et souvent des femmes — déclarent avoir "suffisamment peur" pour "les enfants" pour leur conseiller de se protéger.

Les groupes appauvris plus traditionnels notamment sur le plan de l'alliance matrimoniale, et qui revendiquent stratégiquement ce "traditionalisme" pour légitimer leur position de retrait face au monde urbain dans lequel ils sont économiquement marginalisés — ils reproduisent finalement face à la ville les mécanismes de défense observés face à l'occident dans les milieux intellectuels² — sont en un sens effectivement les plus réticents à la protection, du fait de leur sentiment d'être protégés en restant "entre soi", sentiment fortement

¹ Le Palec, communication personnelle.

² C'est chez eux qu'on trouve le plus le thème de la transgression pathogène des interdits exogamiques ethniques. On peut alors se demander s'il est bien adéquat, dans certaines sensibilisations radiophoniques, d'insister sur la nécessité de "mettre des limites entre les hommes et les femmes, entre les ethnies".

développé dans les membres des deux sexes, comme un refuge contre la marginalité et une forme de résistance conjointe à l'exogamie, sentiment qui néglige les conduites sexuelles à l'étranger et l'ouverture de plus en plus forte de leurs enfants aux relations sexuelles prémaritales avec des membres d'autres groupes¹. Mais, du fait de cette ouverture et du recrutement d'un certain nombre d'enfants par l'école, le message d'information commence à y être plus présent².

A propos du “culturel”, du “social”, de “l'universel”, du “psychologique”, des sciences sociales et de la prévention

On a d'abord examiné l'origine des paradigmes qui servent à penser “l'ensemble sida”, puis les stratégies “idéologiques” d'énonciation de groupes discrets, la façon dont ils conjuguent ces paradigmes en exprimant leur rapport imaginaire à leurs conditions d'existence sociale, en fonction des rapports plus ou moins sensibles entre Nord et Sud, entre villes et campagnes. On s'est ensuite attaché aux stratégies concrètes de protection ou de non-protection de ces mêmes groupes, ou de sous-groupes et d'individus éventuellement pris entre plusieurs apparténances, et exprimant dans l'ordre des conduites de (non-) protection leur rapport imaginaire à la socialisation possible d'une relation de sexe déterminée. Sur tous ces registres qui ne se déduisent pas mécaniquement les uns des autres, on a bien affaire à des positionnements d'ordre “sociaux” en général, qui, même s'ils utilisent (évidemment) des significations “culturelles”, ne sauraient se réduire à des conduites “culturellement” déterminées par des “croyances” figées.

Ces sociétés et les individus qui les composent “traitent” à leur manière le sida, en le référant aux désordres dans lesquels il s'insère, aux désordres qu'il peut créer, et ce dans le cadre de projets, conservateurs ou novateurs, de groupes ou d'individus tentant par définition de promouvoir, dans le réel ou l'imaginaire, leur existence et leur statut. On n'a d'ailleurs pas affaire à des groupes figés, mais, dans le cadre de la densification des relations entre ville et campagne et des processus de réidentification dont témoignent les reconversions socioprofessionnelles et les modifications des circuits d'alliance matrimoniale qui les accompagnent, à des frontières en mouvement.

Si tout est affaire de positionnements, il faut renvoyer à son esthétisme la position culturaliste qui s'épuiserait à dresser des listes de correspondances entre “représentations” et “pratiques”, pour cerner d'hypothétiques “blocages” et les “lever”. Cette conception “culturaliste”, dans cette forme de mise en œuvre, relève paradoxalement d'une

¹ Si la contraception est davantage pratiquée, c'est sous la forme de la pilule. Du fait des migrations longues, en réaction au nombre d'enfants illégitimes dans le cercle depuis deux décennies, l'usage de la pilule contraceptive a atteint un niveau élevé en regard de l'ensemble du pays.

² Il est évident en tous cas que si ces groupes sont plus difficiles à sensibiliser à la prévention, ils ne sont en aucun cas plus menacés de sida que les autres, imputation qui tend à leur être faite comme la rançon de leur relative marginalité.

conception néopavlovienne des individus et des cultures qui n'a pourtant plus grand droit de cité dans les champs scientifiques, mais qui est régulièrement réactivée depuis quelques décennies dans le champ pluridisciplinaire, sans doute parce que, pour des raisons historiques concernant l'histoire des disciplines, les sciences dites "dures", qui s'investissent spontanément ou par nécessité dans le domaine du développement, font toujours appel aux sciences humaines quand elles ressentent — de façon non analytique — que "quelque chose bloque" du côté du social, et font à ces dernières une demande en termes culturalistes. Il y a certes un jeu de société intéressant à réunir des spécialistes de diverses disciplines devant un jeu de dessins où on se demande de concert si l'addition d'un personnage ou la modification d'une posture ne serait pas de nature à mieux convaincre les "groupes-cibles" de l'urgence qu'il y a à utiliser les préservatifs. Mais, outre qu'on peut déplorer que ces dessins sont généralement d'une qualité évocatrice bien inférieure à ce que les arts cinématographiques d'animation ont produit depuis un demi-siècle, et donnent une image très appauvrie de l'art occidental, on peut surtout se demander s'il n'y a pas mieux à faire. Dans le même esprit¹ il n'est pas certain que, après quelques scènes de théâtre représentant très régulièrement les stéréotypes d'imputation du sida (prostituées, jeunes gens "dévergondés", etc.), l'exhibition publique de préservatifs, éventuellement gonflés d'eau, provoque dans les quartiers ou les villages autre chose qu'une franche rigolade chez les jeunes gens et de plaisantes indignations de circonstance chez les anciens et chez quelques jolies puritaines. Comme on s'aperçoit généralement après discussion que les acteurs même qui font le spectacle ne "croient" ni plus ni moins que les autres au sida, il ne faut sans doute pas trop compter sur l'efficace de discussions suivant les spectacles, qui ont d'ailleurs rarement lieu.

Pourtant la diffusion des messages a eu son efficace. S'il est un peu agaçant de voir certains professionnels de la prévention continuer à focaliser sur la prostitution, alors que les prostituées "notoires" (c'est-à-dire celles qui se reconnaissent comme telles) sont depuis longtemps les plus averties du danger et s'en protègent le plus, il faut bien avouer que si c'est le cas, c'est bien grâce aux efforts qui ont été déployés. Ces messages ont également créé — de façon inégale, et il faut encore insister sur la diffusion en brousse, et sans doute donner pour cela des moyens notamment aux radios de proximité qui, dans cette région au moins, ont fait un travail remarquable avec un manque cruel de moyens — une "peur" présente même chez ceux qui les réfutent, peur qui est bonne en soi, même si elle n'est pas suffisante, et qui justifie de toutes façons la répétition inlassable du message simplement descriptif. Mais, au vu des processus analysés, que peut-on faire de mieux et quel rôle peuvent y jouer les sciences sociales en général et l'anthropologie en particulier ?

Quelques suggestions s'imposent :

— Parce qu'on a affaire à des conduites sociales de positionnement, on a affaire à du mouvant. On voit par exemple que l'évolution des

¹ Même si on risque ainsi de nuire aux efforts conjugués pour occuper le terrain "préventif" de quelques "spécialistes" occidentaux et de nombreux jeunes chômeurs diplômés africains (ou d'ailleurs occidentaux).

rapports Nord-Sud, celle des rapports de force entre les différents types d'alliance matrimoniale et entre les catégories d'âge, peuvent modifier sensiblement la mise en œuvre des différents paradigmes de "l'ensemble sida". Il est donc de toutes façons nécessaire d'effectuer ce qu'on peut appeler un "suivi analytique" des processus d'interprétations et de (non) protection dans les diverses couches de la population¹. Ce "suivi" doit être assuré par des chercheurs, si possible en liaison avec les services et les actions d'information et de prévention.

— Puisqu'encore une fois on a affaire à des positionnements relationnels, sans doute serait-il bon de travailler dans et sur les relations elles-mêmes. S'il est quasiment impossible de mettre en présence publiquement des groupes d'âge différents (mais on peut aisément discuter des périls encourus par les jeunes avec les vieux), on peut sans doute trouver moyen, ce qui s'est déjà fait ça ou là lors de la visite dans des villages d'animateurs de radios de proximité, de "travailler" *in situ* le rapport entre jeunes gens et jeunes filles autour du thème de la sexualité, en le résitant dans le cadre des processus de quête matrimoniale, statutaire et financière. Cela pourrait se faire par exemple par le recrutement d'animateurs vivant des séjours de longue durée sur leur terrain, et en rapport avec des équipes de chercheurs.

— On touche à nouveau ici au problème du "ciblage" des messages. Cette question, prise dans un contexte culturaliste (qui croit à quoi et doit donc entendre quoi ?) peut aboutir à des incohérences : tout le monde entend tout, toute information se diffuse très vite ; la peur créée par les premiers messages tend même à induire une quête avide d'informations, et la formulation répétée de messages qui pourraient apparaître contradictoires entre eux ne pourrait que désorienter les populations et les faire dériver sur le thème déjà très présent de la manipulation par l'extérieur. Le travail dans le cadre des relations sensibles permettrait au contraire de "cibler" les bonnes réponses à faire à des questions véritablement et concrètement posées.

— Enfin, il ne faut négliger ni la dimension "universelle", ni inversement la dimension "individuelle" du problème. "Universelle", parce que la résistance au préservatif relève *aussi* d'une difficulté à conjuguer l'intimité d'une relation sexuelle et affective avec la médiation du "caoutchouc"², difficulté qui n'a rien de spécifiquement africain. Il en va

¹ Il est néanmoins souhaitable d'éviter de déborder sur des messages à contre-effet, comme c'est le cas lorsqu'on "charge" le message moralement, au risque de provoquer des réactions de rejet chez les jeunes ; quand on diffuse en même temps des messages de prévention du sida et des messages sur la contraception, au risque d'aviver le thème paranoïde anti-occidental ; ou quand on cible de façon dangereuse et indélicate des groupes déterminés, en prenant le risque d'activer des processus de stigmatisation qui n'ont déjà que trop tendance à se mettre spontanément en place. Inversement, on pourrait faire preuve d'un peu plus d'imagination pour répondre à la demande unanime de distribution "confidentielle" des utilisateurs de préservatifs — à la campagne autant qu'en ville. Un effort d'information actif serait aussi à faire auprès des "intellectuels" qui ont été un peu trop vite constitués en récepteurs privilégiés.

² Les reproches faits au préservatif sont les suivants : il y a "moins de plaisir" ; "moins de naturel" ; le préservatif implique des conduites sexuelles moins intenses ("il ne faut pas trop se remuer") pour être fiable ; il rallonge de façon déplaisante la durée du rapport

de même de la tendance à sérier les relations sexuelles dans le cadre desquelles on l'emploie et à le réserver à des relations plus "occasionnelles", ou de la propension à nier le danger chez ceux qui se sont le plus exposés. "Individuelle", parce que les spécificités individuelles dans le comportement sexuel et de séduction ne sont pas moins variables en Afrique qu'en France, comme en témoignent des classifications psychologiques locales. Entre "universel" et "individuel", employés ici comme des notions seulement indicatives, il semble que l'appel à des spécialistes qui travaillent sur les mêmes thèmes en occident — notamment à des psychiatres, des psychanalystes ou des psychologues — serait le bienvenu dans des travaux d'équipe comme ceux qui ont été évoqués, ne serait-ce que pour éviter que le "problème africain" ne soit traité au carrefour d'une "anthropologie spontanée" et d'une "psychologie spontanée" des médecins et des technocrates, étant bien entendu qu'il y aurait tout autant lieu de s'interroger sur la "psychologie spontanée" des anthropologues.

Bibliographie

- DIARRA T., FAY C., GERARD E., KONE F., LE PALEC A., PAMANTA O., TIOULENTA T., VUARIN R., 1994, *Révélations du sida et pratiques du changement social au Mali : rapport final*, Paris, ORSTOM-IRD : 170 p. multigr. (pagination multiple).
- FAY C., 1995a, « La démocratie au Mali ou le pouvoir en pâture », in J. SCHMITZ et M.-E. GRUENAIS (éds), *La démocratie déclinée*, n° spécial des *Cahiers d'Etudes Africaines*, XXXV(1) 137 : 19-55.
- 1995b, « "Car nous ne faisons qu'un". Identités, équivalences, homologies au Maasina (Mali) », in C. FAY (éd), *Identités et appartenances dans les sociétés sahéliennes*, n° spécial des *Cahiers Sciences Humaines* (Orstom), 31 (2) : 427-456.
- FAY C., PAMANTA O., 1994, « Le sida au Maasina, une maladie des limites », in T. DIARRA, C. FAY et al., *Révélations du sida et pratiques du changement social au Mali : rapport final*, Paris, ORSTOM-IRD : chapitre 6.1-22.
- GERARD E., 1994, « Le sida, un mal vaincu d'avance ? », in T. DIARRA, C. FAY et al., *Révélations du sida et pratiques du changement social au Mali : rapport final*, Paris, ORSTOM-IRD : chapitre 5.1-36.
- KONE Y. F., 1994, « Révélations du sida et pratiques du changement social : la Région de Sikasso », in T. DIARRA, C. FAY et al., *Révélations du sida et pratiques du changement social au Mali : rapport final*, Paris, ORSTOM-IRD : chapitre 4.1-15.

(l'éjaculation peut être tardive) ; on n'est pas sûr qu'il soit fiable ; il encourage le dévergondage ; il fait apparaître ses utilisateurs comme dévergondés ; il provoque des maladies, il donne le sida. Seuls les deux, à la rigueur les trois derniers reproches seraient difficilement exprimés par des informateurs français, en prenant naturellement une large palette d'informateurs, y compris religieux.

- LE PALEC A., 1994a, « Bamako, se protéger contre le sida », in T. DIARRA, C. FAY *et al.*, *Révélations du sida et pratiques du changement social au Mali : rapport final*, Paris, ORSTOM-ISD : chapitre 1.1-36.
- — 1994b, « Bamako, taire le sida », *Psychopathologie africaine*, XXVI (2) : 211-234.
- LE PALEC A., DIARRA T., 1995, « Révélations du sida à Bamako. Le “traitement” de l’information », in J.-P. DOZON et L. VIDAL (éds), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l’exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM-GIDIS : 109-121.
- VUARIN R., 1994, « Le chapeau utile n’est pas dans le vestibule », in T. DIARRA, C. FAY *et al.*, *Révélations du sida et pratiques du changement social au Mali : rapport final*, Paris, ORSTOM-ISD : chapitre 2.1-27.

Claude FAY, *Du “culturel”, de “l'universel” ou du “social” ? Penser le sida et la prévention au Mali*

Résumé — Au Mali, les interprétations du sida et les réactions concrètes à la maladie et aux messages de prévention sont déterminées par des facteurs complexes. Les discours conjuguent des paradigmes variés : les significations médicales y coexistent avec des interprétations locales de la sexualité, de l'alliance, de la maladie, mais aussi avec des représentations plus récentes concernant le rapport à l'Occident et la difficile reformulation des codes sociaux. Loin d'être le reflet d'une “culture” homogène, les divers stéréotypes interprétatifs produits par des groupes différents tiennent essentiellement à des stratégies de positionnement dans le cadre de négociations du changement social. Enfin, les conduites individuelles concrètes de protection ou de non-protection sont surdéterminées, pour des rencontres données, et au delà des discours qu'on peut tenir en tant que membre d'un groupe, par des stratégies sexuelles et matrimoniales particulières. Pour comprendre et agir dans l'ordre de la prévention, il faut prendre en compte l'articulation de ces divers positionnements interprétatifs et pratiques, et renoncer définitivement à un culturalisme du pauvre qui s'acharne à opposer la “rationalité scientifique” d'une part et de supposés “blocages culturels” de l'autre.

Mots-clés : sida • sexualité • alliance matrimoniale • changement social • idéologie • prévention • protection • Mali • Maasina.

Claude FAY, “Cultural”, “universal” or “social”? *Reflecting on AIDS and prevention in Mali*.

Summary — In Mali, interpretations of AIDS and concrete reactions to the disease and to prevention messages are determined by complex factors. The discourses combine various paradigms: medical definitions coexist with local interpretations of sexuality, of marriage, of illness, and also with more recent representations concerning relations with the West and the difficult reformulation of social codes. Far from being the reflection of a homogenous “culture”, the various interpretative stereotypes produced by the different groups have primarily to do with strategies for positioning oneself in the framework of negotiations on social change. Transcending the discourses that one might put forth as the member of a group, concrete individual behaviors of prevention or non-prevention are overdetermined in a given encounter by individual sexual and matrimonial strategies. In order to understand and act appropriately in the area of prevention, it is necessary to take into consideration the interlinkages of these various interpretative and practical positions and to renounce once and for all a poor's culturalism who obstinately opposes “scientific rationality”, on the one hand, and the alleged “cultural blockages” on the other.

Keywords: AIDS • sexuality • marriage • social change • ideology • prevention • protection • Mali • Maasina.

17. AIDS and politics in Sudan: some reflections

Atta El-Battahani

Like many African countries, Sudan is passing through a period of transition, development/underdevelopment and crises. Civil war, population displacement, famine and epidemics follow on the heels of these crises. Quite often in multi-ethnic, multi-cultural societies certain diseases and epidemics acquire stereotypical character, sometimes with serious social and political implications. In Sudan, the ruling Arab-Muslim elites (both politicians and state bureaucrats) feel more comfortable to put the blame on refugees and nationals from neighbouring African states and non-Arab displaced Southerners for the outbreak of AIDS and its spread to northern Sudan, the centre of development.

Although the outbreak of AIDS in Sudan is not yet of a scale comparable to that of other African countries, such as Kenya, Uganda or Zaire, nevertheless it is spreading in the North where official statistics register a steady increase of reported cases and where the state-run media project it as an imminent threat. But as far as the ruling elites (now Islamist elites) are concerned, this is not the only threat they are facing. Despite the Islamist authoritarian rule, Sudan is going through a process of liberalization, secularization and greater exposure to world cultures. The more this exposure embolden the already radicalized political community and the burgeoning civil society (professional groups, women organizations, students and ethnic groups), educated, the more the ruling Islamist elites feel the need to deal with the threat posed by liberalization and secularization to their tenuous hold on power.

Although not explicitly stated, it does seem that, in the short term, the Islamist elites have chosen the policy option of playing off one threat against the other: AIDS against liberal-secular forces. This paper reflects on how in the context of the current situation in Sudan, the threat of AIDS feeds into that of politics and vice versa. In the first section, we draw on the work of Michel Foucault, among others, to outline a broad theoretical framework for dealing with the topic. Section two gives an account of the political conjuncture in which the Islamists assumed power, how the Islamists responded to the crises of the Sudanese society by proposing a panacea to cure its ills: economic, social and moral ills. Section three gives a brief account of the government policy and the possible outcome of its relevant policies and programmes, such as the Sudan National AIDS Committee, AIDS treatment, follow-up and public awareness activities, legal, moral codes, reproductive health and family planning policies; staff training and

budget allocation. In section four we consider the interface between the threat of AIDS and the political threat and how they were played off against each other, paying particular attention to the intricate, reciprocal, and often invisible, process between the two.

AIDS and politics

AIDS is an epidemic disease, and is mainly a sexually transmitted disease (STD). Its transmission is through body fluids that harbour the Human Immunodeficiency Virus (HIV). We are not here concerned with its different types, genetic make-up, symptoms, modes of transmission, infectiousness, incubation period and the range and stages of its development in those affected and the recommended medical treatment. Rather our concern is with its moral, social and political dimensions generated as a result of AIDS and the threat it poses. This is because disease does not only affect the physical body, it also affects the '*Social Body*', the relationships between people (Barnett and Blaikie 1992: 3).

As with other illnesses, AIDS makes people dependent, less able to play their role in the family or the household and in society at large. As indicated by Barnett and Blaikie (1992), AIDS put its victims into a condition of socially stigmatized, and we may add morally defined 'impurity'. We may also add that AIDS victims are perceived as morally impure, dangerous and untouchable, a perception that is liable to elicit moral panic. In Sudan, even among the most educated elites, people look with disgust and apprehension on AIDS victims.

A disease such as AIDS understood socially as being both sexual and life-threatening is likely to be not just socially disruptive in the extreme but also represents a politically dangerous weapon to use against potential opponents. Its frightening and socially disruptive aspects are captured by some of the names by which people in Uganda describe it — 'the robber', 'the one that drains', 'the cheater', and 'the incurable disease that imprisons us' (Barnett and Blaikie 1992: 3; Obbo 1993: 237).

The Islamist press, outside Sudan, likened it to the Holocaust, the 'AIDS Holocaust'¹, and in Sudan, the local press called it 'the plague of the twentieth century'².

Because of its particularly threatening nature, it is also a disease which becomes socially defined as a disease of the 'impure others' — negatively affecting some culturally defined out-group, homosexuals, black people, foreigners, prostitutes. In a world where, for historical and political reasons, difference can be, and often has been, interpreted as evaluation of inferiority and superiority between supposed 'racial' or ethnic groups, it is important to be particularly careful not to reinforce social prejudice in the name of science (Barnett and Blaikie 1992: 4). This had already occurred with AIDS, labelled as the 'gay plague' or identified as an 'African disease'.

¹ *Gadaya Dowaliyya*, 5/9/1994.

² *Al-Multaqa*, issues from 1992-1994.

Perhaps more than any other incident, AIDS has thrown afresh the question of sexuality into the limelight and to many people the reconsideration of sexuality brings a strong moral dimension to the debate. Sexuality is often perceived to be among the most natural, universal and private aspects of human life. And yet like gender, sexuality is a social, and for that matter a political, phenomenon. Beliefs about male and female bodies and the pleasurable potential of each, reproduction, gender roles, relations between and within sexes, and marriage, all differ widely across cultures (Gorson and Kanstrup 1992: 30), political systems and ideologies.

Politics, in a very broad definition, is about improving the quality of life of the people. Indeed, this is what is expected from government and politicians. At a conceptual level, politics deal with power-structures and the way these structures influence allocation of resources amongst contending classes and social groups, and the imposition of norms and values that shape people's attitudes and behaviour even in private (sexual) domain.

A number of writers have highlighted the interrelationship between sexuality and power, especially Michel Foucault:

"We ... are in a society of 'sex' or rather 'with a sexuality': the mechanisms of power are addressed to the body, to life, to what causes it to proliferate, to what reinforces the species, its stamina, its ability to dominate, or its capacity for being used. Through the themes of health, progeny, race, the future of the species, the vitality of the *social body* power spoke of sexuality and to sexuality; the latter was not a mark or a symbol, it was an object and a target" (emphasis added) (Foucault 1984: 147).

This is not the place to go deep into this topic, yet one needs to suggest that historically, politics and sexuality, or for that matter sexual diseases, have been intertwined. At the risk of simplification, one may state that both morality and sexuality were deployed by the powerful to control and discipline their populace, and since the nineteenth century one may distinguish between a conservative political force celebrating the values of the family, purity and religiousity, while on the other hand stand liberal-radical forces stressing the values of emancipation, self-determination to all individuals without sex, race, ethnic or class prejudice. We shall show in this paper AIDS and the threat emanating from it was both ideologically and politically appropriated by the conservative, fundamentalist forces both in the West and the Middle East to advance their cause and serve their interests. In the following section we consider the social crisis in Sudan and the broader socio-cultural environment affecting the conduct of sexual relations and STDs, including AIDS.

Crises in Sudan and Islamist panacea

From independence in 1956 right up to 1996, Sudan has been embroiled in a series of crises and conflicts: ethnic, political, social, economic, religious, cultural and moral.

Despite these crises and conflicts, Sudan is described as a bridge between the Arab-Muslim world and Black Africa, and as a melting pot where diverse ethnic, religious and language groups were related together. But Sudan has continued to baffle observers and analysts by the protracted conflicts and the series of crises inflicting its population. These conflicts and crises, however, are a product of Sudan's past and recent history. Major among the factors that shaped this history are Arab-Muslim early movements into Sudanese plains, experience of slave trade, Turko-Egyptian and British colonialism, poor economic performance, ecological degradation and the geo-political significance of the country.

Political developments since early 1980s have been characterized by continuous civil war, inter-ethnic conflicts and environmental degradation in the North. But out of all factors shaping and contributing to the present political crisis, the most significant and of particular interest, is the relationship between a predominantly Arab-Muslim, more urban and relatively developed riverine basin core and an African, mainly animist and Christian, and relatively underdeveloped peripheries of the South and West Sudan. Though itself a product of past transformations, this core-periphery relationship has come to reflect and shape much of Sudan history, politics and the present crisis. It is a relationship based on inequalities in wealth, power and prestige.

The politics of the country since Independence, in 1956, has been largely monopolised by the North, and in particular a ruling Arab-muslim elite. Although both Northern and Southern elites reached an agreement that temporarily ended hostilities in 1972, nevertheless manipulative tactics and dishonouring of the 1972 agreements by Northern politician and the introduction of *Sharia* (Islamic Law) in 1983 were enough to renew hostilities and the civil war resumed once again. Faced with mounting crises, such as civil war, tribal conflicts, drought and displacement, widespread poverty, corruption and increasing rates of crime in urban areas and chaos and paralysis which characterized the performance of the civilian government between 1985-1989, radical, Northern-based, Islamist elites took over power in a *Coup d'Etat* in 1989.

The solution proposed by the new ruling Islamist elites is that the Sudanese nation must rely on itself, develop original formulae to its problems and shun any outside intervention. It is this outside intervention (colonialism, imperialism, communism and secularism) that has been blamed for alien ideas and modes of behaviour largely responsible for corrupting the nation and causing to go astray. To salvage the nation from all its ills, Islam is presented as an alternative to these ideologies¹. In its ideological tenets, Islamism calls for racial and ethnic harmony, respect for women, social justice, and social welfare.

To combat its social ills and build itself, the nation must draw on its strength from its faith in God. The way ahead is only possible through religious, moral salvation. Political corruption, economic corruption and social anarchy all stem from moral corruption, which can only be

¹ For a general reference see Dekmejian (1980).

fought by adopting the way of God (*Sharia*) and by embracing Islam as a way of life in all walks of life: political, economic, educational and social. Islamisation is the panacea for the crises of the Sudanese society.

Islamisation, or what is referred to now as 'civilised orientation', is believed to be beneficial for all segments of society, men, women, Arab, non-Arab, Northerners and Southerners, irrespective of ethnic origin or cultural background. In a sense, Islamisation implies that moral standards of Islam, (or what the Islamists believe to be Islam) are foisted upon the diverse social and cultural map of Sudan.

In this regard a number of points are in order. Firstly, as ideology, Islamism gives particular *representations* of reality not the real, factual situation. Ideologies have intrinsic tendency to *invert* or disguise 'the real'. According to many Islamists, AIDS is not the disease of the Muslims, it is the disease of non-Muslims¹. And we shall see below, the real situation concerning the sexual values and patterns of behaviour in Sudan is so diverse that it will not be sensible to (a) reduce to one norm, and (b) believe that AIDS can only come from refugees or Southerners. Secondly, Islamisation principles are so general that they fit as panacea for almost every thing. There is no clear and unambiguous definition and interpretation of any of these principles, so that when it comes to concrete policy making concerning allocation of resources to health or security, for example, policy makers are free to decide and adapt according to the political tactics and political pressures, not to the rosey world of ideology. Policy making is therefore, or tends to be, dominated by the powerful. In *realpolitik*, Islamism has turned to be one form of the Northern hegemony.

A brief note on some major processes behind AIDS and its spread in Sudan is in order. Many studies illustrated the significance of socio-cultural context of sexual habits and traditions in shaping the Sudanese sexual life. Known for its religious, moral, cultural and social diversity, the Sudanese society is rich to the extent of overabundance in a broad spectrum of sexual and behavioural practices and traditions (Hussein 1992: 10). In some parts of Sudan, a widow goes with the inherited wealth to the brother or the son from another wife, also taking a concubine or a lover is a complementary aspect of manhood, and in other Sudanese communities, in western Sudan, a bride can only be sanctioned if she can emphatically prove she can bear an offspring (Hussein 1992: 11). Foreplay between boys and girls in their early age of adolescence is an everyday fact of life in some Nomadic communities. Statutory rape of young girls, as young as 10 years, by their would-be fiancee is a normal practice in many parts of southern Sudan.

¹ In a meeting between government officials and NGOs, in preparation for the World Population Conference in 1994, a State Minister for Health stressed that they were less concerned with AIDS because "it is not the disease of the Muslims, it is the disease of non-Muslims". This statement, however, invited prompt reaction from one of the government officials and representatives of the NGOs. Sudan eventually boycotted the Population Conference for it was believed it would only serve the interest of the West.

As a result of the civil war in the southern and the Nuba Mountains regions, people in the affected areas moved in millions to the North. Official sources put the total number of the internally displaced people 3.5 to 4 millions. In addition, and due to harsh environmental conditions in western Sudan, with consequent desertification, drought and famine, large number of young and single men and women have been forced to move to towns and urban centres in the North in search of employment and settlement only to find that their newly adopted homeland is virulently inhospitable and can offer only prostitution as a way of living for their young women (Hussein 1992: 9). Poverty and low socio-economic status, particularly for women in urban areas, is also associated with HIV/AIDS risk. Due to their poverty, physical and social circumstance, the urban poor are at increased risk of getting infected with HIV/AIDS. Youth coming from lower socio-economic groups frequently have less access to risk reduction information and less support for engaging in risk reduction behaviour. In view of the life they lead (drugs, malnutrition and exposure to STDs), homeless and street children in Khartoum are at an increasing risk to contract AIDS.

Muslim society tend to conceal the reality of its sexual life, but according to a number of studies, promiscuity is prevalent in Sudanese society. It is kept latent, with the rich, God-fearing people resorting to polygamy to satisfy their sexual virility, "unlike those who normally indulge in promiscuity after eliminating all factors contributing to abstinence from that practice or fidelity to one partner and by that we mean fear of God, fear of parents, STDs and stigma of HIV infection" (Hussein 1992: 10).

According to Amin and Hamad (1992), homosexuality is widespread in Sudan and this is mainly due to male-female physical segregation. Adults abuse adolescents and the latter are also sexually abused children. Homosexuals are the most vulnerable HIV group. Hussein (1992: 10) reported that incest by close relative in some parts in central and northern parts of Sudan is widespread. With the increasing trend of migration of breadwinners, spouses and elders abroad, families and wives are with adolescents or relatives who are supposed to take care of them. In the secrecy and confines of the family, these adolescents and relatives carry out some errands for the women with all the sequential entrapment, and extra-marital sexual activities (Hussein 1992: 10).

Female circumcision, tatooing, and skin piercing are the most significant practices that help the transmission. The Demographic and Health Survey of 1990 show that the prevalence of female circumcision is almost 90 percent among the 15-19-years-old age group. Not only that, continued use of unsterilized tools will lead to harmful results, some studies have established a direct relationship between female circumcision and AIDS.¹

¹ *The New Internationalist*, January 1988, p. 27.

At the cultural level, the exposure to outside 'Western culture' is indirectly associated with social liberalism, which in turn condones and not encourage sexually liberal attitudes. Hence, the exposure of the developed Northern centre to outside 'Western' cultural influence which has been aided by mass media entertainment products, such as films, video clubs, television shows and advertising is perceived as portraying sexual behaviour as a normal and recreational activity without restrictions. In Sudan, the wealthy classes, in the North, have satellite TV channels and many studies carried over the last few years by students in Faculty of Medicine and Institute of Extra-Mural Studies at University of Khartoum have shown that frequent use of drugs is popular among youngsters.

Thus, the conservative norms and heterosexual relationship is caught between the poles of attraction and repulsion latent in traditional Muslim ideology. Modernization and economic necessity are breaking down the seclusion of women, which was the traditional Muslim solution to the conflict. Sexual desegregation creates new tensions and anxieties. Spatial boundaries and lines of authority between the sexes have become unclear, demanding completely new and often painful adjustments from both men and women (Mernissi 1993: 164).

The extent to which the existing patterns and levels of teenage sexual behaviour that expose them to the AIDS virus is not yet known. However based on the patterns of transmission of other STDs among sexually active adults, a fairly high proportion of students and soldiers in the war zone are quite vulnerable to HIV and indeed may already have been infected. According to the 1991 report of Sudan National AIDS Committee (SNAC), 34 percent of all reported cases in Sudan during 1986-1990 were in the 15-19 year age-group ¹ and the sexual transmission among all cases reached 94 percent. If we take the 34 percent among those youngsters and given an incubation period of 5-10 years then many of these persons got infected when they were still in early adolescence, and even before many of them had entered secondary school. Girls appear to be exposed to the AIDS virus at much younger age than boys. Young people taking jobs as soldiers, students, seasonal labourers and traders, and in particular those working in the South or West Sudan tend to expose themselves more easily and have sexual relations during their stay. A number of those who contracted AIDS did that while they were in the South ².

It is our contention that these factors have largely contributed to the spread of STDs and AIDS in Sudan. What matters now is to see how the government has responded to this situation.

Government policies, programmes and outcome

Like elsewhere in Africa, statistics on AIDS in Sudan are much less complete and reliable because figures given by different departments

¹ Sudan National Committee for AIDS, Annual Report, Khartoum, 1991.

² Interview with Prof. Kamal Abbas, Faculty of Medicine, University of Khartoum.

and institutions vary. But all do agree that AIDS is steadily progressing in the Sudanese society. According to one report, a total of 1,258 AIDS cases —126 ABC cases and 1,468 asymptomatic HIV infections— have been reported in the country up to the end of 1995. However, under-diagnosis, under-reporting and delayed reporting make the reported cases an underestimation of the actual situation prevailing in the country. Indigenous transmission accounts for most of the reported cases and infections as evidenced by the occurrence of HIV-infections in Sudanese nationals who had not travelled out of the country.

In March 1994, the director of Sudan National AIDS Control reported the spread of AIDS as follows: 2 cases in 1986, 23 cases in 1987, 64 cases in 1988, 122 cases in 1989, 130 cases in 1990, 182 in 1991, to 500 cases in 1992, and in 1994 the total number reached 1,829 cases. About 80 percent of these cases lie in the age group of 20-40 years old and the male to female ratio is 3 to 1,¹ but recently male to female ratio is reported to be levelling to 1:1 and is attributed to the higher number seeking medical care and being included in surveys. About 94 percent of the cases have been reported to have acquired the disease heterosexually. In terms of regional distribution, 46 percent cases from the South, 23 percent cases from Khartoum², and around 20 percent cases from the Eastern State, where Eritrean and Ethiopian refugees are settled.

Since 1986, a total number of 1,506 high-risk individuals have been tested and found to be HIV-positive with no symptoms of the disease giving a HIV positive prevalence rate of 6.9 percent. The rates among high risk groups varied from 23.6 percent among sex contacts of AIDS cases, to 10.1 percent in STD patients, to 11 percent in tuberculosis patients and to 22 percent among female prostitutes. blood donors are screened at the Khartoum Blood Bank using the HIV-Sebodia rapid test. Of the total number of 22,278 blood samples screened since 1986, 196 were confirmed to be positive for HIV antibodies. The ratio started in 1987 as 1 in 5,000 but now it is 1 in 81³.

As to the scale of the AIDS spread in Sudan, again there are conflicting opinions. While Saeed and Homaida (1991) stress caution, indicating that the rate of HTLV-III (Human T-Cell Lymphotropic Virus) seropositivity in Africa has been grossly overestimated, others point to the steady progress that the epidemic is making in Sudan. But there is a consensus that AIDS is there and it is spreading.

How AIDS spreads in Sudan and the means of its transmission, is a subject of controversy among Sudanese researchers and medical doctors. Researchers and medical doctors close to the government argue that the major medium for AIDS transmission is through sexual intercourse (from infected person to his or her partner); through exposure to blood, blood products or transplanted organs or tissues;

¹ Sudan News Agency, 6/6/1994.

² *Al-Gowat Al-Musalahah*, Khartoum Daily, 20/7/1994.

³ Sudan National AIDS Committee, Annual Report, Khartoum, 1995.

and from infected mother to her foetus or infant, before, during or shortly after birth.

There is no disagreement as to the nature of these as AIDS transmission mediums, the disagreement centres on the relative weight of the different factors affecting the transmission process. While researchers and medical staff close to the government tend to give more weight to sexual permissiveness and laxity in moral attitudes as the main cause of AIDS, others, like Kamal Abbas, believe that socio-economic factors are responsible for the transmission of the disease by almost 70 percent, and if it is found among the Southerners, it is because they are poor, malnourished and impoverished¹. After socio-economic factors, Abbas ranked sexual permissiveness and delinquency among the youth, particularly among 20-40 years-old, then the war in the South, where use of drugs too is reported to be widespread and the government even keep a blind eye on it, and lastly the role of prostitutes. Refugees also constitute an important segment in which AIDS is reported to be widespread. This had alerted the government officials to take action.

In 1986, there was a major shift in the official attitude towards AIDS. It is in this year that the first cases of HIV were identified and an international conference on AIDS for the WHO Eastern Mediterranean countries was convened. This was an eye-opening experience for government officials in the health sector. Following this, the Ministry of Health established the Sudan National AIDS Control (SNAC). SNAC constitution was decreed by the Ministry of Health and Social Welfare in 1987, and with a membership of 51 and under the chairmanship of the First Under-secretary, SNAC began operating as an official body. Its main objectives were to prevent HIV transmission, and to reduce the morbidity and mortality associated with AIDS. SNAC instruments for achieving these broad objectives were:

- To supervise and promote training of all personnel working in the health sector on all aspects of the disease.
- To intensify health awareness among the public, particularly on aspects concerning modes of transmission and methods of prevention.
- To seek national and international support and channel resources towards disease prevention and control.
- To establish laboratory for diagnosis of the disease.
- To ensure routine screening of donated blood in all blood banks.
- To establish a system for recording and reporting on the disease all over the country.
- To establish guidelines for treatment and case management of the disease in general hospitals, clinics, and home according to WHO recommendations².

The introduction of economic liberalization policies in 1990 has largely contributed to a marked increase in inflation and a steady deterioration in income distribution. Rural and urban poverty rates

¹ Interview, with Professor Kamal Abbas.

² Sudan National Committee for AIDS, Annual Report, Khartoum, 1991.

have increased in 1993/94 with 93 percent of rural and 84 percent urban households falling below the poverty line (Ali 1994: 111). The fact that the South is more impoverished and less developed than the North needs no elaboration. Increased poverty means deterioration in health status, and this comes through both reduction in consumption of health-related goods and a direct decrease in spending on health goods. The government itself cut its spending on health. For the last decade the government spending on health is declining. For example, the actual health spending as a percentage of total government expenditure fell from 2.9 percent in 1986/87 to 2.2 percent in 1990/91, to 0.1 percent in 1993/94¹ for the years 1986/87.

A very limited expansion took place during 1985-1993: hospital beds in the whole country increased by 13 percent, public hospitals increased from 133 in 1985 to 218 in 1993, hospitals with specialist services increased from 44 in 1985 to 45 in 1993, specialised hospitals increased from 13 in 1985 to 23 in 1993. The expansion in specialized hospitals, however, has little impact as they are concentrated in Khartoum, the capital of the country. Also health centres increased from 288 in 1985 to 477 in 1993, dispensaries increased from 977 in 1985 to 1,346 in 1993, dressing stations increased from 1,291 in 1985 to 1,388 in 1993, and primary health care units decreased from 2,725 in 1985 to 2,713 in 1993. Again, the expansion here is very insignificant and given an annual rate of 2.9 percent in population growth, less facilities exist compared with potential demand for health services.

Numbers of health personnel are also declining, for all categories —except health visitors— negative rates have been registered. For example, during the period 1990-1993 total number of general physicians declined by -35 percent, medical assistance by -10.2 percent, and nurses by -4 percent. This mass exodus from the service is strongly related to the deterioration in the living conditions as most health personnel are government employees whose suffered decline in their real income as a result of declining government spending on public health services².

Moreover, hospital statistics covering the period 1986-1993 indicated the predominance of parasitic, infectious and malnutrition-related diseases. Throughout this period, these diseases accounted for at least 50 percent of cases admitted to hospitals. In Malakal, the capital of the Upper Nile State in southern Sudan, there is one hospital without a blood bank, and Malakal in particular is considered to be the gate from which AIDS spread to the North.

A situation like this one, which is characterised by civil war, environmental degradation, poverty and malnutrition, is a suitable environment for the spread of AIDS co-factors, if not AIDS itself. On the other hand, the government is the least interested in measuring up to the challenge. Leaving its expenditure on security and defence aside, the government spends almost an equal amount of money if not

¹ Ministry of Health, *Annual Health Statistical Surveys*, 1985-1993.

² Ministry of Health, *Annual Health Statistical Surveys*, 1985-1993.

a little bit more on the Broadcasting and Television corporations than on health. For example, in 1993/94 budget allocation for Chapter Two for both broadcasting and television corporations amounted to 293,800,000 million in LS, while the same budget allocation for Chapter Two for the Ministry of Health amounted to 290,000,000¹. Could the plausible explanation be that for the Islamists winning the ideological warfare against their opponents is more important than winning the fight against AIDS? Of course this is not to imply that the government is not fighting AIDS. The fight against AIDS goes on, but on terms set by the politicians and these terms can change and expand to include both the fight against AIDS and at the same time the fight against the opponents of the Islamist regime.

These terms include a number of options: (a) pushing aside or denying that AIDS is the disease of the Muslims; (b) admit that it is important to fight AIDS but give it a low priority —arguing that the nation is confronted with a more imminent political danger; and (c) for political expediency, to combine the fight against AIDS with that against the political opponents.

For the time being, the government is adopting option (b) and concentrating more on raising public awareness, disseminating information about the threat of AIDS through posters and media coverage where Islamists agitators are given free hand in stressing that AIDS originates mainly because of deviation from the path of God.²

AIDS and politics in Sudan: an interface

It is evident that for the Islamist elites in Sudan, AIDS is not a priority, it is not even high in their political agenda. At best, it is neglected, denied or pushed aside. And this is in itself a political statement. However, the threat of AIDS comes to the surface only when the political threat posed by the SPLA/M (Sudanese People's Liberation Army/Movement) or the secular-liberal forces looms large on the horizon. It is only then that the threat of AIDS creeps, insidiously, into the agenda of the Islamist rulers. Again the purpose is not to mobilize resources to implement a realistic AIDS control strategy, but the purpose is to whip up the religious, conservative sentiment by way of mobilizing a Northern-based constituency against the opponents of the regime. The ranks of these opponents include educated, middle-class women, Northern-based liberal and radical movement, and ethnic-nationalist movements led by the SPLA/M in the South.

For the Islamists, the social structure of a Muslim society must be based on male dominance. Since the days of the Prophet, polygamy, repudiation, the prohibition of *zina* (extra-marital sex) and the guarantees of paternity were all designed to foster the transition from a family based on some degree of female self-determination to a family

¹ *Akhbar Al-Youm*, Khartoum Daily, issues from 14/3/1996 to 6/6/1996.

² Sudan T.V., *Friday Roundtable Discussion*, 22/12/1995.

based on male control (Mernissi 1993: 64), or patriarchy. Thus, the establishment of the male-dominated Muslim family is crucial to the establishment of Islam.

Women are most vulnerable than men to sexual risk because in most societies their sexuality is more strictly regulated and controlled by others. Sexual norms and rules are often defined by men and the likelihood of conformity and compliance encouraged by the unrestrained sexuality of younger and/or unmarried women may represent a significant threat to male domination.

The moral absolutism and patriarchal values underpin the legal measures introduced since 1989 to control women. From the Penal Code of 1991, Personal Code 1991, Public Order Decrees of 1992, 1993 and 1995 to the Women's Committee in the Ministry of Interior, women are projected as potentially dangerous and threatening. These regulations control their moves, dress, education, employment, and travel abroad.

Women from different parts of Sudan with different cultures and traditions are expected to conform to these standards. It is suspected that one of the reasons why the former Chief Judge was replaced was his attempts to sensitise the judiciary to the diverse and multiple norms and value systems prevalent in Sudan. The hostile attitude the Islamist government took against the United Nations Conference on Population and Development in 1994 and the Conference document suggest that the government is not interested in putting these recommendations into action. Issues of women sexuality, reproductive health and health education are not favourably treated in the official discourse. Women's sexuality represents the interface between two of the most potent and insidious forms of oppression —gender and sexuality. The reluctance to address sexuality potentially limits the effectiveness of programmes in women's health, family planning and prevention and control of sexually transmitted diseases including AIDS.

For many reasons, the collapse of the Numeiri regime and the limited change that followed contributed to the political ascendancy of the Islamists in Sudan. The financial and organizational power of Islamists put them in a position to dictate the terms of political debate in the Sudan well before they assumed political power in 1989. Now they are in control of the state ideological apparatuses: mass media, schools and universities, mosques (and churches), and public opinion forums. Although they are still opposed to communism, yet they have new ideological opponents: liberalism, secularism, civil society and human rights movements. In the past, Islamists used smearing campaigns against the communists, now they use the same smearing tactics against all their opponents.

Building on the abhorrence the traditional Sudanese society feels towards sexual permissiveness, the Islamists, for decades, cultivated in the minds of the people that communism means sharing of wives and sexual freedom. When they had the Sudanese Communist Party outlawed by parliament between 1966 and 1967, the parliamentary leader defended their position by saying that the constitution does not allow sodomy or homosexuality, therefore, it should not allow

communism. The implication is that communism and homosexuality are both alike, both are forms of moral corruption. Now this use is extended to cover secularists, liberals and human rights movements. Civil rights groups and the rights enjoyed by gay and lesbian groups in the West are portrayed by state media as the *model society* the liberals and secularists want to emulate and see in Sudan. These are skilfully used by Islamists, some of whom had their training in the United States, to frighten and consequently mobilize a traditional, conservative constituency against liberal and secular political forces.

For many reasons, the inhabitants of northern Sudan generally believe that they are Arabs and that they are somehow superior to non-Arab inhabitants of Sudan. Whether this is racism or ethnic prejudice is not our concern here. Rather our concern is that associating AIDS with Africa and Africans in Sudan reinforce an already existing prejudice, be it racial or ethnic and it tells much about how identities of non-Arabs are being constructed. Now, in the identity tag of a Southerner or a refugee a new element is added: AIDS suspect, and therefore risky to mix with or to accept blood donated by him or her. Stories abound about how Northern patients in Khartoum Hospital refuse to have blood donated by Southerners for fear of being contaminated with HIV. Or how the Sudanese players in the National football squad were advised when tackling their Ugandan competitors in the field, they should not physically contact players of Uganda for fear of contracting AIDS. Quite often the local press refer to the neighbouring African countries, particularly with the deterioration in foreign relations, as 'the AIDS Belt'.¹ Of course this should not be construed to mean that all Northerners perceive Southerners or refugees as AIDS suspect, but quite a significant group of Northerners think so and react accordingly. At least we should not forget that the Islamists in the 1986 General Elections became the third force all over the country.

In its ideological and propaganda war against its political opponents, ranging from the liberal and secular Northern political parties to the SPLA/M, the Islamist government uses every conceivable weapon and make use of any issue. The use of AIDS provides an expedient weapon. In their public mobilization campaign, the Islamists often refer to themselves as the defendants of *al-ard wa al-ird*, meaning land and honour (land refers to 'Arab' or Muslim nation and honour here means 'women'). John Garang, the SPLA/M leader is often depicted by the media as a stooge for colonial, imperial, and zionist circles, and that he is not only interested in power but also he wants to satisfy his desire by having Northern Arab girls. Northern Islamist media use Garang here as a symbol of the threat coming from the South, a threat to both Sudan and the Arab world, but not the whole Islamic world. Given the alliance between the SPLA/M and the Northern liberal and secular forces, and given the fluidity of the political situation, what may pass as a propaganda exercise may quite easily assume, in the wake of religious and ethnic mobilization, a

¹ *Al-Multaqa*.

momentum which could be manipulated for further repression and sinister goals.

Conclusion

The above account has attempted to show that the present situation in Sudan creates an atmosphere whereby the State is playing off the threat of AIDS against the political threat to its power. AIDS is being both politically and ideologically appropriated by a powerful Islamist elite to serve its own political agenda.

There is a strong link between political culture and sexuality. When people are repressed, engulfed in fear and wrapped in silence, sexuality is expressed in mime, parents do not learn to talk to their children, colleagues are reticent to talk about the future management of their workplace, leaders do not find courage. The destructive forces within thrive AIDS epidemic on secrecy, and as Herbert Daniel says, "public policies that encourage fear, shame, guilt and secrecy (become) the epidemic's accomplices" (Reid 1995: 2). And it is always the vulnerable and weak who pays for this.

What distinguishes the marginalized, the off-centre, "women, ... communities and vulnerable nations is their disempowerment, their lack of control over their destinies, their lack of a bargaining position and of collective organization. It is the disequilibrium within which they live. Achieving new forms of partnership, new social contracts between these interdependent groups, will itself require a societal transformation —the transformation of the assumed right to dominate discussion, to speak for, to represent, to control, into new and richer forms of social relations" (Reid 1995: 10).

Although AIDS was first discovered in USA in 1981 it is now associated with Africa, Africans and gay people. But many studies stress now that it is not a disease of gay people, or black people, or of people who use drugs. It is simply a disease of people.

In a religious and traditional society, as in Sudan, political dimensions of HIV/AIDS relate not only to poverty, malnutrition, illiteracy, adequate access to family planning and women empowerment, but also it has wider implications for ethnic prejudice and for repressing the forces of enlightenment, liberalism, democracy and civil society. Calls for civil rights can easily be interpreted by the political leadership as calls to give homosexuals and lesbians the right to organize.

It is time for Sudanese politicians to abandon the usual impulse to deny or shift the blame on to others when unpleasant events appear on the horizon, and instead they must develop policies and structures to combat the problem. The government should create an open, healthy and free atmosphere in which the AIDS epidemic and other serious diseases can be discussed.

The responsibility to respond cannot be borne by individuals, families, and communities alone. Governments must provide an enabling environment, in particular an appropriate ethical, legal and

human rights environment, within which the responses can be sustained. Governments must ensure that the required goods and services —condoms, voluntary counselling, testing services and so on— are accessible and affordable. Community resources —time volunteered, food, counsel given, transport provided, labour contributed, funds raised, children cared for— lie at the heart of a sustainable response, but these resources must be supplemented. Communities and their organizations know what additional resources they need to be able to continue. They must be empowered to define these resources to others, select them, manage them and account for their use in appropriate ways.

There must be a social contract between community organizations, NGOs and governments that clearly delineates their respective strengths, rights and responsibilities and that provides the mechanisms and the means for them to communicate with each other, share their insights and experiences, and work together. This social contract, formal or tacit, must be based on mutual respect and trust. Here they should make use of the expertise of the researchers, both in medical and social sciences, and NGOs working in fields relevant to this issue.

Bibliography

- ALI A. A. 1994. *Structural adjustment and poverty in Sudan*, Cairo: Arab Research Centre.
- AMIN Ahmed S. and HAMAD Kheir Al Hajj M. 1992. "Sudanese sexual behaviour, socio-cultural norms and the transmission of HIV", in Tim DYSON (ed), *Sexual behaviour and networking: anthropological studies relevant on the transmission of HIV*, Liège: Derouaux-Ordina: 303-314.
- BARNETT T. and BLAIKIE P. 1992. *AIDS in Africa: its present and future impact*, London: Belhaven Press.
- BONGAARTS J. 1996. "Global trends in AIDS mortality", *Population and Development*, 22 (1): 21-45.
- DEKMEJIAN R. H. 1980. "The anatomy of Islamic revival: legitimacy crisis, ethnic conflict and the search for Islamic alternatives", *The Middle East Journal*, 34: 1-12.
- FOUCAULT Michel. 1984. *The history of sexuality*, Volume 1, London: Penguin Books.
- GORSON G. and KANSTRUP C. 1992. "Sexuality: the missing link in women's health", *IDS Bulletin*, 23 (1): 30-34.
- HUSSEIN Nawal M. 1992. *Analysing teenager unmarries female students' knowledge and attitudes towards AIDS and its prevention*, Ahfad University for Women, Sudan (Unpublished B.Sc. Dissertation).
- JÖNSSON C. and SÖDERHOLM P. 1995. "IGO-NGO relations and HIV/AIDS: innovation or stalemate", *Third World Quarterly*, 16 (3): 459-476.

- MERNISSI F. 1993. *Beyond the veil: male-female dynamics in muslim society*, London, Al-Saqi Books.
- Ministry of Health, the Statistical Department, *Reports* 1985-1993.
- OBBO Christine. 1993. "HIV transmission: men are the solution", *Population and Environment* 14 (3): 211-243.
- REID Elizabeth. 1995. *HIV and AIDS: the global inter-connection*, West Hardford: Kumarian Press.
- SAEED B. O. and HOMAIDA M. 1991. "AIDS in Africa: the other side of the story", *Sudan Medical Journal*, 29 (1-3): 85-89.
- SALIH A. Fatima, YOUSIF E. Samia and ELHADARI Sana. 1992. *Recommended strategies for AIDS prevention by analysing behavioural, social and cultural factors that determine Sudanese women's risk to HIV-infection*, Ahfad University for Women, Sudan (Unpublished B. Sc. Dissertation).
- Sudan National AIDS Committee, Reports, 1991, 1993, and 1995.
Sudan New Agency, Different issues of SUNA Bulletins, 1994.

Magazines and Newspapers:

- Akhbar Alyoum*, a Khartoum Daily.
Al-Gowat Al-Musalaha, a Sudanese Daily.
Al-Multaqa, a Sudanese Weekly.
Gadaya Dowaliyya, a Monthly Islamic Magazine.

Interviews:

- Interview with Professor Kamal Abbas, Faculty of Medicine, University of Khartoum, 11/4/1996.

Atta EL-BATTAHANI, *AIDS and politics in Sudan: some reflections*

Summary — This paper reflects on how in the context of current crisis-ridden situation in Sudan, the threat of AIDS feeds into that of politics and vice versa. Drawing on the work of Michel Foucault, among others, a broad theoretical framework is outlined before moving to consider the political conjuncture in which the Islamists assumed power. The Islamists responded to the crisis of the Sudanese society by introducing a panacea to cure all its ills: economic, political and moral. The paper gives an account of the government policies, instruments and institutions — Sudan National AIDS Committee, AIDS treatment, reproductive health, moral codes, staff and budget issues — designed to deal with threat of AIDS. In considering the interface between the threat of AIDS and the political threat, the paper argues that both threats were played off against each other, paying particular attention to the intricate, reciprocal, and often invisible, process between the two.

Keywords: politics • crisis • Islam • AIDS • multi-cultural societies • moral values • ideology.

Atta EL-BATTAHANI, *Sida et politique au Soudan : quelques réflexions*

Résumé — Cette étude examine comment, dans le contexte de la situation actuelle de crise au Soudan, la menace du sida alimente la politique et vice versa. Dans le plan d'analyse, elle s'appuie, entre autres, sur les travaux de Michel Foucault. Elle examine la conjoncture politique dans laquelle les islamistes assument le pouvoir. Les islamistes répondent à la crise de la société soudanaise en lui proposant une panacée pour soigner tous ses maux : économiques, politiques, moraux. L'étude donne un aperçu sur la politique gouvernementale, les instruments et les institutions destinés à faire face à la menace du sida — le Comité national de lutte contre le sida, le traitement du sida, la santé de la reproduction, les codes moraux, les dirigeants et les questions budgétaires. En considérant l'interface entre la menace du sida et la menace politique, l'étude explique comment les deux menaces sont dressées et invoquées l'une contre l'autre, en accordant une attention particulière aux processus interactifs, et souvent invisibles, entre les deux.

Mots-clés : politique • crise • Islam • sida • sociétés multiculturelles • valeurs morales • idéologie.

18. Rebels at risk: young women and the shadow of AIDS in Africa

Carolyn Baylies, Janet Bujra *et al.*¹

Everywhere AIDS poses new dilemmas for young people, circumscribing their life choices and impinging on the way in which they explore their sexual identities. For young women, whose sexuality is frequently characterised by less autonomy than that of males, the situation may be particularly acute (Holland *et al.* 1992b). Our research in Tanzania and Zambia², has indicated the nature of some of these dilemmas for young people and the way in which they are responding, underlining in the process the ways in which young women, especially, can be seen as 'rebels at risk' in the epoch of AIDS.

Introduction

AIDS casts a deep shadow of uncertainty and danger as young women face unenviable choices in a changing world. It is in this context that we shall explore the extent to which a peer culture of

¹ Coauthors are the Members of the Gender and AIDS Teams, Tanzania and Zambia: Tashisho Chabala, Naomi Kaihula, Beatrice Liatto-Katundu, Japhet Lutimba, Marjorie Mbilinyi, Scholastica Mokake, Faustina Mkandawire, Olive Munjanja, Lillian Mushota, Feddy Mwanga, Julius Mwabuki, Caroline Shonga, Anne Sikwibele and Zubeida Tumbo-Masabo.

² The research, which was initiated in October 1994, was funded by the European Scientific Research Council and involved teams working in Tanzania and Zambia. Research was conducted at three sites in each of the two countries: Dar es Salaam, Lushoto and Mbeya in Tanzania, and Lusaka, Mansa and Mongu in Zambia. Sites were chosen so as to include differing cultural traditions, both rural and urban settings and areas with differing levels of HIV prevalence. Among other research activities small surveys (N=100) were carried out at each site to gain some initial understanding of the beliefs and practices of the local population in respect of HIV/AIDS and protection against the threat which it poses. Though quota samples were used to ensure coverage of the gender divisions, various age groups and socio-economic categories, no claims are made about complete representativeness and therefore findings must be seen as indicative rather than conclusive.

This paper presents findings drawing on illustrative material primarily from research diaries and group discussion in two sites, peri-urban Mansa in Zambia and rural Lushoto in Tanzania, but it also incorporates analysis of survey data covering all three sites in Tanzania and two of three in Zambia. It draws on insights generated at team level by all of the researchers engaged in the project.

adolescence is emerging and how it is gendered, the way in which familial relations are being tested and tried, the extent of communication between those of different generations regarding sexuality and protection, the way in which marriage is being rethought by some young women, and the potential for women to create futures in which they are autonomous of male support.

Norms describing sexual behaviour have undergone considerable change over recent years within many African countries, including Tanzania and Zambia, particularly in urban areas and among those who are more educated. While marriage may be occurring later,¹ sexual experimentation has often come early, sometimes leading to worrying levels of STD infection and teenage, extra-marital, pregnancies.² At the same time former mechanisms of instruction in sexual matters have in many cases broken down (Ntukula 1994). Among many groups it was and remains improper to speak of sexual

¹ Data from the early nineties indicates that 21 percent of females aged 15-19 years in Zambia were married as compared with only 2 percent of males of the same age category (GRZ 1993). The median age of first marriage for women in their 20s at this time was 18, while that of women in their 30s and 40s was 17 (Gaisie *et al.* 1993). In Tanzania there is a trend towards later marriage for both sexes. In 1978 the mean age for marriage of men was 24.9 years while that for women was 19.1 (Cleland and Ferry 1995: 31). By 1989/90 a national survey conducted in conjunction with the WHO's study of sexual behaviour and AIDS found the mean age at marriage for males to be 25.2 while for females it was 20.6 (*ibid.*).

There is also a pattern across both Tanzania and Zambia of women with higher levels of education marrying later. In Zambia the median age at marriage of those with secondary school education was 19.9 in the early nineties as against 16.7 for women with no education (Gaisie *et al.* 1993). In the early seventies in Tanzania the median age of first marriage of women aged 20-24 with no education was 17.06 years as against 19.39 years for those with 9 to 13 years of schooling (Tumbo-Masabo and Liljestrom 1994: 24).

² In the early nineties, teenagers (aged 10-19) accounted for 22 percent of deliveries at Mubimbili Medical Centre in Tanzania (Chambua *et al.* 1994). In Zambia at this same time, about a third of all teenage women had either had a child or were pregnant with their first child, although there was a considerable urban/rural differential with a figure of 28.5 percent for urban residents and 40 percent for rural residents. The aggregate national figure for those aged 17 was 30 percent and of those aged 19, 66 percent (Gaisie *et al.* 1993). There is a more significant trend whereby fewer very young teenagers are currently giving birth. For the cohort aged 45-49 in 1992, 14 percent had had their first child when they were less than 15 years of age. For the cohort 15-19 the relevant figure was just 1.8 percent (*ibid.*).

It is difficult to know what proportion of teenage mothers were unmarried and undoubtedly the figure varies considerably across rural areas as well as between rural and urban settings. Of those teenage women giving birth at Mubimbili Medical Centre in Tanzania in the early nineties, however, 40 percent were unmarried (Chambua *et al.* 1994). Ntukula's (1994) research at several sites in Tanzania led her to conclude that premarital adolescent pregnancies were fairly common, many of the young girls whom she studied having given birth before marriage. Certainly in both countries there has been a strong perception (reflected in policies of expelling pregnant school girls and sometimes their male sexual partner as well) of teenage pregnancy prior to marriage constituting a social problem and a manifestation of the breakdown of former norms and practices.

matters in the presence of one's parents or for parents to teach their children about sex, particularly across gender lines. But as Tumbo-Masabo (1994) notes, whereas pre-colonial patterns of initiation were rule governed and characterised by an 'openness,' today there is more commonly a socialisation of 'silence'. Although this 'silence' is being challenged within the context of the AIDS epidemic and many parents recognise the need to fill the gap, they frequently find themselves, in practice, not always able to do so. Some sex education occurs in schools, but its limited nature means that young people are often left to learn about such matters from their peers.

Both young men and women are questioning traditional norms and seeking to define their own mode of experience. With horizons stretched by education, training and the influence of the media, they are often prompted to move beyond the confines of their parents' lives and experience. Their hopes are matched, but also driven and distorted, by economic necessity. Limited schooling, delayed marriage, a contraction of wage employment and a squeeze on peasant farming have rendered some young people a drain on family resources, and have placed young women in particularly problematic situations. Young people have often been forced to forge their own futures with only limited family support, and in the case of young women, sometimes *against* what remains of a moral consensus about appropriate female behaviour. Young women are seeking autonomy through independent migration to towns and through work on their own account. But such lives, often involving new relations, sexual experimentation and sexual exploitation, can put them and their futures at grave risk in the context of AIDS. Both young males and young females may take on the role of rebels (or have it thrust upon them). But in view of the very nature of the options available to and taken up by young women and the way in which gender dynamics discourage their assertiveness within sexual encounters, they are particularly at risk.

Thus the themes which characterise the prevailing situation —and which will be explored in this paper— relate to the way in which economic crisis in Africa leaves many young people to fend for themselves, with the breach between the generations (expressed in part in a socialisation of 'silence' as regards sexual matters), and greater personal freedom extending to sexual activity, leading to an increased danger of disease from unprotected sex. Our data, drawn from a comparative study of Tanzania and Zambia, underline the commonalities in regard to young people, and especially young women, whether they come from rural or urban areas, are educated or illiterate. We begin by considering the way in which problems associated with negotiating safer sex have been dealt with in the literature on AIDS and young people.

Empowerment and the negotiation of sexual encounters

In Africa the young have been regarded as representing a 'window of opportunity' with respect to protection against HIV/AIDS (GRZ,

Strategic Plan 1994-98). As they enter adolescence almost all are free from infection. To the extent that they can retain this status, they and subsequent generations could, in theory, effectively avoid the trauma and social dislocation associated with HIV/AIDS. In practice so optimistic a projection is unrealistic, not least because it is customary for women to have older male partners. And indeed the reported rates of infection show that women begin to be infected at ages some five to ten years younger than men.¹ Even so, the promotion of safer sex and other preventive strategies among the young remains crucial for reducing rates of HIV prevalence.

While young women may be well aware of the dangers presented by HIV/AIDS, the way in which their own sexuality is defined and socially ordered undermines their ability to ensure protection. Based on their study of sexual behaviour of young British women, Holland *et al.* (1992a) conclude that their empowerment is crucial to their successful negotiation of safer sex (or more specifically, for ensuring their protection against HIV). For them such empowerment has two dimensions: the development of a positive conception of female sexuality and the ability to put this conception into practice. They caution, moreover, that realisation of the first does not necessarily entail enactment of the second. As they explain:

"The relationship between the intellectual and the experiential is never static, but develops and changes over time, as young women try to bring expectations and control of sexual situations more closely together. While empowerment always depends on gaining men's consent to women's definitions of the terms of sexual encounters, effective strategies for safer sex do not seem possible without some congruence between the intellectual and the experiential levels of empowerment" (*ibid*: Holland *et al.* 1992a: 148).

As they report, it is frequently the 'complicated issues of trust and commitment' (*ibid*) which undermine a young woman's ability (and in some cases a young man's) to ensure that empowerment at the intellectual level translates into practice. The complication is sometimes manifested in differences between young men's and women's expectations of the relationships they enter into. If young women not only equate a sexual relationship with love, but also with a presumption of permanency through eventual marriage in a manner not necessarily shared by their partner, then they may unwisely acquiesce to sexual relations and forego protective measures.

As our research shows, a different sort of complication may relate to the economic benefits which some women perceive to accompany sexual relations. These benefits are usually expected to follow from a

¹ This is manifested most forcefully in recent statistics from Tanzania. In the age groups 5-14 AIDS cases are negligible amongst both males and females, but in the age group 15-19 female cases are already more than three times the level of males. The peak for female cases is in the age group 25-29 whilst for men the highest proportion of cases is in the 30-34 age group. As the Tanzanian National AIDS Programme (1996: 14) reports: "the AIDS epidemic is continuing to affect women at an earlier age than males. The Programme is aware of this gloomy situation and continues to encourage all efforts to curb the problem among youth and especially the women".

permanent union, but can also apply to short-term relationships entered into either casually or as a means of survival. As Komba-Malekela and Liljestrom (1994) note for Tanzania, this can lead to a mismatch of understandings or expectations between males and females. Thus if "men hurt young women by harassing them for sexual intercourse without mentioning marriage", it may also happen that "young women hurt men by their desire to obtain money and gifts instead of appreciating the man himself" (*ibid*: 142).

Our research confirms that strategies for ensuring protection through refraining from unsafe sex or abstaining from sexual relations altogether are complicated in a more fundamental sense by the very manner by which sexual experience and intimate relations are often so closely bound up with the development of an adolescent's self-understanding and sexual identity. This may be true for young males where the demonstration of sexual potency is seen as crucial to maturity, but it may equally figure in the development of young women's sense of identity and self-worth. However, to the extent that the construction of sexual identity involves others as partners (and, moreover, where the separate construction of male and female identities may be at cross purposes with one another), strategies of protection cannot be put into practice if based solely on the intellectual empowerment of individuals, and particularly not if hinging on the intellectual empowerment of the female individual alone, whose position within sexual encounters is so frequently subordinate.¹

Holland *et al.* argue that while safer sex requires 'male consent', it also entails a challenge "to the ideas, identities, expectations and practices of men" (1992a: 160). To be effective, such a challenge to dominant views of masculinity cannot rest solely on individual negotiation, but must be a "collective project which shifts the balance of power between women and men throughout society" (*ibid*: 145, 158). This is the point from which our own work began (Baylies and Bujra 1995).

The specific way in which sexuality and sexual practices are constructed varies not just along gender lines but also across societies

¹ As Holland *et al.* (1992a) argue, this subordination is effected not least by virtue of the way in which a male model of sexuality is taken as the norm, having as its complement a passive model of female sexuality. A fundamental assumption underlying this male model is that sexual intercourse necessarily involves, and indeed is centred around, penetration. The strong association between condom use and notions of safer sex is largely founded on this model, which, while helpful in providing some means of protection, also constrains choices about what might be seen as constituting sexual practice and sexual pleasure. In addition the promotion of condom use is also problematic in some cultures given its association with unnatural or immoral sexual encounters (Ulin 1992). Another aspect of what Holland *et al.* denote as the male model of sexuality is the assumption that an individual is free to engage in sexual relations without personal obligation. Their own concern is to encourage a positive female model of sexuality which goes beyond individual assertiveness but does not merely supplant male with female power. Such a model would presumably recognize both equity and mutuality of interest in ensuring pleasure without physical, psychological or social harm.

and indeed across groups within a given society. But the general principles outlined by Holland *et al.* (1992a; 1992b) have been affirmed by those writing within or about specific African contexts (Ankrah 1991; de Bruyn 1992; Longwe and Clarke 1990; Heise and Elias 1995; McFadden 1992; Seidel 1993; Ulin 1992). Ulin (1992), for example, refers to lack of power in decision making, especially in sexual relations, as being an important contributor to the vulnerability to HIV infection, not just of young women, but of women of all ages. Our own work confirms this view.

Challenging norms in the context of economic constraints

While not overthrowing male models of sexuality or overturning gender roles which dictate women's primary association with the domestic sphere and reproduction, young women are reflecting upon and challenging these social constructs. Our research uncovered several forms of rebellion among young women, including their demanding an equivalent education to that of their male peers, meeting with the opposite sex, engaging in sexual experimentation and deferring marriage. In some cases young women were living away from their parents, migrating to towns, setting up alternative forms of income-generation to those putting them under parental control, creating alliance with other girls and women for support and seeking forms of sustenance independent of both their parents and of men. Not all can be classed as rebels, but there is evidence of attempts by some to push back boundaries around accepted behaviour and accepted economic roles. In many cases these developments are positive, but their value is contested and in some respects consequences might be regarded as harmful, increasing women's vulnerability and responsibilities without expanding their real access to resources, increasing their level of participation in decision making or allowing them to gain greater control over their conditions of existence.

To some extent young women's exercise of initiative and exploration of new avenues of economic self-sufficiency are borne of necessity and may signify less a bid for increased freedom of choice than the breakdown of existing systems of economic and social security. Persistent national indebtedness and economic crisis—reflected in declining or largely stagnant real per capita income for large sections of the population and deterioration and increased cost of basic social services—describe the context in which many young people find themselves. Because women in many societies have characteristically had limited access to land and faced obstacles to gaining the educational qualifications affording access to wage employment or salaried position, marriage has often figured as fundamental to their survival strategies. But marriage also accords with societal understanding about their 'natural' destinies. These points were articulated during the course of a discussion of office workers in Mansa, Zambia, as detailed in the following excerpt.

- Marriage is occurring later. Sometimes it is postponed because of education. People go to secondary school and then further, but they may have to wait two or three years before getting a job. Some are refraining from marriage altogether.

Researcher: Do you mean the women?

- No, the men. They cannot marry because they do not have the means to support a family [given the state of the economy]. Women are different. Women strive hard to find someone to marry.

Researcher: For economic reasons?

- Not only that [although one of the women present voiced some disagreement on the point]. If a woman doesn't get married people will look on her in a negative light (Group discussion, 12 April 1996).

The comments reflect prevailing gender ideologies as well as the severity of the impact of economic factors on behaviours and life styles. In practice women must often 'do more' than merely find a husband. They must fend for themselves. But whether by design or necessity, the attempts of young women to forge new paths in seeking economic security often result in their facing a range of dilemmas. By putting themselves outside parental protection they can become easier prey to men and other unscrupulous adults. To the degree that they lack knowledge or experience, their bids for sexual freedom can end up in pregnancy, abandonment or risk of infection, not least from HIV. Given that income-generating prospects for women are limited, they often find themselves in new relations of dependency.

In explaining how HIV is spreading, particular emphasis was placed by respondents to our questionnaire on the way that poverty specifically affected young women, so often forcing them to sell sexual favours to survive, whether as an adjunct to trade or as a business itself. But recognition of the dilemmas and economic constraints faced by young women does not mean that they escape moral opprobrium. One consequence of challenging norms is that they can be subject to blame for social and physical ills, not least for the spread of AIDS. Thus in Lushoto in Tanzania, any rationale that their daughters' behaviour was founded in poverty was drowned by voices speaking of young women's growing moral turpitude and accusations that they fled to urban areas to enjoy the money and freedom which a life based on prostitution was deemed to allow them, only to return home infected 'to count their days'.¹

The general tendency for sexual relations to have an economic dimension, entailing a distributive mechanism from males to females has been remarked on by a number of writers. McGrath *et al.* (1993) note, for example, that 63 percent of their sample of women in Kampala cited economic reasons for seeking sexual partners outside of marriage or their primary union. Doyal's (1994) review of research

¹ It is important not to give the impression that this is a novel phenomenon. AIDS travels on paths well-beaten by those moving between the village and urban areas. The trend began in colonial times, exacerbated by male labour migration and the alienation of land to more commercial farming; in the postcolonial period it borrows strength from the economic crisis in Africa (see e.g., Van Onselen 1976; Bujra 1982).

findings of Africa shows that increasing numbers of women are being pushed to sell sex to meet subsistence needs and that growing numbers of young schoolgirls are entering into relations with men in the explicit anticipation of money and 'gifts' to make good the shortfall in their maintenance requirements. This observation has resonance for our own research. Various accounts collected in the course of our work illustrate the way in which young girls are essentially being preyed upon by their elders (including family members) and pressed into sex work, often in consequence of financial insecurity

One story involved a young woman who was working in a shop in a small town in Tanzania. When asked whether she had a boyfriend, she conceded that she had a '*bwana*' with whom she had regular sex. She then recounted how she had been tricked into the relationship with him by her aunt, with whom she was staying. One night she had woken to find someone touching and fondling her. On realising that it was a strange man she cried out and jumped up, but he barred her way and put his hand over her mouth, forcing her back to the bed. Thereupon, she said, something painful had happened to her, something which she had never previously experienced. The next day she could neither walk nor eat, but just cried and cried. Her aunt's response was to laugh at her. Three more times she was similarly accosted by the man, until finally she resolved to tell her mother. But her aunt threatened to throw her out should she do and she was forced to confront both her sense of shame and the fact that she had nowhere else to go. She believed that her aunt was receiving money from the man for these rapes. She explained that she had been forced to 'fall in love' with the man, was now used to him, and was now having sex regularly, but always without condoms. Indeed she had never seen a condom. She said that she was aware of AIDS, but had left the matter to God, as she had no power to do other than what the man desired and her aunt dictated (Research diary of Julius Mwabuki, 9 August 1995).

Two further cases come from the fieldnotes of a researcher in Zambia. The first was an 18 year old girl whom he met at a funeral house. She recounted how a lack of funds had led to her difficulties two years earlier, precisely at the time that she was writing her primary examinations. For want of commodities such as soap and body lotion she had engaged in sex and become pregnant. She described her ensuing humiliation, the feeling that every eye was on her and the emotional distress associated with being repeatedly called to account for why she had become pregnant when still so young. The labour had been difficult, nearly claiming her life, and she had been strongly advised against becoming pregnant again for several years in order to give her body time to recover. In view of her experience and the information about HIV/AIDS imparted to her at the family planning clinic, she had resolved to refrain from sex altogether until she married (Research diary of Arnold Kunda, 8 February 1996).

The second was a girl of 15 who was involved in commercial sex. When asked whether she was aware of the prevalence of HIV/AIDS, she replied with some vehemence that she had no one to support her. 'If I

do not engage in this business', she countered, 'what shall I eat?' (Research diary of Arnold Kunda, 11 February 1996).

It is clear from the case of the young woman in Tanzania, that while women are often victims, they are not always innocent of contributing to the victimisation of other, younger women. A situation of economic hardship which pushes women into commercial sex may also undermine their integrity and sense of worth as well as their relations with other women. And of course this process also makes them vulnerable to HIV infection. While sexual relations involving financial dependence on partners do not always lead to AIDS, their prevalence both inside and outside of marriage underlines the limitations which women experience in negotiating safer sex on their own (Doyal 1994) and the necessity of a more general change in gender relations to ensure mutual protection.

Economic autonomy without sexual dependency?

As well as documenting constraints, our research also indicated that some are now beginning to question the risk which sexual partnerships, including marriage, entail. As one woman argued (although her views were vociferously contested by both a man and another woman participating in the same discussion), 'if I had what I wanted, if I had enough money to have what I wanted, I would not marry' (Group discussion, Mansa 12 April 1996).

An attempt to put this view into practice is illustrated by the case of two single women, 'Augustina' and 'Jane' who shared a house and jointly ran a shop in a small town in Tanzania. Having met and become friends, they had elected to depend on one another and each was reluctant to exchange her level of autonomy, so hard won, for a long-term relationship with a man. One of them commented that there were many women these days who were unwilling to accept male domination in a marriage and preferred to remain unmarried and to rely on themselves. Men, they said, simply made you into a slave and could refuse permission for you to do things, citing in support of this conviction the case of a woman they knew whose husband had refused to allow her to accept a scholarship to go abroad to study. One of the two, the mother of a 7-year-old boy, was asked whether she would have another child. Her reply was straightforward and blunt: 'How can you think of having children these days with this AIDS problem?' (Research diary of Janet Bujra, 7 June 1995).

'Augustina' and 'Jane' would appear to represent a high level of intellectual empowerment, broadly translated into experiential empowerment. This has involved the apparent strategy, not of trying to alter men's power in the context of sexual relations, but essentially of sidestepping it by avoidance and through forging their own independent destinies in alliance with other women.

While some women may be choosing to forego marriage (if not the bearing of children), however, this is not an option which is always desired, let alone within young women's capability of grasping. The

example of 'Augustina' and 'Jane' is an important one because it illustrates the extent to which the heightened urgency created by the presence of AIDS has prompted women to reflect on their lives and their relationships and in some cases to choose an unconventional path. But the decision to turn their backs on marriage may be easier for those who have already experienced it, and to resist entering into relations with men easier for those who already have children. The feasibility of making such a choice may also be greater for those with higher levels of skill or education who are employable in scarce salaried positions or who have access to some resources which enable them to begin a viable enterprise.

Realisation of the importance of gaining skills or otherwise securing a degree of economic autonomy in order to reduce economic dependence on men seems increasingly to characterise young women, whether or not they are intending to forego marriage. In rural Lushoto a number of young girls coming together to initiate an income-generating enterprise insisted that 'we don't want to marry until we have become independent through learning some skills' (Minutes of meeting held 5 August 1996). They viewed married life with decidedly mixed feelings, seeing it as an onerous condition, with men giving little support to their wives. In seeking a positive way forward they drew up plans to buy cloth, sew it into clothes and sell them in the market. The limited prospects of success of this endeavour, however, given that the market for ready-made clothes has all but been destroyed by the import of second-hand clothes, underlines the way in which economic constraints, so frequently exacerbated by liberalisation and structural adjustment policies, restrict possibilities open to young women (and young men) and propel them toward more dangerous territory.

Indeed, the very attempt to gain skills or an education, and thereby some independence, can be fraught with danger, given attitudes which can both condemn young women who tread new paths and see them as fair game for satisfying male pleasure. This is illustrated by the case of 'Miriam' who told her story to a member of our research team working in Lushoto. Having come some distance to attend the local secondary school, she was staying in rented accommodation, but found herself periodically troubled by older men, who tempted her with 'money and luxurious things'. In the past one of these men had forced her to have sex on a number of occasions. He had left the area, but had now returned, and had tried to gain her consent to sex through boasting of his high level position in government. Persuasion having proved unsuccessful, he went to her room in the middle of the night in a drunken state and kicked down the door. On forcibly entering he proceeded to break utensils and other goods. The owner of the house chased him off but the incident left 'Miriam' distressed and depressed, wondering how, in her state of agitation, she could possibly attend school or have the peace of mind to concentrate on her studies (Research diary of Julius Mwabuki, 4 August 1995).

Competing pressures and continuing uncertainties

While many young women are challenging the inevitability of gender destinies formerly adhered to in regard to education and work as well as to sexual experience and marriage, we wish to emphasise that the picture is a mixed one. Norms are undergoing change amidst pressures from many sides: parental pressure to abstain, peer pressure to experiment, the possibility that economic hardship might be alleviated through the exchange of sexual favours for cash or desired goods, penalties exacted by school authorities and family members should experimentation result in pregnancy, as well as penalties in the form of ill health and early death should experimentation result in HIV infection. The impact of competing pressures is further complicated by a model of sexual behaviour which places young females in a position of relative passivity and subordination and which ascribes to young males the requirement to assert their masculinity and claim a position of relative dominance. The result for young people is often a confused one, replete with mixed messages.

While there is widespread technical knowledge among young people about HIV/AIDS and the means of its transmission, there are also gaps in understanding. *Can the virus be transmitted through mosquitoes? Is it possible to get HIV by using a toothbrush of someone who is infected? What if that person had sores on their mouth?* (Focus group discussion, Mansa, 12 April 1996). There is considerable knowledge about condoms and increased use of them, particularly among young people. Indeed some of those involved in the distribution or sale of condoms calculate that young people are the most significant consumers of condoms. But familiarity jostles with embarrassment, in a way that may frustrate their use. This is illustrated by a conversation which a member of our research team had with two students at a technical college:

As I was having a cup of tea, I noticed a yellow plastic bag made by Maximum to advertise their condoms. I got curious and asked if they were being sold at the institution. 'John' first laughed before telling me that they were given out freely a month earlier. 'Christine' added that one time when there was a heavy rainfall she could see many condoms being washed away by the rain. She said she was embarrassed because the flow was passing past her door. She felt people would think it was her who had used them. I looked at 'John' and he just burst into laughter. He then said that they never use them (Research diary of Tashisho Chabala, 21 November 1995).

In many cases a strong strand of denial is evident among young people. A survey conducted among teenagers in the Northern Province of Zambia in 1994 found that a third believed they were not at risk from HIV (Maarugu 1995). Yet this was not because of abstinence, for the group, two thirds of whom were between 13 and 15, was characterised by a high level of sexual experience, applying to 81 percent of the urban component of the sample and 85 percent of

the rural component.¹ And that they were not immune from infection was evidenced by the fact at least 16 percent had suffered from STDs. Some used condoms, but seldom routinely, and as many as half of the urban group and fully 86 percent of the rural group had never used condoms at all, although it must be acknowledged that in some cases this was owing to their non availability.

The generation gulf

The situation of teenage sexuality is one about which there is much ambivalence and, indeed, a degree of denial on the part of their parents' generation. In some respects a rigidity towards the young can be observed, manifest in a desire not to acknowledge that their children have girlfriends or boyfriends and strenuous adherence to the view that premarital sex and childbirth outside of marriage are against tradition, improper and immoral. But tradition, while not without its force among the young, is at odds with the behaviour of many. There was some feeling among participants in one session in Zambia, held in conjunction with our research, that the sexual experimentation among the young was partly *because* of their parents' generation's stubborn insistence on chastity. This message just encourages them, said one woman. 'Why? They want to know why?' What is so special about having girlfriends or boyfriends which makes it so wrong? (Group discussion, Mansa, 12 April 1996). Perhaps it is not so much that there is silence on the part of parents as an adamant affirmation that 'traditions' be upheld, coupled with a reluctance (or inhibition fostered in its own right by 'tradition') to speak explicitly about sexual matters with their children. This is not a matter of indifference. Parents fear deeply what may happen to their children and also worry about what others may think of them should their children go 'astray.' The strength of feeling engendered by the issue is apparent in the reaction of some parents (particularly fathers) to the admission of an unmarried daughter that she is pregnant. Puja and Kassimoto (1994) record cases of women being thrown out of their homes when such a pregnancy comes to light and Ntukula notes that many of the young unmarried mothers whom she encountered during her research in Tanzania lacked financial support either from their families or from the father of their child (1994).

But if the penalties exacted by parents are sometimes severe and a demonstration of their (formal) adherence to the morality of their forebears, there is frequently a reluctance to acknowledge that their very rigidity may be contributing to the confusion their children experience and inadvertently lending itself a curiosity which leads to experimentation. In the era of AIDS, the lack of a positive and

¹ The question of whether early sexual experience is common in Africa is a contested one. See Ndeki *et al.* (1994) for some general and some Tanzania specific data suggesting it is. Careal reports other findings implying that the majority of unmarried people were not sexually active in either Tanzania or urban Zambia (1995: 80).

productive parental response to the changing economic and social context in which young people find themselves can be particularly worrying. If behaviour of young people is at odds with 'culture' and parents are in a state of partial paralysis and unable to communicate effectively with their children, then the dilemma faced by the young is all the more acute.

Many parents seem caught up in a web of feelings of despair, fatalism, and anguish, unable to accept or agree to their children engaging in premarital sex but equally unable to provide them with means of protection should they do so. Their dilemma is illustrated by an episode when people gathered to watch a televised game of soccer between Zambia and Algeria. At half-time an advertisement sponsored by the European Union on an HIV/AIDS condom awareness campaign came on the air. Two parents reacted negatively, arguing that this sort of message contributed to the rise of immorality among young people who should not be taught about condoms but should rather be encouraged to refrain from sex. The parents expressed embarrassment at being in the room with their daughters, sons, nephews and nieces when the advertisement was screened. One admitted that the depth of his unease led him to leave the room (Research diary of Arnold Kunda, 26 January 1996)¹.

In many cases parents cite not just 'tradition' but their religious convictions in support of their views about teenage morality and seem to be banking on the church as a means of saving their children's physical health as well as their spiritual well-being. And indeed religious belief — whether Christian or Muslim — can act as a powerful support to young people who wish to refrain from premarital sex.² But for many, neither religion nor tradition can resolve the situation. As the executive director of a large AIDS NGO declared, when asked how she, as a Christian, could allow herself to be involved in programmes which advocated the use of condoms as an option to young people, 'it is necessary to respond to the situation as it is'. Whatever her own preferences and ideals, she considered it essential to recognise that not all young people feel able to refrain from premarital relations and in this context, in view of the AIDS threat, a preventive response was necessary ('Palaver Time', ZNBC, 18 October 1994).

It is indeed the case that the very severity of the AIDS crisis is opening up debate across and within the generations so that the lapses or silences are being challenged. But circumstances still remain problematic for the young. To a considerable extent they are caught up in a situation where former mechanisms of instruction or socialisation in respect of sexual behaviour have largely broken down or become less relevant to their lives and where an effective replacement has not materialised. The pace of change in respect of social behaviour and the constraints which inform it have not been

¹ The discussion on this occasion came to an abrupt end when the second half of the game began.

² This is a point which has been clearly demonstrated in televised debates among young people and HIV/AIDS in Zambia in the programme 'Palaver Time'.

matched by changes in mechanisms of communication or of the imparting of the requisite knowledge to ensure that behaviour is neither individually or collectively harmful. Ntukulu (1994: 113, 116) makes this point in respect of her research findings on initiation ceremonies in Tanzania. Though she found such ceremonies still to be important for defining womanhood, she became 'increasingly conscious of the inadequacy of traditional institutions in today's society'. In failing to accommodate changing social needs associated with the delay between puberty and marriage, their effectiveness has become compromised. Moreover, in some cases they seemed to be disappearing altogether, with aunts and grandmothers seldom giving fertility instruction any longer to young adolescents. But it was also her judgement that 'so far no proper replacements have evolved'. Because it remained taboo for mothers to talk about sexuality with their daughters, the latter were left with no reliable person to help them.

Our own research confirms this breakdown of traditional mechanisms. Through baseline surveys of 100 individuals in six sites across Tanzania and Zambia, we collected information about changing patterns of sexual education as well as attitudes towards AIDS and means for its prevention. While necessarily not definitive, this data is illustrative of prevailing beliefs and practice. It suggests that there has been a considerable change in the way in which instruction in sexual matters is imparted to young people.

Of those providing information on the subject, in our survey in Mansa, Zambia, for example, over three fifths of respondents aged 46 years or more reported that traditional initiation ceremonies had been their key source of information on sexual matters, compared with only about 23 percent of younger respondents. In the urban setting represented by Lusaka, Zambia, the pattern was similar, with a declining proportion across the age groups having received sexual instruction through initiation ceremonies (i.e., about two fifths of those 46 or over, a third in the middle age group and only about a sixth of those under 21). Moreover, very few at any age identified initiation ceremonies as their key source of information. In contrast, friends of their own age were reported to be an important source of information, especially among the youngest group, applying in this age category to two-fifths of all those interviewed. In the Tanzanian surveys the importance of friends of one's age as the primary source of information on sexual matters for young people (15-20 years) was even more striking, applying to about 70 percent of those responding. At the same time, very few in Tanzania, of whatever age group, indicated that initiation ceremonies served as their most important source of information on sexual matters.

However, if initiation ceremonies figure relatively little in imparting sexual knowledge to the young, the role of older relatives in this regard has by no means disappeared altogether. In the case of Lusaka, relatives other than parents were the major source for between 40 and 50 percent of those in the middle and older groups, if only about a fifth of the youngest. In Tanzania, relatives other than parents were cited as a major source of information by about a fifth of all

respondents among the youngest and the oldest groups and about a quarter of all of those of the middle-age group. In the Lushoto sample, for example, over a third of male respondents said they learned about sexual matters from their grandfathers.

One important setting through which parents and their contemporaries offer explicit instruction in sexual matters is in gatherings or parties held prior to weddings. These are typically single sex occasions and perhaps most common among women. In Zambia the latter are known as kitchen parties. Ntukula (1994) refers in Tanzania to send-off ceremonies, held on the eve of a wedding. They are attended by female relatives and friends of the bride's mother who bring gifts, as well as their acquired wisdom. Through story telling, singing and dancing they instruct the bride 'how to handle her husband' (*ibid*), with explicit advice on sexual behaviour and means by which she might attend to her husband's sexual needs and desires.

An underlying assumption behind such ceremonies is a norm of pre-marital chastity. While applying in many cases, it surely does not in all, and it might well be that such instruction would be more valuable to many young women at a much earlier age. The content of instruction at the parties is also firmly oriented towards servicing the needs of one's husband. In this regard a model of sexuality involving female passivity and male assertiveness is not just implied but explicitly detailed. Women are taught their place, with the message being impressed upon them that decision making in sexual matters lies within the province of their husbands and not with them. It might be suggested that in the era of AIDS such messages contribute to the vulnerability of women and make protection more difficult. An exchange at a Mansa discussion group involving a man and two women illustrates this fundamental point which has been repeatedly confirmed throughout our research:

| | |
|---------------------|--|
| <i>Researcher</i> | Can a woman decide that a condom should be used? |
| <i>Man</i> | It is fifty/fifty. |
| <i>First woman</i> | No, it's not. |
| <i>Man</i> | Women have the right. |
| <i>First woman</i> | Yes, but taking into consideration tradition, women have no say. |
| <i>Second woman</i> | In marriage at times women have no say, but maybe if they are single they do. |
| <i>First woman</i> | But even if they are single they may have trouble in trying to ask for a condom to be used. |
| <i>Man</i> | We are talking about married people. If a couple confine themselves to each other then they cannot catch AIDS. |
| <i>First woman</i> | Sometimes a woman feels that she cannot advise a man to use a condom. If she tried to do so the man would not have confidence in her (Group discussion, Mansa, 12 April 1996). |

While the question of negotiating protection has at least become a permissible subject for discussion in some quarters, male authority to

shame and to coerce is still powerful. A middle-aged man in rural Lushoto argued that a woman who suggests using a condom 'is not a wife but a prostitute,' while a middle-aged woman said she could not ask for a condoms to be used because 'he (her husband) will hit me' (Lushoto Survey, 1995).

Mothers who attend kitchen and send-off parties may not be consciously conniving in the perpetuation of their daughters' sexual subordination. But if they fail to question and critically examine the messages they are conveying, they may miss the opportunity for what could otherwise be a powerful means of encouraging a more positive model of female sexuality, in the process helping to secure their daughters' safety in the context of AIDS.

Although there are silences between the generations, mixed messages and missed opportunities, we would not wish to overstate existing rigidities in communication nor paint too negative a picture. For there is also evidence of increasing awareness by parents and elders of the need to respond to changing times and changing threats to the health and life of young people. Ntukula (1994) gives the example of a traditional herbalist in Tanzania, who, having become convinced of the need to continue and improve initiation for girls, has set up clubs to accommodate this end. While acknowledging and giving instruction in specific customs and traditions, the membership of these clubs typically crosses ethnic lines. They teach girls good manners but also self-reliance and self development, with a view towards their being enabled to look after their own economic needs. They also provide instruction in reproductive health and means of contraception and include material on both the care of AIDS patients and means of protection.

Tumbo-Masabo (1994) notes, moreover, an increasing tendency for mothers to be a primary source of daughters' information about menstruation in Dar es Salaam and Ujiji, marking an important change from the past when sexual matters were discussed by alternate generations but restricted between adjacent generations. She regards this development as evidence of a response to changing social conditions.

Our research has revealed an increasing awareness among parents of the need to provide information on sexual matters to their children, a growing willingness to do so and indeed a heightened conviction that it is specifically their responsibility to ensure that their children are armed with the knowledge they need to protect themselves. Data from our surveys suggest that a majority of those in both the middle (21-45 years) and older (46 years and above) age groups list parents among those who should be responsible for teaching young people about AIDS. As one male respondent in Lushoto said, 'these days a father must speak about these things to his sons; their mother will explain to her daughters'. Another commented that 'you must tell them. These days if you are embarrassed you could lose them. But Mama will tell the daughters'. A third maintained that both parents should teach daughters: 'it's not a thing to be hidden', he said (Lushoto interviews, 1995).

Even more striking is that over 55 percent of those in the age range 21-45 years across our surveys in both Tanzania and Zambia felt that young people should be taught about condoms. The proportion concurring with this view in the older group was lower, at less than 30 percent for the Tanzania samples, but almost two thirds for that in Lusaka. As one man in the Lushoto sample said, 'it's not difficult, even parents can explain'. The response of another reflected the ambivalence, but also the sense of resignation, which some parents feel: 'Maybe, or they will be trapped' (Lushoto interviews, 1995). There was considerably less enthusiasm about children being given condoms. Responses here also reflected considerable ambivalence: 'others maybe can give them; I can't' and 'you would feel ashamed' (Lushoto interviews, 1995).

But there is also evidence of some frustration on the part of parents, with the feeling that 'children will not listen.' This was the view of several women in a focus group discussion held in Mansa in Zambia. One commented that the young persisted in the belief that 'AIDS was just among elderly people' or that someone who was healthy looking could not have contracted HIV. But they were adamant that it was the responsibility of parents to alert their children to the risks of unprotected sex. 'Despite the child not paying heed', said one, 'parents should just insist on teaching their children'. The group was divided about the wisdom of or their ability to give condoms to their children themselves. One said she could not talk about a condom with a girl, but two others disagreed, one saying that 'a girl can give a boy a condom'. But they reiterated their difficulties in talking to their children, whom, they said, simply would not listen (Women's focus group, Mansa, 9 April 1996). In this sense the generation gap incorporates rigidities on both sides.

Schools and health education

Some parents, partly because of their own discomfort in speaking about sexual matters with their children, were approving of the notion that the schools should at least share in the exercise of imparting information. Indeed in the Tanzanian samples taken as a whole, as well as the Lusaka sample, a considerably higher proportion of those in the middle and older age ranges mentioned schools in answer to the question of who should teach their children about AIDS than mentioned parents.

There is of course debate among young people, as well as among their elders, about the efficacy and desirability of either source. In the course of one focus group among young men in Mansa, for example, there ensued a spirited debate as to whether the responsibility for sex education rested primarily with parents, should be shared with parents and schools, or was best placed in the schools (Focus group of young males, Mansa, 12 April 1996). Yet what is perhaps most important to note is the readily stated desire of young people to have both more formal and informally imparted information about sexual matters, and

particularly AIDS and other STDs, and the striking contrast which this presents with the prevailing situation in which so many young people in our samples said that they had had to rely on friends for such information. When three young men, the oldest of whom was nineteen, were asked how they had learned about sexual matters in an interview held in Mansa (Interview, Mansa, 30 November 1995), their reply was that they had not received instruction from anyone, meaning from any authoritative source. They were clearly aggrieved about this and began to discuss it among themselves, whereupon an older sister, who had been standing on a porch above the group reminded them that they had had some lessons in school. Yes, they recalled, there had been one lesson on Christian marriage in their religious education course and another entitled 'let's talk about sex', apparently in science and concerned with human reproduction.

Schools may well have a potentially important role to play in campaigns of AIDS prevention. But instruction at this level can be restricted by prevailing political or religious ideology, or by limitations in the level of knowledge and openness of their teachers. In some instances, as seems to have been the case for these three young males, instruction can be so minimal or so effectively buried within other subjects, that it makes little impression. And where taught at all, the approach tends to be scientific, with such issues as the psychology of developing sexuality, or of peer and economic pressures, given little if any consideration. Teaching about sex in gender-mixed classes can also be inhibiting. In a focus group with teachers in Lushoto, a female teacher said that when the subject of AIDS was raised in class the boys were laughing and jeering and the girls were extremely embarrassed and 'even their ears were closed with the shame' (Focus Group with teachers, Lushoto, 11 August 1995).

When the three young men in Mansa were asked what they would themselves do when they had children of their own, the response was firm and without hesitation. 'If I had a son', said one, 'it would be my role to educate sons on the way they should have a relationship with the opposite sex and the way they should protect themselves from this disease. It would be the same for daughters. The first role should be taken by parents followed by being taught at school' (Interview, Mansa, 30 November 1995). But while many young people feel that their parents *should* teach them and many parents agree in principle, in practice this does not often occur and teenagers are being left to their own devices to learn about sexual matters and the dangers presented by STDs and, particularly, HIV.

Young people relying on each other; gender complications

There is evidence that a degree of collective 'self' reliance is occurring among young people in their response to AIDS. In some respects this is a positive development, permitting young people to speak about the dangers they face in a language which they understand, to build upon their mutual experience and develop ways of

coping which are appropriate for their time and their circumstances. But there may be problems here as well. The threat of AIDS may encapsulate them and pull them into their own generational *milieu* while at the same time it creates an even greater need for support from adult members of society and material assistance. Moreover, while the tendency toward generational closure offers significant virtues of mutual care, assistance and solidarity, it may obscure persisting gender divisions, which complicate the possibilities for protection of young women.

It must be acknowledged that young people *are* receiving important support from members of their parents' generation under the auspices of churches, NGOs or donor agencies. A case in point is the Anti-AIDS Clubs in Zambia, set up in schools as a forum for discussion on sex and morality amongst young people. Albeit in some cases with limited longevity and with mixed success, over seventeen hundred such clubs had been registered across the nation by the mid-90s. Another example is WAMATA Youth in Tanzania, with which a number of members of our research team are closely connected. The aim here is to bring together young people affected by AIDS in any way —whether as HIV positive, as members of a family in which someone has died or is suffering from AIDS or simply as supporters. A more specific example from one of the research sites is the Muchinka Teen Centre in Mansa, partially supported by the UNDP. Although its short history has been chequered with spurts of activity interspersed with episodes of fading enthusiasm and falling membership, it has served as an important means of bringing many youth together and has permitted them to seek out ways to talk to each other about the problem of AIDS and its significance in their lives.

Such groups offer a venue in which issues of knowledge, and of the conflicting pressures on young people can be discussed. Yet they do not always confront gender conflicts, and indeed can sometimes give expression to a predatory model of male sexuality which threatens their female peers, placing them in a position of relative passivity and subordination. The way in which this ascribes to young males the requirement to assert their masculinity and claim a position of relative dominance can be seen from the following account of a WAMATA group meeting:

“Some boys in the group were ‘religious’. They said young people practising sex before marriage is a big sin. While hearing that, another lot of boys laughed and said that they are out of date. ‘How can a young man stay without sex?’ they asked. ‘Are such people normal or abnormal?’ Then another boy who was very active in the discussion started telling others how he felt about using condoms. He explained that the first time he tried to use condoms his penis could not get up and it was so embarrassing. From that day he said that he will never use a condom because it disgraced him in front of a girl” (Mokake, 1996: 5).

The result for young women is often a confused one, replete with mixed messages.

Moreover, the tendency toward generational closure, reflected not just in the relative silence or ineffective communication with their parents, but also in the conflict of interests across generations implicit in trajectories of infection, can breed a false solidarity which further reinforces norms of female subordination. Young men in some focus groups expressed particular resentment of 'sugar daddies' — inevitably older and more well-heeled males — whom they perceived to be 'stealing,' corrupting and infecting their female age mates, thus threatening their own health and longevity (Focus groups of young males, Mansa, 12 April 1996 and 13 April 1996). While recognising a clear conflict of interest along generational lines, which encouraged them to defend their female age mates (in the interests of their own survival), however, they often articulated this in respect of the assumption that it should be they who control the bodies of those age mates. Thus, the solidarity within the younger generation is only partial and fundamentally compromised by a perpetuation of norms which largely subordinate the sexual act to men's interests and pleasure and which validate female passivity.

Young men and young women may face a common threat from HIV/AIDS, with mutual protection requiring some degree of collective co-operation and trust. But at the same time they often face each other with contradictory agendas and may confront very different sorts of pressures. There is some evidence that this is changing and, most significantly, it is increasingly featuring as an issue of explicit debate. But while in practice there may often be sympathy for their age mates, there is also suspicion and fear, mixed with entrenched ideas about who should control or be dominant in sexual relations.

Conclusion

AIDS has led to rethinking among young men and women. It may threaten their employment and career prospects, their plans for life and even the expectation of generation continuity. The gravity of the situation underlines the need for increased communication between parents and young people about the dangers and about means of protection, but in the process it has exposed intergenerational silences and tensions. There is evidence that parents are becoming aware of the need to rectify this situation, but in the meantime young people have moved on their own to seek out means for confronting the problems they face in what is an increasingly hostile health and economic environment. Economic difficulties have forced many young people to seek their own means of survival, in the process putting some, especially young women, at even greater risk. The problem they encounter is founded not just on limited parental support and restricted economic opportunities, but also on prevailing gender relations which can all too often place them in vulnerable positions. Gender is thus a factor which must be recognised as fundamental to issues posed by AIDS, not least in the way in which it undermines generational solidarity. In reflecting on their situation, some are effectively side-

stepping 'normal' relations, in some cases by deciding to postpone sexual experience or even forego marriage. But all are necessarily caught up in the need to reconsider means by which mutual protection among both men and women might be achieved. In this, as in other ways, AIDS brings formidable challenges, encouraging the rebellion of young people, but perhaps also necessitating a broader consensus on changes of relations between the generations and across gender lines which preserve and protect, rather than divide.

What is most striking in all the data we have collected, are the common dilemmas faced by young women facing adulthood in the shadow of AIDS. Whether from rural or urban settings, whether educated to secondary level and beyond, or limited to a few years of primary school, whether from backgrounds of relative affluence or of considerable poverty, young women are looking for more autonomy in ways which challenge normative and very unequal gender relations as well as the power of their elders. The dilemma is that their modes of rebellion may put them at even greater risk of infection.

Bibliography

- ANKRAH E. M. 1991. "AIDS and the social side of health", *Social Science and Medicine*, 32 (9): 967-980.
- BAYLIES C. and BUJRA J. 1995. "Discourses of power and empowerment in the fight against HIV/AIDS in Africa", in P. AGGLETON, P. DAVIES and G. HART (eds) *AIDS, safety, sexuality and risk*, London: Taylor and Francis: 194-222.
- BRUYN M. de. 1992. "Women and AIDS in developing countries", *Social Science and Medicine*, 34 (3): 249-262.
- BUJRA J. 1982. "Production, property, prostitution: 'Sexual politics' in Yumbe", in H. JOHNSON and H. BERNSTEIN (eds), *Third World lives of struggle*, London: Heinemann/Open University Press: 191-211.
- CHAMBUA S.E., RWEBANGIRA M.K., LILJESTROM R. and URASSA E.J.N. 1994. "Facts about and images of teenage girls in Tanzania", in Z. TUMBO-MASABO and R. LILJESTROM (eds) *Chelewa, Chelewa, the dilemma of teenage girls*: 15-34.
- CARAËL M. 1995. "Sexual behaviour", in J. CLELAND and B. FERRY, *Sexual behaviour and AIDS in the developing world*, London: Taylor and Francis: 75-123.
- CLELAND J. and FERRY B. (eds). 1995. *Sexual behaviour and AIDS in the developing world*, London: Taylor and Francis: XIX-243 p.
- DOYAL L. 1994. "HIV and AIDS: putting women on the global agenda", in L DOYAL, J. NAIDOO and T. WILTON (eds), *AIDS, setting a feminist agenda*, London: Taylor and Francis: 11-29.
- GAISIE K., CROSS A.R. and NSEMUKILA G. 1993. *Zambia Demographic and Health Survey 1992*, UNZA, CSO, Macro International Inc., Lusaka.
- GRZ. nd. *Strategic Plan 1994-1998, a time to act*. Lusaka: Zambia National AIDS/STD/TB and Leprosy Programme.

- GRZ, CSO. 1993. *Social dimensions of adjustment, Priority survey I, 1991* (November 1993).
- HEISE L. and C. ELIAS. 1995. "Transforming AIDS prevention to meet women's needs: a focus on developing countries", *Social Science and Medicine*, 40 (7): 931-943.
- HOLLAND J., RAMAZANOGLU C., SHARPE S. and THOMSON R. 1992a. "Pressure, resistance, empowerment: young women and the negotiation of safer sex", in P AGGLETON, P. DAVIES and G HART (eds), *AIDS, rights, risk and reason*, London: Falmer Press: 142-162.
- 1992b. "Pleasure, pressure and power: some contradictions of gendered sexuality", *Sociological Review*, 40 (4): 645-674.
- KOMBA-MALEKELA B. and LILJESTROM R. 1994. "Looking for men", in Z. TUMBO-MASABO and R. LILJESTROM (eds), *Chelewa, Chelewa, the dilemma of teenage girls*: 133-149.
- LONGWE S. and CLARKE R. 1990. "Proposed methodology for combating women's subordination as a means towards improved AIDS prevention and control," Paper presented to Expert Group Meeting on Women and HIV/AIDS and the role of national machinery for the advancement of women, Vienna.
- MAARUGU K.E. 1995. "Basic school KAP survey report, Youth in Kasama," unpublished paper produced in association with the UNV Technical Support to Strengthen community oriented HIV/AIDS Project.
- MCFADDEN P. 1992. "Sex, sexuality and the problem of AIDS in Africa", in R MEENA (ed), *Gender in Southern Africa: conceptual and theoretical issues*, Harare: Sapes Books.
- MCGRATH J.W., RWABUKWALI C., SCHUMANN D., PEARSON-MARKS J., NAKAYIWA S., NAMANDE B., NAKYOBEBE L. and MUKASA R. 1993. "Anthropology and AIDS: the cultural context of sexual risk behaviour among urban Baganda women in Kampala, Uganda", *Social Science and Medicine*, 36 (4): 429-439.
- MOKAKE S. 1996. "Draft Follow-up Report", unpubl. manuscr., Dar es Salaam.
- MUSHINGEH C., CHAMA W. and MULIKELELA D. 1992. *An investigation of high-risk situations and environments and their potential role in the transmission of HIV in Zambia: the case of the Copperbelt and Luapula Provinces*, Report of a study conducted for the Population Council of Zambia.
- NDEKI S., KLEPP K. and MLIGA G. G. 1994. "Knowledge, perceived risk of AIDS and sexual behaviour among primary school children in two areas of Tanzania", *Health Education Research*, 9 (1): 133-138.
- NTUKULA M. 1994. "The initiation rite", in Z. TUMBO-MASABO and R. LILJESTROM (eds), *Chelewa, Chelewa, the dilemma of teenage girls*: 96-119.
- OBBO C. 1993. "HIV transmission. Men are the solution", *Population and Environment*, 14 (3): 211-245.
- PUJA G. K. and KASSIMOTO T. 1994. "Education for girls in mainland Tanzania", in Z. TUMBO-MASABO and R. LILJESTROM (eds), *Chelewa, Chelewa, the dilemma of teenage girls*: 54-75.
- RUGUMYAMHETO A., KAINAMULA V. and J. MZIRAY. 1994. "Adolescent mothers", in Z. TUMBO-MASABO and R. LILJESTROM (eds), *Chelewa, Chelewa, the dilemma of teenage girls*: 174-186.

- SEIDEL G. 1993. "The competing discourses of HIV/AIDS in sub-saharan Africa: discourses of rights and empowerment vs discourses of control and exclusion", *Social Science and Medicine*, 36 (3): 175-194.
- Tanzania National AIDS Control Programme. 1996. *HIV/AIDS/STD Surveillance*, Report No.10. Dar es Salaam: Ministry of Health.
- TUMBO-MASABO Z. 1994. "Too little too late", in Z. TUMBO-MASABO and R. LILJESTROM (eds), *Chelewa, Chelewa, the dilemma of teenage girls*: 150-173.
- TUMBO-MASABO Z. and LILJESTROM R. (eds). 1994. *Chelewa, Chelewa, the dilemma of teenage girls*, Uppsala: The Scandinavian Institute of African Studies.
- ULIN P. 1992. "African women and AIDS: negotiating behavioural change", *Social Science and Medicine*, 34 (1): 63-73.
- VAN ONSELEN C. 1976. *Chibaro: African mine labour in Southern Rhodesia 1900-1933*, London: Pluto Press.

Carolyn BAYLIES, Janet BUJRA *et al.*, *Rebels at risk: young women and the shadow of AIDS in Africa*

Summary — In Africa AIDS is predominantly transmitted through heterosexual relations, thus posing a threat to all sexually active adults. On no category does it press so hard as young people, and particularly young women, whose sexuality is frequently characterized by less autonomy than that of males. Drawing on field work from Tanzania and Zambia, the article explores the dimensions of that threat and the ways in which young people and especially young women are responding to it. In a situation where parents are often unable to speak of sexual matters, where 'traditional' forms of initiation and teaching are in decline and where new modes have so far fallen short, young people have turned to each other for support. Gendered inequity amongst young people, however, coupled with a deepening economic crisis in Africa that forces many into making a living in dangerous ways is shown to have heightened the vulnerability of young women.

Keywords: gender • youth • inter-generational communication • sex education • economic constraints.

Carolyn BAYLIES, Janet BUJRA *et al.*, *Rebelles à risque : les jeunes femmes et l'ombre du sida en Afrique*

Résumé — En Afrique, le sida est transmis le plus souvent à travers des relations hétérosexuelles, mettant ainsi en danger tous les adultes sexuellement actifs. Les jeunes sont les plus touchés et particulièrement les jeunes femmes dont la sexualité est souvent caractérisée par une autonomie moindre que celle des hommes. S'appuyant sur un travail de terrain en Tanzanie et en Zambie, l'article explore les dimensions de cette menace et la façon dont les jeunes — particulièrement les jeunes femmes — y répondent. Dans des situations où les parents sont souvent incapables de parler de questions sexuelles, où les formes traditionnelles d'initiation et d'éducation sont en déclin et où des modes nouvelles ont tourné court, les jeunes se tournent vers eux-mêmes pour un soutien mutuel. Cependant, l'inégalité de genre chez les jeunes, couplée avec une crise économique qui s'approfondit en Afrique et force beaucoup de personnes à gagner leur vie dangereusement, est désignée comme un facteur qui a aggravé la vulnérabilité des jeunes femmes.

Mots-clés : genre • jeunesse • communication entre générations • éducation sexuelle • contraintes économiques.

19. “Le sida, une maladie des femmes”¹

Annie Le Palec

A Bamako, lors de la Journée mondiale de lutte contre le sida 1995, l’accent a été mis sur les femmes : on a déclaré qu’il y avait plus de femmes contaminées (3,5 % de séropositives) que d’hommes (2,5 % de séropositifs)² et, de façon pour le moins ambiguë, que le sida était une “maladie des femmes”. Ainsi inscrivait-on le Mali dans un schéma largement répandu sur la pandémie du sida en Afrique subsaharienne³. Néanmoins, quand il s’agit d’exposer la situation d’ensemble et non plus de se contenter de parler de “groupes à risque”, mettre l’accent sur les femmes, ne serait-ce pas, d’une certaine manière, masquer l’autre partie de la population ?

On a pu observer, chez les responsables politiques et sanitaires, la crainte d’une contamination de plus en plus importante des femmes, et donc l’intention de mieux la prévenir par des programmes spécifiques. Cependant aucune réflexion ni analyse particulière sur la fragilité des femmes face au VIH ne furent avancées ; la “stratégie” adoptée est d’une part “la promotion du préservatif” et d’autre part “la promotion des valeurs traditionnelles” — “la fidélité étant à la fois une valeur culturelle et une valeur religieuse”.

En français l’expression “maladie des femmes” renvoie aux maladies propres aux femmes, “maladie de femmes”, mais en bambara, langue véhiculaire de Bamako, elle impose le caractère étiologique, le côté contaminant des femmes.

Muso bana — maladies des femmes — désigne les maladies vénériennes. Cela n’est pas particulier à la nosographie locale. Dans d’autre

¹ *Remerciements* : Je remercie vivement Doris Bonnet, Josée Contreras et Jeanne Favret-Saada pour les critiques, les conseils et l’amitié qu’elles m’ont prodigués pendant la rédaction de ce texte.

² Et pourtant, dans un article qui commente “l’enquête pilote” à laquelle ces chiffres ont été empruntés, « effectuée de février 1992 à mai 1993 portant sur un échantillon de 5 326 individus, représentatifs de la population nationale, incluant le milieu rural », il est noté que « globalement la répartition par sexe ne montre pas de différence significative » (Maiga 1994).

³ Si, comme le disent Jean-Pierre Dozon et Agnès Guillaume (1994 : 195), « les données récentes sur la propagation de la maladie en Afrique font état d’une forte progression du nombre de femmes contaminées », Bertran Auvert (1994 : 83) indique que « la différence entre hommes et femmes est variable. Le rapport de la prévalence masculine à la prévalence féminine est estimé à 1/1,4 en Ouganda et 2/1 en zone rurale en Côte-d’Ivoire. Cependant, globalement, on peut considérer qu’en Afrique la proportion des femmes infectées est presque égale à celle des hommes ».

langues et dans d'autres pays on retrouve une même dénomination, ainsi par exemple en *fulfulde* dans le cercle de Tenenkou (Région de Mopti au Mali) (Fay et Pamanta 1994 : 6.4) ou en *yoruba* au Nigeria (Seidel 1996 : 32), *muso bana* est une dénomination de type étiologique. En effet, ce syntagme est construit de la même façon que ceux des grandes catégories qui servent à distinguer les maladies telles que : les maladies de Dieu (*allah bana*), les maladies des gens (*mogo bolo bana*), les maladies des génies (*jinè bana*), les maladies du vent (*finyè bana*). Les maladies que Dieu donne sont considérées comme "naturelles", par opposition aux maladies des gens dues à l'agression. Les autres sont provoquées par les génies et par le vent. *Muso bana* signifie donc : les maladies que donnent les femmes. Et comme nous l'ont dit des informateurs, ce sont "les maladies qu'on attrape en se couchant avec les femmes". Contrairement aux expressions "maladies de Dieu", "maladies des gens", "maladies des génies" qui renvoient à un locuteur neutre, *muso bana* ne peut être, d'une certaine manière, que la création d'une production linguistique masculine¹.

Sous la forme française "maladie des femmes", l'expression bambara peut être présente. En effet, d'une part il est fréquent de voir des locuteurs des deux langues faire correspondre à un signifiant d'une langue le signifié de l'autre² et, d'autre part, sida et maladies vénériennes sont souvent associés³. Par ailleurs, la catégorie *muso bana* est utilisée principalement pour désigner des maladies telles que *gono* et *sopisi*, intégrées à la nosographie locale mais qui

¹ D'ailleurs, les femmes semblent éviter cette expression, nous ne les avons jamais entendu la prononcer. Une fois, une jeune femme nous en a parlé comme de "maladies des hommes". Claude Fay a constaté la même chose sur son terrain (Fay et Pamanta 1994 : 6.4).

² Plus précisément dans le registre des maladies où des habitudes de traduction ont été prises dans le cadre des campagnes d'information et d'éducation pour la santé. Par exemple, le terme biomédical "bilharziose" a été traduit par le mot bambara *damajalan*. Or, si les premières manifestations de *damajalan* sont des écoulements de sang par le sexe, dans sa forme évolutive le sang disparaît pour être remplacé par du pus ou du "sang blanc". En fait quand le terme *damajalan* désigne une maladie, il renvoie à une pathologie de type vénérien. Or bien souvent, aujourd'hui, lorsque le mot français bilharziose est utilisé, son référent est une maladie vénérienne.

Au cours d'une séance d'information et d'éducation sur le sida en français, un jeune homme a demandé si l'on pouvait devenir séropositif en mettant les pieds dans l'eau, là où quelqu'un avait uriné du sang ; l'animateur du PNLS a répondu que "la bilharziose, comme toute maladie sexuellement transmissible, favorisait le sida".

³ Aujourd'hui la présence de MST (ayant une expression au niveau des organes génitaux) représente, pour le corps médical, un facteur de risque quant à la contamination par le VIH. Notons que les études faites en Afrique sur le rôle des MST dans la transmission du VIH ont plutôt porté sur "la probabilité de transmission de la femme vers l'homme" et non l'inverse (Auvert 1994 : 89).

Dès que les premières informations sur le sida ont circulé, notamment sur sa transmission sexuelle, la population a tenté de les appréhender en référence aux maladies vénériennes (Le Palec et Diarra 1995). Par ailleurs, si le préservatif a été et reste encore largement associé au sida, le "marketing social" tente d'en diffuser l'usage, sans toutefois mettre l'accent sur le sida, mais sur la protection des maladies sexuellement transmises en général et sur son caractère contraceptif.

classiquement ne lui appartiennent pas¹. Ces maladies sont considérées comme des pathologies engendrées par le désordre social lié au mode de vie urbain² où sévit “l’amour commercial”³. Et le sida a été présenté comme une maladie de “l’adultère” (du *jeneya*⁴) et de la prostitution. On voit bien comment, dans ce contexte, on peut aisément passer d’une représentation à l’autre, faire glisser l’une sur l’autre. L’amalgame entre les termes français et bambara est souvent fait.

Certes dire en français, “le sida est une maladie des femmes ; il y a plus de femmes séropositives que d’hommes séropositifs”, avance plutôt le trait sémantique “contaminées” que celui de “contaminantes”. Cependant, cela peut accentuer la confusion qui règne à Bamako entre maladie et séropositivité. La notion de séropositivité est mal connue, mal comprise. Elle est, néanmoins, parfois appréhendée par le biais des maladies vénériennes que les femmes transmettent sans en avoir les symptômes, alors que ceux-ci se manifestent très rapidement chez les hommes. L’expression “femmes séropositives” à côté de celle de “maladie des femmes” peut donc renforcer encore cette idée d’un pouvoir contaminant des femmes.

Un mal, dit des femmes

Si l’expression “le sida est une maladie des femmes” ne suscite pas de réaction particulière⁵, semble aller de soi, être banale, c’est qu’elle renvoie à une construction sociale du sida qui s’est imposée au cours des dernières années. Nous avons vu à Bamako apparaître et évoluer, autour du sida, un ensemble de discours révélateurs de tensions sociales, entre autres dans les relations hommes / femmes. Aujourd’hui, certains de ces discours se figent et, dans de nombreux contextes d’énonciation, ils sont reproduits à l’identique. Ainsi du danger que représente le lévirat quant à la contamination (cité par des médecins, des professionnels de l’information ou des jeunes hommes) ou du caractère protecteur de la polygamie mis en avant par les instances “morales” et d’information. Nous avons l’impression d’assister à l’émergence d’une *doxa*, dont l’Enonciateur est masculin et où les

¹ *Gono, sopisi* sont des termes empruntés au français (gonococcie, chaude-pisse) et intégrés phonologiquement au bambara.

² “Les chercheuses d’argent les donnent”, les femmes “pas sérieuses” les “vendent”, et comme le dit un jeune homme qui a eu le *gono*, “j’ai enlevé de l’argent pour acheter la maladie”.

³ Expression utilisée par les jeunes hommes, par exemple lorsqu’ils se plaignent de leurs “copines” qui leur demandent trop d’argent, l’argent qu’ils n’ont pas, ne peuvent pas leur donner ou qu’ils ne veulent pas leur donner. « Il n’y a plus d’amour-propre, seul l’amour commercial existe » (Le Palec 1994a).

⁴ *Jeneya*, traduit par “adultère”, signifie toute relation sexuelle en dehors du mariage, qu’on soit marié(e) ou non, et par extension, avoir des relations diverses et/ou multiples. Le terme bambara *jeneya* est utilisé pour traduire “prostitution”.

⁵ Pendant le mois de décembre 1995, alors que nous étions en mission à Bamako, personne n’a mentionné ces interventions. Nous avons eu l’étrange impression d’avoir été seule à les entendre.

femmes sont présentées comme principalement contaminantes. L'articulation entre des représentations et pratiques populaires et celles des programmes de lutte contre le sida, dans le cadre des processus du changement social urbain qui affectent les rapports sociaux de sexe, en constitue le fondement.

En choisissant, dans la mouvance des programmes internationaux il y a plus de dix ans, d'orienter leurs études vers les "groupes à risque", les programmes maliens de lutte en ont sélectionné un : "les prostituées", pour le présenter comme principal responsable de la contamination. D'ordinaire, la notion de "groupe à risque" désigne un ensemble d'individus qui sont exposés à être contaminés en fonction de leur appartenance à ces groupes. De plus, elle permet de circonscrire le mal et de créer une séparation protectrice (nous et les autres). Mais, dans le cas des "prostituées", elle renvoie aussi et surtout à leur potentiel pouvoir contaminant. Avec ce détournement de sens, cette notion, aujourd'hui quasiment abandonnée par les chercheurs, garde au Mali une pertinence fonctionnelle. Elle organise et sous-tend encore le choix des études et des actions de prévention. Si les "prostituées" ont été incriminées dès le début de la prise en compte de la maladie, au Mali comme dans d'autres pays africains (Desclaux 1995), c'est sans doute que le sida, maladie qui se transmet par le sang et les relations sexuelles, est trop chargé symboliquement pour être appréhendé autrement que dans le cadre de la déviance sexuelle et sociale. En Europe et aux Etats-Unis il est apparu comme une maladie essentiellement masculine¹ ; au Mali, l'imputation aux prostituées, qui, par ailleurs, répondait à des modèles de diffusion de l'épidémie africaine, a très tôt associé femmes et sida. Cette association est, d'une certaine manière, fondatrice de l'histoire malienne du sida et tout se passe comme si les programmes de lutte ne pouvaient que la développer, la renforcer. Actuellement, les interventions en direction des "prostituées" sont toujours considérées comme prioritaires², mais le danger que représentent les femmes n'apparaît plus circonscrit à cette catégorie. Comme le virus, il prend de l'ampleur, se propage. Le sida, désigné comme maladie de la prostitution et par extension de l'inconduite, reste — à l'image des maladies vénériennes — pensé comme une maladie dont les femmes sont la source et le vecteur.

"Les prostituées"

Les prostituées sont présentes comme groupe spécifique dans l'ensemble des études de type épidémiologique effectuées au Mali. Le

¹ Dans un entretien, Françoise Héritier observe : « Dans la définition du champ de l'atteinte, au début de l'épidémie, par l'expression imagée des quatre H, il s'agissait des héroïnomanes, hémophiles, Haïtiens et homosexuels. Spontanément, les gens entendent ces qualificatifs comme désignant des individus de sexe masculin » (Le Palec *et al.* 1997).

² Ce qui n'est plus forcément le point de vue des bailleurs de fonds.

Comité national de lutte contre le Sida a publié en 1987¹ les résultats de la première étude concernant la séroprévalence sous l'intitulé *Situation en 1987 des porteurs asymptomatiques du VIH dans les groupes à risque au niveau des 7 régions du Mali, par dépistage obligatoire à l'Elisa* : sept régions, sept tableaux, comportant chacun trois catégories, prostituées, prisonniers, femmes enceintes. De mars 1988 à février 1989, a été mené un “Projet pilote d'intervention visant à freiner la propagation des MST/SIDA dans un groupe à haut risque dans le district de Bamako” auprès de prostituées de cinq “maisons closes”. Ce travail a été suivi en 1991 d'une étude sur les “Connaisances, attitudes et pratiques des prostituées des maisons closes et de leurs clients sur le sida à Bamako”. En 1992-1993 une “enquête pilote” étudie parallèlement à l'échantillon “représentatif de la population nationale”, “un groupe de prostituées (personnes de sexe féminin (*sic*) menant une activité sexuelle rétribuée), en incluant particulièrement les localités adjacentes des grands axes routiers, les gares routières et ferroviaires”. En 1995, une étude a été menée afin d'estimer “la prévalence MST/VIH dans la population générale et des groupes considérés à risque” auprès d'un groupe de femmes enceintes, de prostituées et de camionneurs dans quatre villes du pays (Bamako, Sikasso “porte d'entrée de la Côte-d'Ivoire et du Burkina Faso”, Mopti, “plaqué tournante du trafic routier du Niger, du Burkina et du Nord du Mali”, Koutiala “carrefour de plusieurs grands axes routiers”).

D'une certaine façon le choix de ces travaux a été orienté par des pratiques d'enquête simplifiées grâce à des contraintes administratives et par l'appropriation de modèles épidémiologiques dans l'élaboration de principes d'imputation. Car, même si en 1988 “la participation des prostituées à l'étude était volontaire”, et si en 1995 “pour être incluse dans l'étude, chaque femme enceinte devait donner son consentement”², il n'en reste pas moins que la brigade des mœurs³ et les PMI (centres de protection maternelle et infantile) sont, sans aucun doute, des atouts pour recruter des échantillons de prostituées et de femmes enceintes.

Dans ces études, le groupe des femmes enceintes est assimilé à la population générale. Avec des programmes de “surveillance sentinelle”, la comparaison des taux de séroprévalence chez les femmes enceintes peut être un indicateur de l'évolution de l'épidémie. Mais comment peut-on considérer sérieusement que les femmes enceintes

¹ Polycopié du Ministère de la santé publique et des affaires sociales.

² Selon un informateur, on avait dit aux femmes que l'étude portait sur les MST, en omittant de parler du sida.

³ « Le choix des maisons a été fait avec la collaboration de la brigade des mœurs qui travaille régulièrement avec les prostituées de la ville de Bamako ... Le 24/03/1988, l'équipe de l'INRSP (Institut national de recherche en santé publique) et un agent de la Brigade des mœurs ont visité les cinq maisons retenues et ont pris contact avec les premiers interlocuteurs (hommes ou femmes) qui avaient l'air de gérer ces maisons. Cette première rencontre nous a permis de leur expliquer le but de notre travail et de programmer une réunion avec l'ensemble des prostituées de chaque maison » (Koumaré *et al.* 1988 : 4).

sont représentatives de la population féminine (et même de la population des femmes en activité sexuelle, à moins d'exclure de cette catégorie les femmes stériles, les femmes sous contraception, les femmes ménopausées), et *a fortiori* représentatives de la population masculine ? S'il est pratique de passer par les PMI pour obtenir des prélèvements biologiques des femmes, le glissement méthodologique des femmes enceintes à l'ensemble des femmes porte tout le poids de la construction idéologique de la féminité (caractère déterminant des statuts d'épouse et de mère, socialisation du corps par la procréation). Par ailleurs, on retrouve dans la comparaison entre le groupe des "prostituées" et celui des "femmes enceintes" la "distinction" classique « établie dans l'ensemble des femmes entre celles qui sont affectées plus ou moins professionnellement à l'exercice de la sexualité et celles qui sont affectées à la reproduction » (Tabet 1985 : 101).

Ces études portent, en fait, sur des échantillons ("prostituées", et "population générale") presque exclusivement féminins¹, comme si on cherchait symboliquement à préserver les hommes de la pollution. De plus, on a construit une catégorie "prostituées" avec une pratique de recrutement de l'échantillon fondée sur une contrainte² limitative, mais avec une définition tellement imprécise et large qu'elle pourrait indûment englober bien d'autres femmes. Quand on sait qu'à Bamako les relations sexuelles donnent systématiquement lieu à des compensations financières ou autres (sinon on tombe dans les catégories viol ou tromperie), définir les prostituées comme "des personnes de sexe féminin menant une activité sexuelle rétribuée" peut autoriser toutes sortes de glissements.

Ces études correspondent à un modèle général du développement de l'épidémie africaine. « Très tôt l'épidémie frappe les prostituées et leurs clients. Ces derniers infectent leurs autres partenaires (régulières ou occasionnelles) qui à leur tour pourraient infecter d'autres hommes (en particulier ceux qui ne fréquentent pas les prostituées), qui à leur tour ... Enfin les mères infectent leurs enfants » (Auvert 1994 : 88).³ Les femmes sont donc présentées comme contaminantes aux deux bouts de la chaîne. Les prostituées apparaissent à l'origine de l'épidémie, et les taux élevés de séroprévalence dans les "groupes de prostituées" sont utilisés pour confirmer cette hypothèse. Certes, si au Mali prostitution et sida sont en permanence associés, il est reconnu dans les milieux épidémiologiques occidentaux que ce n'est pas la prostitution en tant que telle qui représente un facteur de risque aggravant, les

¹ Dans l'étude menée en 1992, "l'échantillon de 5 326 individus représentatifs de la population nationale" comporte en fait "3 500 femmes et 1 826 hommes", et a été constitué par "un recrutement aléatoire des individus sur la base du volontariat".

² Dans l'étude menée auprès des "prostituées" des "maisons closes", on exigeait des femmes qu'elles se déclarent "prostituées professionnelles". On leur remettait alors une carte qui leur donnait droit à des analyses médicales, celles-ci servant aux prélèvements nécessaires à l'étude.

³ Bertran Auvert (1994 : 88) note : « Cette représentation est schématique, essentiellement parce qu'elle sépare les prostituées des autres femmes et les clients des autres hommes, alors que la réalité africaine est bien sûr plus complexe, mais en facilitant l'exposé, cette simplification aide à comprendre la dynamique de l'épidémie ».

prostituées en Europe du Nord n'étant pas ou très faiblement contaminées. La forte contamination des prostituées africaines serait due à de fréquentes pratiques sexuelles à haut risque et à l'absence de protection. Le mode d'explication s'appuie donc sur des comportements et des facteurs de risque, mais jamais n'intervient la moindre réflexion sur les éléments contaminants. On compare les pratiques des Européennes¹ à celles des Africaines, mais il n'est jamais souligné que les pratiques sont déterminées par les clients². Par ailleurs, l'hypothèse que les clients des premières auraient pu être peu contaminés, alors que les clients des secondes l'auraient été, n'est jamais posée. Ainsi disparaissent ces hommes qui ont transmis le virus et les prostituées restent présentées comme premières dans l'ordre de la contamination.

Les modèles donnent deux représentations de la dynamique de l'épidémie. Dans la première, un groupe à haut risque atteint une prévalence élevée de l'infection. A partir de lui et « par le jeu des contacts sexuels multiples, le virus diffuse dans l'ensemble de la population ». C'est donc par les prostituées qu'arrive l'épidémie. Mais l'idée n'est jamais évoquée qu'un taux de séroprévalence élevé chez les prostituées peut être l'indicateur d'une certaine prévalence dans la population masculine, ce qui ferait basculer les termes et nuirait à la pertinence du modèle. Dans la deuxième représentation, « l'épidémie peut être considérée comme la résultante de plusieurs épidémies qui se développent dans des sous-groupes particuliers avec chacune sa propre dynamique, le virus se propage d'un sous-groupe à l'autre par les personnes infectées, qui appartiennent à plusieurs groupes ou passent de l'un à l'autre » (Auvert 1994 : 91). Le nouveau « groupe à risque » qui a été récemment désigné au Mali, les « transporteurs-camionneurs », répond à cette version de l'épidémie. Maladie de la prostitution, de la débauche, le sida menace de ronger le pays de l'intérieur ; maladie de l'extérieur, il menace d'y pénétrer. Ce nouveau « groupe » a l'avantage de relier ces deux représentations locales en affermissant celle du sida maladie de la mobilité. En effet, les chauffeurs-camionneurs voyagent, franchissent les frontières et sont censés³ avoir des relations avec des prostituées là où le sida sévit (Côte-d'Ivoire...). L'imputation est d'autant plus aisée qu'ils ont la réputation de gens

¹ « Une proportion importante des prestations fournies par les prostituées en Europe et en Amérique du Nord sont des fellations, qui ne comportent presque aucun risque de transmission du VIH » (Decosas 1996 : 101).

² L'étude CAP de 1991 porte sur les prostituées des « maisons closes » et leurs clients. Néanmoins les clients n'ont pas été recrutés dans les « maisons closes ». Ont été définis comme clients de prostituées les hommes fréquentant les bars. Le questionnaire a été passé auprès d'hommes rencontrés à raison de 15 par bar et de 2 bars par commune. Quand on sait que l'enquête a eu lieu entre le 28 décembre et le 3 janvier, période des fêtes de fin d'année, on a encore plus de difficulté à saisir la relation entre « clients de prostituées » et clients de bar.

³ « Au cours d'un séminaire tenu en août 1995 à Pietermaritzburg, en Afrique du Sud, sur le thème «VIH, chauffeurs routiers et prostituées», il est apparu que, pour beaucoup de routiers, les femmes qu'ils rencontraient sur les aires de repos étaient «des petites amies» et non pas «des prostituées» » (Seidel 1996 : 32).

“peu sérieux”, “drogués” (“sinon comment pourraient-ils travailler autant ?”), “coureurs”¹.

Ces travaux “scientifiques”, en s’inscrivant dans les modèles épidémiologiques concernant le sida en Afrique, ont largement participé à forger certaines représentations locales du sida. Ils en sont aussi très vite devenus le produit et ils n’ont cessé de les renforcer.

Des “prostituées” aux femmes des quartiers

Lors des campagnes d’information aussi, les “prostituées” ont toujours été présentées, de façon directe ou indirecte, comme responsables de la contamination. Par exemple, les animations-débats données dans les quartiers commençaient par quelques images d’une malade du sida, puis l’animateur du PNLS précisait qu’il s’agissait d’une prostituée ghanéenne². Ou encore, dans les premières pièces de *kotéba*³, les protagonistes attrapaient toujours le sida avec des jeunes femmes à la démarche chaloupée, sac au bras, cigarette à la main.

Les récentes pièces de *kotéba* sont produites pour s’adresser directement aux “groupes-cibles”. Celles qui s’adressent spécifiquement aux “prostituées” sont jouées dans les “maquis”. Le décor représente un bar, les principales protagonistes sont des jeunes femmes en quête de clients. Elles entretiennent une complicité avec le barman, avec qui elles dialoguent. Ici, l’accent est mis sur le “groupe à risque” en tant que tel : elles doivent penser à se protéger, et on leur fait dire à plusieurs reprises : “la santé d’abord”. Ces jeunes femmes, délurées, sympathiques, ont parfaitement compris le message — énoncé, par exemple, par une de leurs amies revenue de l’étranger en parfaite santé et parée d’atours signalant la réussite financière. La moquerie est alors détournée sur des femmes qui entrent dans le bar accompagnées d’un homme, toutes fières de se faire offrir un verre : ridicules, minaudières, maniérées. Message : ces femmes des “carrés”⁴, qui jouent les femmes respectables, au fond ne cherchent pas autre chose que les filles de bar, mais sans être capables d’assumer la moindre responsabilité face aux mesures de protection.

On retrouve ici l’idée souvent énoncée dans les milieux de la prévention que les “clandestines” sont les femmes les plus dangereuses. On peut s’adresser aux “professionnelles”, les informer, voire les contraindre à subir l’information, mais toutes les autres seraient difficiles à atteindre. A partir de la catégorie “prostituées”, par glissements successifs, on stigmatise de nombreuses femmes, jusqu’à celles

¹ En milieu populaire, même les chauffeurs de *duruni* (véhicules automobiles bâchés) ont cette réputation. Un apprenti chauffeur dit fièrement qu’il est un grand dragueur et que, d’ailleurs, les chauffeurs ont toujours du succès avec les femmes ; de plus ils ont de nombreuses occasions, en particulier avec les passagères.

² Au Mali, cela signifie prostituée professionnelle. Sont réunies là, en une seule image, les deux principales imputations : l’étranger et les prostituées.

³ Théâtre populaire, de tradition *bamanan*. La danse et la musique y sont des composantes indispensables. Le comique y est utilisé pour faire passer des messages.

⁴ Groupes de maisons à l’intersection de quatre rues.

“des quartiers” qui se laisseraient séduire pour de l’argent, ou rechercheraient les hommes pour en obtenir des compensations. La plupart des jeunes femmes sont donc considérées comme des prostituées qui ne veulent pas dire leur nom. Par ailleurs, ces nouveaux messages renforcent encore l’association très tôt apparue préservatif / prostitution dont un des effets pervers a été de détourner les jeunes femmes et hommes de l’usage du préservatif. Et cela au moment même où ils avaient pu commencer à négocier cet usage en bricolant représentations locales des maladies et informations sur le sida (Le Palec 1994a).

Des femmes face à la pauvreté

D’autres femmes auraient des conduites qu’on rapproche de la prostitution, mais ne sont pas pour autant présentées comme vénales. On invoque alors des difficultés économiques en raison desquelles elles seraient obligées de “s’offrir” aux hommes. On passe ainsi d’une construction sociale à une autre, ou plus exactement on fait glisser l’une sur l’autre : le sida, maladie des femmes devient maladie de la pauvreté. Par exemple cette femme, dont le mari chômeur s’est éclipsé dès le matin pour échapper à “l’argent des condiments”, doit cependant nourrir ses enfants, et d’ailleurs le mari lui-même ne manquera pas de revenir à la maison à l’heure du repas ; elle n’a, semble-t-il, pas d’autre solution ce jour-là que de proposer ses services sexuels à son jeune voisin pour “trouver” les 300 francs CFA de la nourriture. Ou cette autre femme qui, parce qu’elle aurait faim ce soir-là, se laisse “plier” sous les manguiers en échange des 250 francs CFA nécessaires à l’achat de “salade”.

Ce type de discours est plutôt tenu par des jeunes hommes des quartiers populaires. Cependant, ils rejoignent dans une même intuition idéologique les intentions des projets “femmes et développement” auxquels ont été rattachés certains projets “femmes et sida”. Le jeune homme qui dit aider sa pauvre voisine dans le besoin, mais qui n’imagine pas une seconde qu’il aurait pu donner les 300 francs CFA à cette mère de famille, sans contrepartie sexuelle, s’appuie donc sur cet exemple pour dénoncer les bailleurs de fonds : s’ils voulaient vraiment lutter contre le sida, ils engageraient des programmes pour que les femmes aient plus de “moyens”. Le discours du jeune homme est du même ordre que ceux que nous entendons par ailleurs et qui, autour du sida, expriment des tensions, entre autres, dans les rapports Nord / Sud. Son attitude correspond à une forme de redistribution qui, lorsqu’elle s’effectue par l’intermédiaire des femmes, ne semble pouvoir s’accomplir hors de leur usage sexuel.

En milieu urbain, les relations sexuelles sont bien souvent appréhendées, indépendamment des relations affectives ou sentimentales, comme l’usage du corps des femmes contre rétribution. Dans ce cadre, deux types de femmes sont alors définis : les vénales, qui ont l’outrecuidance de se rendre, d’une certaine manière, libres en s’appropriant les fruits de leurs prestations sexuelles, et les autres, les démunies qui, parce que leur père ou mari ne s’acquittent plus de leurs

devoirs envers elles, doivent s'adresser à d'autres hommes pour subvenir à leurs besoins. En fait le passage d'une représentation à l'autre est aisé : il est fonction du contexte d'énonciation et des stratégies discursives.

“Les petites bonnes”

A Bamako, il y a une autre catégorie de femmes qui apparemment préoccupe les milieux de la prévention et du développement, et qu'on nomme les “petites bonnes”. Ce sont de jeunes rurales qui viennent en ville travailler comme employées de maison. Selon le stéréotype en vigueur, elles y viendraient pour pouvoir constituer leur trousseau, puis retourneraient se marier au village. Deux types de représentation s'attachent à elles. D'une part, séduites par les attraits de la capitale (beaux vêtements, pagnes, crèmes en tout genre, sorties possibles, cinéma, boîtes de nuit) et non informées de ses dangers, elles seraient particulièrement vulnérables à ses tentations auxquelles, naïves, elles succomberaient facilement. D'autre part, éhontément exploitées par les patronnes, elles seraient obligées d'accepter les avances des hommes pour survivre. Il est vrai que le salaire mensuel d'une employée de maison dépasse rarement 5 000 francs CFA ; souvent il n'est pas versé régulièrement, voire pas du tout, sous prétexte de protéger la jeune femme en lui réservant son pécule. Ainsi ces “petites bonnes” sont parfois retenues quasiment de force dans leur emploi, leurs employeurs ne pouvant ou ne voulant pas payer ce qu'ils leur doivent lorsqu'elles désirent les quitter¹. En réalité, ces jeunes femmes ont peu l'occasion de faire des rencontres : la plupart du temps, elles travaillent dès l'aube et jusque tard le soir, et ne sortent pratiquement pas. De plus, les jeunes hommes des quartiers affichent du mépris pour ces “broussardes” mal habillées. Mais, qu'elles le veuillent ou non, elles sont à la merci du désir des hommes de la famille ou de ceux de la “cour” dans laquelle elles résident.

On a donc deux images des “petites bonnes” : d'un côté des jeunes femmes qui deviennent vite délurées et vénales et, de l'autre, de misérables jeunes femmes qui doivent se débattre pour s'en sortir et “trouver l'argent” du retour au village. Avec elles, on en revient aux deux types de représentation définis plus haut : une forme de

¹ Une de ces jeunes femmes nous a raconté lors d'un entretien, qu'ayant en vain fait convoquer son employeur à la police plusieurs fois, elle espérait récupérer son dû en faisant intervenir les féticheurs de son village. Elle avait quitté son emploi et, par ailleurs, était en relation étroite avec des ressortissants de son village résidant à Bamako. Cette jeune femme n'était aucunement venue en ville avec l'intention de retourner vivre au village pour y être exploitée par sa famille ou un futur mari. A Bamako, elle recherchait une place où elle aurait pu gagner décemment sa vie (comme par exemple chez l'anthropologue blanche), mais refusait de s'adonner à de petits métiers, tels que vendeuse de salade, beignets ou autres, parce que son logeur, un ami de sa famille, lui aurait demandé de restituer tout ou partie de ce qu'elle gagnait. Elle préférait donc ne pas travailler, participer aux travaux domestiques de la famille, et obtenir auprès des “copains” et relations masculines l'argent nécessaire à sa petite vie de citadine.

prostitution dont la culpabilité incomberait aux femmes, et une autre dont elles ne seraient pas responsables.

Ces "petites bonnes", censées être forcément enceintes pendant leur séjour en ville, avaient la réputation d'abandonner leur enfant lorsqu'elles rentraient au village se marier. Aujourd'hui, elles sont, de plus, considérées comme le principal vecteur de la propagation du sida du milieu urbain vers le milieu rural. Avec elles, "l'intérieur" du pays serait donc contaminé, comme les villes, par l'œuvre des femmes.

Bien évidemment "les petites bonnes" ne sont pas les seules à migrer entre la campagne et la ville. De nombreuses personnes se déplacent notamment de la ville vers la campagne au moment des cultures, et de la campagne vers la ville à la fin de celles-ci. Par ailleurs, beaucoup d'hommes résidant à Bamako ont leurs épouses au village, et viennent de temps en temps leur rendre visite. "Célibataires" dans l'intervalle, ils ont nécessairement des maîtresses. Mais de cela on ne parle pas. Seules les "petites bonnes" semblent inquiétantes quand est envisagée la contamination du milieu rural.

Le *koteba* les met en scène sous des versions différentes. Dans l'une d'elles, c'est la patronne, qui pour aider sa bonne, lui explique comment gagner de l'argent et lui trouve des clients. L'alliance entre ces deux femmes, l'une perverse, l'autre innocente, mais qui apprend vite à être vénale, renforce encore l'idée que le sida vient des femmes.

Les épouses

Dans le cadre de la lutte contre le sida, on ne mentionne pas les épouses sinon pour leur signifier : "toute femme a le devoir moral de s'informer et d'éduquer non seulement sa famille, mais aussi son entourage pour combattre ce fléau", "d'assurer l'éducation sexuelle de ses enfants" et, "en tant que maîtresse de maison, elle doit se mettre à la disposition des membres de sa famille et de son entourage malades du sida", comme l'affirme un petit dépliant du PNLS intitulé "Femmes et sida, parlons-en" ¹.

Et pourtant les femmes mariées forment un vrai "groupe à risque", elles qui n'ont aucun contrôle sur la vie sexuelle de leur mari, mais qui se doivent d'exiger les devoirs conjugaux. D'autre part, comme le disent les médecins qui ne voient pas comment ils pourraient éviter la contamination des épouses : "de toute façon, une femme ne peut se refuser à son mari". On leur propose la fidélité pour se protéger ². Cependant les femmes savent bien que leur fidélité protège éventuellement leur mari, mais non elles-mêmes. La recommandation de fidélité, mise en avant par la prévention, s'adresse semble-t-il à tout le monde, aux hommes comme aux femmes. Néanmoins, dans un

¹ Le PNLS a édité un autre dépliant de ce type, pour les jeunes : "Jeunesse et sida. Ça peut nous arriver ! Protégeons-nous".

² De récentes études montrent que le nombre de femmes contaminées dès le début de leur vie sexuelle a fortement augmenté, et aussi le nombre des femmes ayant eu un unique partenaire.

univers culturel où selon la formule d'un journaliste "la polygamie est naturelle", la fidélité ne peut concerner que les femmes.

Le lévirat

Lorsque les épouses sont pensées comme pouvant être source de la contamination et non plus comme victimes potentielles, il y a une forme de consensus pour les dénoncer. C'est ce que font les médecins quand, à la mort d'un de leurs malades, ils préviennent un responsable de la famille pour que les veuves ne soient pas épousées par les frères cadets du défunt. Autour de cette pratique s'est construit un type de discours qui présente le lévirat comme particulièrement dangereux quant à la contamination par le VIH. Nous avions rencontré ces discours dans la bouche des médecins (Le Palec 1994b), nous les retrouvons aussi maintenant dans celle des professionnels de la prévention, de certains jeunes hommes des quartiers et sous la plume de journalistes.

Il pourrait sembler contradictoire de dénoncer cette "coutume" alors que les instances d'information font prioritairement appel à un retour aux "valeurs traditionnelles" (qui se résument en fait à une mythique fidélité) pour se protéger contre le sida. Cependant, ces deux démarches participent d'une même stratégie discursive qui aborde les bouleversements liés au changement social et les tensions qu'ils génèrent essentiellement du point de vue des prérogatives masculines. En effet, si le lévirat peut sembler adapté à la vie rurale, aujourd'hui en milieu urbain il est pour beaucoup d'hommes, et plus précisément pour ceux des classes moyennes, une contrainte plus qu'un avantage. Etre obligé de recueillir et d'entretenir l'épouse et les enfants d'un frère décédé constitue souvent une charge lourde si l'on tient compte des conditions précaires de logement et des difficultés économiques. Par ailleurs, cela peut aller à l'encontre d'un choix de vie où le pouvoir des pères, des aînés devient de moins en moins supportable. Le lévirat connote les rapports d'autorité aînés / cadets — et plus précisément aînés ruraux / cadets urbains —, ainsi que la solidarité familiale, contraintes auxquelles, dans le cadre de la "modernité" et du changement social, on essaie d'échapper le plus possible¹. Il nous semble que c'est ainsi qu'on peut comprendre un discours commun (commun, mais masculin²), contre le lévirat qui se retrouve aussi dans d'autres pays³.

¹ Dans une bande dessinée intitulée "Sidako" réalisée pour le Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé, on montre comment un vieux villageois tente d'imposer à son fils, citadin et monogame, le mariage avec la veuve de son frère mort du sida. L'intéressé est tiraillé entre le respect qu'il doit à son père et l'envie de continuer à mener avec sa femme et ses enfants la vie qu'il s'est choisie. Il finira par épouser la veuve à qui il a fait faire un test qui s'est révélé négatif. Tout se termine apparemment bien : l'autorité du père est respectée et la famille ne continuera pas à être endeuillée.

² Par rapport au sida, à Bamako, nous n'avons jamais entendu une femme aborder le thème du lévirat.

³ Pour Bernard Taverne, « Une erreur d'évaluation — sur la limitation de la diffusion de l'épidémie par l'arrêt du lévirat, ou sur les risques de transmission par l'excision — est occultée parce qu'elle sert de nouvel argument à une revendication ("féministe")

La polygamie

Si le lévirat implique la polygamie, le lien entre polygamie et sida fait plutôt l'objet d'une controverse. La polygamie est présentée par certains comme facteur de risque du sida et par d'autres au contraire comme un élément protecteur.

Ainsi des jeunes gens déclarent-ils que, les femmes étant difficiles à "contrôler", un mari ne peut jamais savoir si une de ses épouses ne le trompe pas : le sida peut de ce fait entrer facilement dans le ménage et contaminer plusieurs personnes. Ces discours sont le plus souvent tenus par de jeunes célibataires qui ne peuvent envisager le mariage en raison de difficultés économiques (chômage, petits boulots, coût élevé de la dot). Autour du sida s'exprime leur ressentiment vis-à-vis des hommes qui peuvent s'offrir plusieurs femmes, des hommes mariés qui ont les moyens de sortir avec les jeunes femmes qu'eux-mêmes convoitent.

Les instances morales et religieuses présentent la polygamie comme un rempart contre le "dévergondage sexuel". La polygamie offrirait aux hommes une solution institutionnelle pour satisfaire leurs désirs sexuels qui les poussent naturellement vers plusieurs femmes. Par ailleurs, la polygamie permettrait aux jeunes femmes de pouvoir se marier malgré le (soi disant) nombre moins élevé d'hommes que de femmes¹. Ainsi, dans certaines émissions de radio qualifiées par des informatrices comme émissions "Femmes et développement", il est recommandé aux femmes de ne pas s'opposer à la polygamie. Refuser la polygamie pour une femme, c'est se montrer "égoïste" avec les autres femmes, qui, si elles n'ont pas la possibilité de trouver un mari, seront obligées de s'adonner au dévergondage.

Contrairement au lévirat, la polygamie est présentée par les discours d'autorité comme une institution non dangereuse quant à la propagation du sida. Avec le lévirat apparaissent immédiatement le risque de contamination des hommes et la destruction de la famille agnatiique par les alliées. Le lévirat aurait pu faciliter la prise en charge

contre une pratique jugée préjudiciable antérieurement à l'existence du sida. Les conséquences en sont tout aussi néfastes : dans le cas de l'excision cela concourt à diffuser de fausses informations sur les risques de contamination, dans le cas du lévirat à renforcer des comportements d'exclusion des malades » (Taverne 1996).

Au Mali, on rencontre la même association entre sida et lévirat. Cependant, à notre connaissance, il n'y a jamais eu de polémique médiatique et/ou politique autour du lévirat. Par ailleurs, les quelques prises de position politiques contre l'excision durant les années 90-91 ont disparu avec la médiatisation du sida.

Si Bernard Taverne mentionne en fin d'article l'excision, nous n'irons pas jusqu'à penser que c'est en raison d'une problématique sur l'exclusion (les femmes ne font-elles pas mutiler leurs filles, entre autres pour leur éviter l'exclusion ?). Néanmoins on saisit mal en quoi la surévaluation des risques de contamination par l'excision peut être néfaste. Cette surévaluation contribuerait-elle à la diffusion du sida ? Et si elle était susceptible d'amener (ce qui est peu probable, pour ne pas dire improbable) à une réduction de la pratique de l'excision, qui s'en plaindrait ?

¹ On affirme parfois qu'il y a quatre fois plus de femmes que d'hommes !

des séropositives¹ ; mais précisément ce devoir qu'il imposerait envers des femmes, dont certaines sont contaminées, ne pourrait s'inscrire que dans une contrainte sociale et familiale qui, en milieu urbain, tend à se dissoudre². La polygamie — dans laquelle s'inscrit le lévirat s'il n'est pas perçu comme danger ou contrainte — peut perdurer en ville, voire se développer, dans la mesure où elle dépend de plus en plus de l'initiative individuelle masculine.

Le sida au féminin

Si on donnait la parole aux femmes ou si tout simplement on les écoutait, on entendrait, entre autres, ce refus que toute femme puisse être tenue pour une dévergondée en puissance — refus exprimé avec habileté et dérision par cette mère de famille : "Quand les jeunes femmes se promènent, elles peuvent attraper le sida en marchant sur une lame de rasoir"³.

Lorsque les premières informations sur le sida ont été diffusées, les jeunes femmes ont tenté de se les approprier en les reliant aux maladies qui s'attrapent dans le cadre des rapports entre sexes : maladies sexuellement transmissibles et maladies envoyées par vengeance (Le Palec et Diarra 1995). Dans cette démarche, elles ont exprimé les tensions qui existent dans ces rapports et leur peur de la violence qui s'y manifeste. S'interrogeant sur la possibilité d'une transmission du sida par l'agression sorcellaire, elles laissent transparaître leur angoisse de risquer jusqu'à la mort, si elles refusent de se soumettre aux désirs de certains hommes. En effet, un homme qui désire une femme ne saurait supporter que celle-ci se refuse, il se vengera d'une manière ou

¹ « En effet, le lévirat permet, entre autres, aux veuves de pouvoir continuer à vivre, si elles le désirent, au sein du lignage auquel elles ont donné des enfants, et donc de rester auprès d'eux. Il existe des formes de lévirat où le mariage n'est pas forcément consommé, en particulier quand les femmes sont âgées. Il est vrai qu'à Bamako, quand on évoque le lévirat, on pense mariage consommé, surtout quand les femmes sont encore jeunes. Mais la séropositivité et le sida créent une situation particulière qu'il faut ou qu'il faudrait pouvoir gérer. De plus, si une femme a déjà donné des enfants à la famille de son mari, il peut être concevable qu'un mariage soit non consommé ou consommé avec des relations protégées. On peut imaginer qu'une famille déjà éprouvée et consciente de la situation serait la mieux à même de protéger ses membres et ses alliées » (Le Palec 1994b).

² Dans une étude menée auprès de 114 malades hospitalisés, Tiéman Diarra a constaté que seules des femmes mariées n'avaient plus de "soutien", leur mari s'était éloigné, voire avait pris une autre épouse (Diarra 1994).

³ Le verbe "se promener" est utilisé pour signifier "draguer" (plus exactement chercher à se faire draguer). On dira par exemple d'une jeune fille qu'elle "se promène trop". On oppose alors "se promener" à "être assise". Une jeune fille sérieuse est une jeune fille qui reste "assise", c'est-à-dire qui reste chez elle. Son "copain" peut toujours la trouver à la maison.

Les messages ont véhiculé la contamination par le sang en la représentant par des objets tranchants et piquants "souillés" (principalement seringues, aiguilles, lames de rasoir). Les lames de rasoir sont couramment utilisées dans la vie quotidienne (couper les cheveux, les ongles...).

d'une autre, en agressant, en lançant des maladies... Les rapports de conquête sont décrits comme si la séduction était le plus souvent absente. Ce sont des rapports de force qui peuvent s'exprimer par la violence. Dans leurs réponses aux propositions qui leur sont faites, les jeunes femmes prennent toujours des précautions pour éviter une éventuelle réaction agressive. En milieu urbain, les jeunes femmes peuvent être sollicitées par n'importe qui, ce qu'elles craignent tout en espérant rencontrer l'homme qui leur donnera le statut désiré.

Autour des informations concernant la prévention, les jeunes femmes célibataires ont construit un modèle de la relation amoureuse auquel elles aspirent. Une relation avec "le copain" comportant la fidélité réciproque, une relation qui s'apparente au modèle classique où le copain afficherait son attachement par le respect de ses devoirs (surtout économiques) vis-à-vis d'elles et de leur famille. Mais une relation qui se projette aussi sur le modèle occidental d'un rapport privilégié entre deux personnes fondé sur la confiance et la communication. Si, dans la pratique, les relations avec "le copain" sont souvent loin de cette aspiration féminine, ce sont cependant les seules dans lesquelles les jeunes femmes disent avoir des moyens de négociation. En effet, elles peuvent casser la relation à tout moment si le copain n'est pas fidèle ou ne s'acquitte pas de ses obligations économiques.

En opposition, le mariage représente la situation la plus dangereuse : on "connaît" son mari, et pourtant il peut donner la maladie, rapportée de l'extérieur. Dans le mariage, par la fidélité et le comportement de bonne épouse, on peut se protéger de l'agression sociale, mais non du sida. Les jeunes femmes projettent sur le mariage à la mairie (peu pratiqué) l'image de la relation occidentale, synonyme de fidélité réciproque : être mariée à la mairie représente donc un moyen de se protéger contre le sida. De plus, ce mariage est, au dire des femmes, celui qui les protège le mieux contre une répudiation ou un divorce intempestif.

Les femmes mariées voient dans la polygamie la porte ouverte aux risques de contamination. Celles qui sont en mariage monogame expriment ainsi la crainte d'avoir un jour une coépouse. Et les instances d'information peuvent leur affirmer que les ménages polygames sont moins touchés par la maladie, elles savent bien qu'en raison de cette institution tout homme marié est autorisé à avoir des maîtresses qu'il pourra un jour épouser si bon lui semble. Celles qui sont en mariage polygame expriment les tensions que ce type de mariage engendre entre coépouses, mais aussi avec le mari. Les coépouses représentent pour elles un risque supplémentaire de contamination : "La crainte est toujours là, on se connaît, mais on ne peut pas connaître les autres, on ne peut pas connaître la coépouse. Il y a donc toujours la hantise. On ne peut pas dire, elle n'est pas sérieuse, il faut qu'on prenne des précautions, si on fait le scandale, ça peut amener au divorce".

Ces femmes, à qui les autorités rappellent que leur rôle de mères de famille et de femmes respectables ne les autorise pas à contester la

polygamie, revendent néanmoins et en conséquence le droit de se protéger. On a beau leur dire que le planning familial commence à envisager d'associer les hommes à la contraception en leur proposant le port du préservatif¹, elles croient peu à l'efficacité de ces solutions pour leur propre protection et déclarent qu'en tant qu'Africaines et musulmanes, il ne leur est pas possible d'imposer le préservatif à leur mari. Elles demandent, par l'intermédiaire de l'anthropologue, aux "grands chercheurs européens" d'inventer et de fabriquer des préservatifs féminins. Elles souhaitent un préservatif (ou un spermicide) qui leur permettrait d'assumer elles-mêmes leur protection.

Cette demande des femmes n'est pas nouvelle, elle s'exprimait dès nos premières enquêtes sur le sida en 1992 auprès de jeunes femmes d'un quartier populaire ; aujourd'hui elle est aussi formulée par des moins jeunes, des célibataires, des épouses en situation de monogamie ou de polygamie. Ces Maliennes nous posent là une question tout à fait pertinente : a-t-on seulement essayé de mettre sur le marché à prix abordable les préservatifs féminins ? Par ailleurs, les milieux de la recherche ont-ils vraiment pensé à l'apport considérable pour la lutte contre la contamination, qu'aurait pu constituer la mise au point, par exemple, d'un ovule du type spermicide qui neutraliserait le VIH ?²

L'ensemble des femmes expriment aussi autour du sida leurs craintes devant l'accouchement, dénonçant les conditions dans lesquelles celui-ci leur est imposé à l'intérieur des maternités. Le plus souvent, le peu d'attention, la rudesse, voire la violence et le manque d'hygiène leur rappellent que la fonction des femmes est d'être procréatrices et qu'elles ne sont pas censées vivre cet événement important en tant que personne. Elles ont peur d'attraper la maladie sur une table d'accouchement maculée, ou avec les gants "souillés" d'une matrone ou d'une sage-femme³. C'est l'occasion pour certaines d'entre elles de voir dans le sida une maladie de la pauvreté : les femmes pauvres n'ont pas les moyens de "payer" des gants gynécologiques qui pourraient les protéger des contacts les plus contaminants.

¹ Alors que depuis peu de temps les femmes peuvent se faire "planifier" sans l'autorisation de leur mari, cette démarche, d'une certaine manière, leur reprendrait l'autonomie que certaines ont su acquérir dans la maîtrise de leur fécondité.

² A l'occasion de la Conférence de Vancouver, en juillet 1996, la presse française a signalé qu'on testait l'efficacité d'ovules lors d'accouchements de femmes séropositives en Afrique pour éviter la transmission du virus au bébé. Cela signifie bien que, dans certains contextes, ce problème a pu être pensé.

³ Dans le petit dépliant "Femmes et sida, parlons-en", dans la rubrique "Comment se transmet le sida chez la (sic) femme", il est indiqué en gros avec dessin à l'appui : "par les gants souillés". Puis on précise : dans "certaines pratiques qui exposent davantage les femmes" à savoir : "utilisation d'un même gant lors des accouchements et consultations gynécologiques". A qui s'adressent ces recommandations ? On voit difficilement comment une femme en train d'accoucher pourrait imposer à la sage-femme de "prendre des gants".

Conclusion

Il serait intéressant d'écouter ce que les femmes expriment face à cette maladie et d'en tenir compte dans le cadre des programmes de prévention et de prise en charge : elles aussi sont en danger de mort face au VIH. Mais le sida est un puissant révélateur de tensions sociales. Dès lors serait-il moins dangereux de laisser contaminer les femmes que d'accepter qu'autour du sida s'exprime une contestation des rapports sociaux de sexe ?

Les femmes restent exclues en tant que sujets d'énonciation des discours sur le sida¹ et ceux-ci construisent un sens social de la contamination où elles jouent le mauvais rôle. Il suffit pour s'en persuader de regarder le dépliant du PNLS "Femme et sida" : à la rubrique "Qu'est ce qu'une femme séropositive ?", il est écrit en *nota bene*, gras et souligné : "C'est la forme la plus dangereuse"². Dangereuse pour qui ?

Par ailleurs, cette construction d'un sida féminin nécessite que soit exclu des discours de prévention un certain nombre d'informations. Dire, par exemple, que dans les relations hétérosexuelles, l'homme est plus contaminant que la femme, ou encore qu'il n'y a (presque) aucun risque de contamination dans les relations homosexuelles féminines (autrement dit, en l'absence d'homme, le risque disparaît) pourrait considérablement perturber une image d'un "sida maladie des femmes". Une telle occultation en montre la fragilité.

Apparemment loin de cette construction et de sa fragilité se situent les messages dont les modes narratifs s'appuient sur une symbolique de type traditionnel. Néanmoins, dans leurs intentions pédagogiques et informatives, ils n'échappent pas à l'association femmes / sida. C'est le cas d'un joli petit film, ou plus exactement d'une pièce filmée qui offre une version ludique du sida fait femme³. On y retrouve aussi les métaphores guerrières ordinairement utilisées (Sontag 1989) pour décrire l'agression virale et la représentation d'une contamination venant de l'extérieur. Dans ce film, le sida — une bête immonde dont l'armée se compose de ravissantes jeunes femmes — a déjà détruit plusieurs royaumes et s'apprête à foncer sur celui de Tignebougou. Inquiet, le roi promet la main de sa fille à celui qui vaincra le monstre. Un à un, les plus valeureux guerriers partent au combat ; en chemin tous croisent une vieille femme qui les interpelle sans qu'ils lui accordent attention ; aucun ne reviendra de la périlleuse mission. Le dernier candidat, averti par la fille du roi, écoutera le discours de la vieille (la révélation des secrets du sida, entre autres l'utilisation du

¹ Si on voulait s'assurer d'avoir affaire à un discours masculin, il suffirait de consulter une fois de plus le dépliant à l'intention des femmes. On y trouve mentionnées, entre autres, comme "pratiques qui exposent d'avantage les femmes" : "les femmes qui font les rapports sexe-anus".

² Il y a dans ce dépliant une rubrique spécifique, intitulée : "Comment doit se comporter une femme séropositive ?".

³ Pour bien montrer l'importance accordée à cette démarche, on a choisi comme acteurs et actrices, bien qu'amateurs, des membres des différentes ONG participant à la lutte contre le sida.

préservatif) et remportera la victoire. Ainsi le royaume est-il sauvé d'une agression mortelle menée par une armée féminine, grâce à l'intervention de deux femmes — une princesse amoureuse et une femme ménopausée : c'est donc qu'à un degré ou un autre, elles détiennent les secrets du sida et ont partie liée avec lui.

Le continent africain a été le premier où s'est posé le problème de la contamination des femmes. Des modélisations de l'épidémie africaine ont été reprises par les responsables maliens qui ont induit des programmes financés par la coopération internationale. La rencontre entre certaines recherches, certaines politiques de santé publique et des représentations et pratiques populaires a permis la construction d'une image sociale du sida où les femmes sont présentées comme largement contaminées, mais aussi comme principales responsables de la contamination.

Actuellement, on commence à se préoccuper vraiment de la situation des femmes face aux risques de contamination, mais rares sont encore les études qui prennent en compte ce qu'elles expriment quant à leurs craintes, leurs attentes, leurs représentations et pratiques face au sida. Certains chercheurs en sciences sociales se sont récemment intéressés à une autre catégorie construite, "les féministes", qu'ils tiennent pour partiellement responsables de la non-mise en place de programmes qui auraient pu freiner l'épidémie (par exemple "améliorer les conditions de la prostitution" (Decosas 1996), alors que les féministes condamnent toute prostitution). D'un côté, il semble qu'on ne peut pas entendre les femmes ou qu'il est difficile de les écouter. De l'autre, quand elles s'expriment, quand on ne peut pas ne pas les entendre, on a l'impression que seuls sont retenus, encore que décontextualisés, les discours qui pourraient avoir des effets néfastes ou pervers pour la lutte contre le sida.

Les témoignages de femmes qu'Awa Thiam a publiés dans son livre *La parole aux négresses* (Thiam 1978), il y a vingt ans, demeurent malheureusement toujours d'actualité. Et bien qu'alors il ne fût pas question de sida, la relecture de cet ouvrage aujourd'hui invite à prendre conscience, si besoin était, que la violence physique et symbolique contre les femmes est pour elles un facteur de fragilisation devant le sida aussi.

Bibliographie

- AUVERT B., 1994, « Epidémiologie du sida en Afrique », *Populations africaines et sida*, Paris, La Découverte/CEPED : 63-117.
- DECOSAS J., 1996, « Prostitution et sida en Afrique de l'ouest », *Le Journal du sida*, numéro spécial *Afrique*, 86-87 : 101-103.
- DIARRA T., 1994, « Les malades du sida en milieu hospitalier au Mali », in T. DIARRA, C. FAY et al., *Révélations du sida et pratiques du changement social au Mali : rapport final*, Paris, ORSTOM-ISP : 3.1-14.

- DIARRA T., FAY C., GERARD E., KONE F., LE PALEC A., PAMANTA O., TIOULENTA T., VUARIN R., 1994, *Révélations du sida et pratiques du changement social au Mali : rapport final*, Paris, ORSTOM-IRD : 170 p. multigr. (pagination multiple).
- DESCLAUX A., 1995, « L'Etat contre la santé publique ? La désignation d'un groupe social dans le discours public sur le sida au Burkina Faso », *Sociologie et Santé*, 13 : 85-91.
- DOZON J.-P., GUILLAUME A., 1994, « Contextes, conséquences socio-économiques et coûts du sida », *Populations africaines et sida*, Paris, La Découverte/CEPED : 179-223.
- FAY C., PAMANTA O., 1994, « Le sida au Maasina : une maladie des limites », in T. DIARRA, C. FAY et al., *Révélations du sida et pratiques du changement social au Mali : rapport final*, Paris, ORSTOM-IRD : 6.1-22.
- KOUMARE B., BOUDOUGOU F., MAIGA Y.I., FOFANA O., COULIBALY A., BOCOUM M., BA M., COULIBALY S., DICKO I., JESENCKY K., NICHOLS D., 1988, *Projet pilote d'intervention visant à freiner la propagation des MST/SIDA dans un groupe à haut risque dans le district de Bamako 1988*, Bamako : 21 p. multigr.
- LE PALEC A., 1994a, « Bamako, se protéger contre le sida », in T. DIARRA, C. FAY et al., *Révélations du sida et pratiques du changement social au Mali : rapport final*, Paris, ORSTOM-IRD : 1.1-36.
- 1994b, « Bamako, taire le sida », *Psychopathologie africaine*, XXVI (2) : 211-234.
- LE PALEC A., DIARRA T., 1995, « Révélations du sida à Bamako. Le "traitement" de l'information », in Jean-Pierre DOZON et Laurent VIDAL (éds), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM-GIDIS : 109-121.
- LE PALEC A., LUXEREAU A., MARZOUK Y., 1997, « Entretien avec Françoise Héritier », *Journal des anthropologues*, 68-69 : 21-33.
- MAIGA Y.I., 1994, « Séroprévalence de l'infection à VIH au Mali. Etude sur un échantillon représentatif des 7 régions économiques du pays », *Keneya Info, Bulletin d'information des ONG membres du groupe Pivot survie de l'enfant*, Bamako, n° 00 : 4-5.
- SEIDEL G., 1996, « Le deuxième sexe de la prévention », *Le Journal du sida*, numéro spécial *Afrique*, 86-87 : 32-35.
- SONTAG S., 1989, *AIDS and its metaphors*, London, Allen Lane, Penguin Press : 95 p. (En français : 1989, *Le sida et ses métaphores*, Paris, Bourgois, 124 p.)
- TABET P., 1985, « Fertilité naturelle, reproduction forcée », in Nicole-Claude MATHIEU (éd), *L'arrasonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, n° spécial *Cahiers de l'homme*, XXIV, Paris, Ecole de Hautes Etudes en Sciences Sociales : 61-146.
- TAVERNE B., 1996, « Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso », *Sciences Sociales et Santé*, 14 (2) : 93-106.
- THIAM A., 1978, *La parole aux négresses*, Paris, Denoël/Gonthier : 191 p.

Annie LE PALEC, “*Le sida, une maladie des femmes*”

Résumé — Au Mali, l'imputation aux prostituées, qui répondait à des modèles épidémiologiques de diffusion de l'épidémie africaine, a très tôt associé femmes et sida. Certaines recherches, certaines politiques de santé publique, ont permis la construction d'une image sociale du sida où les femmes sont présentées comme contaminées mais aussi comme principales responsables de la contamination. Les études comme les campagnes d'information ont largement participé à forger certaines représentations locales du sida. Mais si, autour du sida, est apparu et a évolué un ensemble de discours révélateurs de tensions sociales entre autres dans les relations hommes/femmes, les femmes restent exclues en tant que sujets d'énonciation de la production linguistique audible concernant le sida. Celle-ci construit un sens social de la contamination où elles jouent le mauvais rôle. Dans l'articulation entre des représentations et pratiques populaires et celles des programmes de lutte contre le sida, au sein des processus du changement social urbain qui affectent les rapports sociaux de sexe, s'est constituée une *doxa* dont l'Enonciateur est essentiellement masculin.

Mots-clés : Afrique • Mali • femmes • sida • maladie • prostituées.

Annie LE PALEC, “*AIDS, a women's disease*”

Summary — In Mali, AIDS was closely associated with women very early on. The reason behind this was the fact that the finger was pointed at prostitutes, who fit the epidemiological models of the spread of HIV in Africa. Certain research results, as well as certain public health policies, opened the door to the development of a social portrayal of AIDS in which women are presented not only as contaminated, but also those primarily responsible for contamination. The studies as well as information campaigns played a major role in the development of certain local representations of AIDS. The topic of AIDS has given rise to and furthered a series of debates that reveal social tensions, including those in relations between men and women. Nevertheless, women are still excluded when it comes to enunciating linguistically audible messages on AIDS, which give rise to a social understanding of contamination in which women play the bad role. At the intersection between popular representations and practices and those of stop-AIDS programs, at the heart of the processes of urban social change which have a bearing on the social relations pertaining to sex, a *doxa* whose Enunciator is essentially masculine has taken shape.

Keywords: Africa • Mali • women • AIDS • disease • prostitutes.

20. Sida, sexualité et procréation au Congo¹

Madeleine Boumpoto

Le sida, cette maladie étrange qui n'entre dans aucune catégorie du connu, se présente dès le départ comme un paradoxe qui donne lieu à des représentations aussi confuses qu'inquiétantes. Cette situation se traduit par des incohérences entre les discours et les pratiques tant au niveau des logiques religieuses que profanes, des politiques nationales² que des conduites individuelles. Parler du sida provoque un grand malaise et les raisons évoquées à cela vont des difficultés qu'on éprouve à évoquer les "choses du sexe" (en dehors de certains espaces³) en raison des tabous liés aux mauvais sentiments à l'égard de la prostitution qui est mise en relation avec le sida, en passant par la croyance qu'en parler suffit à l'appeler sur soi⁴. Les médecins eux-mêmes n'ont pas pu échapper à ce tourment, où dire le sida équivaut à un danger que seulement quelques-uns osent braver. Toutes ces raisons permettent de comprendre la réalité à un certain niveau. Cependant des études ont montré qu'on peut tout aussi avantageusement se situer à d'autres niveaux pour rendre compte des paradoxes auxquels renvoie le sida et proposer des analyses qui intègrent la dimension du pouvoir ou plutôt des pouvoirs⁵.

Ainsi peut-on évoquer les pouvoirs de la science qui légifère sur la sexualité et plus systématiquement sur la procréation dans la mesure où

¹ Cette réflexion est née d'une recherche effectuée dans le cadre du projet *Enjeux sociaux et politiques de la prise en charge des malades du sida au Congo*, coordonné par Marc-Eric Gruénais. Ce projet a bénéficié du soutien de la Mission Française de Coopération (Brazzaville), de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS) et de l'Action incitative "Sciences sociales et sida" de l'ORSTOM.

² Se reporter à l'analyse de Didier Fassin (1994) pour le cas du Congo.

³ Le sida ne se nomme pas, excepté dans certains espaces du discours comme "la plaisanterie" et "l'injure". Le sida ne se dit qu'au travers des métaphores (Sontag 1989) comme "la maladie du siècle", "l'affaire-là", "ça", "une longue maladie", etc. Ainsi dans les communiqués nécrologiques lus à la télévision, "x est mort à la suite d'une longue maladie" signifie pour tout le monde qu'il est mort de sida.

⁴ Dans certains milieux de religieux, chez les Kimbanguistes par exemple, le fait même de prononcer le mot sida est prohibé, car il signifie appeler le malheur sur soi ; le mot lui-même est déjà satanique.

⁵ C'est le parti choisi par Didier Fassin (1994) qui pense que si le débat public ne fait pas de place au sida, c'est bien parce qu'en parler constituerait un danger pour le pouvoir politique en raison des carences de l'Etat. Il n'exclut cependant pas les autres pouvoirs comme "ceux des Noirs" (la sorcellerie) ou plus fondamentalement le pouvoir de dire ou de ne pas dire.

la science impose le préservatif et dénie au couple malade ou discordant le droit de procréer.

Or tout homme — l’Africain plus fondamentalement — attache du prix à sa descendance, puisque, par elle, il peut survivre à travers sa lignée. Ce “dur désir de durer”, qui se cache derrière le désir d’enfants chez les Africains, devient plus fort avec la proximité de la mort (Héritier, *Journal du sida* 1994 : 30-32 ; Agossou 1980). Ainsi se pose le problème de la procréation en rapport avec le sida, donc du devenir de la sexualité chez le malade.

Faisant partie de “logiques dures”¹ et non pas “fluides”, en tant que conditions de perpétuation de l’espèce même, donc de la sauvegarde de la vie, les logiques qui gouvernent la sexualité et la procréation organisent toutes les autres logiques. Ainsi, on ne peut parler du sida qui, de surcroît, se transmet essentiellement par voie hétérosexuelle au Congo, qu’en le rapportant à la procréation et à l’exigence de celle-ci. Cette dimension est importante du fait des implications qu’elle a sur les solutions aussi bien scientifiques que sociales réservées au sida. Pour cette raison, on ne peut pas faire l’économie des termes culturalistes ici, même si cette démarche est critiquable par ailleurs (Fassin 1994).

En effet, si l’on veut réussir la prévention et donc induire véritablement un changement des comportements dans le domaine de la sexualité, ces changements doivent concerner également l’attitude face à la sexualité et la procréation².

Même si les campagnes d’information intègrent parfois la dimension de la procréation, elles ne semblent pas l’articuler de façon suffisante avec le désir d’enfant et le destin de la sexualité. Elles contribuent même à nier cette réalité³ et à la forçlore, rappelant le rejet du “mot” sida dans l’opinion publique congolaise, ainsi que le silence du médecin face au malade du sida. C’est pourquoi, après avoir rappelé les incohérences qu’on retrouve entre les discours et les pratiques relatifs au sida, l’étude se situe à l’articulation des représentations du sida (en tant que maladie renvoyant à un rapport singulier à la sexualité) avec celles de la procréation.

¹ Expression utilisée par Jean-Pierre Olivier de Sardan (1994) pour désigner les configurations de représentations qui sont bien cristallisées.

² Comme l’ont observé Isabelle Bardem et Isabelle Gobatto (1995), dans leur enquête auprès des jeunes filles célibataires de Ouagadougou, l’érotisation de la vie sexuelle n’est pas forcément dissociée des stratégies maritales et procréatrices.

³ La publicité pour le préservatif insiste sur les avantages multiples qu’il offre : la protection contre le virus, les autres MST mais aussi les grossesses indésirées. Cependant, on met entre parenthèses la question du préservatif en tant qu’obstacle à la maternité qui revient dans les représentations des Congolaises surtout, même si cela ne se justifie pas scientifiquement. En outre, comme la plupart des Congolaises sont chrétiennes, elles sont confrontées à l’interdiction de l’utilisation du préservatif par leurs Eglises (même si certaines, les catholiques en particulier, ne s’y conforment pas toujours à cause des conditions socio-économiques dans lesquelles elles vivent). Cf. Bibila-Nkoutou (1994).

Le sida domaine des incohérences

L’opinion publique congolaise est aujourd’hui largement informée par les innombrables campagnes radiophoniques et télévisées menées dans le cadre de la lutte contre le sida. Même si les connaissances acquises sur le sida sont très variables dans les diverses catégories de la population, on sait que le sida se transmet suivant plusieurs modes, même si le plus connu, qui focalise le plus l’attention, est le mode sexuel — bien que les manifestations du sida soient variables et touchent des zones généralement éloignées des zones génitales, contrairement à la plupart des maladies sexuellement transmissibles. Ainsi, le sexe est stigmatisé à travers les différentes conceptions du sida.

Sida et conception religieuse

Suivant la conception religieuse, le sida est considéré comme une punition ou une malédiction de Dieu à l’égard des personnes n’observant pas ses ordonnances ou commettant des péchés. En fait de péchés, il ne s’agit nulle part de mensonge, de vol ou de meurtre largement exorcisés pendant la conférence nationale, apparaissant comme les péchés les plus monstrueux (Gruénais *et al.* 1995). Le sida apparaît toujours comme une maladie — sanction d’une inconduite sexuelle, ce qui l’assimile à l’impudicité, à la débauche, à l’adultère et fait du malade un pécheur qui n’a eu que ce qu’il mérite.

L’attitude face à la mort par le sida révèle les mêmes incohérences. En principe, la mort est pour tout chrétien un passage qui mène à Dieu. Quand elle arrive, elle traduit la volonté de Dieu et doit être acceptée, quelles que soient les circonstances. Or, mourir par le sida est considéré comme une condamnation par la majorité des chrétiens. Peut-être rappelle-t-il trop brutalement la condamnation “originelle” qui précipita l’homme du paradis de l’Eden sur terre. L’homme et la femme, en effet, furent condamnés à mourir parce qu’ils mangèrent un fruit défendu. Or, simple tournure du langage ou préconscience de la relation qui lie l’acte sexuel et la mort, le langage courant a établi l’analogie entre le “fruit défendu” et le sexe, en particulier celui de la femme, qu’elle offre au cours de l’acte sexuel à l’homme et qui conduirait à la mort¹. Mais, qu’on considère le sida comme une conséquence de la désobéissance aux préceptes divins ou comme la conséquence de la consommation du fruit “défendu”, il est un opprobre, exactement comme dans la conception profane.

Sida et conception profane

Selon la conception profane, le sida peut arriver à tout le monde soit par pure malchance, soit parce qu’on a manqué de prudence — encore que l’on peut avoir eu de multiples partenaires sans avoir le sida

¹ Beaucoup de jeunes hommes ont, semble-t-il été traumatisés par la mise en garde de leur père contre le sexe de la femme qui aurait des dents et qui mordrait comme il apparaît dans les associations faites par certains patients en analyse.

comme n'en avoir eu qu'un seul et être contaminé ; ce qui revient à de la malchance car, pourquoi soi et pas les autres ? Ici aussi, le sida donne lieu à l'association sida sexe et la personne séropositive ou malade du sida est désapprouvée et même culpabilisée (la malchance est rapidement transformée en faute lourde). La mort par le sida est également redoutée. Ainsi, ici aussi les attitudes ne correspondent pas au discours tenu. D'où provient donc cette inadéquation ? N'est-ce pas qu'on tient le sida d'abord et avant tout comme une *maladie du sexe* dans une société de tabous ?¹

Le sida du tabou sexuel

La pratique du sexe n'est tolérée qu'à l'abri du regard² des autres. Cela fait d'ailleurs la différence entre l'homme et l'animal ("la bête"), qui étale sa sexualité en plein jour, confondant tout le monde. Mais si l'homme aspire à se dégager de l'animalité, sa sexualité menace de l'y ramener et même de l'anéantir dès qu'elle ne se met pas au service de la procréation. Telle est la vérité que le sida invite à redécouvrir.

La sexualité et la procréation

Une quantité d'indices témoignent de la sexualité active (couple, femme enceinte, femme accouchée), mais celle-ci est acceptable parce qu'elle se déroule dans un contexte codifié. Traditionnellement, la seule sexualité autorisée est celle qui se justifie par la procréation. C'est pourquoi, désapprobation et mépris accompagnent celle qui ne peut se valoriser à travers un enfant (la stérile) et dont la sexualité est vécue, fantasmée comme une manifestation de nymphomanie.

Aujourd'hui, avec l'entrée de plus en plus précoce des jeunes — en particulier les filles — dans la vie active, le sexe est libéré ou en tout cas le paraît, quoiqu'il fasse toujours l'objet de tabous. Les mères de famille, les parents se doutent bien de la sexualité précoce, et surtout non soumise au mariage de leurs enfants. Mais, ce qu'ils redoutent le plus est de voir leur jeune fille tomber enceinte, parce qu'alors son mauvais comportement apparaît au grand jour de manière irréfutable et sa famille est déshonorée. Beaucoup de parents se débarrassent alors de leur fille en la conduisant chez le futur père de l'enfant qu'elle porte ou la maltraitent. Mais la valorisation de la procréation est telle que les parents les plus rejettants et les plus agressifs pendant la grossesse, acceptent volontiers le petit-fils. On finit par assister à des situations paradoxales où une grossesse précoce est tout aussi déshonorante que la non-grossesse chez la femme mariée ou la vieille

¹ Même si les Congolais s'adonnent très jeunes à la sexualité, le discours sur la sexualité reste encore entouré de beaucoup de tabous. En fait, le sexe se pratique plus qu'il ne se dit. On est loin de la situation décrite par Michel Foucault (1983 : 108) où la sexualité a été absorbée dans l'univers du langage.

² Echanger un baiser en public, pour les couples, est très mal perçu.

fille stérile. Le petit-fils est encore une valeur pour les grands-parents (sans lui ils disparaîtraient définitivement), mais non la grossesse pré-maritale qui l'a porté, qui est toujours non désirée et constitue le cauchemar des mères et des jeunes filles elles-mêmes. L'essentiel de l'éducation sexuelle des mères à l'endroit de leur fille se concentre dans tous leurs efforts à mettre en garde leur fille contre la grossesse inopinée. Il arrive même que la mère participe à l'interruption d'une telle grossesse. Et, même mariée¹, la femme niera sa grossesse tant qu'elle ne se révélera pas clairement comme les prémisses de l'enfant, dépassant les simples promesses d'une fécondité. Ainsi, donc, malgré son apparente libéralisation la sexualité reste — pour être acceptée — encore profondément liée à la procréation, à la transmission de la vie. Si un homme ou une femme s'en va, sans laisser de progéniture, il est voué à mourir, à être "perdu" définitivement tandis que celui qui laisse des enfants est "remonté à la surface". Le sida apparaît comme un révélateur de cette conception qui finalement n'a rien perdu de son acuité malgré les apparences. L'enfant est une vraie valeur, non pas tant économique — encore qu'on continue de penser que l'enfant assurera à son père les funérailles —, mais psychologique et sociale.

L'enfant est la trace laissée sur terre par le passant qu'est l'homme. Seul l'enfant marque son passage. Aucune œuvre littéraire, ni philosophique, ni scientifique ne permet de fixer un homme sur la terre. Dans des sociétés sans écriture, vivre et avoir la certitude de vivre après soi, c'est avoir des enfants : "même si je meurs on saura que j'ai existé". Peu importe finalement que dans quelques décennies, au delà de quelques générations, les vivants ne sachent plus qu'"untel" a existé. Il a laissé un enfant, cela seul suffit pour qu'il devienne un vrai ancêtre et alors son esprit fera partie des mânes des ancêtres. "Sans enfant, la vie n'a aucun sens et on n'est qu'un "pauvre type", un "homme de rien", zéro". Ainsi, on a la certitude, encore vivant, qu'on est sauvé de la mort symbolique et sociale et on ne se soucie pas toujours de savoir ce que les enfants deviendront demain. En témoigne la réponse péremptoire d'un malade à la question de l'avenir pour les enfants : "l'avenir pour mes enfants, c'est l'orphelinat". Une autre malade, au courant de sa séropositivité, qui avait déjà perdu son unique enfant de sida, n'a pas hésité à vouloir un autre enfant alors même qu'elle avait énormément souffert de la maladie et du décès de son enfant. "Le sida, à l'époque, en 1988 ... le secret était déjà dans la rue, à la cité ... vois toi-même ... mais moi j'ai dit : c'est mon sang, même si je dois souffrir, je ne peux pas le jeter ... c'était vraiment pénible ..." pour ensuite constater "si je n'avais pas eu cette grossesse, la

¹ Quand une femme est soupçonnée (au sens fort) d'être enceinte, elle prétexte, gênée, qu'elle a "grossi" ou "mangé du saka-saka", qui est un plat prisé. Le fait d'être ainsi soupçonnée fait l'effet d'être prise en flagrant délit d'un acte non recommandable. Il faut dire cependant que le ton des interlocuteurs et leur rire prouve qu'il s'agit d'une situation très amicale, qu'on peut traduire par : "il paraît que tu ne fais rien, mais qu'est-ce que c'est alors ?" ; ce qui du coup annule l'hypothèse qui lie la dénégation de la grossesse à une stratégie visant à protéger sa grossesse ("son sang") contre la malveillance des sorciers qui peuvent sucer le sang de la grossesse et la faire disparaître.

deuxième, et fait une grossesse extra-utérine, ma maladie ne se serait pas déclenchée". Cette malade, instruite et fonctionnaire dans l'administration congolaise, était au courant de sa séropositivité depuis 1989, alors que la grossesse extra-utérine est de 1992. Ces discours de personnes malades et le sachant, soulignent l'importance de ne pas disjoindre le problème du sida de celui de la procréation.

Le sida comme envers de la sexualité

Dans la société congolaise, il est accepté¹ (il en a toujours été ainsi) qu'un homme ait plusieurs femmes. Pendant longtemps, c'était un des signes extérieurs de richesse ou de pouvoir. Quoique moins tolérée chez la femme, la capacité de séduire plusieurs hommes était vue à un moment donné comme le signe visible des atouts² d'une femme ou comme celui de son émancipation. Mais ici, si on accepte et même qu'on envie ceux qui ont les moyens d'avoir plusieurs partenaires et de manifester ainsi la richesse et le pouvoir ou la beauté et l'émancipation, là où il y a le sida, avoir plusieurs partenaires devient un dévergondage condamnable. Celui qui était envié hier est blâmé et il ne manque pas d'individus pour se réjouir de son malheur. Intervient une dichotomisation entre la bonne sexualité et la mauvaise, la première étant *naturellement* justifiée par la procréation dans le mariage, la richesse ou le pouvoir (l'avoir) et la seconde, dévoilant l'envers, marquée du manque : la grossesse prémaritale au lieu de la grossesse dans le mariage, la pauvreté qui transforme l'acte sexuel en relation commerciale où est condamné seulement celui qui se donne pour de l'argent, et l'orgueil mal placé au lieu du pouvoir qui donne l'autorité d'user de tout et de tout plier à soi.

Le sida devient un exutoire permettant d'exprimer les mauvais sentiments. Ainsi, pendant la Conférence nationale, à un moment où s'affirmaient la haine et l'agressivité envers l'ancien président de la République, le général Denis Sassou-Nguesso, réputé pour ses prouesses en matière de femmes et redouté pour son pouvoir fort, jugé même sanguinaire, une rumeur persistante a circulé, selon laquelle il était atteint de sida ; elle prétendait que le président serait déjà mort s'il n'allait souvent aux Etats-Unis pour se faire vider de son sang et le remplacer grâce à l'argent volé au pays. Cristallisant la haine et la jalousie, il ne pouvait qu'être atteint de sida et le souhait de le voir mourir transparaît clairement dans cette rumeur. Il en va de même pour les jeunes filles, surtout belles, qui sont considérées par les femmes mariées et les hommes comme des "distributeurs" du sida comme nous l'avions noté dans une enquête précédente (Boumpoto 1994).

En réalité, la mauvaise sexualité affiche tout son désordre, son obscénité. Ainsi, le fait d'être vu dans un hôtel, s'embrasser en public,

¹ Le nouveau Code de la famille congolaise autorise le mari à épouser jusqu'à quatre femmes.

² L'imaginaire populaire à travers la chanson d'une chanteuse zaïroise dit : "la beauté d'une femme se mesure à la quantité des hommes qui l'admirent, qui sont séduits par elle".

se prendre la main, etc, toute sexualité affichée en dehors de situations bien codifiées est assimilée à de l'impudence et désapprouvée en tant que telle. Elle est perçue comme indécente, malpropre, impure, c'est-à-dire à la fois dangereuse et méprisée. Or, c'est exactement de cette façon qu'est perçu le sida. Expression de cette sexualité, le sida devient donc ce qu'on acquiert au cours des relations sexuelles mauvaises, sales, impures, puisqu'aussi, à l'occasion, il y a échange de fluides sales, mauvais, souillés, destructeurs¹.

Le savoir traditionnel a bien établi que c'est par les fluides venant de l'homme que la grossesse est rendue possible. C'est donc l'homme qui transmet la vie, tandis que la femme l'abrite, la conserve jusqu'à son expulsion au monde à travers l'accouchement. Mais si on va avec un homme qui n'est pas le sien sans intention d'avoir un enfant, il est clair que les fluides alors déposés ou échangés sont, par ce simple fait, détournés de leur fonction naturelle. Ils ne sont plus que pour le plaisir de l'homme seul, car celui d'une femme normale n'est concevable qu'en tant qu'il est assujetti à celui de l'homme et n'a en lui-même aucune raison d'exister. Pervertis, ces fluides ne peuvent provoquer que des malheurs (grossesse, maladies, mort).

Cependant, ce discours est localisé dans certains milieux notamment les milieux religieux très conservateurs. Ailleurs, les relations sexuelles "libres", non assujetties à l'intention de donner la vie sont devenues une mode. Mais, là aussi, le degré de non-sérieux se mesure à l'aune du sida comme hier à celle de la grossesse² : avoir le sida signifie qu'on mène une vie sexuelle déréglée, qu'on a été "traîner n'importe où", comme une chienne ou un cochon³. Ce caractère pourtant surajouté (n'intervenant qu'après coup) fait du sida non pas une maladie sexuellement transmissible, ou qu'on a parce qu'on mène une vie sexuelle active, mais une sexualité condamnable, défendue, interdite. D'où la condamnation et le rejet dont sont frappés les malades du sida, la culpabilité et le sentiment de diminution de soi, la blessure (honte) ressentis par les malades eux-mêmes qui n'osent pas se confier et ne se demandent presque jamais comment ils ont été contaminés si ce n'est sur le mode de la dénégation ("comment ai-je pu l'avoir [le sida], je n'ai pas d'amant" ou de l'étonnement "je ne comprends pas, pourtant les hommes qui sont sortis avec moi sont tous en bonne santé").

¹ Lors d'une enquête précédente, des femmes entrevues ont utilisé le mot "saletés" pour désigner le sperme des hommes inconnus, qui ne sont pas le partenaire habituel et sont donc susceptibles de contaminer. L'imputation des fluides sales à autrui opposé à soi montre bien le mécanisme de la projection où le mal vient toujours de l'autre : on ne contamine pas, on est contaminé. Ainsi, pour les Européens, le sida vient des Noirs tandis que les Africains affirment qu'il vient des Européens et des Américains.

² On devrait également associer à la prévention du sida celle de la grossesse chez les filles les plus jeunes tandis que chez les plus grandes, on pourrait associer la prévention des MST et des avortements à celle du sida, ces filles se préoccupant déjà de préserver leur capacité à la maternité future.

³ Chez les jeunes, l'expression *kotambola ngulu-ngulu* (*ngulu* = cochon) signifie aller n'importe où sans prendre la moindre précaution, sans aucune intelligence. Elle est utilisée pour décrire le comportement des filles qui multiplient les partenaires ou se prostituent sans le moindre souci de se prémunir. Il est aussi utilisé pour les garçons.

Seuls les hommes reconnaissent quelquefois avoir été imprudents. Dire le sida, ne revient-il pas à avouer qu'on est coupable d'une sexualité défendue ? Voilà le crime ! Dans ce cas, comment le dire, il est déjà si difficile de parler de la sexualité admise ! Cet intolérable sentiment de culpabilité pousse probablement souvent le malade dans le registre de l'interprétation agressive, mystique du sida. En effet qui peut condamner ou se moquer de la victime d'une agression sorcière puisque chacun est toujours en danger d'y être confronté ?

Ainsi, l'interprétation persécutive de la maladie permet à chacun, malade ou parent, de vivre le sida à un moindre coût psychologique car alors, il est vidé de sa composante sexuelle interdite et procure des bénéfices secondaires certains, comme l'espoir de guérir — pourvu seulement qu'on fasse lâcher sa proie au sorcier, contrairement à celui qui est atteint d'un "sida-sida" et qui est condamné, en l'état actuel des choses, à en mourir. De même, le malade ne risque pas d'être abandonné des siens, au moins quelques-uns d'entre eux, et peut bénéficier du devoir d'assistance¹ à parent malade qui échoit à la famille (ce sont eux qui risquent d'être condamnés et accusés de sorcellerie s'ils délaissent leur parent victime d'un envoûtement), tandis que c'est une honte ou un gâchis² d'être solidaire d'une personne coupable du flagrant délit de sexualité interdite.

Même si, par rapport au sida, certains parents (tous ne rejettent pas) et certains malades (tous ne pensent pas à l'agression persécutive) ont réagi de façon appropriée, il reste que, dans tous les cas, évoquer le sida, c'est évoquer des "choses du sexe", mieux, c'est étaler en plein jour une sexualité nocive, dissolue, donc, nommer l'innommable. C'est peut-être aussi de cette façon qu'il faut comprendre les diffi-cultés autour du dépistage et de l'annonce qui se traduisent par cette gêne, cette confusion à prononcer le mot sida en face de la victime. Le médecin n'est-il pas pris entre dire le sida comme une maladie de la sexualité refoulée, parce qu'interdite, donc qui ne peut ou ne doit pas être prononcée (sous peine de faire de la victime un coupable) et le sida comme une maladie d'origine "magique"; autrement dit, entre le rationnel interdit et l'irrationnel admis par une frange de la société, mais inacceptable du point de vue de sa science et de son éthique ? Dès lors, le silence ou les mots couverts ne sont-ils pas préférables et ne s'imposent-ils pas ?

Le sida tabou

L'exemple des médecins face à l'annonce et du traitement du sida dans certains espaces de la langue illustre le caractère tabou du sida.

¹ Des parents paternels venus du village pour assister un malade qui avait prétendu être ensorcelé par ses oncles maternels l'ont abandonné à l'hôpital dès qu'ils ont su la séropositivité de leur fils, à la suite d'un bilan dressé dans une clinique où on la leur avait malencontreusement révélée.

² Un de nos malades a confié que si sa mère, qui est sa tutrice, devait apprendre sa séropositivité, elle ne consentirait plus à lui acheter le moindre comprimé, préférant garder son argent pour lui assurer les obsèques.

Les médecins et l'annonce

Les médecins évoquent souvent le fait qu'ils apparaissent comme un magistrat délivrant la sentence de mort à un individu¹ pour justifier la difficulté d'annoncer un diagnostic positif (annoncer le sérodiagnostic négatif est un vrai soulagement) ou le sida, alors que le médecin est d'abord celui qui crée l'espoir et fait reculer la mort. Ce discours altruiste tout à fait légitime du médecin ne relève-t-il pas aussi d'un certain narcissisme ? En d'autres termes, est-ce pour ne pas "exécuter" le malade que le médecin se résigne souvent au silence, ou plutôt parce que ce discours le confronte à ses propres limites, à sa fin ontologique mais aussi, en tant qu'homme doté d'un certain savoir, à l'échec et à la remise en question de ses certitudes ? Le silence du médecin qui rencontre bien souvent le désir du malade de ne pas savoir², ne traduit-il pas la crainte de se trouver comme contaminé par son patient et emporté avec lui dans le gouffre de l'anéantissement ? Ainsi, toute parole étant inductrice, dire le sida signifierait hâter sa propre fin, et ne pas le dire retarderait le moment fatidique.

Si tous les médecins savent qu'à l'heure actuelle seule l'annonce faite dans de bonnes conditions et à temps pourrait permettre de déclencher une vraie prise en charge du malade — donc de susciter l'espoir — et de minimiser les risques de contamination à grande échelle, attribuables pour le malade à l'ignorance de son statut sérologique, il y a lieu de dire que les médecins sont confrontés à une réalité beaucoup plus contraignante que l'hypothétique risque d'anéantissement. C'est ce qui ressort de la différence d'attitudes observée par rapport au sida, dans la plaisanterie, l'injure et le "parler-vrai".

Le sida entre l'injure et le parler-vrai

Il est banal d'entendre, au cours d'une conversation, les expressions "j'espère que je n'ai pas le sida !", "tu es tout le temps malade, c'est inquiétant, tu n'as pas le sida !", etc. Mais, cela est toujours dit sur le mode de la dérision ou dans un autre contexte de langage, l'injure, où l'on entend : "quitte-là, sida !" ³ ou "meurs de sida !" ou "sida !"

Pourquoi est-il supportable de parler ainsi du sida et cela devient-il insupportable dès qu'on quitte ces contextes de langage ? Ne serait-ce pas, dans le premier cas — celui de la dérision —, parce qu'elle est, pour reprendre l'expression d'A. Yila, « un langage par quoi l'humaine nature (...) ose défier ce qui l'agresse. Précisément, la dérision est transgression de ce qui se donne comme insolite et apparaît comme la vérité même » (Yila 1995 : 51). N'est-ce pas que dans la plaisanterie, le sida est contrôlé, maîtrisé comme l'angoisse de

¹ Pour l'équivalence annonce = sentence de mort, se reporter à Gruénais et Vidal (1994 : 149-153).

² L'oubli du diagnostic, l'incapacité de retenir le "mot" prononcé par le médecin ou encore les doutes émis sur le résultat, constituent en fait un refus de savoir.

³ Dans le français-congolais, cette expression signifie approximativement "hors de ma vue", "va te faire voir ailleurs".

l'obsessionnel à travers le rite conjuratoire tandis que, sans la plaisanterie, le sida apparaît dans toute sa laideur et son horreur ? La parole étant identifiée à celui qui l'énonce, dire le sida à quelqu'un ne revient-il pas à lui assigner cette catégorie ontologique¹ — sinon, comment comprendre que "sida" soit devenu une injure et que les belles filles soient indexées comme étant le sida même en personne —, donc à l'envoûter, à l'ensorceler ou tout au moins le lui souhaiter comme dans la parole injurieuse — un espace codifié² — autorisée par la relation conflictuelle des protagonistes ou la situation de rupture de lien, mais de toutes les façons réprimée ? N'est-ce pas en d'autres termes transgresser l'ordre social du langage ?

En effet, on ne peut proférer une parole de mort que contre les siens³ — encore faut-il un mobile socialement acceptable comme le manque de respect ou la désobéissance vis-à-vis d'un aîné — ou contre ses ennemis, comme dans le cas de l'injure où on peut souhaiter à l'ennemi de mourir ou lui « signifier d'avoir à se comporter en conformité avec l'essence sociale qui lui est ainsi assignée » (Bourdieu 1982 : 100). Et puisque, à cette efficacité intrinsèque de la parole, il faut ajouter l'efficacité du statut du médecin dans l'espace du savoir, mais aussi par rapport à l'enjeu vital de la survie ou la vie tout court, que peut représenter pour le malade l'assignation du statut de porteur du sida assorti en plus de l'injonction de "ne pas faire d'enfants" ? Dire le sida pour un médecin n'est-ce pas aussi en dernière instance transgresser la parole — promesse⁴ qui doit dire la vie et non la mort, l'espoir et non la condamnation ? Dans ce cas, l'embarras du médecin à *dire le sida* n'exprime-t-il pas l'intolérable culpabilité liée à cette double transgression de l'ordre social et de l'ordre déontologique ?

Le sida ne subsume-t-il pas les angoisses liées à la sexualité interdite et à l'interdit de tuer et de tuer arbitrairement ? Ne nous ramène-t-il pas alors à l'intolérable situation du chaos originel de l'homme livré à l'absence de culture, aux pulsions dangereuses qui menacent d'anéantir notre existence entière, surtout si l'on ajoute que les solutions proposées pour lutter contre le sida opèrent malgré elles une séparation entre la sexualité défendue et la seule chose qui la rend acceptable, à savoir la procréation, livrant le malade à une *mort* sans aucune issue ? Ne recommande-t-on pas, en effet à l'homme ou à la femme contaminés par le VIH/sida d'éviter de procréer en utilisant le préservatif et à la femme enceinte de se faire avorter ? Puisque la procréation ne peut plus intervenir comme limite entre la sexualité et la mort, au nom de quoi l'individu peut-il accepter d'aussi grandes

¹ Une certaine conception de la maladie veut qu'elle soit un corps étranger qui pénètre dans le corps du sujet, venant ainsi le déséquilibrer. Cette conception est à la base de l'interprétation persécutrice du sida qui en fait un être (extérieur) jeté sur l'individu.

² Ibrahima Sow (1986-87) montre bien que l'injure est un espace où l'on permet d'extérioriser des sentiments qui sont inacceptables en temps normal.

³ "Meurs, je vais t'enterrer", "si tu pouvais mourir", etc, sont des injures fréquemment adressées par les mères à leurs enfants quand ils font des bêtises.

⁴ Pour un des malades du CTA (Centre de Traitement Ambulatoire), la promesse faite par le médecin de vivre encore 10 à 15 ans avec une bonne prise en charge est devenue une "parole d'honneur" dont il attend la concrétisation.

contraintes quand il sait que l'issue est malgré tout une mort certaine et imminente ? En ce cas, est-il étonnant que les conjoints éprouvent des difficultés à annoncer leur situation de séropositif à leur partenaire et la dissimulent tant ?

Qu'adviendrait-il de la sexualité conjugale qui ne peut-être possible qu'à travers le mur du préservatif, un artifice non exempt de dangers d'ailleurs, venant troubler l'ordre de la nature ? Que serait le mariage sans la promesse de la procréation ? Peut-on réussir les mesures préconisées pour lutter contre le sida dans une société où vivre c'est avoir des enfants, et où le simple fait de parler du préservatif est quelquefois perçu comme une incitation à la débauche, évoquée dans beaucoup de milieux religieux, ou comme une accusation¹ ? Quelle efficacité peuvent avoir ces mesures pour la prévention dans un couple ?

Il semble utile que soit intégré au discours sur la prévention de la contamination et de la surcontamination un langage visant à absorber l'angoisse existentielle liée à la question de la procréation comme on le fait pour l'angoisse de culpabilité du malade et cela, en tenant compte du contexte local.

Conclusion

L'assimilation du sida à la sexualité défendue, la position de la procréation en tant qu'instituant une limite entre la sexualité et la mort biologique, ontologique et sociale, ainsi que la réactivation du désir d'enfant due à la proximité de la mort, posent le problème de l'efficacité des réponses données jusqu'alors à la pandémie du sida en ce qu'elles équivalent à un renoncement à la descendance. Dans une société où personne n'a jamais renoncé volontairement à sa descendance — à soi — et où tout obstacle à celle-ci est vécu dramatiquement, le discours médical du renoncement à sa descendance lié avec l'autorisation d'une sexualité (protégée il est vrai) peut-il se déployer sans apparaître comme une transgression ?

Si on ajoute à cela que tout discours tenu en dehors des objets et des espaces socialement définis et codifiés correspond à une velléité de porter atteinte à l'ordre social et à celui de la vie elle-même, comment dire le sida quand, comme médecin, on est un des garants reconnus de cette vie ? A supposer que cela soit possible, peut-on vraiment s'attendre à ce que les malades, qui se considèrent souvent comme des victimes de quelque chose qui les transcende, arrivent à surmonter leurs craintes et angoisse, et adoptent les comportements appropriés (entendre le diagnostic sans équivoque, annoncer à son partenaire, vivre sa sexualité sous la contrainte du préservatif, renoncer à sa descendance), quand on sait que, malgré tout, l'issue est la mort par le sida ?

¹ A la question : "utilisez-vous le préservatif ?", certaines femmes répondent comme si on les faisait passer pour des prostituées ou, pour les femmes mariées, si on les accusait de tromper leur mari.

Le sida se présente alors de bout en bout comme une “sale affaire”¹ où ce qui fait tant peur semble être la rencontre de la mort avec la vie, ou plutôt l’effraction de la vie causée par la mort. En effet, le sexe ou l’acte sexuel constitue la voie par laquelle la vie advient avec tout ce qui l’accompagne en prime : le plaisir, la jouissance, le bonheur. Or, c’est par là même que le sida introduit la mort et rompt la chaîne de la vie. “Faire la vie”² c’est-à-dire rechercher la jouissance sexuelle pour elle-même, libérer la jouissance sexuelle de sa visée procréatrice pour ainsi dire, est mortifère et contaminant, et la vie elle-même est tout entière hypothéquée.

Pourtant, la logique de la nécessité procréatrice est telle que la sexualité du malade du sida peut allonger les catégories indéfiniment mouvantes de la sexualité permise. Il sied de réaménager le discours sur le sida en y intégrant systématiquement la question du droit à la procréation, confisqué aujourd’hui par les pouvoirs de la science.

Bibliographie

- AGOSSOU Thérèse, 1980, « La mort, la naissance, la filiation : un itinéraire nécessaire et structurant. L’exemple des cultures africaines », in J. GUYOTAT (éd), *Mort/naissance et filiation*, Paris, Masson : 105-115.
- BARDEM Isabelle, GOBATTO Isabelle, 1995, *Maux d’amour, vies de femmes. Sexualité et prévention du sida en milieu urbain africain*, Paris, L’Harmattan, 174 p. (Collection “Santé et sciences humaines”).
- BIBILA-NKOUTOU B. F., 1994, *Le problème de l’utilisation du préservatif en milieu chrétien : le cas des femmes de la Fraternité Kiminu de Brazzaville*, Brazzaville (Mémoire de maîtrise, Sociologie).
- BOUMPOTO Madeleine, 1994, « Femmes et sida à Brazzaville », in Marc-Eric Gruénais et al., *Enjeux sociaux et politiques de la prise en charge des malades du sida au Congo*, Paris, ORSTOM, multigr.
- BOURDIEU Pierre, 1982, *Ce que parler veut dire*, Paris, Fayard.
- DESCLAUX Alice, EBOKO Fred, RAYNAUT Claude, 1996, « Les jeunes et le sida : un champ de recherche qui reste à développer », *Sociétés d’Afrique et sida*, 12 : 2-4.
- FASSIN Didier, 1994, « Le domaine privé de la santé publique. Pouvoir, politique et sida au Congo », *Annales (Histoire, Sciences sociales)*, 49 (4) : 745-775.
- FOUCAULT Michel, 1983, *L’interdit et la transgression*, Paris, Dunod.
- GRUENAIS Marc-Eric, MOUANDA-MBAMBI Florent, TONDA Joseph, 1995, « Messies, fétiches et lutte de pouvoirs entre les “grands hommes” du Congo démocratique », *Cahiers d’Études Africaines*, XXXV (1), 137 : 163-193.

¹ Se reporter à Susan Sontag (1989) pour les différents sens acquis par le sida.

² Expression utilisée au Congo pour signifier qu’on est très versé dans la recherche du plaisir charnel, dont le plaisir sexuel.

- GRUENAIIS Marc-Eric, VIDAL Laurent, 1994, « Introduction », , in René COLLIGNON, Marc-Eric GRUENAIIS and Laurent VIDAL (eds), « *L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique* », numéro spécial *Psychopathologie africaine*, XXVI (2) : 149-153.
- Journal du sida*, 1994, numéro spécial, 64 - 65, août-septembre.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1994, « La logique de la nomination. Les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger », *Sciences sociales et santé*, XII (3) : 15-45.
- SONTAG Susan, 1989, *Le sida et ses métaphores*, Paris, Christian Bourgois, 124 p.
- SOW Ibrahima, 1986/87, « Réflexions sur les injures et les paroles obscènes au Sénégal », *Bulletin de l'IFAN*, série B, 46 (3-4) : 343-378.
- YILA A., 1995, « Poésie et dérision chez Tchicaya U'Tamsi », *L'Afrique littéraire*, 87 : 51-63.

Madeleine BOUMPOTO, *Sida, sexualité et procréation au Congo*

Résumé — Au Congo, le domaine du sida est l'un des plus féconds en paradoxes et incohérences entre les discours et les pratiques. Mais il est aussi le plus propre à révéler au grand jour les tensions qui se dessinent aux confins de la sexualité et de la procréation. Ainsi on arrive à un clivage de la sexualité en une bonne sexualité — celle qui aboutit à la procréation dans le mariage — et une mauvaise sexualité — celle qui aboutit aux accidents comme les grossesses prénuuptiales, les maladies, mais surtout le sida. Entre les deux s'intercalent cependant une multitude de situations sexuelles où les limites entre le permis et le désapprouvé ne sont pas nettes. Maladie-sanction d'une inconduite sexuelle, le sida est transgression de l'interdit sexuel qui menace de porter atteinte à l'ordre déontologique (pour les médecins), à l'ordre social du langage et à l'ordre de la vie elle-même. Négation de la bonne sexualité, le sida compromet la procréation. Il la compromet d'autant plus que, selon les solutions préconisées par la science, la personne atteinte de sida ne peut plus satisfaire son désir le plus cher — à défaut de guérison —, à savoir le désir d'enfant qui est exacerbé par l'approche de la mort. Loin de rassurer le malade, ces solutions l'obligent à répéter le drame de sa vie tout en soulignant son impossibilité de procréer, et donc de s'inscrire dans la lignée des ancêtres. Dès lors, peut-on s'attendre à l'efficacité de ces solutions ?

Mots-clefs : sida • prévention du sida • sexualité • mort • religion • procréation
• Congo.

Madeleine BOUMPOTO, *AIDS, sexuality and procreation in Congo*

Summary — In Congo, the issue of AIDS is one of the most fertile when it comes to paradoxes and inconsistencies between what is said and what is done. However, it is also the best way to expose clearly the tensions that are becoming apparent in the areas of sexuality and procreation. The notion of sexuality has become split between good sexuality — that which leads to procreation within marriage — and bad sexuality — that which leads to accidents such as pre-marriage pregnancy and illnesses, above all AIDS. Between the two there are a multitude of sexual situations in which the limits between the acceptable and the forbidden are not clear. AIDS, punishment for sexual misbehavior in the form of an illness, is a transgression of sexual prohibitions that threatens to damage the deontological order (for doctors), the social order of language, and the order of life itself. Negation of good sexuality, AIDS jeopardises procreation. This is all the more true given that, according to the solutions advocated by science, a person living with AIDS cannot satisfy his or her most precious desire — barring recovery — namely the desire to have a child. That desire is accentuated as death draws nearer. These solutions, hardly reassuring for the person who is ill, oblige the person to go back over the tragedy of his or her life, all the while emphasising the impossibility of procreating and thereby joining the lineage of the ancestors. This being the case, is it reasonable to expect that these solutions will be effective?

Keywords: AIDS • AIDS prevention • sexuality • death • religion • procreation
• Congo.

21. The vulnerability of women: is this a useful construct for policy and programming?

C. Desmond Cohen and Elizabeth Reid

“For us, women’s liberation has to start from where we’re at, not you’re at!”

Introduction

The revealed evidence of the continued spread of HIV infection of women in Africa, particularly sub-Saharan Africa, is not evidence that all efforts to reduce transmission have failed. For we do not, as is usual in the social sciences, have evidence of the counter-factual: what would have happened in the absence of the HIV policies and programmes actually followed. Or what might have been the experience if a different set of policies and programmes had been implemented. We simply do not have the technical capacity nor the resources for estimating with any acceptable degree of accuracy what would have been the level and distribution of HIV infection under different conditions. But the data we do have, imperfect as it undoubtedly is, portrays a situation which is deeply disturbing. HIV prevalence for women attending antenatal clinics in many countries of East, Central and Southern Africa of 20-40 percent and higher is perhaps evidence enough, if any was needed, of the probable failure of most of the prevention activities of the past decade.

We say ‘probable’ because there can be no certainty about any conclusions in this area, where much that is worthwhile has been done, and communities and governments have responded with compassion, and with resources, to the challenges posed by the epidemic. But the facts remain facts: high and continuing infection of men and women, independently of social class [and its correlates], in both urban and rural populations, and with personal and socio-economic consequences which threaten the basic structures of social and economic organisation. That the HIV epidemic has a capacity to undermine social and economic development in Africa is now readily accepted by many, although acceptance of this conclusion does not seem to carry with it much by change in development practice, in the *how* of development. Nor does it in itself provide much guidance about how to design and undertake those specific policies and programmes for HIV and AIDS which might hold out a greater chance of success. These are, in our view, the same thing: better development practice generally is also what is needed for HIV programming in the same way

as it would be for activities for poverty reduction, gender, the environment and so on (Banuri *et al.* 1994).

The purpose of this paper is not to describe the epidemic as it affects women in Africa nor is it a scientific analysis of the situation. It is deliberately 'non-social-scientific' in its methodology and approach and its conclusions are practical and, in that sense, clearly neither testable nor generalisable. The paper is much more prosaic in its objectives than most social scientific research on the epidemic. It builds on our own experience of working on the epidemic, alongside others who are day by day responding in their personal and professional lives. Thus, the paper has its starting point with the quotation above: the need for policies and programmes, some of the things that get done, to start '*where people are at*' (Chambers 1994). It cannot be said that generally, not everywhere to be sure, this principle has sufficiently informed the response to the HIV epidemic.

In what follows, we have taken a number of episodic descriptions and inductively analysed these so as to draw out what seems to us to be observations important for any response to the epidemic in Africa. In doing so, we have aimed to distinguish between culture and cultural practices; to give support to those who emphasise responsibilities rather than rights; to argue that social change and transformation have their origins in '*where people are at*', and that the aim of development is to release this potential in individuals, communities and states (Joy and Bennett 1995). The analysis is the antithesis of the approach so common in this area that emphasises the 'vulnerability' of women [individually or as a group], and we reject the very foundations for much of that analysis and the policy prescription which follows. If we are right —maybe only half right— then a re-evaluation of what is currently being done, and its praxis, is urgently needed.

No individual solutions

Analysis which begin from the realities of women's daily lives create a textured and intricate understanding of what needs to be changed. However, strategic development —the attempts to answer the question of 'How?'— which encompasses *only* women will often just create safe havens or intermissions in a continuing context of disempowerment, discrimination, and humiliation. For the quality of women's lives is determined not only by their own actions but by the attitudes and behaviour of husbands, children, mothers-in-law, employers, public servants, and also by the economic, cultural, and political values of their countries.

To understand this better, let us join Helen, Stephan, Miriam, and other friends who are sitting around in the evening, chatting over a glass or two of beer. Helen, not long returned from her fields, is presiding behind the counter. The setting is rural Uganda.

"Stephan, smartly dressed, an electrical technician, exclaims that he wants to marry. But, he laments, none of the possible brides is going for less than

five cows and his father says that times are hard and he cannot afford more than two and so his son must wait.

Bitterly, Stephan points to the Health Ministry anti-AIDS poster above the refrigerator: 'Love Carefully! Stick To One Partner!' Why, he demands, is there no poster telling parents how to behave. Miriam points out that, since coming to power, President Museveni has repeatedly begged parents to bring down the bride price but without success, at least, Miriam adds, around Bushenyi.

Well, ventures someone from outside, the notion of buying a wife is barbarous and must change if women are to be equal.

You don't understand, bursts out Helen, you think a woman feels bad if she's exchanged for cows or money. But if there's no exchange she feels worth nothing. I cost my husband ten cows. I had a good education from Irish nuns at Mbarara, I speak English and can run a business. My father spent money on me, why give me away for nothing? You want a healthy, educated bride, you pay for it.

Stephan raises his voice: I only want my own woman. I'm not crazy, I know all about AIDS. With a wife I wouldn't live risky. Why must men pay to make women feel better? A wife costs money, you have to keep her. Her family would have to keep her if she didn't marry. Why must I pay to get her so she costs her family no more?

That's bad thinking, retorts Helen. Women must feel valued or we can't look for equality. If my husband got me free, I couldn't start a revolution. A free bride's a slave —no worth, no status, no respect. Everyone knows my bride price was ten cows. When I talk revolution they listen, with respect.

So you see, Jill smiles softly at the outsider, for us, women's liberation has to start from where we're at, not where you're at"! (Murphy 1994: 17-128).

And so the evening ends but the problem remains unresolved. Stephan and other men in Bushenyi remain bitter and scared. Helen and the other women continue to demand that women be valued. And similar conversations are occurring in communities around the world.

In this situation, there might be some women who individually can negotiate or demand protection from HIV infection. They may be able to refuse to have intercourse with their husbands if they do not trust them, or to leave with their children. However, such a strategy would not slow down the spread of the virus among men. And such women are few and far between. Most women are economically, socially, and emotionally dependent on their husbands in such a way as to make them unable to negotiate safety.

Helen has given a great deal of thought to this problem, as have many women. She sees it as a question of survival. The evening before she had argued that women have to say no to risky husbands but they can't, on their own. They are scared but they reject divorce. So, she said, we get together. A husband living risky comes home and sees not only his scared wife, waiting to obey. He sees a *group* of women, all with the same problem, all saying the same thing! This is revolution. It is bigger than our political revolution. It is men being compelled to hear women.

However, strategies of women individually or collectively attempting to protect themselves and their children, even if effective, can only be short-term stratagems. A decision to forego sexual expression or relationships which have a sexual dimension may not be sustainable over the longer term, or the personal price of sustaining it may not be acceptable. It also means that these women must forego the creation, nurturing, and raising of children. This is a form of emotional deprivation that few women would wish to endure for a lifetime. Women-centred strategies show that women can empower themselves in certain ways but there are limits to what they alone can achieve.

Thus, in both the shorter term and more particularly the longer term, any strategy will have to encompass the Stephens of the world as well. The men and women of the community will have to start discussing women's value and men's behaviour and come to some decision about how the impasse might be broken. Consensus will have to build throughout the community, and decision-making will need to be collective. It is not just a question of *how* to build communities and sanctuaries, it is also a question of *where*, that is, *with whom*, to build them.

Women-focused strategies need to be complemented by strategies that bring together and transform the lives of all those who yearn for and dream of a better way of living *now*. Certain changes can be brought about by women together. Other changes will require that men work together to develop a language that names some of the tragedies and distortions of their own growing up in a sexist society, a society where they are both oppressed and oppressing. Others will require not only broader-based alliances but also inclusive collectives of men and women, rich and poor, young and old, healthy and unwell, the articulate and the inarticulate.

Is silence golden?

A recent workshop for NGOs asked the participants, men and women separately, to prepare a group map of a village they were familiar with and to identify on it places of 'situational risk' for HIV. Much time was spent on the niceties of cartography [where precisely was this road or that road] which has, fairly obviously, nothing to do with mapping accuracy, but something else. Finally, the two groups came together and displayed their maps. There was much similarity but one significant difference. Both groups identified brothels/bars and both thought that the streets where traders gathered might be important. But the big difference was that the women, but not the men, placed a question mark over the houses where they and their families lived. The men's response to this difference was not that of denial that risk of infection might be present at what is for many communities the core social institution. Instead, there occurred a period of non-verbal communication: neither denial nor confirmation.

Yet, of course, the data on HIV transmission supports the women's suspicions that the home is a primary centre of 'situational risk'. To put it more bluntly, that most married women in Africa get infected as

a consequence of normal marital sexual relations with their husbands. It is estimated that some 60-80 percent of African women in steady relationships who become infected with HIV have one, and only one, sexual partner —their husband or regular partner. Understanding why this is so is essential for effective responses to the epidemic. Further, unless support for women [and men] is generated somehow for changing the status-quo, then we stand little chance of reducing transmission of the virus. Endogenous factors which are leading to positive changes must be present, but these are almost certainly too slow in acting, and will need support from exogenous forces.

But while the constraints on social change within the cultural setting of many African communities are great, they are not insuperable (Hope *et al.* 1995). Social change in the face of the epidemic is taking place slowly, to be sure, but it is there. So the purpose of policy and programming [often viewed as exogenous, but they need not be] is to support the forces which are demanding changes, and to recognise the capacities which are present for bringing these about. The emphasis needs to be on the possibility for change; the capacities already present in families and communities which can bring these changes about, and how to support these processes.

Let's turn to a brief personal history which is rich in elements important for understanding the problems faced by women and which provides signposts for future analysis and response. The story is that of Aimée Mwadi, a Zairian professional, and goes as follows.

"The story I am going to tell you is true. I have loved and perhaps I have betrayed... I carry the weight not only of the years, but rather of what is unsaid and everything that has been hidden.

I married when I was nineteen years of age; now I am mother of three boys. Our home was a modest one, and we were full of love for each other. However, as time passed, I became increasingly more insecure because my husband did not allow me to express myself or to have basic rights as an individual. Even, for example, in the face of my husband's infidelity. That is why I decided to continue my education, despite his disapproval. After I completed my university studies I had the good fortune to go to France to train as a specialist in HIV diagnostic research techniques.

Upon my return, my husband announced that he was officially a polygamist and planned to have as many wives as he could afford. I did not become jealous, but rather indignant and scornful...

I spent days absorbed in thought and inner conflict. I could see the negative and positive consequences of my decision. Finally I regained my bearings because of a recurring thought: 'This is a matter of life and death'. With this in mind, I gathered the courage to begin an open dialogue with my husband...

He remained firm in his resolve to practice polygamy and refused to change his decision. It was upon this refusal that I demanded he agree to an HIV test before I continued any sexual relations with him, or that he use a condom. He rejected both requests and that was the beginning of our duel. He tried many things to change my mind. Blackmail, threats, and sometimes physical abuse, but I stood by my decision to protect myself and my children from his high-risk sexual behaviour...

I often wondered if I had made the right decision and I asked myself if I was not suffering from HIV-related phobia. However, reality made my decision firmer, in spite of the constraints, arguments, threats, and false accusations of infidelity made by my husband's family. I thought of leaving my home but concern about my children's future kept me from doing so, especially now that their father had rejected us.

Finally my husband spoke openly with his brothers about our conflict. They then held a family meeting to decide on the punishment they would impose upon me. I had humiliated their brother, even though, in accordance with African tradition, he was the one who had paid the dowry... My husband officially left me in August of 1988.

Through my personal experience and the experiences of others, I learned that many women suffer in silence. We have been educated to respect the African tradition of resignation: a wife is at the service of her husband and his family. If one only knew how many of our sisters have been sent to the hereafter by the very resignation which our grandmothers and mothers have taught and continue to teach us. Now HIV has changed many aspects of our lives and humanity is facing a plague which requires that we reassess and reform some of our cultural and traditional values" (Mwadi 1995: 131-135).

A full exegesis of the above scarcely seems needed and it could be argued that the key elements in the story are self-evident. It could also be argued that little can be learnt from it of relevance to the lives of ordinary African women who have not had the benefit of higher education, exposure to metropolitan life and culture, and do not have the financial and economic independence derived from formal sector employment. All this may be valid —Aimée faced possibilities which are not part of the decision set normally available to most African women. From this, one could conclude that ameliorating the social and economic lives of women ought to be a central objective of development, from which everyone gains [this is not some sort of zero sum game since men, women and children are better off than otherwise]. Undoubtedly a Pareto efficient solution, and one which is the basis of most policies aimed at reducing gender inequalities. No one would object to policies for ameliorating the lives of women and everyone would accept that in time these would create conditions favourable to a reduction of HIV transmission. But this is a 'good' in itself and countries should pursue policies and programmes because this is a moral [equitable] and efficient thing to do.

What is being argued here is that policies and programmes which improve well-being may not, in themselves, be the way to prevent HIV infection in women. Indeed, Aimée's story confirms that changing what some commentators call 'contextual factors' may not fundamentally change the position that women find themselves in —that education and economic independence may leave largely unchanged the relationships within a marriage and many of the external factors which affect the functioning of it. People are culturally conditioned for good or ill, and in a world of HIV, many aspects of culture are life threatening. Thus the question Aimée poses for herself, 'I often wondered if I had made the right decision...?', and the guilt that remains, 'I have loved and perhaps I have betrayed'.

Internal to any relationship are feelings and emotions which, to a degree, are independent of objective factors, including assessment of risks. Thus, what Aimée is seeking from her partner is valuation of herself as a woman. It is this issue of valuation of women's lives which is the core of the problem.

These feelings are central to the human condition and are not much changed by processes of personal and social amelioration [the well-being agenda of development practitioners]. It is ultimately not a matter of 'rights', and seeking this route as an avenue of social change will be fraught with problems and conflicts. This is not to argue that 'rights' are unimportant, for they clearly are [the rights of children, property rights, etc.]. But a rights-based approach to HIV transmission within marriage will probably achieve little and cause much conflict. Isn't responsible behaviour what, ultimately, Aimée's story is about? The lack of it in her spouse and his unwillingness to recognise what the consequences are for himself, his family and others of unchanging behaviour [both sexual and non-sexual].

'A Tora Mousso Kele La': A call beyond duty¹

It is a shameful fact that hundreds of thousands of women die every year unnecessarily during childbirth. Isn't this evidence enough of the low value put on women's lives? 'It is estimated that globally some 585,000 maternal deaths [pregnancy related] occur every year... about 99 percent of these deaths occur in developing countries... 40 percent in Africa [which has 20 percent of the world's births]... most maternal deaths can be prevented...' [WHO 1996: 13]. This is not news; we have long known that huge numbers of women die during childbirth and that this is preventable. It is also worth noting that many more women die in this way than from HIV-related illnesses— but both, of course, are preventable.

How is the continuation of this level and pattern of maternal mortality in Africa to be explained, and is it simply and only a matter of access to appropriate medical services? Or are there much deeper determinants at work, and will the unravelling of these help us to understand issues which are at the core of HIV transmission— of the causes of morbidity and death? In asking these questions we obviously feel that the answer is 'Yes', that there is much to learn which is relevant to HIV prevention from a deeper understanding of the socio-cultural context of maternal mortality.

Which leads, naturally, to the Bambara expression, '*a tora mousso kele la*', which can be translated as 'she fell on the battlefield in the line of duty'. Societies have, over time, developed and adopted systems of beliefs, customs and norms of behaviour which become the elements of their culture. Only if these are understood and their implications for maternal mortality identified, will it be possible to define the framework within which programmes for reducing maternal

¹ Much of this section is based on *A Tora Mousso Kele La* (Diallo 1991).

mortality can function. Diallo [1991: 3] has argued that the assumptions underlying the expression are :

- *Childbirth is assimilated to a battle.*
- *Any battle, in essence, has inherent and unavoidable associated risks. Among the risks are casualties and deaths.*
- *It is the duty, not to say destiny, of women to have to go through this battle in order to achieve the ideal family size required by the norms of society.*
- *As a 'warrior', the pregnant woman is valued for her bravery, expressed in terms of stoicism.*
- *In preparation for the battle, the major emphasis is centered around psychological coping strategies for achieving the stoic stance.*
- *Society, for its part, develops strategies to transcend the adversity of and eventual casualty; in this instance, maternal death.*

Implicit in the above is a perception that childbearing is analogous to a battle, and in battles there are always going to be casualties. It becomes the duty of women, in the interests of continuing the lineage, to accept stoically the burdens [and sometimes the pleasures] of childbearing. So maternal mortality, long experienced by families and communities, becomes a part of the normal functioning of West African societies. Furthermore, since maintaining the lineage becomes the primary purpose of childbearing it follows that fertility becomes a virtue to be celebrated, and infertility something to be denigrated and shunned.

This then is the framework of values, norms and expectations within which 'modern' attempts to reduce maternal mortality have to function. And, not surprisingly, the attempt to introduce new medical solutions have rarely been successful because they do not take account of the extant socio-cultural conditions. As Diallo observes, 'along the path all the factors that contribute to maternal health are interrelated, and a viable programme has to take these into consideration for strategies to be effective. It is therefore essential not to omit the root causes'.

It is a pity that the warning contained in this quotation from Diallo has not been much heeded by those developing HIV prevention strategies. Too often, if they have taken culture into account at all, and often they haven't, they have interpreted culture as 'cultural practices' which is not at all the same thing. While such practices as ritual cleansing or circumcision have a role in HIV transmission, and changes are desirable, they are more or less insignificant in the total picture of HIV transmission where 80-90 percent of infections are sexual. There is little or no evidence of sustained behaviour change in Africa, which has been the primary aim of more or less all HIV prevention programmes. But is it surprising that this is so if the analysis given above is anything like a picture of reality ?

Norms, values and behaviours are deeply embedded in society and generally change, but slowly. Thus women are expected to endure pain in childbearing and to die in large numbers in the supposed interest of the group [lineage]. They are expected to submit to the sexual demands of their spouses under conditions which will maximise fertility. Being fertile is for women in such societies a badge of honour, a source of status and position within the family, the extended family, and the village. How could one ever have imagined that changing such fundamental elements in ways that change social positioning was feasible through the kinds of interventions so typical of HIV policies and programmes? In this world where so much is culturally determinate it was always unlikely that providing information on HIV and urging men to use condoms would fall on deaf ears and be generally ineffective.

But culture is not constant, and can change. So the object of policy is to understand it and to try to work with the forces which are changing norms, values and behaviours. In the hope that leaning into the wind [going with and supporting change] will at least be going in the right direction. It may not. There is some evidence from East Africa that the high HIV-related mortality amongst women is leading among men to scapegoating which blames women for the epidemic. This has to be countered, for it is simply untrue. All the evidence supports the proposition that most women, certainly married women, are infected by men and that it is men's behaviour which has to change. But this is Catch 22 yet again: men's sexual and other behaviours are culturally determinate and can be changed only slowly, if at all. But change it must for lineages to survive and communities to prosper. For men, as for women, the present state is non-sustainable —both are dying unnecessarily because of HIV and AIDS. Where there are only gainers and no losers from social and cultural change then surely there can be hope and something for policy makers and programmes to work with?

Conclusions

This is not the kind of paper which lends itself to simple conclusions. It has been more of an exploration of ideas than a formal presentation, with observations [hopefully well-founded] as and when they appeared apposite. The authors feel strongly that descriptions of problems do matter and the terms that are used that become common parlance are also important. Too much of policy and too many programmes have not heeded the warning at the outset of this paper —they have not '*started from where we're at*' but from '*where we are at*'.

Therein lies the source of much of the difficulty and the apparent weakness of many well-intentioned actions by many people. This is not confined to HIV-related activities, and other critical areas of public policy have been similarly accused. Thus Chambers, surely the best grounded and most perceptive writer and practitioner, has argued that the *praxis* of development requires major changes in approach. 'If

poor people's realities are to come first, development professionals have to be sensitive, to decentralise, and to empower, enabling poor people to conduct their own analysis and express their own multiple priorities'. Those working on HIV and AIDS have been slow to heed Chambers' advice and many of our problems have their origins in our own practice.

Nowhere is this more evident than in our understanding and our responses to the problems faced by women in Africa. There have been too many preconceptions and too many preconceived answers. Our analysis of problems and of the day-to-day reality of the lives of most women have been largely based on what we believed and what we thought possible. In doing so, we often closed out possibilities for social change and, in doing so, have disempowered those who most need our understanding and support. Women can be 'the dynamic promoters of social transformation that can alter the lives of both women and men' (Sen 1995: 105) but, as argued above, there are 'no individual solutions'. Men have to be active agents of social change as well as women, for unless this is so, then women-only strategies can, at best, be only partial and short-lived solutions.

Bibliography

- BANURI Tariq *et al.* 1994. *Sustainable human development: from concept to operation*. New York: UNDP.
- CHAMBERS Robert. 1994. *Poverty and livelihoods: whose reality counts?* London: Intermediate Technology Publications.
- DIALLO Boucacar. 1991. *A Tora Mousso Kele La: a call beyond duty -often omitted root causes of maternal mortality in West Africa*, New York: UNDP/HIV and Development Programme (Issues Paper No.9).
- HOPE A.S. Timmel and HODZI C. 1995. *Training for transformation*, Gweru, Zimbabwe: Mambo Press.
- JOY Leonard and BENNETT Sherrin. 1995. *Process consultation for systemic improvement of public sector management*, New York: MDGD - UNDP.
- MURPHY Dervla. 1994. *The Ukimwi road: from Kenya to Zimbabwe*, London: Flamingo/Harper Collins.
- MWADI Aimée. 1995. "The power to silence us", in Elizabeth REID (ed), *HIV and AIDS: the global inter-connection*, West Hartford: Kumarian Press: 131-135.
- SEN Amartya. 1995. "Agency and well-being: the development agenda", in Noleen HEYZER (ed), *A commitment to the world's women: perspectives on development for Beijing and beyond*, New York: UNIFEM.
- WHO. 1996. *The World Health Report 1996*, Geneva: WHO.

C. Desmond COHEN and Elizabeth REID, *The vulnerability of women: is this a useful construct for policy and programming?*

Summary — At the core of the dominant explanation of HIV infection amongst girls and young women is the concept of ‘vulnerability’. It is argued that women are vulnerable to HIV for cultural, social, economic and physiological reasons such that changing these conditions will affect in significant ways the levels of HIV infection. The paper proposes that both the modelling of HIV transmission and policies and programmes which are based on the concept of vulnerability are too simplistic. That this approach fails to capture the complexity of the relationships between men and women. A brief exploration of some of the neglected factors and evidence throws doubt on the conceptual base of ‘vulnerability’ as a construct. In conclusion the paper calls for analytical structures which are both more complex and based on the reality of women’s lives.

Keywords: vulnerability • women-focused strategies • social change • valuation of women • well-being agenda • culture • social norms/values • maternal mortality.

C. Desmond COHEN and Elizabeth REID, *La vulnérabilité des femmes : est-ce une bonne base pour une politique et une planification ?*

Résumé — Au cœur de l’explication dominante de l’infection à VIH chez les filles et les jeunes femmes, on trouve le concept de la vulnérabilité. On affirme que les femmes sont vulnérables au VIH pour des raisons culturelles, sociales, économiques et physiologiques. Changer ces conditions affecterait de manière significative les niveaux de l’infection à VIH. L’étude avance que la modélisation de la transmission du VIH, aussi bien que les politiques et les programmes fondés sur le concept de vulnérabilité, sont trop simplistes ; que cette approche n’a pas réussi à saisir toute la complexité des relations entre hommes et femmes. Une brève exploration de certains facteurs négligés a manifesté des doutes quant à la base conceptuelle de la “vulnérabilité” comme une construction. Enfin, le document invite à proposer des structures analytiques à la fois plus complexes et davantage fondées sur la réalité des vies des femmes.

Mots-clés : vulnérabilité • stratégies visant les femmes • changement social • valorisation de la femme • bien-être • culture • normes et valeurs sociales • mortalité maternelle.

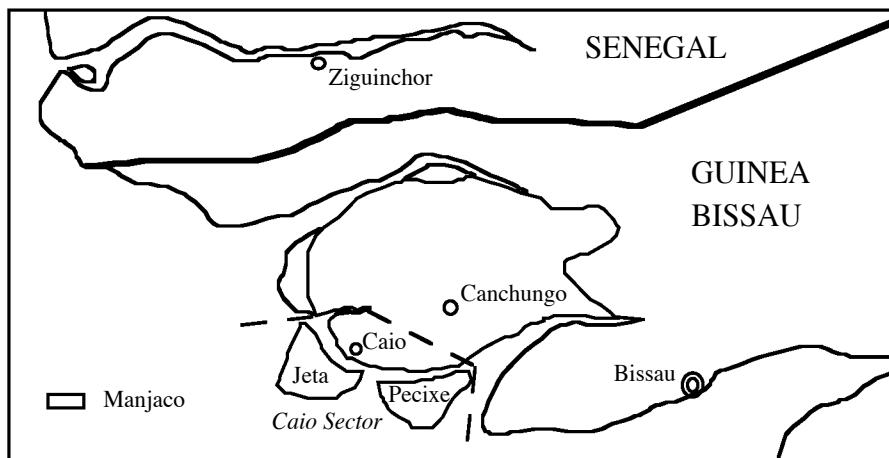
22. Village women as town prostitutes: cultural factors relevant to prostitution and HIV epidemiology in Guinea-Bissau

Margaret Buckner

Introduction

Prostitutes are one of the most frequently cited groups at risk for AIDS in Africa and elsewhere. Working in major population centers and at busy crossroads, and generally highly infected with the HIV virus, they are often held responsible, at least partly, for the propagation of HIV infection. Numerous publications describe their reported sexual behavior and offer statistics relevant to HIV epidemiology. Studies of prostitutes abound, but are generally city-based, and women are selected solely because they practice prostitution. Ethnic background, geographical origin, family situation, and personal circumstances are usually mentioned briefly, if at all. Sometimes the only common denominator for these women is that they work as prostitutes, and that term itself refers to a wide range of practices.

Map 1: *The Caio Sector*



In this village-based study, the proverbial horse and cart are inverted. The women are considered first and foremost as members of their families, village, and culture, and only secondarily as having

opted for prostitution as a means to earn cash. Most women born in the study area remain there, following a more or less traditional way of life. Yet, for various reasons, some leave to work as prostitutes in Bissau, Ziguinchor and other population centers of Guinea-Bissau and Casamance, sometimes venturing as far as Banjul.

This study is especially relevant for three reasons. First, the women involved practice a particular type of prostitution, one that is traditional, is based in or near residential neighborhoods of cities, and serves working-class clients, as opposed to the more modern elitist type of prostitution which targets wealthier clients of hotels, bars and night clubs. Second, the women from this village and its two neighboring islands account for up to a third of the prostitutes working in Ziguinchor, and probably over half of those working in Bissau. Third, this small section of Manjako territory is virtually the only one which produces prostitutes; the rest of the Manjako region, though of similar language, general culture, history, and economic activities, furnishes few if any prostitutes.

Various surveys have shown that a significantly high proportion of prostitutes working in Bissau and in Ziguinchor come from Caio Sector on the coast of northwest Guinea Bissau. Records at the Ziguinchor STD clinic, where prostitutes report for regular check-ups, showed, in 1990, that, out of over 300 of them, about 40 percent were of Guinea Bissau origin.¹ Of these Guinea-Bissau women, over 80 percent were of the Manjako ethnic group (who make up less than one-tenth of the total population of Guinea Bissau), and, of these, the large majority came from Caio Sector, which includes the village of Caio and the neighboring islands of Jeta and Pecixe.² Furthermore, though information on prostitutes in Bissau is spotty and inconclusive, it tends to show that the majority of women working in the traditional core prostitute area of Bissau are Manjako from Caio Sector. Antonio Carreira was explicit: "Single [Manjako] women sought out the important urban areas [...] where they devoted themselves to prostitution. [...] Young Manjako girls from the central region [...] rarely entered prostitution and did so only in isolated cases. Those of the islands (Pecixe or Jeta [Caio Sector]) practiced it in an almost collective way" (Carreira 1960: 781).

Since prostitutes in Ziguinchor showed a high rate of HIV-2, reported to reach 38 percent,³ and since so many of them came from Caio, the Medical Research Council (London) initiated a research project there in order to investigate HIV in this isolated, rural community. The resulting two-year study (1989-1991) revealed an infection rate among the general adult population of approximately

¹ Dominique Ricard, personal communication, and records from the Ziguinchor STD's clinic (Centre MST). Thanks to Senegal's National AIDS Program, Prof. Souleymane Mboup, Dr. Diop and Francisco Manga for making those records available. See Kanki *et al.* (1992).

² Dominique Ricard, personal communication, and records from the Ziguinchor STD's clinic.

³ Thirty-six percent, according to Kanki *et al.* (1992).

8.5 percent, almost exclusively HIV-2 (Wilkins *et al.* 1993), a rate comparable to that found in the capital city, Bissau. (Poulsen *et al.* 1989)

The project was then extended for two more years in order to study the types of risk behavior that could account for the high rate of HIV-2 in this rural area, and, in particular, to investigate the possible role of prostitution. Most of the findings presented here stem from fieldwork carried out during this second phase of the MRC project (1991-1993).

Research on this subject was guided by two questions. First, what circumstances push some women to leave the village to work as prostitutes, while most do not? Second, why does Caio Sector export prostitutes, while other Manjako areas do not? The answer to these questions can only be found by investigating social, cultural, and historical factors which influence women in their choice to enter prostitution, such as marital customs, kinship, residence groups, ricefield inheritance, age-sets, religious beliefs, and emigration. The present paper deals primarily with the first question, immediate factors in an individual woman's life which lead her to work as a prostitute. Sociological reasons which may account for the predominance of women from Caio Sector among prostitutes in Bissau and Ziguinchor will only be briefly outlined here, since they will be treated in a forthcoming article which explores more completely the cultural institutions which distinguish Caio Sector from the rest of Manjako territory.

The Manjako, whose language belongs to the West Atlantic group,¹ inhabit Guinea-Bissau's northwestern Cacheu Region, characterized by lowlands rimmed by tidal inlets and mangroves, dotted with ricefields and palm groves. The main diet is rice supplemented by fish. Cashews and palm oil are cash crops. A significant proportion of men seek work abroad, mainly in Senegal, France, and Portugal.

The approximately 8,000 inhabitants of Caio proper live in a series of twelve wards which stretch out over eight kilometers. Though the three most populous wards form a sort of town which serves as the administrative center of Caio Sector, most of the inhabitants maintain a traditional village lifestyle. Traditional beliefs in earth spirits and ancestor cults are very strong; conversion to Catholicism and Islam has been negligible.

Over 220 Caio women who were working or had worked as prostitutes were interviewed discretely and privately, in the Manjako language, in Bissau, Ziguinchor, or Caio. Besides these interviews carried out with known prostitutes, a history of prostitution was uncovered for another twenty women during a village marriage survey, when they volunteered the information. We also had access to the records of 80 women from Caio who had attended the Ziguinchor STD clinic; half of these women were also interviewed.

Several village-wide surveys were also undertaken, including an annual census, marriage surveys, and genealogies, resulting in an

¹ For an interesting account of the Manjako in the Canchungo area, see Gable (1990). The Manjako language has been studied by J.-L. Doneux (1975).

enormous amount of background information on Caio residents, including prostitutes and their families. At the same time, anthropological research was carried out to understand the cultural traditions and social organization of the village.

The work

The type of prostitution Caio women practice can be described as discreet, non-exhibitionist, traditional, and popular. The woman sits quietly in front of the room where she works, typically in a residential area, and waits for a client to approach her. The sex-for-money exchange takes approximately fifteen minutes. On a slow night the woman may go to a nearby working-class bar to attract clients and bring them back to her room. In 1992, the price the women in Bissau charged each client was 7,000-15,000 pesos, the equivalent, at that time, of around 5 - 10 French francs (US \$1-\$2). In Ziguinchor, the average price was 500 CFA (before the devaluation). Younger women tend to charge more than older ones. For Bissau, it is safe to suggest an overall average of 5-10 clients per prostitute each night she works. Women under 35 years of age reported 10-20 clients per night, women between 35 and 50 years of age reported 5-12, and women over 50 reported around 5. Our observation showed that the women tended to report their maximum rather than their average number of clients.

Not much is known about the clients of these women. The exchange is very brief, and takes place in silence and in darkness. The women themselves, let alone casual observers, cannot judge the ethnic group (the lingua franca, Portuguese Kriol, is used for the few words spoken), nor the age, nor the social characteristics of their clients. Possible reasons for the seeking of prostitutes, and especially for the relatively low age of clients (20s) include: postpartum abstinence, gender imbalance in Bissau, and the late age of marriage for men.

Of the approximately 200 women for whom we have the information, about one-third reported having worked in Bissau but not Ziguinchor, one-third in Ziguinchor but not Bissau, and one-third in both Ziguinchor and Bissau. The oldest women are less likely to have worked in Ziguinchor. An equally large number (76) have worked in Canchungo, the crossroads for the Caio-Bissau-Ziguinchor triangle, but just seven have worked only in Canchungo. Fifteen women have worked in Bafata, in eastern Guinea-Bissau (on the truckers' route from Dakar to Conakry), and five each reported having worked in Banjul and Dakar. Women from the island of Pecixe tend to work only in Bissau, though we found three young women from Pecixe in Banjul. I should point out that the women do not work as prostitutes in their home village.

Almost half of the women reported having worked for five years or less; they have since returned to the village to marry and have children. One quarter worked for six to ten years, and one quarter for over ten years, including 15 who have reportedly worked for over 20. As one would expect, the older the woman, the longer she has worked

in prostitution. Also as one would expect, retired prostitutes have worked for shorter periods than the active ones. The length of time spent in prostitution is sometimes but not always linked to the reason why the woman left to work in the first place.

A woman is free to choose where she works, the days and hours she works, and which and how many clients she receives. She may work a few nights per week, or a few months of the year, according to financial need and her own inclinations. Once she has paid the rent, either for a room in a brothel rented nightly, or a room in a residential house rented by the month, she keeps all her profits, and decides herself how to spend her earnings.

The women who work as prostitutes are not at all marginalized, and, except for their evening job, lead 'normal' lives. During the day they are indistinguishable from their neighbors, washing clothes and cooking for their children. At night, if the room in which a woman lives also serves as workplace at night, a bed is set up in a section of the verandah, or in a part of the room closed off by hanging up a blanket. It is also common for children to live and eat meals with the prostitute mother or aunt during the day, but sleep at the home of a friend or relative who lives nearby while the prostitute receives clients.

Women from Caio who work as town prostitutes form a very cohesive group, considering themselves 'colleagues' on the model of age-sets. They are in constant communication with each other, no matter where they are. When one is ill, others help her with housework and children. They let each other use their rooms during absences. They attend one another's funerals and religious ceremonies.

The women

Several generalizations can be made about Manjako women from Caio Sector who work as prostitutes. First, the average age of practicing prostitutes is approximately 41 years. There are very few women under 25 years of age who practice prostitution, and there are several who are still practicing at 60. It is fairly easy to estimate the ages of prostitutes from Caio Sector thanks to the age set system found there. A new age-set is formed approximately every four years, and individuals remain in the same age set for life. Thus it is possible to chart out, by dating births using historical events and extrapolation, the approximate ages of members of the different age sets. For this paper, I have used the median year of birth of a woman's age set to determine her approximate age.

Prostitutes from Caio are older than women practicing other styles of prostitution in bars and nightclubs of Bissau and Ziguinchor, and are also older than prostitutes in neighboring countries. The following table and graph shows the distribution by age group of active prostitutes participating in studies in four different localities.

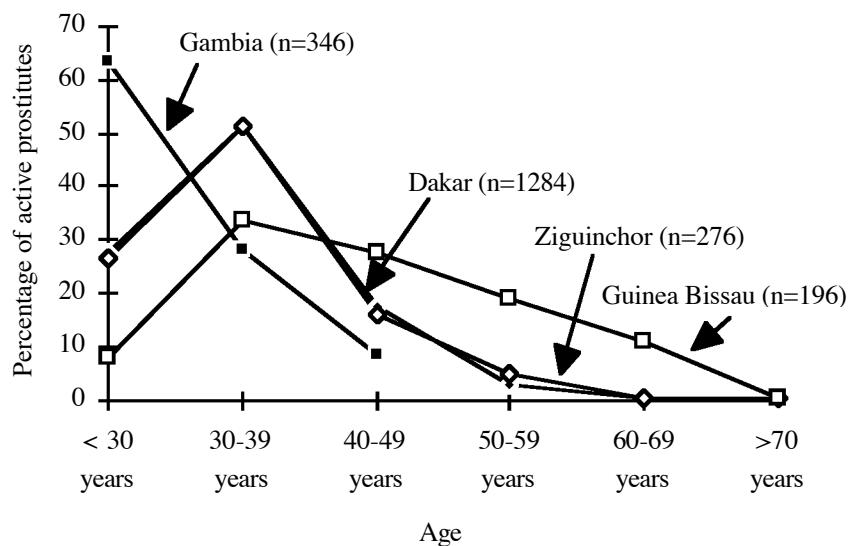
Dakar and Ziguinchor show almost identical curves (Kanki *et al.* 1992). Gambia shows a very young age for most of the women: 63.3 percent are under 30 years of age (Pepin *et al.* 1991). In Guinea-Bissau, in contrast, there are more older prostitutes than very young

Table 1: *Number and percentage of active prostitutes in some West African areas*

| | Dakar (n=1284) | | Ziguinchor (n=276) | | Gambia (n=346) | | Guinea Bissau (n=196) | |
|-------------|-------------------|------|-----------------------|------|-------------------|------|--------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| < 30 years | 352 | 27.4 | 74 | 26.8 | 219 | 63.3 | 16 | 8.2 |
| 30-39 years | 660 | 51.4 | 141 | 51.1 | 98 | 28.3 | 66 | 33.7 |
| 40-49 years | 227 | 17.7 | 45 | 16.3 | 29 | 8.4* | 54 | 27.5 |
| 50-59 years | 40 | 3.1 | 14 | 5.0 | 0 | 0 | 37 | 18.9 |
| 60-69 years | 5 | 0.4 | 1 | 0.4 | 0 | 0 | 22 | 11.2 |
| >70 years | 0 | 0 | 1 | 0.4 | 0 | 0 | 1 | 0.5 |
| Total | 1284 | 100 | 276 | 100 | 346 | 100 | 196 | 100 |

* In the data from The Gambia, the age category was 40-70 years.

Graph 1: *Percentage of active prostitutes in some West African areas*



ones (but it should be recalled that the sample of Guinea-Bissau prostitutes includes only those from the Caio Sector, and is thus not representative of all active prostitutes working in Bissau).

The women come from all social backgrounds, from both so-called noble and commoner clans. They can be priestesses, or sisters,

mothers, daughters, wives or widows of important men. Only a very few of the youngest women have had any schooling, and that was limited to a few years of primary school. However, it should also be noted that the level of literacy in Guinea Bissau is generally extremely low, so in this trait prostitutes do not differ from the rest of the society.

Prostitution 'runs in the family'. Almost half the interviewed prostitutes have at least one close relative who works or has worked as a prostitute. Sister- or mother-daughter teams are common. The father's daughter, or paternal half-sister, is the most common relative cited, probably because in this virilocal society daughters of the same father grow up together and are quite close; daughters of the same mother but different fathers would most likely grow up in different compounds. In one extreme case, five daughters of the same man have all worked as prostitutes.

Almost all have been married and/or have had children. Many of the women working in Bissau have the children of other family members besides their own living with them. They look after the children in their care, feed and clothe them, and buy medicine for them when they are ill.

The women usually maintain strong ties with their extended families in Caio. If their parents are still living, or if they have ricefields of their own, they usually return to the village for planting and harvesting. They often send home sums of money. They return to Caio for family funerals and weddings and participate in family decision-making and ceremonies. They do not neglect their deceased parents, taking care to perform the required rituals; they consult diviners and make offerings to earth spirits for their and their children's welfare. When sick, they return to Caio to seek traditional treatment. They also return to the village for important age-set activities, priest initiations, and other special events.

There is a Manjako term used to designate prostitutes, *na-tuk-ufuc*, which can be translated as 'one who runs with the wind'. Young women who practice prostitution are also locally referred to in Portuguese Kriol as *nomadas* because they usually move around a lot, and a common euphemism for saying that a girl is working in prostitution is to say that she is *em praça*, or 'in the plaza'. The negative connotations usually attached to the word 'prostitute' are not found in the local village context, where working as a prostitute is not seen as immoral. Village men often seek out women who are working in town as prostitutes to take them back home and marry them. When women who have worked as prostitutes return to Caio either for short visits or to remarry and remain, they are not stigmatized. Prostitutes' children suffer no social disadvantage; they have no trouble being accepted by peers or finding marriage partners.

However, becoming a *nomada* is considered shameful in cases in which the woman has left her father's or her husband's house illicitly without making the proper arrangements for repayment of bride service (discussed below), or if she has broken all ties with her family. Several of the younger women who fled in this way said their families did not know where they were. This type of behavior is very much

disapproved of, but more, it would seem, for the clandestine nature of the flight from home than for the practice of prostitution. The few women who refused to be interviewed had almost all fled in this manner and had not yet negotiated arrangements with their husbands or fathers.

Becoming a prostitute

Most of the women interviewed gave a marriage-related problem as their reason for leaving to work as a prostitute. Therefore, a brief look at traditional marriage customs in Caio is called for. A father may select a husband for his daughter, or a man his future wife, often when the girl is still very young. If both families are in agreement, the accord is finalized by libations and offerings of palm wine. From then on, the man is referred to as the girl's husband. Over a period of several years, he performs bride service; that is, he works for his father-in-law several days per year in the ricefields or at other tasks. When the girl reaches marriageable age (at least 18 or 19 years), the wedding ceremony may be held, and the bride moves into her husband's house.

An informal type of marriage also exists, in which the woman simply moves into the man's house. In this case, the husband and wife are usually of the same age-set, and have fallen in love during age-set initiation. If the girl's father accepts the union, the young man is accepted as her husband.

The Manjako words for 'husband' (*ayin*) and 'wife' (*aar*) are used regardless of whether bride service has been performed. Still, a woman's freedom to walk out of her marriage depends on whether or not her husband has performed bride service. If a woman wishes to divorce a husband who has performed bride service, she must reimburse him monetarily, or live with him long enough to bear him a child. She is often obliged to pay even if she has borne him children, especially if she intends to remarry. Sometimes divorce occurs before the actual marriage. If a girl refuses to marry the husband chosen by her father and who has performed bride service for her, she may pay off the man even before the marriage is consummated, and thus free herself to marry a man of her own choosing. Furthermore, if a husband who has performed bride service dies, his wife is 'inherited' by his successor, usually a brother or a maternal nephew. If a woman does not wish to marry her deceased husband's successor, she must reimburse him as she would her husband.

The reason most often cited for working as a prostitute was to earn the money to reimburse bride service, whether before or after the official wedding took place, or after the husband's death to reimburse his successor. Reasons for refusing to marry or stay married to a husband are numerous and varied. A very common one is that the girl has fallen in love with a young man her own age during age-set initiation; the girl pays off her official husband in order to marry her lover. In other cases, it is simply a question of incompatibility, which is

understandable given the often considerable age difference between husband and wife, and the fact that the girl may have no say in who her father chooses for her. Other women complained of mistreatment, of problems with co-wives, or of the husband's long absence, especially if he has migrated to France or Portugal. A few unique problems involved incest, sibling rivalry, or the husband's arrest.

About one quarter of the women said they originally left to work as prostitutes because their fathers did not arrange a marriage for them. In this case, the young woman is more or less free to decide her own fate, to take a lover, or to become a 'nomad'. Furthermore, some women choose to work as prostitutes simply as an alternative to marriage.

Most of the remaining reasons given involve economic need, though the need may be due to any of several factors. If the woman's husband dies and she is not inherited by his maternal kinsman, if her husband emigrates to France or Portugal and does not send support, or if her husband is too old to work or is incapacitated, she may be left to fend for herself and her children.

Finally, a few women said they left to work as prostitutes either because they were unable to conceive, or because their children died at a young age. Since this is considered a sign that the barren marriage was doomed to fail, due to some sort of spiritual retaliation, the woman is not required to pay back bride service.

Remaining a prostitute

No correlation was found between a particular marriage history and the length of time spent in prostitution. Many women first leave to work as prostitutes to earn the money to reimburse bride service, and once the required amount of money is earned and repaid, they return to the village to marry men of their own choosing and live normal married lives. Many women, however, choose to remain in town to continue to work as prostitutes even after bride service has been paid.

During many of the interviews, active prostitutes were asked whether they liked being a prostitute or whether they would like to return to Caio. Over half said that working as a prostitute was a good life and that they would not return to Caio, whereas a large minority said they would like to return to Caio if they could. Just as many older as younger women said it's 'the good life'. Reasons the women gave for wanting to stay *em praça* include earning money to buy clothes and live well, earning money to send home to the family, the difficulty of working in ricefields, a hearty dislike for marriage, and the opportunity to experience new places and meet new people. A few gave negative reasons for staying: fear of the earth spirits in Caio; fear of her husband or her father; fear of poverty for her children. On the other hand, other women gave reasons for wanting to leave the *praça*, which include: the desire to marry her sweetheart; the desire to live near her family; frequent illness and fatigue; lack of security in the *praça*; and too meagre earnings.

Women's accounts

Almost one hundred life histories were collected from women who were working or had worked as prostitutes. From these accounts, it is difficult to define a typical prostitute profile, since the circumstances which incite women to work as prostitutes vary greatly. Indeed, it is difficult to find two stories that are alike. The problem may be an arranged husband, or the lack of one. Some women practice because they want to, some because they have to (or so they say). Presented here are five accounts (translated from Manjako) in which women explain in their own words why they left the village to work in prostitution. These samples illustrate the diversity in the women's backgrounds, and the complexity of the factors involved.

1. (34 years old): "My husband worked for my father and carried out the wedding ceremony. Then I started causing trouble, and at night I hid from him because I didn't want to sleep with him. After a few days I ran away to Bissau, where I stayed for two years. Then my husband died, and his brother was supposed to inherit me. I refused categorically. My husband's brother called on my father and demanded that I pay him 2,000,000 pesos (1,200 French francs or US\$250), because his brother had spent a lot on me. My father told me to go live in the house of my second husband, but I absolutely refused. I agreed to pay him the money, and that's what led me to this kind of life. I worked in Ziguinchor and in Bissau for three years to earn the money and I paid it in full. Now I won't leave this kind of life, because thanks to this life I've been able to do many things. I'd like to stay here forever, because this way I can help my mother out [by sending her money], because she is old and can't work very much. And besides that, I wouldn't be able to go back home to live, because I wouldn't have anyone to give me the things I need in my life".

2. (54 years old): "It's very difficult to explain what led me to enter this kind of life. When my husband started to work for my father, I was only a child. When I grew up and was old enough to get married, my husband performed the wedding ceremony. I lived with him until we had a child, and then my husband went to France. I had many girlfriends who were working as prostitutes in Bissau, and after my husband had been away in France for a long time, I joined them there. When my husband returned from France, he called on my father [...], and my father sent for me in Bissau. When I arrived in Caio, my father asked me what had happened, and I answered him that I didn't like my husband, and that that's why I'd gone to the *praça*. [...] My husband said that if I didn't like him any more, I should pay him his due (*direito*): 1 pig, 400,000 pesos (250 French francs or US\$50), and a bottle of cane alcohol. And that was the end of the conversation. I returned to Bissau to continue working there so that I could pay off my husband. The next year I paid him what I owed him. My situation here is not constant. I'm always going to Bissau, Caio, Ziguinchor, and Dakar. I don't go to Caio every year, sometimes I just send money to my father. Now I can't leave this kind of life. It's thanks to this kind of life that I have come to know many things about life and about human beings".

3. (34 years old): "The situation here is difficult for me. I once had a husband, who spent a lot for my father, and for me, too. But my husband went to France [before the wedding ceremony], and stayed there a long time without sending me a single letter, so I went to Bissau. I can't say it's his fault, because at that time he hadn't yet performed the wedding ceremony, so I wasn't yet living in his house.

When my husband returned from France, I had already entered this kind of life. When I heard that my husband was in Caio, I thought that my father would tell me that I would have to get married that year. Then I got foolish and asked my girlfriend's advice. She told me I should run away to Bafata, and, with the little intelligence that I had, I decided to go to Bafata until my husband returned to France. Then I returned to Bissau. The next year, my husband came back to Caio, but he was sick, and he soon died. His younger brother wanted to inherit me. When I refused, he called my father to the spirit shrine to ask that his brother be paid his due (*direito*). He told my father that I had to pay 400,000 pesos (250 French francs, or US\$50), 1 pig, 2 liters of cane alcohol, and 2 bottles of brandy. Then my father sent me a letter explaining it all. I sent him a reply telling him to tell my husband's brother to wait one year and by then I would pay him, God willing. By working *em praça*, I earned the money and took it to my father, who then paid off my husband's brother. I never did live in my husband's house. I am a nomad; I go from place to place to earn my living. Since I entered this life, I've never spent more than 2 months in Caio, because I usually just send my father money, as well as clothes, shoes, etc; my mother died a long time ago. Now I have no one in Caio except my father".

4. (42 years old): "I had a husband who worked for my father. When he went to France, he sent money for his family to perform the wedding ceremony [in his absence], and they did. I went to live in my husband's house and stayed there for 2 years. Then my husband wrote [from France] saying he didn't want me. I decided to go to Bissau to live the good life (*a bela vida*). God helped me to have two daughters, but they have different fathers. My husband is still in France. While I was *em praça*, another man [from Caio] came to ask me to marry him, and I decided to leave the *praça* to go live with him in Caio. My [first] husband hasn't demanded any payment, since he's the one who didn't want me".

5. (50 years old): "Since I was born, I've never had a husband who worked for my father. When I grew to be an adult, I fell in love with A..., and we had a daughter. Since the love was soon over, I decided to go to live in the *praça*. While I was there, L... came to ask me to marry him, and to this day we are still together. I didn't stay long in the *praça*, because it was a kind of life I didn't like; I only went there because I had no other way to earn a living. [...] Since I moved in with L..., I've never gone back to Bissau to follow that kind of life".

Due to reasons which will not be developed here, it is probably safe to say that the women generally gave true accounts. Nevertheless, they likely often neglected to mention other hidden reasons, the importance of which was only discovered during an additional few months' fieldwork in Caio in 1996. If a young woman refuses to marry the husband chosen by her father, her father may enlist the local earth spirits to punish her if she returns to Caio or marries any other man. It is thus a sort of spiritual coercion which forces a young woman to submit to her father's will or to leave her home permanently, and, in the latter case, prostitution is a viable option.

The accounts show that bride service is an important but not a deciding factor. Though repayment of bride service is often cited by prostitutes as their reason for leaving, it is also true that most women in Caio who divorce repay bride service without working as prostitutes; it is possible to earn the money by other means, such as selling palm oil, cashew wine, or kola nuts, or other family members may contribute to the repayment. Furthermore, many women become prostitutes though

they do not pay back bride service, or remain in prostitution long after bride service has been repaid.

Finally, like bride service, economic need is an important but not a deciding factor. Though many women said that they left to work as prostitutes because of financial need on the death or emigration of their husband, the majority of widows or women abandoned by their emigrant husbands do not resort to prostitution; most are taken in and/or aided by relatives.

Why prostitutes come from Caio

The accounts given by the women explain the circumstances which incited them to enter prostitution, and in many cases, to remain there. On a different, sociological level, other factors may help to explain why Caio Sector supplies such a large proportion of the region's prostitutes, as opposed to the rest of the Manjako region, or indeed, the rest of the Guinea Bissau. Various cultural and historical features which may or may not be found in other parts of Manjako land combine in Caio, Jeta, and Pecixe to form a particular constellation which seems to accommodate, facilitate, and sometimes even encourage, prostitution. Since these factors are too complex to be described here in detail, they will only be briefly outlined.

First, the custom of some sort of bride service is or was common among the Manjako, as well as among other related ethnic groups, though the modalities vary. In other Manjako areas, bride service died out long ago. I was told that among the Mancanhe, bride service is performed for a woman, but if she doesn't wish to marry the man, a sister or other female relative marries him in her place. In other areas, if a girl refuses to marry the husband chosen for her, it is her father or entire family who must reimburse him for his labor. It is perhaps only in Caio that the girl herself is responsible for the payment if she refuses the marriage, a situation which may lead her to work as a prostitute.

Second, while the rest of Manjako territory has shifted to a patrilineal system, kinship among the Manjako of Caio Sector is based on matrilineal clans. Though a form of patrilineal inheritance also exists, titles, ritual functions, and, in general, the control of ricefields pass through the maternal line. The successor to a residential headman will be his sister's son. Thus, whether or not a woman has an official husband will not hurt her offspring's chances to matrilineal succession or inheritance of wealth. This system of succession and inheritance ensures that the children of prostitutes are neither socially nor economically disadvantaged, and that women, including prostitutes, maintain their importance in decision-making and family functions.

Third, the age-set system found in Caio Sector is not present in any other Manjako area except Calequisse. Every four years or so, the group of 15- to 19-year-old youths and 12- to 16-year-old girls begin a series of traditional rites and activities through which they form an age-set (*uran*). After approximately four years, this age-set is promoted, and the cycle starts over again for a new age-set. Engaging

in sexual relations is not condoned among 'colleagues' of the same age-set during this initiation period, but girls and boys often fall in love with each other. If the girl is not already betrothed, and if her family approves, the couple can marry. But if the girl already has a 'husband' who is performing bride service for her, a contest of wills ensues between father and daughter. If neither gives in, the girl may resort to prostitution to repay her husband's bride service in order to marry her lover. In short, the four-year initiation period characteristic of this age-set system, during which young people spend much time in close proximity, may encourage couples to form, which in turn leads daughters to contest their fathers' choice of a husband, and thus to her becoming a prostitute.

Fourth, religious beliefs play an important role in a woman's decision to enter and/or to remain in prostitution. As I mentioned earlier, the earth spirits of Caio are called upon by men to punish disobedient daughters. The spirits may also express their displeasure with a woman's behavior by causing infant death. Undercurrents of threats and retaliation involving witchcraft, the ancestors, earth spirits, and other invisible entities flow freely in Caio. If a woman is accused of witchcraft, or is threatened with death if she remains in Caio, she may be forced to flee for her life, and prostitution is a viable option. Though all Manjako share basic beliefs in earth spirits, ancestors, etc, the spirits' 'personalities' vary, as well as the modes of interpreting them. I was told that during the last grand circumcision ritual in Calequisse, which takes place every 25 years or so, the spirits issued a new law forbidding prostitution among its women, on pain of death. (Eric Gable, personal communication). This is all the more interesting in that Calequisse shares many features of the Manjako of Caio, and yet prostitutes from Calequisse are unheard-of.

Fifth, the Manjako land have long shown a history of out-migration. From the first arrival of foreign colonialists, the Manjako have sought to profit from new economic opportunities, and very early on were known for working in the service trades and as cooks and deck hands on ships. Male emigration is rampant, especially to population centers such as Bissau, Dakar, Lisbon, the port cities of France, and more recently, Paris.¹ A husband's continual absence, especially if he sends neither letters nor money, is bound to affect the durability of a marriage. Coincidentally, as the cash economy grew, Manjako women also began to seek paying jobs as maids and laundry-women, and, some, as prostitutes.

Furthermore, emigration has resulted in a lack of local manpower, which in turn has led to the deterioration of the dikes which protect the ricefields from sea water. Actually, the problem originated during the war for independence (late 1960s-early 1970s), but it has been aggravated by emigration. The number of arable rice paddies has in some areas been halved and continues to decline, and locally grown

¹ For an account of Manjako out-migration see Amadou Moustapha Diop (1981, 1996).

rice no longer suffices to feed the village. Local inhabitants, especially women, must therefore look elsewhere for a means to feed their families. And in Caio Sector, especially, opportunities for earning cash are very limited.

Finally, besides long-term emigration, the Manjako are very mobile. Men and women are constantly traveling, making short trips to various destinations for various reasons, including family visits, funerals, commerce, religious ceremonies, medical treatment, and school. When the 1993 census was taken, almost 20 percent of Caio residents were listed as being away from home. A survey of 200 individuals of all ages in twenty households showed 725 total trips per year, or 3.6 trips per person, lasting from a few days to several weeks. The major destination was Bissau (44 percent), followed, in order, by Canchungo, other villages in Caio Sector, Casamance (which usually means Ziguinchor), other places in Guinea Bissau, the Gambia, and Dakar. The fact that more trips were made to Bissau than to near-by villages is perhaps important for HIV epidemiology.

Thus, Caio, within the Manjako territory as a whole, has a unique combination of cultural traits and historical factors, including bride service, matrilineal succession, age-set system, religious beliefs, a history of out-migration and high mobility. Though it cannot be said that this particular combination determines prostitute behavior, it has at least allowed the phenomenon to develop and thrive.

Conclusions — or caveats?

I would like to conclude with the following remarks. First, it is unwise to treat prostitutes as a more or less homogenous sub-culture. Rather, women of different social and cultural backgrounds engage in this economic activity in one of its many forms and for various reasons. A case in point, is the type of prostitution traditionally practiced by Manjako women from Caio Sector, and described in this paper. However, a second, more modern, 'elite' type of prostitution also exists in Bissau, in which women actively search for clients in downtown bars, discotheques, and hotels. They seek men of a certain financial status, including government workers, businessmen, and foreigners, and proceed for 'work' to a hotel room or other place of the client's choosing. The women are much younger, sometimes in their teens, are of various ethnic groups (rarely Manjako), seem to be economically better off (wear nice clothes and make-up), and have fewer clients but charge them more, up to 50,000 to 100,000 pesos (30-60 French francs, or US\$6-\$12). This type of prostitution is quite visible and usually attracts the attention of the foreign observer, while the more traditional, popular type found in residential neighborhoods may go unnoticed. Yet the differences between these two types of prostitution and their respective clienteles could be important for HIV epidemiology and AIDS intervention.

Second, even when women share a common cultural background, they may practice prostitution for different reasons and with different

causes. In the village of Caio, where the cultural fabric is more or less homogenous, in-depth research carried out on the lives of individual women pointed to at least a dozen 'typical profiles'.

Third, unless the entire life history of women who practice prostitution is considered, one may be tempted to draw erroneous conclusions. The present study originated because a high rate of HIV infection was found in a village which also has a high rate of HIV-infected prostitutes. The logical assumption would be that prostitutes bring the virus back to the village. But a closer look shows that retired prostitutes probably do not infect their husbands. And given the high rate of mobility in Caio, it seems likely that men who travel often to Bissau pick up the infection there, possibly from prostitutes. If this is indeed the case, areas adjacent to Caio with similar travel habits would probably show the same rate of HIV infection, with the significant exception of the returned prostitutes themselves.

This paper has sought to describe a particular kind of prostitution and to suggest a variety of cultural factors which may account for its practice. It is clear that there are no simple explanations for the high number of prostitutes from Caio Sector. Instead, different factors at different explanatory levels are in play, a combination of unique personal circumstances against a particular background of cultural traditions and historical processes.

Bibliography

- CARREIRA Antonio. 1960. "Região dos Manjacos e dos Brâmes (alguns aspectos de sua economia)", *Boletim Cultural da Guiné Portuguesa*, XV (60): 735-784.
- DIOP Amadou Moustapha. 1981. *Tradition et adaptation dans un réseau de migration sénégalais : la communauté manjak de France*, Paris: EHESS. (Thèse de 3^e cycle). —— 1996. *Société Manjak et migration*, sl (Paris), chez l'auteur : 219 p.
- DONEUX Jean-Léonce. 1975. *Lexique Manjaku*, Dakar: Centre de Linguistique appliquée de Dakar. (Les langues africaines au Sénégal, n° 63).
- KANKI Phyllis, M'BOUP Souleymane *et al.* 1992. "Prevalence and risk determinants of Human Immunodeficiency Virus type 2 (HIV-2) and Human Immunodeficiency Virus type 1 (HIV-1) in West African female prostitutes", *American Journal of Epidemiology*, 136 (7): 895-907.
- GABLE Eric. 1990. *Modern Manjaco: the ethos of power in a West African society*, Ph.D. Dissertation, University of Virginia.
- PEPIN J., DUNN D., GAYE I. *et al.* 1991. "HIV-2 infection among prostitutes working in the Gambia: association with serological evidence of genital ulcer diseases and with generalized lymphadenopathy", *AIDS*, 5: 69-75.
- POULSEN A, KVINESDAL B, AABY P. *et al.* 1989. "Prevalence of and mortality from Human Immunodeficiency Virus type 2 in Bissau, West Africa", *Lancet*, i: 827-831.
- WILKINS A., RICARD D. *et al.* 1993. "The epidemiology of HIV infection in a rural area of Guinea-Bissau," *AIDS*, 7: 1119-1122.

Margaret BUCKNER, *Village women as town prostitutes: cultural factors relevant to prostitution and HIV epidemiology in Guinea-Bissau*

Summary — This paper looks at women from an isolated rural community in northwestern Guinea Bissau who work as prostitutes in towns and cities of the region. After a description of the particular type of prostitution these women practice and characteristics they share, reasons for becoming and remaining prostitutes are examined, and illustrated by actual life histories. Finally, cultural and historical factors are outlined which may account for why this particular community supplies so many of the region's prostitutes.

Keywords: prostitution • HIV-2 • Guinea-Bissau • West Africa • *Manjako* • cultural factors • marriage • life histories.

Margaret BUCKNER, *Villageoises prostituées en ville : facteurs culturels ayant un rapport avec la prostitution et l'épidémiologie du VIH en Guinée Bissau*

Résumé — Cette étude s'intéresse à des femmes originaires d'une communauté rurale isolée du nord-ouest de la Guinée Bissau, qui travaillent comme prostituées dans les villes de la région. Après une description du type particulier de prostitution que pratiquent ces femmes et des caractéristiques qu'elles partagent, les raisons qui les ont poussées et maintenues comme prostituées sont examinées et illustrées par des histoires actuelles de vie. Enfin, on souligne des facteurs culturels et historiques qui expliquent pourquoi cette communauté particulière fournit autant de prostituées dans cette région.

Mots-clés : prostitution • VIH-2 • Guinée Bissau • Afrique de l'ouest • *Manjako* • facteurs culturels • mariage • histoires de vie.

23. Mode et sexualité : la “bonne conduite” à l’épreuve de la mode chez les adolescents du Buganda

Pierre Huygens

Introduction

En août 1992, l’étude de la dynamique de la transmission du VIH1, de l’histoire naturelle des maladies associées au VIH et le contrôle de l’épidémie constituaient les objectifs principaux du “Medical Research Programme on AIDS” (MRPA), en Ouganda. L’étude de base du programme a porté sur une population de 10 000 personnes interrogées et testées pour le VIH depuis 1990 par le *Medical Research Council* et le *Uganda Viruses Research Institute* (MRC/UVRI). Cette population se répartit dans une quinzaine de villages situés dans le district de Masaka, à deux heures de voiture de Kampala, capitale de l’Ouganda. La majorité des participants sont Baganda (70 %) ; ils vivent en habitat dispersé ou dans de petits centres commerciaux, et cultivent surtout la banane plantain et le café.

L’étude présentée ici résulte d’un essai critique préalable au cours duquel notre groupe de recherche¹ a comparé l’efficacité des différentes méthodes utilisées par le programme pour étudier les comportements sexuels. Cette question paraissait en effet importante à élucider en vue de mieux comprendre ce qui biaise les réponses et d’aider ainsi les chercheurs à mieux formuler leurs questions, à sélectionner leurs enquêteurs et à définir les stratégies d’enquête. Les résultats de l’étude ont été publiés ailleurs (Huygens *et al.* 1996) et montrent que les réponses des participants sont influencées par le contexte de l’interview, le modèle de recherche, les concepts utilisés par l’enquêteur et des facteurs d’ordre personnel liant les participants à l’enquêteur.

A la suite de cet essai critique, la question suivante s’est posée : l’influence exercée par le modèle de recherche et par la personnalité de l’enquêteur sur le discours que les participants s’autorisent en matière de sexualité ne peut-il, tout simplement, être ramenée à des questions d’ordre moral ? Autrement dit, l’éthique implicite du modèle ou de l’enquêteur suscite-t-elle, chez les participants, des prises de positions diverses, qu’il s’agirait d’identifier ? Cette question paraît cruciale dans le contexte d’un programme de prévention du sida,

¹ Ce groupe de recherche était composé des docteurs T. Barton et J. Seeley, de Mme Kajura et de P. Huygens.

puisque la promotion de comportements à moindre risque dépend de la réponse. En effet, si les attitudes que rapportent les individus au sujet de la sexualité reflètent, en fin de compte, la position morale qu'ils désirent se voir attribuer et que celle-ci varie en fonction de la manière dont ils perçoivent l'éthique de leur interlocuteur, le risque est grand de voir le dialogue se concentrer sur des comportements supposés plutôt que manifestes. Si tel est le cas, l'identification des comportements sexuels à risque et la recherche de solutions personnalisées aux risques de transmission du VIH sont illusoires.

Le choix des adolescents comme population de l'étude s'explique initialement par l'importance de promouvoir des comportements sexuels à moindre risque chez des individus qui débutent leur expérience sexuelle. En effet, les résultats des études réalisées par le MRC dans la population générale montrent que l'âge médian aux premières relations sexuelles est de 15 ans pour les filles et de 17 ans pour les garçons. En outre, les taux d'incidence du VIH indiquent que c'est à partir de 15 ans, et même moins chez les filles, que les risques d'infection deviennent vraiment sérieux. Par conséquent, pour évaluer les enjeux du changement de comportement sexuel dans cette population, il s'agit d'abord de comprendre à quel point la sexualité est importante pour la construction de l'identité sociale (les implications sociales, culturelles et cognitives de la consommation de l'acte sexuel) dans cette classe d'âge.

Cependant, à partir de l'hypothèse développée ci-dessus, en interrogeant les adolescents sur leurs comportements sexuels, on pouvait s'attendre à obtenir surtout des informations sur la manière dont ceux-ci définissent les normes dominantes en matière de sexualité, ainsi que sur la position qu'ils adoptent à l'égard de ces normes au cours du dialogue avec les autres fractions sociales autour de la question plus générale du "projet culturel". La difficulté consistait donc à choisir laquelle — parmi la pluralité des normes sexuelles auxquelles les Ganda ont été confrontés au cours de leur histoire : *kiganda* et traditionnelle, arabe et musulmane, britannique et chrétienne, multi-ethnique et urbaine — est la norme "dominante". Or, les réponses données par les participants de l'étude manifestent sans ambiguïté que ce sont les adultes qui représentent l'autorité en matière sexuelle.

Méthodes et lieux de l'étude

Mieux que n'importe quelle autre méthode, la participation pendant quatre ans à la vie quotidienne des jeunes gens du village de Kyamulibwa et de la ville de Masaka distants d'une trentaine de kilomètres, m'a permis de comprendre le contexte dans lequel ceux-ci débutent leur vie sexuelle. Une étude plus systématique, présentée ici, a également été réalisée.

Puisque les adolescents définissaient les normes dominantes comme celles défendues par les adultes, deux groupes de discussion avec des parents (âgés de 30 à 50 ans) ont d'abord été réunis sur chacun des sites de l'étude. Ensuite, 42 adolescents ont été interrogés au cours de

deux visites consécutives et espacées de plusieurs semaines. Pour augmenter les chances de recruter des individus non mariés mais ayant déjà eu des relations sexuelles, seuls des participants de 15 à 20 ans ont été choisis. Enfin, pour que les réponses reflètent la variété des opinions, on a retenu deux sites. L'un est un centre commercial sur la route transafricaine Mombasa-Bujumbura où la séroprévalence est de 40 % ; les camionneurs et autres voyageurs s'y arrêtent pour passer la nuit, attirant les filles à la recherche d'argent. L'autre est un petit centre commercial rural avec une séroprévalence d'environ 10 % ; Dix-neuf participants (9 hommes et 10 femmes) ont été choisis dans le premier site et vingt-deux (13 hommes et 9 femmes) dans le second.

Les enquêteurs étaient du même sexe que les participants et recevaient l'instruction d'adopter une attitude permissive à l'égard de la sexualité pendant les interviews à l'instar d'une tante paternelle pour les enquêtrices et d'un grand frère pour les enquêteurs. Le grand frère et la tante paternelle sont en effet les personnages privilégiés avec lesquels les jeunes gens peuvent discuter librement de sexualité dans cette culture. Après avoir obtenu le consentement et garanti l'anonymat, les interviews se sont déroulées au lieu choisi par les répondants hors de la présence d'autrui, pendant deux à trois heures.

Au cours de la première visite, les entretiens ont porté principalement sur la drague et le plaisir sexuel. Pour éviter de changer de sujet, les enquêteurs avaient pour instruction de ne pas aborder la sexualité sous l'angle de la crainte (maladie, mort) et de ramener constamment leurs réflexions sur le plan du plaisir.

Au cours de la seconde visite, des jeux de rôles suivis de discussions ont été organisés par groupes de 4 à 7 personnes à qui il était demandé de "draguer" un compère dont le statut (supposé dans la pièce) leur était inconnu. Au cours de ces mises en scène, les "acteurs" ne parvenaient pas à rester cohérents dans leur rôle si celui-ci ne reflétait pas leur vécu. Ainsi, au cours des discussions qui ont suivi, le problème du "décalage" entre comportements manifestes et supposés a pu être abordé.

Le point de vue de la tradition

Comme les paradigmes éthiques sont multiples suite à la pluralité des contacts culturels, il fallait choisir un point de vue de référence pour situer la position des adultes et des adolescents à l'égard de la sexualité. Or, le seul véritable point commun entre les différentes éthiques en présence est qu'elles se situent toutes idéologiquement par rapport à l'éthique sexuelle traditionnelle ganda. Or, en *luganda*, la notion de comportement se dit *empisa* et l'expression utilisée pour désigner un comportement "normal" est *empisa ya bantu*, ce qui signifie littéralement "le comportement des personnes". Dans son dictionnaire français-luganda, Snoxall (1967) traduit le mot *empisa* par "comportement", "conduite" et "coutume". Autrement dit, la langue vernaculaire ne distingue pas le comportement des normes qui organisent les conduites et celles-ci renvoient à l'organisation sociale.

Si on exclut l'organisation politique traditionnelle (la royauté sacrée) — désormais remplacée par le Gouvernement républicain qui laisse aux familles la plus grande part du contrôle de la sexualité de leurs enfants — les règles sociales Ganda concernées par la sexualité sont celles de la parenté et de l'alliance.

Sur le plan de la parenté, les Ganda connaissent un système patrilinéaire segmentaire avec une terminologie de type Omaha. Or, l'organisation de la parenté suppose la prohibition des relations sexuelles entre les membres d'un même lignage. Ainsi, les relations avec les cousins croisés de sexe opposé *bakizibwe* se caractérisent par l'évitement, et les cousins parallèles sont considérés comme des frères *baganda* ou des sœurs *bannyina* (Southwold 1978 : 61-66). Trois classes d'âge — plus une — sont distinguées dans ce système de parenté classificatoire : les enfants *baana*, les parents *bazadde* et les grands-parents *bajjajja*. Les relations entre les classes d'âge sont clairement définies : les relations entre générations successives sont marquées par le respect, et celles entre générations alternes par la plaisanterie. L'importance du respect des règles de parenté se remarque par l'éducation stricte que reçoivent les enfants et qui impose aux cadets le respect des aînés. La soumission dont ceux-ci doivent faire preuve est notamment signifiée par le verbe *okufuga* qui signifie d'une part contrôler ou éduquer et d'autre part dompter.

Par ailleurs, si la puberté est reconnue comme une classe d'âge spécifique dans la langue — puisque le substantif *bavubuka*, désignant les adolescents, dérive du verbe “*okuvubuka*”¹ qui signifie “atteindre la puberté” — les rites d'initiation au passage de l'enfance à l'âge adulte sont inexistant chez les Ganda. Cependant, ainsi que Southwold (1978) et Killbride (1990) l'ont montré, c'est le mariage qui marque, en principe, le passage de l'enfance à l'âge adulte. Or, le mariage suppose l'apprentissage des jeunes gens à la vie matrimoniale et la connaissance des règles d'alliance. En effet, dès la puberté l'apprentissage des jeunes gens à leurs futurs rôles d'adultes est pris en charge par les oncles et les tantes paternels qui leur enseignent la complémentarité entre les sexes telle qu'elle est codifiée par la culture traditionnelle. Roscoe (1911) remarquait ainsi qu'on enseignait la cuisine et l'utilisation de la houe aux jeunes filles dès qu'elles en étaient capables et qu'on percevait l'accomplissement de ces tâches comme une preuve d'épanouissement de la féminité. Dès l'apparition des règles, la tante paternelle *Ssenga* est en effet chargée d'enseigner aux jeunes filles les comportements sexuels, les attitudes et les connaissances nécessaires pour satisfaire leur futur époux.

Sur le plan sexuel, les règles d'organisation interdisent les rapports sexuels avant le mariage. Ainsi, devenir *muvinubuka* suppose la découverte de l'univers codifié des relations entre sexes, qui suppose la prohibition des rapports sexuels à la sortie de l'enfance. En effet, dès la puberté, les jeunes gens de sexe opposé étaient tenus à la réserve mutuelle et étaient censés ne plus se fréquenter. Les “fiançailles” elles-

¹ *Okuvubuka* signifie “atteindre la puberté” et sous sa forme transitive *okuvubula*, “développer”.

mêmes étaient tenues secrètes : mieux, le terme *ekyama* qui désigne les fiançailles signifie aussi le secret. Au cours des cérémonies qui précèdent le mariage, seule la tante paternelle de la fille était supposée être au courant de l'intention des fiancés (du jeune homme en fait). En outre, lors de la présentation du fiancé, la reconnaissance de la liaison dépendait des interventions insistantes de la tante paternelle auprès des parents de la future épouse ; ceux-ci faisant semblant de n'avoir jamais entendu parler ni du garçon ni de sa famille. Par ailleurs, selon la coutume, des enquêtes étaient menées sur la "bonne conduite" *empisa* des futurs époux et de leurs familles. Les rapports sexuels avant le mariage entraînaient la stigmatisation — et éventuellement le rejet — du partenaire, particulièrement chez les filles qui, selon la norme, devaient être vierges au mariage. Dans l'esprit des Ganda, les grossesses prématrimoniales avaient, en effet, des conséquences magico-religieuses néfastes pour toute la famille du transgresseur (Roscoe 1911 : 79). L'adultère et l'inceste étaient, en principe, punis par la mort, la torture ou la mutilation des trans-gresseurs. On notera que la conscience de ces règles et la croyance aux conséquences de leur transgression n'avaient pas disparu au moment de l'enquête sur un des sites de l'étude (Ssali *et al.* 1992).

Jadis le terme *muvubuka* ne s'appliquait qu'aux jeunes hommes, ce qui s'explique sans doute par le fait que les jeunes filles se mariaient dès l'apparition des seins et des premières règles. D'une certaine façon, on peut donc dire que l'identité des *bavubuka* se caractérise par le fait qu'ils sont "en attente d'être mariés". En effet, dans le contexte rural et traditionnel, le mariage des garçons — contrairement à celui des filles — coïncidait rarement avec l'apparition des signes de la puberté. Culturellement, les garçons dépendaient des "pères" pour quitter la maisonnée et fonder un nouveau foyer. Or, la force de travail des fils était appréciée et leur installation représentait un investissement pour le chef de famille. Coutumièrtement, les pères encourageaient également leurs garçons à travailler comme serviteurs des chefs pour y apprendre l'art de gouverner. Autrement dit, les jeunes hommes commençaient leur apprentissage dès la sortie de l'enfance et celui-ci pouvait durer plusieurs années, justifiant ainsi qu'ils constituent une classe d'âge spécifique "en attente de mariage".

Aujourd'hui encore, les garçons sont encouragés à "faire fortune pour eux-mêmes" *okwepangira* avant de se marier. Ainsi, les jeunes hommes pubères se voient, en principe, astreints à la chasteté pour plusieurs années, alors que les jeunes filles se mariaient rapidement ce qui explique, peut-être, que l'application des règles semble moins stricte à l'égard des garçons qui semblent jouir d'une plus grande liberté sexuelle que les filles, comme l'ont souligné plusieurs auteurs (Mac Grath *et al.* 1993 ; Kisekka 1973).

La position éthique des adultes vis-à-vis de la sexualité des *bavubuka*

Au cours des groupes de discussion avec les adultes, la plupart des parents ont défini les *bavubuka*, comme des individus "vivant encore sous l'autorité des parents", "cherchant encore leur propre argent"

ou pour qui “tout est encore organisé”. Aux yeux des parents, l’identité des adolescents est donc marquée par l’absence de pouvoir de décision et la dépendance financière. Les adolescents sont ainsi clairement distingués du monde adulte. Néanmoins, un *muvubuka* n’est pas davantage considéré comme un enfant pour la majorité des participants de l’étude. En effet, la nécessité de séparer les jeunes gens de sexe opposés dès la puberté, fréquemment rapportée par les participants, suppose la reconnaissance par les adultes de l’apparition du désir sexuel chez les adolescents.

Dans ce système de parenté classificatoire, le contrôle de la sexualité des jeunes gens par les parents a souvent été mentionné par les adultes. En principe c’est le chef de famille qui décide du choix des partenaires à marier. En outre, les participants ont souligné le rôle joué par le système de classe d’âge dans le renforcement du contrôle exercé par les parents à l’égard de la sexualité des jeunes gens pubères. En effet, dans ce système, tout adulte était potentiellement perçu comme un “parent”. Enfin, la puissance du système patriarcal — et donc du contrôle sur la sexualité des adolescents — était également enracinée dans le système clanique dont la cohésion était assurée, en dernière instance, par la présence du Roi traditionnel, le *Kabakka*. On constate donc que l’éthique et les normes imposées par les parents aux enfants prend souche dans le système d’organisation traditionnel. Même l’influence reconnue des institutions religieuses universalistes sur la sexualité a été présentée comme liée au système lignager, les enfants étant censés adopter la religion du père.

Cependant, si les adultes qui ont participé à l’étude revendentiquent leur droit au contrôle de la sexualité des adolescents au nom du système d’organisation traditionnel, ils reconnaissent cependant que les choses ont changé depuis “leur époque” *mulembe*. Le changement social s’est en effet accéléré depuis le départ en exil du roi traditionnel et sous les régimes politiques qui ont suivis. Mais, pour les participants, l’explication centrale du changement est liée à l’expulsion des Asiatiques par le Général Idi Amin Dada qui a véritablement propulsé les Ougandais — dénués pour la plupart de toute connaissance en gestion — à reprendre les commerces et les entreprises des expulsés. Ce passage brutal à un mode de vie urbain s’est accompagné d’un brassage ethnique et d’un affaiblissement du contrôle patriarcal sur la sexualité des jeunes gens qui parviennent désormais à se rendre indépendants des ressources lignagères grâce aux opportunités d’emplois rémunérateurs.

Influence des normes dominantes sur la négociation des relations sexuelles et le choix des partenaires chez les *bavubuka*

Pour la majorité des jeunes de l’étude, mener des enquêtes afin de s’assurer de la “bonne conduite” *empisa* d’un nouveau partenaire sexuel, avant d’engager une relation avec celui-ci ou celle-ci, est important. Par exemple, le fait de manifester du respect à l’égard des adultes a souvent été rapporté comme un critère déterminant pour les choix. La réputation de la famille d’un candidat est également

importante. Les deux tiers des répondants refuseraient d'avoir une relation avec quelqu'un dont la famille a la réputation d'être violente ou dont certains membres sont considérés comme des voleurs. Enfin, plusieurs ont fait référence aux stigmates traditionnels — comme le cannibalisme et la sorcellerie — pour expliquer leur rejet, en précisant que ces stigmates risquent de "salir" le sang de la parenté.

La relation entre la "bonne conduite" et les rapports entre les sexes se marque également par l'importance, en partie inconsciente sans doute, accordée à la complémentarité traditionnelle des rôles sexuels. Bien que la majorité des jeunes gens préfèrent recruter au sein de leur propre classe d'âge, il est important que l'homme soit un peu plus âgé que la femme. Souvent, l'âge et l'expérience sont mis en parallèle et l'égalité est perçue comme une menace pour la stabilité du couple. Pour la majorité des jeunes femmes interrogées et pour la plupart des hommes, c'est l'homme qui doit se charger des décisions importantes et, en tout cas, subvenir aux besoins financiers du couple. Même sur le plan sexuel, la posture préférée de la majorité — *bugazi*, mieux connue comme celle "du missionnaire" et prescrite par la culture traditionnelle — marque symboliquement la position supérieure de l'homme à l'égard de la femme.

Pour la majorité des hommes la capacité d'une femme à assumer son rôle traditionnel est importante. Par exemple, la femme doit faire preuve de réserve et de respect en s'agenouillant tant devant les hommes que devant leurs aînées pour les saluer. Pour la moitié des hommes interrogés, une "bonne partenaire" doit être capable de cuisiner, de cultiver et de tenir un foyer. En outre, de nombreuses femmes interrogées rapportent que l'enseignement de la tante paternelle *Ssenga*, qui porte notamment sur la façon dont une femme doit satisfaire sexuellement son époux, est important pour assurer la fidélité de ce dernier. Plusieurs jeunes femmes craignaient de se voir abandonnées par leur compagnon si elles ne parvenaient pas à remplir correctement leur rôle.

La "bonne conduite" des adolescents est également définie en relation avec la sexualité : l'éveil de la sexualité et la maturité des organes sexuels sont considérés comme les signes du passage à l'adolescence *obuvubuka*. Or, la "bonne conduite" suppose qu'on affiche un comportement conforme au respect des interdits sexuels. En effet, la majorité évite d'être vue en public en compagnie du sexe opposé parce que les membres de la communauté interpréteraient cette proximité comme une relation sexuelle. Le respect des interdits sexuels est perçu comme particulièrement important pour les jeunes femmes. En effet, la virginité des filles au mariage confirme la bonne réputation des parents et va de pair avec la capacité de ces derniers à exercer un contrôle efficace sur leurs filles. Seul un quart des hommes, contre trois quarts des femmes considère le sexe comme un critère important pour choisir leurs "amis" *bakwano*. Si une jeune femme est aperçue en présence d'un homme, elle risque d'être considérée comme une prostituée *malaaya*. En outre, pour la plupart des hommes, une jeune femme ayant la réputation d'avoir eu plusieurs partenaires sexuels met en danger ses chances d'en trouver un nouveau et plus particulière-

ment de se trouver un mari. Chez les hommes au contraire, la compagnie des femmes augmente leur prestige et le fait d'en avoir plusieurs est perçu comme une marque de virilité. En outre, le fait pour un homme d'avoir déjà une liaison ne le rend pas nécessairement inaccessible aux autres femmes. Si un homme à la réputation d'être généreux avec sa première partenaire, par exemple, les autres femmes peuvent le percevoir comme une "bonne affaire" et espérer profiter de sa générosité en devenant sa seconde "épouse".

Urbanisation et schisme entre les générations

Si la négociation d'un rapport sexuel semble influencée par les règles traditionnelles ganda et par l'éthique patriarcale à partir desquelles la "bonne conduite" est définie, il serait cependant abusif de croire qu'elle est exclusivement déterminée par celles-ci. Le passage à un mode de vie urbain, où les échanges de valeurs monétaires sont au centre des relations sociales, a suscité l'apparition de nouvelles attitudes et d'une autre façon de penser : les changements sociaux qui accompagnent ce passage sont multiples et concernent de nombreuses institutions. Ne pouvant tous les explorer ici, je me limiterai aux changements perçus comme importants pour les adolescents.

Traditionnellement, c'était le changement de règne ou de régime politique *omulembe* qui marquait le rythme de l'ensemble de la société ganda. Aujourd'hui, dans le jargon des jeunes gens, le terme *omulembe* a pris le sens de "mode", qui est désormais liée à un phénomène de génération. Celle-ci est signifiée par la possession d'argent et suppose la possibilité de se retrouver en discothèque, autour de films en vogue et surtout d'être capable de s'habiller selon les nouvelles habitudes vestimentaires. Pour une majorité, se montrer en faisant croire qu'on est riche pour gagner le respect des pairs et pour s'attirer les faveurs d'une ou d'un partenaire sexuel est essentiel. Un "truc", souvent rapporté pour draguer une fille consiste à laisser apparaître une liasse de billets dans sa poche. Pour se donner une apparence de richesse, même les plus pauvres se débrouillent en empruntant ou en sacrifiant quelques repas. Mais la façon la plus sûre de s'attirer l'admiration des autres consiste à s'habiller avec des vêtements chers et griffés pour "frimer", ce qui, dans leur parler, se dit *okusabula* signifiant littéralement "battre".

Si l'argent et une belle mise semblent désormais garantir avantageusement la "bonne conduite" — parce qu'ils démontrent la capacité des individus à se débrouiller dans la vie — ils sont également devenus les conditions *sine qua non* pour réussir la négociation d'un rapport sexuel. Pour certains, le verbe *okusabula* signifie d'ailleurs également "avoir un rapport sexuel". Or, de nombreux participants ont remarqué que les changements liés à la nouvelle mode concernent également les pratiques sexuelles elles-mêmes. Traditionnellement, le mariage était conclu par les parents des futurs époux leur donnant ainsi accès au statut d'adulte. Autrement dit, l'indépendance des jeunes gens était entièrement soumise au bon vouloir des parents. Aujourd'hui, les jeunes gens semblent au contraire vouloir se rendre indépendants des

parents dès l'âge de la puberté. Le fait de se construire un réseau social, de définir des plans pour le futur et de chercher un travail rémunéré est en effet considéré comme une priorité pour être reconnu par les pairs. De même, l'autorité traditionnelle des parents et du lignage en matière de contrôle de la sexualité est remise en question. Par exemple, les répondants ont pour la plupart déclaré qu'ils ne respecteraient pas l'interdiction posée par les parents à l'encontre d'un partenaire sexuel qu'ils auraient désiré. En outre, une majorité n'attachait pas d'importance à l'interdit qui pèse sur les relations sexuelles entre personnes du même clan, pour autant qu'elles ne s'accompagnent pas de grossesse. Autrement dit, le degré de parenté à partir duquel les relations sexuelles entre parents sont prohibées tend à se réduire aux membres d'un même lignage, suggérant une remise en question de l'organisation clanique.

Par ailleurs, l'attrait des jeunes ganda pour les films étrangers et les modes de vie "exotiques" s'est également accompagné d'un enrichissement de l'érotologie qui s'explique par la diffusion régulière et clandestine de films *kabana* et revues sexuellement explicites en provenance des Etats-Unis, d'Europe, d'Asie. Plusieurs participants ont en effet déclaré avoir découvert de nouvelles pratiques sexuelles (masturbation, préliminaires sexuels, sexe anal et oral) par ces biais. En outre, cette recherche du plaisir sexuel par de nouvelles postures — ou par la surprise de celles pratiquées par un nouveau partenaire — et la sexualité des femmes avant le mariage, sont attribuées par la majorité à l'influence des villes et des centres semi-urbains. Un quart des répondants urbanisés a déclaré avoir appris de nouvelles postures sexuelles grâce aux films sexuellement explicites. Au village en revanche, personne n'a reconnu avoir assisté à l'un de ces films ; les femmes y étaient généralement plus réservées qu'en ville vis-à-vis des questions relatives aux pratiques sexuelles ; la plupart des femmes ont répondu "qu'elles ne savaient pas" aux questions concernant la fréquence des actes sexuels, le changement de partenaires, et les nouvelles postures. En fait, les occasions de rencontrer le sexe opposé sont beaucoup plus fréquentes en ville qu'au village. En outre, selon ceux qui vivaient alors en ville, les attitudes à l'égard de la sexualité étaient beaucoup plus permissives dans les centres urbains et semi-urbains. Cette plus grande permissivité sexuelle dans les villes a souvent été attribuée à la diminution du contrôle lignager sur la sexualité des jeunes à cause du brassage culturel et social qui préserverait mieux l'anonymat des individus. Cependant, il semble que les villages commencent également à être touchés par le changement de mode de vie, les parents urbanisés, venus en visite au village, jouant un rôle important dans la diffusion "rurale" des nouvelles pratiques.

La présentation sociale du changement : les contradictions du discours sur la sexualité

En relisant les notes prises pendant les entretiens, je me suis aperçu que bon nombre des points de vue défendus au sujet de la sexualité et, plus généralement, à l'égard du phénomène de mode — qui selon

leurs déclarations, caractérise le nouvel habitus dans leur classe d'âge — étaient contradictoires. Par exemple, si la virginité était présentée comme une valeur importante pour la société, on se moque néanmoins d'une fille si elle était encore vierge à quinze ans. Par ailleurs, si le fait d'être vu en présence de l'autre sexe pose problème dans sa communauté, il est également important de s'afficher avec ses richesses vis-à-vis du sexe opposé. En fait, l'analyse des opinions exprimées révèle qu'elles peuvent presque toutes être confrontées à une opinion contradictoire, comme si les jeunes gens cherchaient à éviter d'être "catalogués" dans l'une ou l'autre catégorie sociale.

Au cours de l'étude, la majorité des participants a classé les *bavubuka* selon un schéma dualiste, manichéen, distinguant les individus exclusivement selon leur "bonne" ou "mauvaise" conduite. Ils mirent ainsi en opposition d'une part, les prostituées *malaaya* et les gens sans manières *bayaye*, et d'autre part les "gens humbles et calmes" *bakkakkamu*. Par ailleurs, l'analyse approfondie des réponses révèle que tous les comportements, attitudes et pratiques caractéristiques de la nouvelle mode et des adolescents — les discos, les films, les nouvelles fripes et les nouvelles pratiques sexuelles — sont paradoxalement considérés aussi comme les attributs des individus qui se conduisent "mal": les *bamalaaya* et les *bayaye*. Les ressources nécessaires pour acheter des "fripes", par exemple, étaient souvent suspectées de provenir de la prostitution chez les femmes, et du vol chez les hommes. Enfin, et de façon significative, les adolescents "indépendants" du contrôle des parents — c'est-à-dire qui ne suivent pas les règles dominantes de la société — ont également été classés du côté de l'asocialité et de la sauvagerie, donc des *bayaye*.

Conclusion

L'analyse du discours des adolescents dans une perspective interactioniste révèle que la "bonne conduite" reste une préoccupation majeure. Or, dans ce système de parenté classificatoire, la "bonne conduite" se définit avant tout à partir des normes traditionnelles qui supposent le contrôle de la sexualité des adolescents par la génération des parents. Autrement dit, pour les jeunes gens, le dialogue sur la bonne conduite sexuelle constitue un cas particulier de leur relation, marquée par le respect et la crainte, avec la classe d'âge des adultes qui défendent l'éthique du mariage. En analysant les motivations du choix d'un partenaire sexuel par les adolescents, on remarque, en effet, qu'elles sont — consciemment ou non — influencées par la vision traditionnelle des rôles sexuels. Sur le plan formel, tout se passe exactement comme pour les fiançailles traditionnelles *ekyama*: les relations entre les sexes sont marquées du sceau du secret *ekyama* et l'acte sexuel est précédé d'échanges de cadeaux et d'enquêtes sur les mœurs du futur partenaire.

Cependant, l'attachement des *bavubuka* à l'éthique patrilinéaire ne s'explique pas seulement par la capacité des parents à bien "dompter" leurs enfants. L'unité sociale première des Baganda est le lignage qui

constitue aussi le champ social premier dans lequel les jeunes gens des deux sexes peuvent espérer exercer une autorité — et donc gagner du respect et de l'estime — dans un futur proche. Autrement dit, l'accès aux responsabilités sociales et au pouvoir est lié à une activité sexuelle féconde. Mais, avec l'apparition de modes de vie urbains et les possibilités pour les jeunes gens de se trouver un emploi rémunéré, le modèle fondé sur l'autorité lignagère est mis au défi, car l'accès à l'argent permet d'échapper à l'autorité du système lignager. De nouveaux modèles de réussite sociale sont donc apparus qui ne dépendent plus de l'insertion des individus dans le système de la parenté et donnent aux jeunes gens la possibilité de s'affranchir du contrôle pesant sur leur sexualité.

Pourtant, au lieu d'engager un dialogue avec les parents pour revendiquer leur droit à la sexualité dans un monde en changement, les adolescents jouent le jeu du respect des normes traditionnelles avec leurs aînés et blâment la conduite paradoxale¹ de leurs pairs qu'ils présentent comme contraires à l'opinion commune. En réalité, le discours sur la sexualité se modifie selon la perspective qu'ils adoptent. Lorsqu'ils se placent du point de vue des adultes, les nouvelles conduites sexuelles sont présentées comme des conduites honteuses de gens sauvages. En revanche, quand ils adoptent le point de vue de la nouvelle mode (avec leurs pairs, par exemple), les mêmes conduites deviennent les symboles de leur affranchissement à l'égard de l'autorité patriarcale et donc de leur capacité à faire face à la modernité. Cette duplicité du discours des adolescents sur la sexualité s'explique sans doute par l'incertitude devant laquelle ils sont placés. En effet, l'histoire politique chaotique qui a suivi le départ du *Kabakka* leur donne de bonnes raisons de douter de la viabilité d'un pouvoir fondé sur la richesse individuelle. Or, la perspective d'une banqueroute toujours possible empêche la remise en question radicale de l'autorité lignagère qui représente, le cas échéant, le dernier refuge. Dès lors, la duplicité du discours sur la sexualité permet de jouer sur les deux tableaux à la fois. Tant que le secret sur la relation sexuelle est bien gardé, les *bavubuka* peuvent en effet se dissocier des pratiques contraires à l'éthique des parents et continuer à revendiquer les avantages du système traditionnel.

Le discours des jeunes gens sur la sexualité est donc indissociable de leur position dans le dialogue sur le projet culturel de la communauté (Douglas et Calvez 1990). Il constitue en fait un discours sur le droit à la responsabilité sociale. Or, comprendre le commencement de la vie sexuelle chez les jeunes gens est vital pour élaborer des stratégies de prévention des maladies transmises sexuellement. La participation des jeunes gens à la recherche de solutions personnalisées à l'épidémie de sida suppose, avant tout, qu'ils puissent parler ouvertement de leurs désirs et de leurs intentions, ce qui est difficile si l'éthique plus ou moins implicite des promoteurs de la santé est perçue comme un jugement moral. Le préambule à une éducation sexuelle efficace des adolescents dans le contexte de l'épidémie de sida, ne devrait-il pas

¹ Dans le sens de *paradoxos* : contre l'opinion commune.

envisager une déconstruction des dogmes moraux à la lumière des faits pour établir des règles de conduite qui tiennent compte à la fois du désir sexuel et de la présence du VIH ?

Bibliographie

- AGYEI W.K., EPEMA E., 1991, *Adolescent sexual behaviour and contraceptive use in Uganda*. Tables for presentation at ISAE Research Seminar, Kampala, February 1991.
- BALANDIER G., 1985, *Le détour*, Paris, Fayard.
- BARKER G. KNAUL, RICH S., 1992, « Influences on adolescent sexuality in Nigeria : findings from recent focus-group discussions », *Studies in Family Planning*, 23 (3) : 199-210.
- BARTON T.G. WAMAI G., 1994, *Equity and vulnerability: a situation analysis of women, adolescents and children in Uganda*, Kampala, The National Council for Children, UNICEF.
- BROWN W., 1988, *Marriage, divorce and inheritance*, Cambridge, Cambridge University Press (Cambridge African Monographs, 10).
- CARAËL M., 1994, « The impact of marriage change on the risks of exposure to sexually transmitted diseases in Africa » (: 255-273), in C. BLEDSOE and G. PISON (eds), *Nuptiality in sub-saharan Africa : contemporary anthropological and demographic perspectives*, Oxford, Clarendon Press, XII-326 p.
- 1995, « Sexual behaviour » (: 75-123), in J. CLELAND et B. FERRY (eds), *Sexual behaviour and AIDS in the developing world*, London, Taylor and Francis, XIX-243 p.
- DICLEMENTE R.J., 1993, *Adolescents and AIDS: a generation in jeopardy*, London, Sage Publication.
- DODGE C.P. RAUNDALEN M. (eds), 1987, *War, violence, and children in Uganda*. Oslo, Norwegian University Press.
- DOUGLAS M, CALVEZ M., 1990, « The self as a risk-taker : a cultural theory of contagion in relation to AIDS », *Sociological Review*, 38 (3) : 445-464.
- GAGNON J.H., 1988, « Sex research and sexual conduct in the era of AIDS », *Journal of AIDS*, 1 : 593-603.
- GOFFMAN E., 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Minuit.
- HUYGENS P., KAJURA E., SEELEY J., BARTON T.G., 1996, « Rethinking methods for the study of sexual behaviour », *Social Science and Medicine*, 42 (2) : 221-231.
- KILLBRIDE P.L., KILLBRIDE J.C., 1990, *Changing family life in East Africa*, London, Pennsylvania State University Press.
- KISEKKA M.N., 1973, *Heterosexual relationships in Uganda*, Columbia University, Ph. D. Dissertation. (University of Michigan Microfilms).
- MCGRATH J.W., RWABUKWALI C.B., SCHUMANN D.A., PEARSON-MARKS J., NAKAYIWA S., NAMANDE B., NAKYOBEBE L., MUKASA R., 1993, « Anthropology and AIDS : the cultural context of sexual risk behavior among urban Baganda women in Kampala, Uganda », *Social Science and Medicine*, 36 (4) : 429-439.

- MULIRA E.M.K, NDAWULA E.G.M., 1952, *A Luganda-English and English-Luganda dictionary*, London, Society for Promoting Christian Knowledge.
- OBBO C., 1976, « Dominant male ideology and female options : three East African case studies », *Africa*, XLVI (4) : 371-389.
- ORTIGUES M.-C., ORTIGUES E., 1973, *Edipe africain*, Paris, Union Générale d'Éditions, 436 p. (Réédition en 1984 : Paris, L'Harmattan, 324 p.).
- ORUBULOYE I.O., CALDWELL J.C., CALDWELL P., 1995, « The cultural, social and attitudinal context of male sexual behaviour in urban south-west Nigeria », *Health Transition Review* 5 (2) : 207-222.
- ROSCOE J., 1911, *The Baganda*, London, Frank Cass.
- SNOXALL R.A., 1967, *Luganda-English dictionary*, Oxford, Clarendon Press.
- SOUTHWOLD M., 1978, « The Ganda of Uganda », in J. Lawells GIBBS (ed), *Peoples in Africa*, Cambridge, Cambridge University Press : 43-78.
- SSALI A, BARTON T.G., KATONGOLE G.M., SEELEY J.A., 1992, « Exploring sexual terminology in vernacular in rural Uganda : lessons for health education », Poster presented at the VIIIth International Conference on AIDS, Amsterdam, July 1992.
- THOMPSON R.W., 1978, « Fertility aspirations and modernization in urban Uganda : a case of resilient cultural values », *Urban Anthropology*, VII : 155-170.

Pierre HUYGENS, *Mode et sexualité : la "bonne conduite" à l'épreuve de la mode chez les adolescents du Buganda*

Résumé — Des entretiens en profondeur et des jeux de rôles suivis de discussions sur la négociation des rapports sexuels ont été menés avec 42 adolescents des deux sexes dans le cadre d'un programme de recherche sur le sida dans le district de Masaka au sud de l'Ouganda. Ils ont été précédés par des discussions de groupe avec des adultes pour identifier la manière dont ceux-ci perçoivent les changements survenus dans les pratiques sexuelles de leurs cadets. L'analyse du discours des participants montre que la notion de "bonne conduite" reste une préoccupation majeure des adolescents lorsqu'ils commencent leur vie sexuelle. Cependant, la "bonne conduite" sexuelle reste essentiellement définie à partir des normes traditionnelles qui sont contradictoires avec les modes de vie auxquels les adolescents sont confrontés dans un environnement qui s'urbanise. Cet écart entre les comportements et les attitudes sexuelles des adolescents et les règles qui définissent la "bonne conduite" encourage les adolescents à adopter un double discours sur la sexualité — permissif ou moraliste — qui varie selon l'éthique sexuelle qu'ils attribuent à leur interlocuteur. La compréhension des comportements, des pratiques et des attitudes des adolescents qui débutent leur vie sexuelle est cruciale pour concevoir des stratégies efficaces de prévention des maladies sexuellement transmises et du VIH. Or, la participation des jeunes gens à la recherche de solutions personnalisées pour lutter contre ces maladies suppose qu'on identifie, avec eux, les obstacles qui les empêchent de parler ouvertement de leur désirs et intentions en matière sexuelle.

Mots-clés : éthique sexuelle • adolescents • changement social • promotion de la santé.

Pierre HUYGENS, *Fashion and sexuality: “good behavior” challenged by fashion among adolescents in Buganda*

Summary — In-depth interviews and role-play sessions followed by discussions on the negotiation of sex were conducted with 42 adolescents of both sexes in the framework of an AIDS research program in the Masaka district of southern Uganda. Those activities were preceded by group discussions with adults designed to identify how they perceive changes in the sexual practices of the younger generation. Analysis of the participants' statements shows that the notion of 'good behavior' continues to be a major concern for adolescents when they begin their sex lives. However, 'good behavior', in a sexual sense, is still defined primarily as a function of traditional norms that are in contradiction with the lifestyles young people are confronted with in an increasingly urbanised environment. The disparity between the adolescents' behavior and sexual attitudes and the rules that define 'good behavior' encourage adolescents to adopt a dual approach when talking about sexuality — permissive or moralist — that varies according to their assessment of the sexual ethics of the person with whom they are talking. It is essential to understand the behaviors, the practices and the attitudes of adolescents who are starting to be sexually active in order to formulate effective preventive strategies for sexually transmitted diseases and HIV. The participation of young people in the search for personalised solutions for fighting against these illnesses presupposes that we identify in dialogue with them the obstacles that hinder them from talking openly about their desires and intentions with regard to sex.

Keywords: sexual ethics • adolescents • social change • health promotion.

24. The impact of AIDS on the national economy: the case of women labour force in Tanzania

Humphrey P. B. Moshi

Introduction

Infection with the human immunodeficiency virus (HIV) and the Acquired Immuno-Deficiency Syndrome (AIDS) epidemic in Africa has received considerable attention by epidemiologists and demographers, as well as health economists concerned with the sectoral impact of the disease. Given the alarming prevalence of this deadly disease in Africa 'modelling' the macroeconomic impact of AIDS becomes imperative.

In Tanzania, following recognition of the first AIDS case in 1983, reported cases escalated rapidly. As for end 1990, a cumulative total of 21,175 AIDS cases had been reported throughout the country (Chin and Sonnenberg 1991). The number of officially reported cases is thought to underestimate considerably the true number, given: the rapid increase in reported cases as knowledge of the disease has improved; the current HIV seroprevalence and incidence rates which suggest an older epidemic than reported AIDS cases would indicate; and current knowledge of the disease's transmission and progression rates.

Such underreporting would, in fact, be expected due to: the inadequate access to health facilities by the population; the lack of resources for management of the case reporting system; and, despite National AIDS Control Programme's (NACP) best efforts, the continued insufficiencies in laboratory facilities, supplies, and training of clinical staff.

The NACP estimates that the true number of AIDS cases from the start of the epidemic through 1990 is more than 100,000 (or about 5 times the number of reported cases. Chin and Sonnenberg's model, based on data through 1989, projects a total of about 64,700 cases through 1990, while Bulatao's (1990) projections through 1990 range between 43,000 and 224,200 cases, depending upon the scenario selected. Recent data from NACP projects 2.4 million HIV infections by the year 2000, 850,000 AIDS cases and 1 million orphans (NACP 1995).

Despite the fact that there exists different estimates, depending on the scenarios selected and the simulation methods used, the above projections are a clear manifestation that AIDS is a serious problem in the country. Since the disease affects mainly the sexually active members of the population and infants, e.g., about 94 percent of all

reported AIDS cases have been between the ages of 15 and 55 years, and 4 percent have been children under five (NACP 1991), serious macroeconomic effects on the Tanzanian society are unavoidable.

The purpose of this paper is to draw attention to the impact of AIDS from a gender perspective, specially analysing how the disease will affect women's employment patterns and opportunities, migration, age at marriage, and patterns in prostitution.

In terms of organisation, the first section will provide justification for the gender approach adopted in this paper; the second section provide an overview on women and AIDS in Tanzania. The third section will analyse the effects of AIDS on women labour force using indicators suggested in the foregoing section. The final section comes out with some policy recommendations and areas for further research.

Justification for gender approach

Gender analysis takes as its starting point the different situations of men and women, which in turn generate different interests and priorities which sometimes coincide, sometimes conflict. In gender analyses, these differences are not based in biological differences, but because of a society's construction of what constitutes male and female roles and responsibilities, behaviour, values, cultures. Gender analysis also recognizes gender, as opposed to sex, as a social construct which varies in different historical and socio-economic contexts. Societies have given men and women different roles, activities, responsibilities and authorities and levels of power and value. These differences intersect with other axes of differentiation such as age, ethnic group and urban/rural location to characterize the life situations and parameters of various women (Mbughuni 1994).

It could therefore be argued that women face various cultural constraints, and their consequences have hindered them from participating effectively in labour force.

Cultural barriers towards women's employment has led to: (1) high unemployment rates among women in urban areas; (2) high entry of women into the informal sector due to their low levels of education; (3) occupancy of the lowest paid and sex differentiated occupations; and (4) the undervaluing of the contribution of women to development.

Studies done in Tanzania tend to confirm the above assumptions. Firstly, an examination of the labour force geographically shows that in the urban areas males constitute 55.9 percent of the total urban labour force, and genders constituted 44.1 percent. In the rural areas the situation was 48.5 percent and 51.5 percent for males and females respectively (Bureau of Statistics 1993). This is in line with the theory that in the rural areas, where a lot of agricultural activities are taking place, more women are involved than men.

Secondly, labour force surveys in Tanzania show that unemployment ratio were 3.6 percent in the case of males and 4.2 percent for females. However, underemployment rates for males are higher (4.3 percent) than for females (3.9 percent). The latter rates

being indicative of women being overloaded than men.

The majority of non-farm positions are still monopolised by men in both rural and urban areas. The largest concentration of women remains in cultivation and mixed farming, in rural areas; and in clerical service and small scale trade in urban areas. Women are 39 percent of all service employees and 45 percent of clerks; compared to only 26 percent of all professionals; and 14 percent of administrators and managers. They are systematically deprived of access to positions which have decision-making power by factors which are explored below in this section, as well as factors in education, culture and politics.

Most women are concentrated in traditional female occupations; nursing, teaching, clerical and sales work. Women employed in the formal sector, which is regulated by government, are mainly found at the bottom of the occupational ladder, with low wages and fewer opportunities for on-the-job training and advancement. The only occupation with half or more women is nursing (69 percent) —even clerical remained a male preserve in 1980 (69 percent men), and only 27 percent of teachers were women. Women have been blocked from equal entry into wage employment, even in occupations which are universally considered to be female work (TGNP 1993).

Many women are employed for years on a casual or temporary basis, illegally. According to the Employment Ordinance, after three consecutive months of employment, a worker has the right to regular terms of employment. Employers use different tactics to keep employees on casual terms, so as to reduce production costs. On the other hand, many women may prefer part-time work, so as to be able to carry out other economic activities, including maintenance of their households (Mbilinyi 1990).

The female ratio in formal wage employment rose in private and public sectors during the 1977-84 period, according to a study by Marjorie Mbilinyi, using *Employment and Earnings* (EE) data of the Bureau of Statistics. EE data are limited to enterprises employing ten or more workers, whose management responds to written questionnaires. The female ratio of regular employees in the private sector rose steadily from 7.5 percent in 1977 to 12 percent in 1984 (Total N=110,669 in 1977; = 121,366 in 1984); for casual employees, it rose from 8 percent to 17 percent for the same period (N=46,271 in 1977 and 46,371 in 1984). In the public services sector, the female ratio of regular employees rose steadily from 13 percent in 1977 to 20 percent in 1984 (N=260,482 in 1977 and 413,475 in 1984); the female ratio of casual employee rose from 8 percent in 1977 to 12 percent in 1983 (N=61,011 in 1977 and 48,094 in 1984). A growing proportion on both regular and casual employees were therefore women. Both women and men found much greater employment opportunity in the public sector, which is now being reduced as a matter of public policy retrenchment.

The proportion of all adult wage earners who were casually employed (i.e., the casualisation rate) varied, according to gender and

private/public sector during the same period. In the private sector, more women than men were hired on casual terms throughout the same period (1977-1984), and the casualisation rate increased from 31 percent to 35 percent for women, whereas it declined from 30 percent to 26 percent for men. In the public services sector, the casualisation rate was actually higher for men than women, and declined for both: from 20 percent to 11 percent for men, and from 13 percent to 7 percent for women.

Employers were hiring more women on regular terms, and fewer casual workers, during the same period —which suggests that women represented a source of cheap labour, whether on regular or casual terms.

Plantation work remains one of the largest sources of employment, for both women and men. Data on plantation work is usually an underestimate, because so many people work on a daily, unrecorded basis — especially women. Recent research conducted by the Organisation of Tanzania Trade Unions (OTTU) under the financial support of International Labour Organisation (ILO) has confirmed the fact that plantation management began to specifically target women for work as field workers and in agroprocessing factories in the 1990s. Management explain that women are more reliable and dexterous —repeating universal gender stereotypes about women. In fact, there has been a decline in the number of men who are willing to accept low-paid farm work on plantations and large farms, because of the expansion of non-farm employment opportunities since independence. Women may be more reliable workers, because they lack alternative sources of employment (Mbilinyi and Semakafu 1993).

Another reason employers may prefer to hire women is that women employees tend to be paid lower wages in practice even though statutory wage differentials were abolished after independence. Statistical analyses have shown that women earn less than men, within the same industrial sector, and even within the same occupation. In their 1980 study of urban employment, Sabot *et al.* found that women with Standard 7/8 education earned 87 percent of what men with similar education levels earned in manual unskilled work; in manual semi-skilled work, their earnings were 83 percent of men with the same education; in clerical and secretarial work, 68 percent at the Standard 7/8 level, 77 percent at the Form 1.4 level, and 85 percent at the post-Form 4 level. Women managers with Form 1-4 education earned 61 percent of their male counterparts earnings; those with post-secondary education earned 63 percent. In other words, wage discrimination actually increased against women, the higher they rose in the occupational hierarchy, and the more education they acquired.

Further, studies have shown that women's working day is much longer than men's. Women tend to have a workday of more than 16 hours! According to a recent study by Danish Development Agency (DANIDA) in four villages of Iringa region, 25 percent of women's working hours (totalling 14 hours) was devoted to farm work; 28 percent to food preparation, 8 percent to washing and cleaning; 8 percent to collecting water and firewood; 2 percent to child care;

15 percent to other activities; and only 14 percent to resting.

In summary therefore the gender approach to HIV epidemic is justifiable on the following grounds:

First, women are increasingly becoming infected with HIV. In most of the developing world, there are as many, or more, infected women as there are infected men. These women are wives and other partners, daughters and grandmothers, sisters, aunts and nieces.

Second, women are becoming infected at a significantly younger age than men. In areas where the epidemic is newly emerging and in areas where it is deeper, the same pattern is recorded; on average, women become infected five to ten years earlier than men.

Third, proportionally more girls and young women in their teens and early twenties are becoming infected than women in any other age group. A possible exception is post-menopausal women who also seem to be particularly susceptible to HIV infection.

It is our contention that the extent of HIV infection in young girls in their teens or early twenties shown in these data sets will be affected by all the contribution factors currently identified in the literature as increasing the rates of infection in women and men but cannot be adequately accounted for by these factors, even in the aggregate. In the case of young women there would seem to be other influential factors. These need to be identified.

The factors identified in the literature include the incidence of sexually transmitted infections (STIs), frequency of intercourse, sexual practices, and male/female age differences in sexual relationships. To these may also be added women's nutritional status, and the presence of lesions, inflammation and scarification in female genital tract from causes other than STIs as well as women's socio-economic status. These may well be contributing factors but cannot be the complete explanation. Other factors like physiological vulnerability as contributory factor become relevant here. These include issues on young women's genital tract, mucus production in young women, the presence of cervical ectopy in young sexually-active women and the influence on vulnerability to infection of these biologically based differences and how they might be amplified by the circumstances and situation in which women have sexual intercourse. We do not intend to discuss these issues in detail. However, we would like to point out that the biological (physiological) differences between women and men increases the vulnerability of women to AIDS than men.

Women and AIDS in Tanzania

AIDS is a leading cause of death in women aged twenty to forty in major cities in sub-Saharan Africa, the Americas, and Western Europe (Gillespie 1991). This global picture is also reflected in Tanzania. A recent study conducted by a Tanzanian English weekly paper, *The Express* (1993), cautions that as Tanzania enters the second decade of the AIDS epidemic, more women are increasingly being infected than

men in urban and rural areas. It goes further by indicating that prevention strategies lag behind and delays in introducing AIDS education in schools deprive school girls of the necessary education to protect themselves from the scourge.

The general male to female ratio of HIV infection has decreased to current 1:5 significantly low from 1:16 three years back and the NACP reports that by the year 2000 there are expected to be more HIV-infected women than men.

In some regions, HIV infection is already 1.5 times more common in women than in men. The trend is evident both in urban and rural areas. According to African Medical Research Foundation (AMREF 1995), men and women HIV ratio is 1:2 in rural, 1:6 in the roadside and 1:7 in urban stratum in the country's lake zone region of Mwanza. Similar ratios have been recorded in the neighbouring Kagera region where the country's first AIDS case was reported in November 1983.

If one analyses specifically the correlation between a sample of socio-demographic characteristics and HIV among women in Tanzania, then the picture which emerges, according to S.H. Kapiga *et al.* (1993), could be summarized as follows:

1) Age

The HIV seroprevalence is lowest (4.2 percent) among the 15-19 years age group. The infection rates of 13.5 percent are observable within the 25-29 years age group. The age groups of 20-24 and 30 years and above have infection rates of 11.7 percent and 11.1 percent respectively.

2) Marital status

Whereas married (monogamous) women show an infection rate of 8.8 percent, polygamous marriages have higher infection rates of 12.2 percent. Further, relatively higher infection rates of 17.4 percent were observed in the cohabitating women and 13.3 percent for women who were either single, divorced or widows. These results could be interpreted that unstable marriages or situations which allow one to have more than one partner are a high HIV/AIDS risk factor.

3) Level of education

One would expect that the level of one's education should correlate negatively to the infection rate. Surprisingly, empirical evidence indicates the contrary. Women without formal or with adult education show the lowest infection rates of 7.2 percent. However, the highest infection rates are observable in primary and post primary education levels. Indeed, the rates of infection tend to increase with the level of women's education level or that of their male partner. Women with primary education display infection rates of 12.3 percent and 11.4 percent for their male partners. In the cases of women with secondary education the infection rate is 13.3 percent. This compares well with that of their male partners which is at 13.8 percent. These results are a puzzle. One would expect the contrary. The level of exposure through the medium of education should be a safe guard

against the disease. However, this does not seem to be the case. What could explain this phenomenon? Perhaps education leads to more exposure to social activities and intensify contacts; or better incomes tends to lead people to more temptations. Other explanatory factors could be that education, especially post primary, entails moving away from the vicinities (rural areas) from the curious eyes of parent, neighbours, relatives and hence enhances ones freedom of doing those things which would not have been done freely in a 'constrained environment'.

4) Occupation

As far as occupation is concerned, housewives tend to have lower (9.0 percent) infection rates than all other occupational categories. Hotel/bar women workers are the riskiest group with infection rates of 23.8 percent, followed by that of secretaries and professionals at 18.8 percent. The case of hotel/bar workers is understandable taking into consideration that in Tanzania prostitution is illegal. However, it is being practised indirectly under this occupational category. Indeed, the meagre incomes earned by these workers become another driving force for prostitution. Nonetheless, although the issue of meagre incomes could also provide a clue as far as women professionals are concerned, office sexual harrasment and the like cannot be ignored. Other reasons could be those which were mentioned under 'education' above. Likewise, women whose male partners happen to be employed either as a driver or as a soldier/police or any other profession, tend to display quite high infection rates. That is, 14.2 percent, 14.4 percent and 17.2 percent respectively.

The implication of the above results is that women morbidity and mortality rates will increase in future. What implications will all these have on the labour force?

Impact of AIDS on women labour force

The purpose of this section is to review relevant issues which HIV/AIDS will impact on female labour force by looking at (1) patterns of employment opportunities; (2) female unemployment and pressures to prostitution; (3) changes in age at marriage; and (4) migration.

Employment patterns and opportunities

We did note earlier that women labour force is more rural than urban based. Further, women are responsible for much of the planting, weeding and harvesting, which if delayed due to morbidity and mortality can cause a 25-50 percent reduction in yields as well as qualitative losses. Hence their death from AIDS or their diversion to take care of AIDS sufferers or to replace male labour can have serious consequences. Will this pattern change given the high incidence of AIDS on women? The answers to these question cannot be conclusive because of the paucity of research work which exists on the subject.

Nevertheless some assumptions can be made to give some tentative cum indicative answers.

The first assumption is that the pattern will not change much because cultural (traditional) restrictions might hinder women taking up employment opportunities in urban areas. The second assumption is that whenever employment opportunities in urban areas arise, of those already in urban areas are in a better position to tap such opportunities than those in rural areas. In other words, urban areas have better and varied communication media than rural areas in terms of newspapers, posters, pamphlets, booklets, etc. The third assumption is that as urban husband-workers die, there will be a tendency for the non-working wives with children to migrate back to the villages. This might also happen in the case of working wives who, after the death of the husband, are not in a position (incomewise) to sustain the family in an urban environment. For the latter case, a woman loses her employment opportunity in an urban area and chances for an employment in a near-home town or village. The fourth assumption is that employers knowing that the chances of women to be infected with AIDS are higher than men, may resort to discriminatory tendencies.

However, it is wrong to consider that the gender division of labour is a fixed factor. It is a part of reflection of the opportunity costs of male and female labour, wage rate differentials, and the marketability of different crops. The division of labour shifts as employment opportunities outside agriculture change, or as the introduction of new crops or technological innovations in agriculture affects labour requirements and the relative profitability of labour. This is clear from past behaviour. Men have switched their attention to food crops as they changed status from subsistence to cash crops. Women have taken responsibility for cash crops following the migration of their husbands to gain paid employment. Thus, current labour impacts are not necessarily indicative of future ones.

Nevertheless, the present gender division of labour tends to intensify the negative impacts of AIDS. Furthermore, not only are women commonly responsible for a large proportion of crop planting, weeding and harvesting as mentioned above, they also care for small ruminants and poultry, and collect most water and fuelwood requirements. In other words, they have very little unutilised time to compensate for male mortality. So any loss of male workers, or of female labour diverted to caring for AIDS patients, is difficult to absorb at the household level without additional agricultural production losses, or other health and welfare risks as those from unsanitary water or undercooked food, because of the lack of time to collect freshwater or adequate fuelwood.

Female unemployment and pressure to prostitution

Reference to Tanzania's unemployment statistics shows that 206,549 women compared to 145,960 men are usually unemployed. When these figures are presented in geographical terms, then a total of 131,068 (urban) women and 62,047 (urban) men are unemployed. In

the absence of other employment opportunities women might be forced to prostitution as a way of earning a living. We have already referred to cases where the female/male differences in prevalence of HIV and AIDS reach very high levels in some vulnerable communities on trade routes where a majority of women may be infected due to their economic dependence upon provision of commercial sexual services to infected mobile men.

The unemployment factor may not be the only one forcing women into prostitution. Women tend to be paid lower incomes than men even for the same work done. To supplement for this 'denied' income, prostitution may be the only salvation. Observations in urban areas: Dar es Salaam, Arusha, etc., show high prevalence of prostitution. This is more so after the adoption of the Economic Recovery Programme (ERP) policies aimed at liberalisation of the national economy and adoption of market-oriented policies. These policies reduced the real wages, through devaluation and high inflation, to unbearable proportions. Thus boosting both informal sector employment and prostitution.

The trade liberalisation has contributed to prostitution in a big way. Almost along all urban and suburb roads and streets in Dar es Salaam are full of the so called groceries. In reality these groceries are beer shops selling alcohol from the early hours of the morning to very late hours at night; thereby circumventing the official open hours of bars. These groceries have offered employment opportunities to unemployed women in Dar es Salaam. They have also exposed those women to prostitution since these places become contact points to the would-be customer.

Age at marriage

Evidence in Tanzania suggests that the AIDS epidemic affects women at an earlier stage than men. The implication of these is that the labour input of women into production is lower than that of men. That is, women's chances of an early pull-out from the workforce are higher than men because of early morbidity and mortality rates.

As women become aware of the dangerousness of AIDS, they may prefer to marry early so as to avoid a situation whereby one has to come into contact (sexually) with a number of boyfriends before getting the right choice of a husband. This tendency may coincide with the contemporary behaviour of men who view young and school girls as being safer than older women. However, in search for the 'virgins' the infection is spread even further and chances for early marriage are increased, especially in cases where pregnancy occurs.

Whether early marriages are voluntary or circumstantial, they would significantly weaken the position of women in the labour force for a number of reasons. Firstly, the educational status of women would be negatively affected. Secondly, chances for higher job status are reduced given that there are direct correlation between the level of education and the status of a job. Thirdly, male dominance will persist. If this happens women cannot insist on those types of

behaviour within partner relationships which would prevent the spread of sexually transmitted diseases.

Migration

We did discuss above the likely patterns among women which could emerge in the wake of HIV/AIDS. In this section we do not intend to dwell again in detail on the issue. It suffice to emphasize that the urban-rural, rural-urban, urban-urban and rural-rural migration among women will depend on a number of factors: employment opportunities, levels of education, levels of empowerment, compliance or non-compliance to traditions and beliefs, the economic status of women vis-à-vis men —after the latter's death, government policy on employment issues, etc. All these will not only affect the pattern and direction of migration but also the division of labour between women and men.

Perhaps one issue of migration which needs some focus is that of prostitutes and some members of the society who tend to feel that they are at higher risk to get infected because of either the nature of their job or of the area they come from. Observations in Dar es Salaam shows a lot of mobility among these groups as a way of concealment of identity. For example, if a barmaid in Sinza area contracts a skin disease or tuberculosis, after getting healed she migrates to Temeke where she continues with the same employment. The same phenomenon is evident among prostitutes who stay for a definite period in a location before migrating to another. We are of the opinion that this type of behaviour has been instrumental in spreading the disease in Dar es Salaam. It is in this context that serious interventions have to be undertaken to check such behaviour. However, such interventions have to be conceptualised in a wider context which realises that AIDS is not only a development issue but also a population and a gender issue.

Another factor which affects, and will continue to affect migration in Kagera region is of cultural nature. It is the tradition of Hayas to dispose women when their husbands die. Implying that the disposed women are thus forced to migrate to relatives or to other areas where they can earn a living. This cultural 'norm' portrays an overt discrimination against women as far as ownership of property is concerned. Further, it encourages the mobility of widows of AIDS victims and thus increases the likelihood of more people being infected through having sexual contacts with such women.

Furthermore, women migrating into distant areas, both rural and urban, will tend to hide their identity and background of where they come from and what had happened to their husbands so that they do not 'scare' the would be male customer or friend. Such an attitude will definitely increase the risk of AIDS infection. Indeed in Dar es Salaam and other urban areas one can observe a tendency of Hayas hiding their identity by changing names. Again, there is an emerging attitude among the Hayas that 'why should they die alone'. That is, AIDS should not be allowed to be a Haya disease. Over time this phenomenon is no longer confined to one tribe, it is now more widely

spread when compared to the past.

Conclusion and recommendations

The HIV/AIDS epidemic affects the capacity of the economy to produce by reducing the quantity of labour input. This is the basic assumption which guided this study. The effect of this impact is multifold: lower productivity, changes in labour/capital ratios, changes in migration patterns, lower savings, raise in prices of factors of production. In short, the adverse effects of the epidemic to the national economy are enormous. What then should be done to minimise this adversity?

— The Government should be more forceful, than at present, sensitise the population on the macro-economic impact of HIV/AIDS. Such a programme should target at all vulnerable groups or cohorts in all sectors of the national economy.

— The present policies of the ERP should be looked into in the context of their impact to AIDS. The policies should not contradict the AIDS prevention efforts. For example, in the wake of trade liberalisation the government lacks a policy of alcohol distribution and sale. Specifically the Government should strictly impose open and closure hours on bars and groceries.

— As it is becoming increasingly clear that HIV/AIDS is not only a development issue but also a gender issue. It is important therefore that more research should be directed towards studying the actual and potential impacts of AIDS morbidity and mortality on women in general and women labour force in particular and its subsequent impacts upon agricultural and industrial production and family survival. Women economic coping-strategies should be studied.

— Introduction of sex education should not be delayed any further. The Ministry(ies) responsible for shouldering this task should embark on it as soon as possible. Such education should contain strategies to lengthen the time before the onset of sexual intercourse in young women, increase the age at first pregnancy, and increase the ability of young girls to control the situations in which they are sexually active.

Worksite interventions have shown high rates of success as far as producing an 'AIDS conscious worker' is concerned. However, financial constraints have limited the scope of such interventions. It is in this context that labour force supportive organisations like the ILO should be encouraged to extend support to workers' unions and employers' associations so that they could embark on country-wide worksite interventions.

Bibliography

- AMREF. 1995. *Study on HIV/AIDS infection rates in rural and urban areas in Tanzania*, Dar-es-Salaam: AMREF.
- BULATAO Rodolfo A. 1990. "The demographic impact of AIDS in Tanzania". Background paper prepared for the Tanzania AIDS assessment and planning study, Washington DC: World Bank. June 1990s.
- Bureau of Statistics [Tanzania]. 1993. *The labour force survey 1990/91*, Dar es Salaam, June 1993.
- CHIN James and SONNENBERG F. [nd, 1991]. "The epidemiology and projected mortality of AIDS in the United Republic of Tanzania". Background paper prepared for Tanzania AIDS assessment and planning study, Washington DC: World Bank.
- KAPIGA S.H. et al. 1993. *Risk factors for HIV infection among women in Dar es Salaam, Tanzania*, New York.
- MBILINYI Marjorie (with Ave Maria SEMAKAFU). 1993. *Gender issues in employment and production in sugar industry*, Report for OTTU/MWEMA/ILO (forthcoming).
- MBUGHUNI Patricia M. 1994. "Gender and poverty alleviation". Paper presented at a workshop for research on poverty alleviation in Tanzania, 11-12 January 1994, Dar es Salaam.
- MHLOYI M. 1991. "Presentation at the HIV weekly seminar at the School of Public Health, Columbia University", New York, The Population Council (October 1991).
- TGNP [Tanzania Gender Networking Programme]. 1993. *Gender profile of Tanzania*, Dar es Salaam.
- World Bank. 1991. *Tanzania AIDS assessment and planning study*, Washington, DC: World Bank (October 1991).
- World Health Report. 1990. *Bulletin of the World Health Organisation*, Geneva: WHO (October 1990).
- NACP. United Republic of Tanzania: Ministry of Health (Tanzania Mainland). 1991. *National AIDS Control Programme, (HIV/AIDS/ STD surveillance). Report No.4*, Dar es Salaam.
- NACP. United Republic of Tanzania: Ministry of Health (Tanzania Mainland). 1991 and 1995. *National AIDS Control Programme (HIV/AIDS/STD surveillance). Report No.7 and 10*, Dar es Salaam.

Humphrey P.B. MOSHI, *The impact of AIDS on the national economy: the case of women labour force in Tanzania*

The objective of this paper is to analyse the impact of AIDS from a gender perspective. This methodological approach is informed by the conviction that AIDS is not only a developmental issue but also a gender issue. The major findings of the study is that women morbidity and mortality rates will increase in future and this will impact negatively on women labour force. Consequently, enhance rather than reduce gender inequalities. The implication of this is the need to empower both girls and women through educational programmes aimed at changing the current negative mindset towards gender issues to a positive one.

Keywords: gender • women labour force • socio-demographic characteristics • employment patterns • employment opportunities • migration • age at marriage • mindset.

Humphrey P.B. MOSHI, *L'impact du sida sur l'économie nationale : le cas des femmes travailleuses en Tanzanie*

Résumé — L'objectif de cette étude est d'analyser l'impact du sida dans une perspective de genre. Cette approche méthodologique est renforcée par la conviction que le sida n'est pas seulement un problème de développement, mais aussi un problème de genre. Les principaux résultats de cette étude montrent que les taux de morbidité et de mortalité chez les femmes augmenteront dans le futur et auront un impact négatif sur la force féminine de travail. Par conséquent, ces facteurs renforceront plutôt qu'ils ne réduiront les inégalités entre sexes. Il en résulte le besoin de renforcer à la fois les capacités des filles et des femmes à travers des programmes éducationnels visant à changer la mentalité négative actuelle relative aux questions de genre et de la rendre plus positive.

Mots-clés : genre • force féminine de travail • caractéristiques sociodémographiques • type d'emploi • opportunités d'emploi • migration • âge au mariage • mentalité.

25. “Le chapeau utile n’est pas dans le vestibule”

Robert Vuarin

Ni finye kolon wulila, bëè bolo b'i kun na
Quand la bourrasque se lève, chacun a la main sur la tête

Aucun autre moyen que le préservatif n’existe pour, individuellement, éviter de contracter la maladie du sida et, socialement, ralentir sa propagation. Si l’existence de cette maladie est attestée au Mali, si son mode de propagation est reconnu comme principalement (hétéro-)sexuel, alors aucun argument ne vaut pour entraver l’usage du préservatif, à moins que cet usage n’entraîne directement ou indirectement, un nombre de victimes supérieur à celui que la maladie provoque. “Le chapeau utile” — *fukulan nafama* —, ainsi que le Bambara l’a rebaptisé, est la seule protection contre la tempête virale. Et cette tempête est forte. Un médecin malien, dont la position sociale autorise la plus grande liberté d’esprit, estimait le taux de prévalence officiellement reconnu au Mali, (environ 4 % de la population totale) inférieur à la réalité : car le Mali, situé entre la Côte-d’Ivoire, où ce taux est supérieur à 10 % (près de 15 % semble-t-il), et le Sénégal, où les autorités admettent un taux de 1 %, sans que rien n’entrave la circulation des hommes entre les trois pays, doit en réalité connaître un taux d’au moins 7 %. Ainsi sur une population totale de plus de 8 millions de personnes, environ 550 000 seraient infectées. A supposer, poursuivait-il, que la moitié des séropositifs vivent dans les villes régionales ou en campagne, le million de personnes, environ, vivant à Bamako en comprendrait plus de 250 000, soit un quart, voire plus si on exclue les enfants et les vieillards. Ainsi l’avancée de la maladie serait bien plus forte que ne permettent de l’inférer les 600 cas (environ) de maladie avérée officiellement reconnus en 1993.

Souhaitons bien sûr que cette estimation soit exagérée. Mais doit-on pour autant prendre pour référence des actions de prévention l’estimation minimale, quand on sait qu’elle ne porte que sur trois hôpitaux de la capitale, que la maladie est rarement révélée aux malades par les médecins et peut-être aux autorités sanitaires, et qu’enfin et surtout, la non-systématicité des tests fait que bien des décès sont attribués à d’autres maux, sans que leur caractère de maladies opportunistes du sida ne soit reconnu ? La raison oblige, en l’absence de renseignements certains sur l’épidémie, à adopter les hypothèses les plus pessimistes lorsqu’il s’agit de dresser des remparts pour enrayer une offensive qu’on sait impitoyable. Et l’unique rempart est, on le sait, de caoutchouc.

L'utilisation du préservatif est-elle ainsi, au Mali et en particulier à Bamako, à la hauteur de la menace ? Sans doute, elle ne l'est pas, mais l'enquête réalisée à Bamako¹ a permis de constater que l'image négative que se font de cet objet les diverses catégories sociales se combine généralement avec un acquiescement d'utilisation émis par les autorités ; elle a aussi fourni la certitude que beaucoup de monde *dit* qu'il faut l'utiliser, mais personne (ou presque) ne le *fait*. Il est donc tout aussi nécessaire d'adopter une hypothèse pessimiste à l'égard de l'utilisation du préservatif qu'à l'égard des progrès de l'épidémie : rien ne semble aussi grave — et, à la limite criminel —, que ce discours d'autosatisfaction tenu par un professionnel de la prévention interrogé sur les progrès de l'épidémie :

“non, (l'épidémie n'est pas enrayée) il y a toujours quelques têtus (*sic*) qui se laissent prendre. *Sinon, sur le côté sensibilisation, nous pensons que l'épidémie est enrayée en ce moment.* Beaucoup de gens sont sensibilisés”² [Souligné par RV].

Deux arguments qu'on examine ici s'opposent à cette affirmation : en premier lieu, le risque de contagion existe, car si l'on met en relation tous les “couples à risques” qu'identifient les représentations,

¹ Cette enquête a été réalisée, dans le cadre du programme de recherche “Révélations du sida et pratiques du changement social au Mali”, dirigé par Claude Fay (ORSTOM), en août-septembre 1993 à Bamako (Diarra, Fay *et al.* 1994). Ses objectifs étaient d'une part de construire une “typologie des amants” dans la ville de Bamako, et d'autre part d'étudier les représentations que se font du préservatif et de son utilisation ses promoteurs (professionnels de la prévention, médecins) et ses utilisateurs potentiels.

Du côté de la prescription d'usage, onze médecins et responsables institutionnels de la prévention ont été interrogés.

Du côté des récepteurs du message, deux sous-populations ont été choisies : l'une est définie par une capacité d'attention et de réceptivité maximales à l'égard des messages de prévention, puisqu'il s'agit d'adultes jeunes (de 30 à 45 ans) et “intellectuels”, caractérisés par un fort dynamisme personnel car créateurs d'entreprises. Les éventuels rejet ou acceptation des prescriptions d'utilisation par cette sous-population — susceptible de bénéficier de la plus grande information sur la maladie et de la plus grande propension à accepter la prévention — permettent d'éclairer les attitudes propres à des catégories de la population d'un niveau d'information et de réception des messages inférieurs. L'autre sous-population est constituée par un groupe de jeunes (“grin” ou “groupe de thé”) du quartier de Magnambougou, de niveau scolaire et social composite.

² Cette personne justifiait son opinion par le fait que la prévision de vente du préservatif (160 000/an) avait été fortement dépassée (1 million/an). Mais ce chiffre signifie une utilisation de six préservatifs par couple et par an, car le recensement de 1987 (notoirement sous-évalué) décompte à Bamako 321 448 personnes de 15 à 49 ans. Les autres sources d'obtention de préservatifs, non prises en compte par cette personne, — par distribution gratuite (PNLS) ou par vente en pharmacie — augmentent évidemment la consommation. Les données analysées plus bas indiquent qu'en un peu plus de deux ans, 870 000 préservatifs au moins ont été retirés (sinon utilisés) à la distribution gratuite au PNLS (8 700 personnes environ sont venues chercher au moins une boîte de 100 préservatifs). Le décompte le plus optimiste conduirait donc à estimer à 10 le nombre de préservatifs utilisés par couple adulte et par an (sans compter ceux vendus en pharmacie).

ce sont finalement tous les segments de la société qui sont en contact (sexuel) les uns avec les autres. En second lieu, on peut penser que le préservatif n'est généralement pas utilisé par l'ensemble de la population avec la régularité requise par la gravité prévisible de l'épidémie, parce que son utilisation est soumise à des considérations tout-à-fait étrangères à la prévention de la maladie : *ce sont l'ordre social et l'honneur de la personne qui sont en jeu et non sa santé*, ce qu'on vérifiera à propos des couches sociales pourtant les plus susceptibles de comprendre le risque et de s'en prémunir (les "intellectuels"). Cette discussion sera tournée vers un objectif : proposer un, ou des argumentaires de "messages" de prévention venant s'inscrire en faux contre les éléments de représentation populaire (ou élitaire) du préservatif qui suscitent le plus les réticences à son égard. Pour cela, il apparaît nécessaire de reconstituer l'image que "la" société malienne se fait du préservatif et de la maladie, c'est-à-dire de mettre à jour la configuration sémantique, le système de signification par lequel ils sont compris, imaginés, mais aussi mobilisés pour aider à comprendre le monde, la vie, les autres hommes (et femmes). L'objectif est donc de persuader les autorités responsables de la prévention, médicales, mais surtout politiques, que contrairement au sentiment courant, les campagnes de prévention sont très insuffisantes et surtout très mal "ciblées". Le "pessimisme méthodologique" retenu ici par hypothèse, ne s'oppose en fait qu'à un optimisme un peu absurde, qui, poussé à la limite, consiste à croire qu'en fin de compte l'épidémie est anodine, mais qu'en revanche le préservatif est très largement utilisé !

Des couples à risques

konokulu dé bè bii fo

C'est de l'essaim d'oiseaux que vient le vacarme

L'apparition de la maladie en Amérique, puis en Europe, a certainement accentué la prise de conscience d'un des paradoxes de la sexualité dans les sociétés industrialisées : en même temps ont été révélés l'élargissement des rapports sociaux de sexe par la diversification des pratiques et la généralisation des partenaires potentiels et leur restriction, puisque de nouveaux groupes qu'on pourrait appeler "endo-coïtiques" se constituaient sur la base des "styles sexuels" différenciés. De ce fait, la propagation de la maladie est simultanément apparue, du moins dans un premier temps, comme potentiellement universelle, mais pratiquement interne à des "groupes à risques" dont les plus voyants (les homosexuels) transgressaient l'orthodoxie sexuelle culturellement prescrite (en l'occurrence l'hétérosexualité). Ce paradoxe de la menace contagieuse, considérée comme à la fois environnante et lointaine, a certainement constitué un bon support de projection des ambivalences que les individus et les cultures entretiennent très fréquemment à l'égard de l'opposition des sexes. De ce point de vue, les cultures européennes et africaines se rejoignent quant à la croyance en l'indétermination primordiale des sexes, persistante selon les premières (*animus et anima* de Jung), socialisable selon les secondes (par l'excision et la circoncision).

Ce rappel de l'ambivalence symbolique des contraires sexuels permet d'insister sur les multiples enjeux de la notion de contagion, qui peut ne s'attacher qu'à une dimension culturelle, celle du respect ou de la transgression de l'interdit d'union soit avec la même (exogamie), soit avec l'autre (endogamie), eux-mêmes définis selon une grande diversité de critères d'identification (sexuel, statutaire, générationnel, ethnique, économique, etc). Aussi faut-il interpréter tout autant sur les répertoires du réalisme que du symbolisme les réponses fournies par les personnes interrogées dans cette enquête sur leur conception des catégories sociales "à risques" dans la société malienne¹ ou des rapports entre ces catégories, c'est-à-dire des types de "couples à risques".

Ces réponses ont d'abord suscité chez l'enquêteur un certain étonnement : l'affaiblissement, pourtant reconnu par toutes ces personnes mais en milieu urbain seulement, des interdits d'alliance ou d'union sexuelle que prescrit traditionnellement la société malienne n'est pas présenté comme facteur de déclenchement ou d'aggravation de la contagion : personne n'affirme ainsi que la transgression des pactes de sang (*senenkunya*, entre Dogons et Bozos, peuls et forgerons, etc.) ne présente de menace particulière pour les individus ou l'ordre social, même sous l'angle rationnel, de la suppression d'un facteur de sélectivité des unions, ce qui ne peut que les démultiplier. Il en est de même pour la diminution des interdits d'alliance (et non d'union, coutumièrement fréquents) entre nobles et captives (ces "nids d'amour pour le maître"), ou encore entre nobles et personnes de caste (*nyamakala*).

L'affaiblissement des interdits d'alliances fondés sur le statut natif, la perennité du *sang* (on dirait au Mali la "race") ne semble donc pas susciter un sentiment particulier de menace pour l'ordre social ; il n'en est pas de même pour d'autres critères identitaires dont le danger de *transgression* s'exprime au travers d'une métaphore de la *transmission*.

Deux types de "couples à risques" apparaissent fréquemment dans les réponses. En premier lieu, de nombreuses personnes, principalement intellectuels et adultes, considèrent que le risque menace en priorité le type de couple formé par des hommes âgés, aisés, de statut social favorisé et des filles pauvres, jeunes et analphabètes. Sans doute leur avis exprime-t-il la désapprobation de l'état d'esprit intéressé des jeunes filles d'aujourd'hui, qui seraient plus attirées par les cadeaux que par la fondation d'un foyer. Mais elles entendent certainement reconnaître aussi la fréquence, et marquer une désapprobation à l'égard des relations sexuelles hors mariage entre hommes arrivés (chefs de famille donc) et jeunes filles démunies (de revenus mais non de charme), de l'adultère et des détournements des ressources du ménage qu'il provoque. Cependant cette union est tout aussi dangereuse lorsqu'elle n'est pas adultérine : la polygamie permet souvent à

¹ La formulation de la question écartait le recours à la vision européenne des "groupes à risques" (homosexuels, usagers de drogues, transfusés) et situait l'interrogation dans le cadre de la transmission hétérosexuelle.

des hommes mûrs de prendre pour dernière épouse une jeune fille et cette dernière alliance est aussi perçue comme source de contagion, car la jeune fille (on dit fréquemment "les troisièmes et quatrièmes épouses") ne pouvant être satisfaite par cet homme âgé, prend donc des amants et risque ainsi de contaminer son époux et, par lui, ses coépouses. Il semble donc plutôt affirmé ici que *c'est par son élément "instable" que le ménage polygame est (supposé être) contaminé*, par l'intermédiaire d'une quête adultérine masculine ou féminine.

Ce premier type de "couple à risque" admet de multiples variantes :

— des variantes, assez rares, qui s'attachent à montrer la généralisation de l'instabilité ou du désordre au sein même du groupe familial : "il y a ce qui se passe en sourdine dans le quartier, la famille... Le frère n'est pas là, tu te *glisses*..." ou encore : "on voit aujourd'hui le père et le fils désirer la même femme". Dans cet ordre intérieur à la famille, la coutume du lévirat (remariage des veuves d'un homme avec ses frères) est considérée comme cause de contagion, en particulier dans les campagnes ;

— une autre, plus rare, inverse sexuellement ce schéma, mais en conserve l'élément d'opposition économique : il s'agit alors de "femmes divorcées très aisées qui *courent* derrière des jeunes garçons au chômage", lesquels sont supposés avoir par ailleurs de nombreuses "copines" de leur âge et de leur statut économique ;

— la plus fréquente spécifie les partenaires sur un mode socioprofessionnel et situe ainsi ce mode de contagion dans le secteur du commerce : l'homme mûr est alors un commerçant "installé", souvent décrit comme *assis* dans sa boutique, et la jeune fille comme une petite commerçante *ambulante* qui vend des glaces, des arachides, des fruits au porte-à-porte, *parcourant* la ville en tous sens. La petite commerçante mi-enfant mi-femme, mais aussi mi-vendeuse mi-prostituée débutante, est ainsi très fréquemment désignée comme un des principaux vecteurs de contagion : elle constitue une "catégorie à risque" unanimement reconnue. Sans doute cette réputation vient-elle de ce qu'en elle converge une multiplicité de caractéristiques sociales par ailleurs associées à la transmission : souvent d'origine rurale, elle appartient à une première catégorie à risque reconnue, celle de "l'exode rural" : les travailleurs saisonniers, filles comme garçons, véhiculent la maladie de ou vers la campagne (les avis sur le sens de la contagion entre ville et campagne sont variables), mais aussi au sein de la ville. Elle est pauvre, travaille d'arrache-pied pour un salaire dérisoire, et sa naïveté et son inexpérience lui interdisent de mesurer le danger des tentations de la ville (vêtements, sorties...) que l'argent facile de la prostitution larvée permet de satisfaire ; dans le cas des garçons, c'est à la fois leur fréquentation des prostituées et leur refus ou méconnaissance du préservatif qui les désignent comme propagateurs de la maladie. La petite marchande *ambulante* est donc aussi membre potentiel ou supposé d'une seconde catégorie à risque, celle des prostituées. Il faut cependant noter, au sujet de cette catégorie unanimement reconnue comme "à risque", que l'opinion établit une distinction en son sein : on considère les plus encadrées comme non

dangereuses, en s'appuyant sur la connaissance des actions de "sensibilisation" au préservatif très tôt menées par les pouvoirs publics auprès d'elles¹; or les plus encadrées sont aussi les plus stables, celles qui exercent de notoriété publique en maison close, ou dans des villas, donc de manière sédentaire. La contagion est ainsi nettement attribuée aux prostituées "clandestines", non contrôlées, c'est-à-dire exerçant dans la rue, sur les trottoirs, "au bord du goudron", en bref *nomades*².

Il existe enfin un groupe masculin "à risques" exactement symétrique des petites marchandes, que tous considèrent comme particulièrement contaminé et contaminateur : il s'agit non pas, comme cela serait logique, de petits commerçants ambulants (qui sont pourtant tout aussi nombreux que leurs équivalents féminins), mais bien sûr, de façon significative, des professionnels de la mobilité : chauffeurs de *duruni* (les transports collectifs urbains), mécaniciens, transporteurs-routiers et leurs apprentis, toutes professions associées au véhicule, à la route, au déplacement. Une seconde caractéristique, difficile à interpréter, leur est souvent attribuée : leur "néo-analphabétisme", c'est-à-dire le fait qu'ils ont quitté tôt leur scolarité, ce qui déterminerait chez eux une attitude de témérité, d'arrogance et d'irresponsabilité générale, opposée à "l'innocence" quasiment naturelle de ceux qui n'ont jamais été scolarisés.

Bien évidemment, un second type de couple à risque naît du rapprochement de ces deux dernières catégories particulièrement exposées, formé par les chauffeurs et apprentis et les petites vendeuses, et ce dans les lieux où ils sont en contact, "à l'arrêt" pourrait-on dire : les garages et gares routières.

Pauvreté et analphabétisme se combinent donc avec ce trait de *l'errance*, commun aux petites marchandes, aux chauffeurs, aux prostituées nomades, aux migrants ruraux ou internationaux, mais aussi aux hommes et femmes adultérins, et qui constitue certainement la notion la plus étroitement associée au risque, car toutes les relations sexuelles ou catégories sociales considérées comme responsables de la

¹ De manière significative ces actions se sont particulièrement adressées aux prostituées exerçant dans la maison close située à proximité immédiate de l'autogare de Sogoninko, principalement fréquentée par les voyageurs.

² L'univers de la prostitution est complexe et multiforme. Il y a lieu de distinguer, outre la prostitution "déclarée" (en maison close, donc sédentaire et repertoriée à la brigade des mœurs ou dans les bars et hôtels), une prostitution clandestine soit régulière, (pratiquée par des "étoiles filantes"), ou *sufè-misifin* ("vache noire dans la nuit"), soit occasionnelle. Elle est dans ce cas pratiquée par des personnes ordinaires « qui ne se considèrent pas comme prostituées. Une femme travailleuse pour "arrondir les fins de mois", une étudiante pour préparer la rentrée scolaire, une ménagère pour préparer un mariage ou un baptême, une femme seule sans soutien pour faire face à ses besoins vitaux peuvent se livrer à une forme occasionnelle de prostitution. Actuellement, les occasions qui peuvent pousser une femme ou une fille à se prostituer sont tellement multiples et fréquentes que cette forme est en train de devenir coutume dans le district de Bamako. Elle est en augmentation dans les quartiers marqués par la pauvreté (...) du fond des cases aux grands hôtels, en "passant derrière" les bureaux des services administratifs » (Bocoum 1994 : 82-83).

propagation du sida sont définies par leur *mobilité*. Certes, cette représentation peut recouvrir un élément de vérité : la contagion est proportionnelle au contact. Mais ce qui semble important pour une politique de prévention est que l'association contagion-mobilité (que le terme de propagation traduit plus fidèlement) fonctionne métaphoriquement : le virus circule entre les individus comme ou parce que ceux-ci circulent dans la société, ou dans la ville, ou entre les pays. On ne peut éviter de rapprocher cette association du mal et de l'errance de ce trait culturel si récurrent en Afrique de l'ouest, qui attribue à la circulation en dehors ou entre les établissements humains des fonctions de fondation, ou des indicateurs de transgression de l'ordre social : l'exil, "l'aventure", la course en brousse sont le fait des chasseurs ou des héros, des criminels ou des fous¹. Ce fonctionnement métaphorique offre le gigantesque inconvénient de *limiter l'appréhension du risque au déplacement* et d'autoriser la certitude faussement tranquille que *l'immobilité procure la sécurité*, met à l'abri de la maladie.

Rien n'est plus faux bien sûr ! Il suffit, pour s'en convaincre, de reconstituer la "grande chaîne des liaisons", de recomposer la typologie des amants que la conscience sociale reconnaît, mais par éléments — maillon par maillon pourrait-on dire —, et qui, finalement, parcourt et raccorde en tous sens tous les statuts sociaux, toutes les générations, tous les espaces, comme tente de le représenter le schéma suivant :



Les générations adultes et jeunes sont en contact entre elles, comme les riches avec les pauvres, les fonctionnaires avec les commerçant(e)s et les artisans, les citadins avec les ruraux, les hommes et femmes mariés avec les célibataires. Au travers de cette chaîne ininterrompue, aucune fraction de la société n'est à l'abri de la contamination, même et peut-être surtout le chef de famille vertueux, paisiblement assis dans sa cour ou son vestibule, mais qui se situe inconsciemment au centre du tourbillon infectieux. C'est ce maillon faible, parce qu'inconscient, que la prévention doit en priorité atteindre, car rien ne justifie à ses yeux l'usage de ce symbole de dépravation qu'est le préservatif. Ainsi que le disait fort justement un médecin interrogé, toute population est à risque si elle "n'a pas la perception de la gravité de la maladie et ne la relie pas à la liberté de sa vie sexuelle".

Des hommes à principes

Sa ka fisa ni malo ye

Plutôt la mort que la honte !

Pour les médecins, les professionnels de prévention, les chefs d'entreprise interrogés, une certitude est acquise : la perception de la gravité de la maladie est proportionnelle au niveau de formation. Ainsi, les "intellectuels" (titulaires d'un diplôme supérieur, mais aussi par extension, tous ceux qui exercent une activité non manuelle et non traditionnelle, comme le commerce, voire même tous ceux dont le niveau de vie semble manifester l'efficace de la scolarisation, c'est-à-dire les fonctionnaires dans leur grande majorité), sont les mieux informés de l'existence et de la nature de la maladie, et seraient les plus réceptifs aux messages de prévention et donc les utilisateurs les plus conséquents du préservatif. Le "haut" de l'édifice social aurait donc connaissance et se protégerait mieux de la maladie que le "bas". Cette affirmation semble de bon sens car le recours au préservatif suppose une appréhension "scientifique" du mécanisme de la maladie, plus encore peut-être que pour d'autres affections qui ne mobilisent pas aussi fortement des registres interprétatifs concurrents (éthique, mystique, affectif), au sein desquels l'usage du préservatif n'a pas de sens, ou apparaît comme un rite absurde, ou comme une punition injuste, ou encore un aveu d'impiété. Le niveau de formation scolaire influerait donc sur l'adoption du préservatif.

Il y a cependant deux bonnes raisons de mettre en cause cette évidence : l'une est relative au système de valeurs propre aux "intellectuels", l'autre à ce qu'on peut connaître de leur pratique du préservatif.

Si l'on tient compte des valeurs et opinions d'abord et qu'on développe jusqu'à sa dernière conséquence cette confusion pourtant logique d'une scolarisation poussée et de l'utilisation du préservatif, alors il faut précisément reconnaître que statut d'intellectuel et utilisation du préservatif sont contradictoires. Car si on considère cet intellectuel dans sa totalité d'être humain et de sujet social, on doit aussi associer ce statut d'intellectuel à une position sociale et professionnelle (relati-

vement) élevée, puisque le niveau d'étude et le statut social sont corrélatifs (ils augmentent ou diminuent ensemble, du moins pour la fraction de la société dont l'ascension repose sur le diplôme, et non sur le capital économique ou relationnel). Mais l'ascension sociale s'accompagne également d'autres caractéristiques — en particulier d'une préoccupation croissante de reconnaissance par les autres de la légitimité de ce statut élevé. Occuper dans l'échelle sociale une position élevée, être installé, ne peut s'effectuer en solitaire, sans reconnaissance par les autres du mérite, de la respectabilité, de l'honorabilité de l'individu et des siens, de leur droit et de leur mérite. Une bonne réputation est certes une condition générale d'intégration sociale, mais plus on monte dans l'échelle sociale, plus cette exigence est forte. Sans doute y a-t-il là quelque influence de l'éthique aristocratique qui imprègne depuis des siècles les sociétés ouest-africaines. Mais on ne peut parler "d'intellectuel" en ne considérant que le niveau de formation ou le système culturel de référence (scientifique, "cartésien", occidental) : les autres caractéristiques, inséparables, de cet être humain sont d'occuper une position sociale et de se préoccuper d'une réputation.

Une des conditions essentielles de l'honorabilité est sans doute le respect des rôles et devoirs familiaux qui interdisent l'adultère, la divagation sentimentale ou l'errance sexuelle ; honneur et respectabilité sont donc associés à la stabilité sexuelle. C'est pourquoi une personne établie et respectée se pense et est considérée comme la plus à l'écart de cette maladie liée au "vagabondage sexuel", dont la propagation est très fortement associée au nomadisme, à l'instabilité, au déplacement. Ainsi quand le préservatif n'est pas perçu comme un moyen de contraception, il est unanimement associé à une relation sexuelle instable, précaire, illicite, potentiellement déshonorante : "le préservatif, c'est la carte d'identité de la prostitution", disait un informateur¹. Cette association entraîne la déqualification, la dévalorisation du rapport sexuel et du partenaire avec qui il est utilisé : l'utiliser ou proposer son utilisation revient en effet à signifier au partenaire et à devoir reconnaître soi-même que le rapport sexuel en cause est, comme rapport social, du côté de l'interdit, de l'illicite, et de la maladie. En quelque sorte, utiliser le préservatif fait exister le mal, présente des risques, mais des risques sociaux autant, sinon plus que sanitaires. On en conclura provisoirement que le préservatif est au Mali *autant une affaire d'honneur qu'une question de santé*.

Supposons donc qu'un intellectuel, rationnellement convaincu de l'efficacité de ce mode de protection, noue une relation avec toute autre femme qu'une prostituée ; il sait que s'il propose son utilisation, il devra reconnaître soit qu'il insulte sa partenaire en la traitant comme une fille de passe, soit qu'il est lui-même un "homme de passe", coutumier du deuxième bureau. Plus cette relation cherchera à se définir comme régulière, légitime, *stable*, plus l'usage du préservatif sera banni. Il est dans ces conditions impossible d'imaginer un tel

¹ Cette association, responsable d'une image négative solidement ancrée de l'objet, est peut-être due aux premières actions menées auprès des prostituées pour l'utilisation du préservatif.

usage entre mari et femme, d'autant que la contraception "chimique" est connue ; très peu entre amants, surtout si ceux-ci cherchent à compenser la dévalorisation de l'adultère par une survalorisation statutaire : mais c'est surtout avant le mariage, dans ces "conquêtes" si fréquentes entre jeunes que cette impossibilité d'usage est la plus forte, surtout s'il faut préserver l'avenir de la relation.

Le discours des "intellectuels" manifeste le paradoxe des valeurs propres à leur groupe, mais aussi à tout individu ou groupe préoccupé de sa respectabilité : d'une part reconnaître en raison le risque de contagion au sein même de son propre collectif, d'autre part le nier pour préserver son prestige et celui de son groupe (et peut-être aussi sa bonne conscience). Les tergiversations autour de l'usage du préservatif traduisent ces hésitations et contradictions. Mais ce sont les considérations de prestige, ou de statut social, qui l'emportent : le préservatif n'est donc pas utilisé ordinairement avec un(e) partenaire "préférentiel(le)", de statut social *comparable au sien*, car son usage signifierait instantanément une dévaluation de l'autre, du rapport et de soi. Les considérations sociales (honneur, réputation...) s'opposeraient donc aux préoccupations sanitaires.

Il est difficile de recourir à une information plus assurée sur le comportement réel de ces groupes sociaux. Mais les données qui concernent plus directement les pratiques en usage ne contredisent pas cette première conclusion : elles tendent même nettement à infirmer l'opinion courante selon laquelle les "intellectuels" seraient les "fers de lance de la prophylaxie".

Les rares études sur l'usage et l'image du préservatif au Mali sont toutes confrontées à une même difficulté d'interprétation des réponses sur son usage ; en effet les campagnes de prévention ont persuadé de très larges fractions de la population du fait que le port du préservatif est prescrit par "les autorités" et il est donc de bon ton, face à des enquêteurs assimilés (généralement à raison) à celles-ci, de reconnaître qu'on l'utilise. On peut donc supposer que ces enquêtes traduisent une surestimation plus ou moins grande de l'usage du préservatif¹.

Les données inédites examinées ici ont l'avantage de décrire fidèlement une pratique, mais hélas pas directement une pratique d'utilisation : elles proviennent d'un recensement de personnes venues

¹ A ma connaissance, deux enquêtes seulement sont disponibles sur l'usage du préservatif au Mali : une a été effectuée par le PLNS en 1992 auprès de 1 222 élèves dans les villes secondaires du Mali (PNLS 1992). Les résultats de cette enquête sont peu cohérents : 37 % des élèves interrogés croient à l'existence du sida au Mali, 41 % savent qu'il se transmet par les relations sexuelles, 76,6 % affirment avoir changé de comportement depuis l'avènement du sida et enfin 55,8 % disent "avoir utilisé" le préservatif (résumé de l'enquête). L'autre enquête a été réalisée par l'Institut malien de Recherches appliquées au Développement (IMRAD) en 1991 à la demande de la Pharmacie populaire du Mali (projet Marketing social des contraceptifs, PPM-USAID), auprès de 1 500 personnes dans diverses villes du Mali. Elle était surtout centrée sur le préservatif comme moyen de contraception. L'enquête établit que 56,9 % des hommes ont déjà utilisé le condom, mais aussi que 15,4 % des hommes pensent qu'il faut l'utiliser deux fois, et 68,5 % jusqu'à l'usure.

chercher des préservatifs en distribution gratuite auprès du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) à Bamako. Le fichier constitué par cette institution¹ comprend une information utile sur les âges et professions de ces personnes, les catégories socioprofessionnelles et les classes d'âge *en demande* du préservatif, ou plus exactement sur les évolutions de la demande de ces diverses catégories et classes, sur une période longue (octobre 1990 à décembre 1992). Le tableau suivant présente l'ensemble des demandeurs sur cette période par classes d'âge et par "catégories socioprofessionnelles"².

Tableau 1 : *Age et catégorie socioprofessionnelle des demandeurs (masculins) de préservatifs auprès du PNLS à Bamako (octobre 1990 à décembre 1992)*

| CSP | Classes d'âge | | | | | | | Total |
|---------------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|
| | 15/20 | 21/25 | 26/30 | 31/35 | 36/40 | 41/45 | 45 et + | |
| étudiant | 854 | 1589 | 255 | 33 | 3 | 1 | 0 | 2735 |
| artisan | 256 | 650 | 437 | 152 | 85 | 33 | 17 | 1630 |
| petit employé | 30 | 156 | 197 | 112 | 63 | 24 | 24 | 606 |
| employé | 3 | 109 | 168 | 106 | 51 | 19 | 13 | 469 |
| libéral | 0 | 58 | 186 | 82 | 55 | 16 | 3 | 400 |
| enseignant | 0 | 47 | 217 | 128 | 57 | 24 | 12 | 485 |
| commerçant | 335 | 785 | 511 | 228 | 91 | 44 | 17 | 2011 |
| cultivateur | 3 | 9 | 12 | 13 | 2 | 5 | 3 | 47 |
| chômeur | 7 | 135 | 182 | 14 | 7 | 3 | 4 | 352 |
| Total | 1488 | 3538 | 2165 | 868 | 414 | 169 | 93 | 8735 |

Source : recensement du PNLS.

¹ C'est ici l'occasion de remercier le Docteur Amadou Sy pour la cordialité de son accueil, et pour avoir bien voulu me confier ces données pour dépouillement.

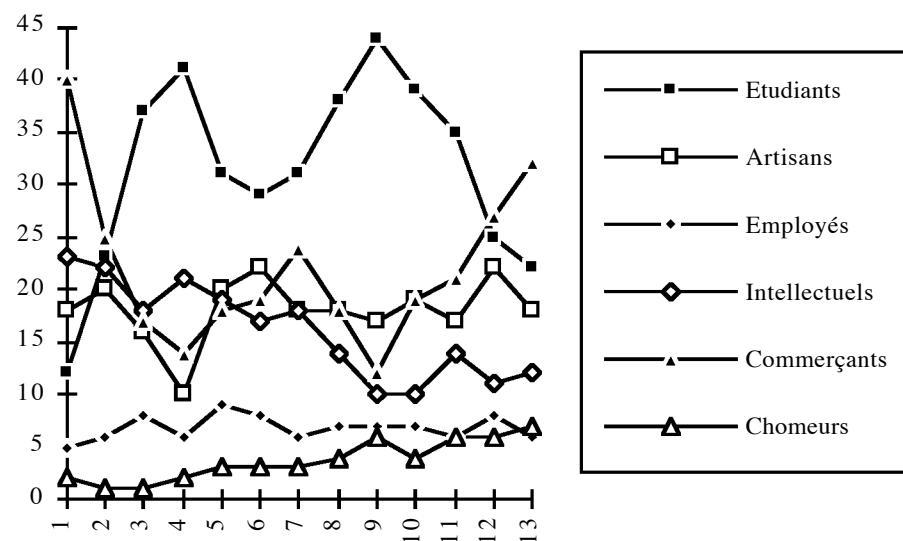
² La construction de ces catégories suppose un certain degré d'interprétation et de regroupement des professions indiquées sur les listes du PNLS. Les choix effectués sont les suivants : *étudiants* : élève et étudiant du public, du privé et de l'enseignement "franco-arabe" (*medersa*) ; *artisans* : tous les métiers du secteur privé "informel" (chauffeur, menuisier, tailleur, etc) en incluant les apprentis ; *petits employés* : tâcheron, gardien, planton, commis, ouvrier, des secteurs privé ou public ; *employés moyens* : infirmier, secrétaire, aide-comptable, dessinateur, militaire, etc., des secteurs privé ou public. Les employés moyens sont inclus dans la catégorie "d'intellectuels" avec les deux suivantes ; *libéral* : comptable, consultant, journaliste, médecin, avocat, assureur, artiste ; *enseignant et fonction publique* : enseignant de tous degrés et haut fonctionnaire (ingénieur, administrateur civil, etc) ; *petit commerce* ("tablier", vendeur ambulant ou en boutique) et *grand commerce* (transitaire, transporteur) ont été regroupés en raison de la difficulté à les distinguer sous l'appellation, très fréquente, de "commerçant" ; *chômeurs* : ont été intégrés dans la catégorie "intellectuels" puisque sont généralement déclarés ainsi des diplômés sans emploi ; enfin les *cultivateurs*, très peu nombreux, ont été indiqués pour mémoire.

Dans les limites de signification propres à cette source d'information, on peut établir les constats suivants¹ :

— en premier lieu, la démarche est presque exclusivement *masculine* : en deux ans et demi, plus de 8 700 hommes sont venus chercher des préservatifs, contre 53 femmes (dont au moins 10 animatrices de prévention). Ce déséquilibre manifeste un fait tout aussi massif : la décision d'utilisation du préservatif est exclusivement masculine ;

— les demandeurs sont principalement *jeunes*, et ce indépendamment de la catégorie socioprofessionnelle (82 % ont entre 15 et 30 ans) : la proportion diminue lorsque l'âge augmente, de façon très régulière.

Graphique 1 : *Evolution de la part de chaque CSP dans la demande globale de préservatifs en distribution gratuite au PNLS à Bamako, d'octobre 1990 à décembre 1992*



Source : recensement du PNLS

Abcisses : période de deux mois, d'octobre 1990 à décembre 1992.

Ordonnées : pourcentage de chaque catégorie socioprofessionnelle dans le total des demandeurs de préservatifs pour chacune des périodes de deux mois.

¹ Il s'agit essentiellement d'une distribution gratuite mais ne présentant aucune garantie de discrétion pour les bénéficiaires, qui viennent eux-mêmes retirer les condoms, de jour. Ils courrent donc le risque que leur démarche soit connue dans leur milieu proche (famille, quartier), ce qui contribue sans doute à diminuer la participation de ceux qui peuvent se passer de la gratuité de la distribution, en particulier les "intellectuels" dont le revenu est (légèrement) plus élevé, pour éviter une révélation publique de leur supposé "vagabondage" sexuel.

La demande des plus jeunes (15 à 20 ans), a augmenté régulièrement d'octobre 1990 (10 % des demandeurs) à décembre 1992 (22 %), celle des 21/25 ans aussi mais plus faiblement (passant de 33 à 40 %), pendant que celle des 26/30 ans, la plus irrégulière, a diminué de 33 à 23 % de la demande totale de préservatifs.

— par catégories socioprofessionnelles, on constate que, contrairement à la certitude "de bon sens", les "intellectuels" ne sont pas les plus nombreux parmi les demandeurs de préservatifs (graphique 1).

On a, sous cette catégorie d'intellectuels, rassemblé (et donc cumulé) les effectifs des employés moyens, des professions libérales, et des enseignants et hauts fonctionnaires. Certes, comme ils sont plus âgés, leur sous-représentation peut être attribuée à l'âge et non au statut social (puisque les jeunes sont les premiers demandeurs) ; mais surtout "l'indiscrétion" du mode de distribution est certainement un facteur de répulsion plus important pour des personnes plus vieilles, plus installées, plus soucieuses de leur réputation¹. La faible représentation des intellectuels ne signifierait donc peut-être pas une sous-utilisation du préservatif, mais indiquerait seulement qu'ils préfèrent se les procurer par d'autres voies (achat plus anonyme ou plus caché en pharmacie par exemple, ou en envoyant un "jeune frère" à la distribution du PNLS).

Il est apparu clairement que la demande des "intellectuels" a nettement diminué pendant les deux ans et demi, passant de 23 % des demandeurs en 1990 à 12 % en 1992. Peut-on dire également qu'elle est particulièrement faible ? Les demandeurs issus des trois ensembles de professions composant ici la catégorie des "intellectuels" apparaissent certes trois fois moins nombreux (1 354 personnes, cf. tableau 1) que les commerçants, artisans et petits employés (4 247 personnes) qui sont pourtant les catégories considérées comme les plus irresponsables ("néo-analphabètes") et les plus contaminatrices (vendeurs ambulants, chauffeurs, etc.). Pour établir cependant la sous-représentation des "intellectuels" dans la population des demandeurs de préservatifs, il est nécessaire de la comparer à la proportion de ces mêmes intellectuels dans la population globale de la ville. La seule source disponible est le recensement de 1987, dont la fiabilité est douteuse et qui, surtout, utilise une catégorisation différente, ce qui rend la comparaison délicate² ; Cependant le tableau suivant tente de comparer les effectifs et pourcentages des catégories socioprofessionnelles ainsi rapprochées :

¹ Si ce souci de la réputation joue ici pour limiter la portée de ces données sur l'usage pratique du préservatif, alors l'argumentation précédente, relative à l'image, est d'autant validée, puisqu'elle insiste précisément sur ce souci.

² Ce recensement donne les effectifs suivants pour les actifs masculins, seuls pris en compte en raison de la surreprésentation masculine parmi les demandeurs : - groupes 0, 1, 2 (professions scientifiques, enseignantes, libérales, juridiques, cadres et employés administratifs moyens) ("intellectuels") : 17 904 ; - groupe 3 en partie (petits employés) : 1 798 ; - groupe 4 (commerce) : 27 193 ; - groupe 9 (élèves et étudiants) : 77 653.

On ne prend pas en compte dans ce tableau les autres catégories du recensement :

- groupe 5 (services) : 5 156 ; - groupe 6 (agriculture, élevage) : 10 829 ; - groupes 7, 8, 9 (ouvriers et artisans) : 45 041.

Tableau 2 : *Effectifs et proportion de demandeurs “intellectuels” et “non-intellectuels” parmi les demandeurs et dans la population globale*

| | étudiant | artisan | petit employé | “intellectuel” | commerçant | Total |
|-----------------|----------|---------|---------------|----------------|------------|--------|
| PNLS : N | 2735 | 1630 | 606 | 1354 | 2011 | 8336 |
| PNLS : % | 33 | 19 | 7 | 16 | 24 | 100 |
| recensement : N | 77653 | 45041 | 1798 | 17904 | 27193 | 169589 |
| recensement : % | 46 | 26 | 1 | 10 | 16 | 100 |

Sources : recensement PNLS et recensement général de la population de 1987.

Certaines catégories sont plus représentées dans la population des demandeurs (les petits employés (+ 6%) les intellectuels (+ 6%) et les commerçants (+ 8%), d'autres moins (les étudiants, - 12 % et les artisans, - 7 %). La faiblesse de ces variations, mais surtout l'hétérogénéité des catégories utilisées par ces deux sources interdisent d'en retirer des conclusions définitives. Néanmoins on peut se limiter au constat que, contrairement à la certitude “de bon sens” — selon laquelle les catégories les plus scolarisées et, par voie de conséquence les plus haut placées sur l'échelle sociale “moderne”, seraient les mieux informées de la gravité de l'épidémie et les plus sensibles à la prévention —, ces deux séries de considérations relatives soit à l'image soit à l'usage du préservatif montrent que les “intellectuels” ne semblent pas être les utilisateurs les plus fervents.

La conclusion simple est énoncée brutalement : *si les plus susceptibles d'utiliser le préservatif ne le font pas, qu'en est-il alors des autres ?* On ne peut évidemment pas répondre directement à cette question, car ces “autres” n'ont pas été interrogés ; on peut cependant réfléchir davantage sur ce qui peut décider de l'utilisation du préservatif ou de son rejet dans l'univers social et culturel malien.

Une protection relative

Minan bëè n'a datugu don
Le couvercle dépend du récipient

Que nous apprend sur l'image du préservatif cette attitude des “intellectuels”, sinon qu'ils ne considèrent pas seulement cet objet comme un pur instrument assurant une fonction “technique” (en l'occurrence interdire la contagion) mais aussi comme l'indicateur d'autres aspects de la vie réelle, cachés, non-dits, mais impliqués cependant dans la relation sexuelle, et pourtant si importants que la pure fonction technique s'efface derrière eux ? Si les intellectuels, pourtant les plus préparés à comprendre l'efficacité prophylactique du rempart de latex, décident de son usage ou de son rejet pour des raisons autres que techniques, alors ces autres raisons peuvent être

déterminantes pour les personnes qui ne peuvent trouver dans leur formation scolaire les arguments scientifiques ou les références rationnelles qui peuvent imposer l'usage purement utilitaire de l'objet contre toutes les raisons morales, religieuses ou autres, qui imposent son rejet.

Nous tentons ici de cerner quelques-unes de ces références au réel, à la vie sociale, aux valeurs, que le préservatif révèle *symboliquement*, qui lui donnent sa signification et, finalement, décident de son utilisation.

Signalons d'abord la plus massive et la moins évidente des associations de sens : le préservatif apparaît au détour des discussions comme *signal de la maladie elle-même* : utiliser ou proposer d'utiliser l'objet revient à reconnaître l'existence du risque puisqu'on s'en prévunit, et donc la présence de la maladie. De ce fait, ne pas l'utiliser revient, tout aussi symboliquement, à nier l'existence et du risque et de la maladie. Certes, le présevatif rappelle, fait songer à la maladie (dans la mesure où la référence à la maladie a été distinguée de celle à la contraception). Mais ce qu'on veut signaler ici est différent : dans cette première dimension symbolique, il représente la maladie, il est le signe révélateur de sa présence : en quelque sorte c'est lui qui la fait exister, et spécialement dans une relation concrète, particulière, entre deux personnes, lorsqu'il est évoqué, comme si brandir le bouclier déclencheait l'envol de la flèche. Ne pas l'évoquer, c'est donc ne pas faire exister la maladie et ainsi s'en prémunir. Bien évidemment, le préservatif est ainsi associé à toutes les représentations de la maladie elle-même¹ ; mais il est aussi le centre d'un système spécifique de représentations.

En effet, cette première assimilation de l'objet à la maladie se combine souvent, et sans doute toujours avec une autre association très générale, qui consiste à *considérer l'objet comme symbole de comportement sexuel et de statut du groupe social correspondant à ce comportement*. L'utiliser revient donc à reconnaître l'existence non seulement de la maladie, mais aussi d'un comportement sexuel dépravé, indigne d'un statut social élevé, noble, respectable ; ainsi,

¹ On n'insistera pas sur certaines images de la maladie déjà signalées par divers travaux et qui sont, de plus, relativement extérieures à cette "configuration sémantique" du préservatif qu'on cherche à dessiner ici. Cette assimilation du préservatif à la maladie est très certainement active dans toutes les explications, imprécations, dénonciations qui associent négativement, particulièrement dans les milieux populaires, la maladie à l'univers occidental dans ce qu'il a de plus hostile ou d'antinomique à l'univers africain. Cette rationalisation paranoïde (d'ailleurs tout aussi observable au sein de l'univers occidental, qui préfère attribuer l'origine de la maladie à l'Afrique) affirme soit que la maladie n'existe pas (c'est le fameux "Syndrome Inventé pour Décourager les Amoureux"), soit qu'elle manifeste au plus haut point les conséquences néfastes des compromissions entretenues avec l'occident et le monde blanc par une Afrique dominée, impie ou pervertie. Une des versions de cette dernière interprétation affirme que la maladie a pour fonction d'amener l'Afrique à interrompre sa croissance démographique (il s'agirait donc d'un "Syndrome Inventé pour Dépeupler l'Afrique"), le préservatif étant ainsi l'arme secrète des comploteurs (avec la complicité des médecins africains).

proposer son utilisation à quelqu'un, c'est l'insulter, attenter à son honneur social, le (ou la) rabaisser sur l'échelle du prestige social comme ce peut être aussi reconnaître ou afficher sa propre indignité. Cette *triple assimilation* du préservatif à la maladie, de celle-ci à la dépravation sexuelle et de cette dernière à l'infériorité statutaire est présente dans tous les discours qui ne s'en tiennent pas à un plan strictement technique (celui des médecins qui décident de se situer sur un terrain exclusivement professionnel, ce qui est pour le moins éloigné de l'opinion et de la situation courantes). L'imbrication de ces trois domaines est énoncée de manière lapidaire dans la réponse d'un jeune chef d'entreprise : « Voilà, c'est cela le côté gênant pour l'usage du préservatif, parce qu'on suppose que la fille est une sœur, (...) qui est supposée ne pas être une prostituée, qui est supposée être en bonne santé ».

On ne cherchera pas à démontrer plus avant l'existence, dans l'opinion malienne, de cette triple assimilation. Le plus important ici n'est d'ailleurs pas de constater cette assimilation, mais d'examiner une de ses conséquences : si le préservatif est bien considéré en même temps comme instrument prophylactique, signe de la maladie, révélateur du comportement sexuel et indicateur du statut social, *alors sa nature est relationnelle et son usage est relatif*.

Nature relationnelle : cela signifie que l'objet n'est absolument pas compris comme un instrument ne possédant qu'une fonction technique, une utilité indépendante du rapport entre hommes où il est utilisé (mais quel objet, dans quelle culture, est ainsi réduit à sa seule fonction instrumentale ?) Il est aussi, peut-être surtout, vecteur et enjeu d'une communication entre deux individus, bien que sa fonction pratique soit précisément d'introduire un obstacle infranchissable à la communication du virus (mais aussi du sperme). Ce qui se joue au travers, où à propos du préservatif est moins la santé des partenaires, que leur honneur, leur respectabilité, leur position sur l'échelle sociale. Quand une jeune fille s'offusque de son évocation par un homme, c'est bien sa dignité qu'elle protège, mais aussi l'avenir et le type de relation à venir. Le préservatif est donc plus une affaire d'honneur qu'une question de santé ; mais c'est aussi un indice de statut, dans une société fortement hiérarchique où les critères de classement sont toutefois nombreux, plus ou moins unanimes, parfois discutés, et où par conséquent, les statuts individuels sont évaluables, mobiles, discutables. Le préservatif est ainsi l'objet d'une *négociation* entre les partenaires sexuels dont l'enjeu est cependant autre car chacun exprime dans cette négociation ce qu'il veut être, ce qu'est l'autre et ce que la relation est et va devenir. L'utilité du préservatif n'est pas définie *a priori*, mais se décide dans la relation, et décide même de la relation : l'utiliser c'est sacrifier, à terme, la relation et à l'inverse le refuser c'est exprimer sa confiance en l'autre, reconnaître sa respectabilité, affirmer l'égalité de statut de partenaires, valoriser et être valorisé par la relation.

En conséquence de ce caractère relationnel du préservatif, son usage est nécessairement *relatif*, puisqu'il dépend du rapport entre les (statuts des) partenaires, donc des types de couples. On pourrait ainsi

construire une typologie des relations de sexe entre deux types extrêmes de relations : celles qui autorisent ou impliquent l'usage du préservatif, et celles qui l'excluent. Dans le premier cas, ce sont certainement les relations les plus inégalitaires, "*hypercoïtiques*"¹, qui doivent admettre l'usage le plus automatique du préservatif, celles où les inégalités s'accumulent et se renforcent mutuellement quand le statut de l'homme est très supérieur à celui de la femme, puisque la supériorité de genre (masculin *versus* féminin) s'ajoute à d'autres sortes de supériorité (âge, respectabilité, richesse, etc.). Ainsi, un homme de statut supérieur ("stable", "établi", "grand") et une fille de statut inférieur ("instable" ou "ambulante", "jeune", "pauvre") utiliseront très certainement un préservatif (d'autant que ces deux prototypes sociaux représentent les deux extrêmes dans la conception courante de la contagiosité). Dans le second cas, les relations à *plus faible* potentialité d'usage sont sans doute celles qui sont parfaitement "*isocoïtiques*", où les statuts des partenaires sont égaux et où la relation a le plus de chance d'évoluer vers la conjugalité institutionnelle : homme et fille également jeunes, stables, respectables. Il semble — c'est à noter — que ce soit (seulement ?) dans ce cas — lorsque le partenaire est de même âge, d'égale formation et de condition sociale proche —, que les jeunes filles peuvent imposer l'utilisation du préservatif. Pour toutes les relations situées entre ces deux pôles, où le statut relatif des partenaires est peut-être moins clair et donc plus négociable, la discussion sur l'utilisation du préservatif dépend peut-être des résultats de cette appréciation des statuts relatifs. La conclusion minimale est que, dans une société hiérarchique et de plus confrontée à un certain antagonisme des critères de classement (statuts traditionnels, richesse, formation, etc.), l'utilisation du préservatif semble dépendre d'autres procédures décisionnelles que dans une société égalitariste. Elle est, pour le moins, soumise à des négociations statutaires préalables, secrètes et fort étrangères à une pure logique de prévention sanitaire.

Conclusion : quelle(s) campagne(s) de prévention ?

*Cekoroba san tan blon kono,
denmisennin san tan jamana kono,
olu dè bè se ka baro kè*

Un vieux qui compte dix ans de vestibule
et un jeune dix ans d'exode peuvent converser

Au Mali pas plus qu'ailleurs, le préservatif n'est donc un simple objet, exclusivement défini par sa fonction technique d'obstacle à la transmission sexuelle: il est aussi le support matériel de la

¹ Il faudrait dire "hypergamiques" ou "isogamiques", mais ces termes appartiennent au vocabulaire technique servant à décrire l'alliance matrimoniale. On notera que l'anthropologie n'a rien produit, lexicalemen, ni d'ailleurs théoriquement, pour décrire "l'union extra-matrimoniale" qui est pourtant une des plus universelles pratiques humaines.

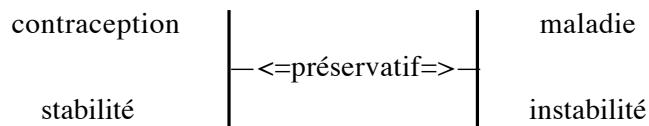
représentation, de l'accumulation, de l'articulation des significations abstraites du rapport sexuel, dont certaines font elles-mêmes référence à des domaines très étrangers à ce rapport, comme par exemple une conception de l'ordre social dans son ensemble. La représentation du préservatif (son image) est ainsi un système sémantique complexe, et il faut tenir compte de ce système de références extérieures à l'objet pour agir sur son utilisation par la population.

Que sait-on de cette représentation ? Au moins deux choses semble-t-il :

— Tout d'abord que le préservatif est associé à la maladie du sida, *dans la mesure où il n'est pas associé à la contraception* : sans doute faut-il opposer ces deux associations, certainement exclusives l'une de l'autre, et reconnaître que l'usage du préservatif ne peut se justifier à la fois par ses deux fonctions de contraception et de prévention sanitaire¹. On représentera ainsi cette première alternative sémantique :

contraception <= préservatif => maladie

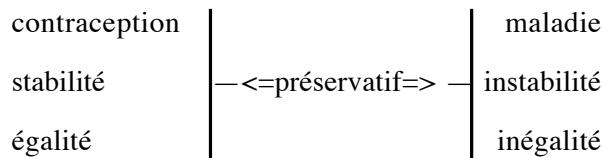
Si le préservatif est associé à la maladie, alors il l'est à toutes les significations symboliques de celle-ci : maladie de l'impiété, de l'ininitié, de l'occident, etc. Une d'elles paraît cependant fondamentale : celle qui associe la maladie et sa transmission au nomadisme, à l'instabilité, à l'errance, et considère donc la stabilité, la sédentarité, l'établissement comme des moyens de mise à distance de la maladie, donc de prévention, donc des signes (voire des causes) de santé ; on complètera alors le premier schéma de la façon suivante :



— Un second élément de représentation se combine au premier : le préservatif révèle, signale, désigne le rapport statutaire entre les partenaires sexuels. Or on a émis l'hypothèse que, dans la mesure où il symbolise la maladie et la dépravation, il est incompatible avec une relation cherchant à s'affirmer comme digne, respectable, valorisante pour les deux partenaires, qui doivent ainsi se reconnaître de même statut. A l'inverse, il peut être utilisé si l'inégalité statutaire (entre homme et femme) est suffisamment importante pour que la dévalorisation de la relation soit possible ou parce qu'elle est déjà effective. Le fait que le préservatif symbolise le rapport statutaire entre les partenaires revient donc à ce que son utilisation soit impossible si ce rapport est égalitaire ("isogamique"), mais possible s'il est inégalitaire ("hypergamique"). Notre schéma se complète donc d'un élément de

¹ Pour le moins, une étude approfondie de la relation de ces deux fonctions du préservatif, de leur compatibilité ou exclusion mutuelle, serait utile.

symbolisme sociologique, puisque le préservatif réfère à l'ordre social :



Le "chapeau utile" occupe donc une position symbolique discriminante : de son utilisation dépend la situation des partenaires du côté du Bien ou du Mal (physique, moral, social). Il est à la frontière de deux univers moraux, opposés mais cohérents : s'unir avec un membre de son propre groupe est la condition de la stabilité, et débouche sur une problématique d'enfantement (de vie), alors qu'à l'inverse, l'union inégale débouche sur l'instabilité, l'errance et peut-être la mort. Si le préservatif est bien perçu comme signe du partage entre deux univers symboliques aussi antinomiques, alors on peut comprendre qu'il y ait quelque réticence à l'utiliser, *puisque il fait basculer ses utilisateurs du côté du déshonneur social et de la mort.*

En somme, la négativité du préservatif, responsable des multiples réticences à son utilisation, au Mali, mais sans doute aussi ailleurs, provient peut être de ce renversement magique de sa fonction : conçu pour faire barrage à la maladie, il est perçu comme ce qui la fait advenir.

Que faire, dans ces conditions, pour améliorer son utilisation ? Bien évidemment il faut parvenir à déconstruire ce renversement magique, ce qui est très certainement lié au fait que l'existence de la maladie (préalable à l'usage du préservatif) est incertaine pour la grande majorité de la population, car elle n'a jamais fait l'objet d'une information systématique. Le premier obstacle à la prévention est le doute général quant à l'existence de ce contre quoi il s'agit de se prémunir. Il appartient aux autorités d'entreprendre une action résolue et patiente de révélation à l'opinion de la nature de la maladie et de l'état de l'épidémie, d'affirmer leur existence de telle sorte que la négativité soit clairement associée à la maladie, et non à la prévention, du moins que ces deux réalités soient nettement dissociées et non assimilées comme c'est actuellement le cas. Le préservatif symbolise la maladie, mais ne la provoque pas, car celle-ci existe préalablement et indépendamment de lui : tel est le premier message à transmettre à l'opinion.

Puis, il faudra certainement adapter les messages de prévention à la multiplicité des "publics" et à leurs représentations. Si on définit ces publics par leur degré spécifique d'exposition à la contagion, on doit distinguer ceux qui sont menacés par leur ignorance de la maladie, et ceux qui le sont par leur certitude d'immunité. Les premiers doivent être touchés par la première phase de révélation de la maladie qui vient d'être évoquée ; à leur égard, le travail d'information et de persuasion est entièrement différent de celui qui doit viser le second type de

public qui perçoivent bien la gravité de la maladie, mais pour d'autres groupes sociaux qu'eux-mêmes, car ils sont persuadés que leur comportement (et donc, symboliquement, leur position sociale) les tient à l'écart de ce "mal des routes et des bas-fonds". Il faut donc remettre en cause cette opposition du "vestibule" protecteur et de la "route" dangereuse — peut-être en tirant du symbolisme de cette opposition toute sa portée démonstrative.

Les messages de prévention doivent donc être nombreux, distincts et adaptés aux divers "publics". Pour illustrer cette diversité, citons deux exemples de messages de prévention adaptés à deux "publics" qui semblent les plus menacés par la maladie, non par ignorance, mais parce que les plus persuadés de leur immunité :

— Les jeunes de même (bon) milieu, de quartier (ancien) qui se fréquentent en tout bien tout honneur sont les moins susceptibles d'utiliser un objet qui d'emblée, nie leur égalité statutaire, dévalue leur comportement et leur moralité, dévalorise leurs intentions et vole leur relation amoureuse à l'instabilité. Un message destiné à eux (les représentant donc de manière clairement reconnaissable) devrait par exemple renverser ces associations d'idées en insistant sur la garantie de durée de la relation que représente le préservatif, la mise à l'écart du déshonneur lié au fait de contracter la maladie, peut-être le "modernisme" d'une discussion égalitaire entre sexes sur la réalité scientifique de la maladie, l'efficacité technique de la prévention, etc.

— Assis dans son *vestibule*, un chef de famille vertueux (âgé, respectable, fidèle, pieux musulman) explique à un jeune homme revenu d'exode en Côte-d'Ivoire comment il a contracté la maladie, parce que sa troisième épouse, ou lui-même, ont eu une aventure passagère avec une personne de rencontre... Mais il est vrai qu'un tel message a déjà été imaginé, réalisé par un acteur malien bien connu, puis retiré de l'antenne par une autorité politique plus soucieuse de ne pas choquer l'opinion bien pensante que de la protéger contre la maladie du sida.

Bibliographie

- BOCOUM Madina Daff, 1994, *Prostitution et sida au Mali*, Aix-en-Provence, Université d'Aix-Marseille II, Mémoire de maîtrise AES.
- BONNET Doris, 1981-1982, « La procréation, la femme et le génie (Les Mossi de Haute-Volta) », *Cahiers des Sciences Humaines*, XVIII (4) : 423-431.
- DIARRA T., FAY C., GERARD E., KONE F., LE PALEC A., PAMANTA O., TIOULENTA T., VUARIN R., 1994, *Révélations du sida et pratiques du changement social au Mali : rapport final*, Paris, ORSTOM-ISD : 170 p. multigr. (pagination multiple).
- IZARD Michel, 1979, « Transgresssion, transversalité, errance », in Michel IZARD et Pierre SMITH (éds), *La fonction symbolique*, Paris, Gallimard.
- PNLS, Mali, 1992, *Evaluation du comportement sexuel et des connaissances sur le sida en milieu scolaire au Mali (Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti)*, Bamako, Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées, Projet “Prévention du sida” (étude non publiée).

Robert VUARIN, “*Le chapeau utile n'est pas dans le vestibule*”

Résumé — Une enquête effectuée à Bamako en 1993 a cherché à préciser les représentations que les “intellectuels” se font de l’usage du préservatif, à vérifier si cette catégorie, considérée comme la plus acquise à son usage — en raison de la meilleure compréhension de la maladie, de la contagion et de la prévention qu’autoriserait sa formation scolaire — l’utilisait de fait, et à comprendre les raisons de son usage ou de son rejet pour proposer un éventuel complément des messages de prévention.

Dans l’opinion, la représentation de la transmission de la maladie, qui est ancrée dans un trait culturel ancien en Afrique de l’ouest, associant l’errance et la transgression des règles, limite l’appréhension du risque au déplacement et à l’instabilité, et alimente la certitude fallacieuse qu’un statut social établi met à l’abri de la contagion. De plus l’usage du préservatif dépend d’une évaluation réciproque du statut des partenaires et d’une négociation relationnelle. Il est en conséquence proposé de recentrer les messages de prévention sur la dénonciation du sentiment de fausse impunité que procure une position sociale établie et respectable, en particulier celle des chefs de famille intellectuels qui se considèrent et sont considérés comme à l’abri de la contagion.

Mots-clefs : Bamako • sida • prévention • préservatif • statut social.

Robert VUARIN, “*The useful hat is not in the vestibule*”

Summary — A survey carried out in Bamako in 1993 was designed: a) to determine how ‘intellectuals’ view condom use, b) to verify whether this category of people, considered most supportive of condom use —due to their better understanding of the illness, of the contagion and of prevention, as fostered by their school education— actually do use them, and c) to reach an understanding as to why condoms are used or rejected. The results of the survey were to serve as the basis for possibly complementing prevention messages.

The common representation of the transmission of the illness —which is rooted in an age-old feature of West African culture linking straying and the breaking of rules— limits understanding of the risk to displacement and instability and fuels the false certainty that an established social status puts one out of danger of being contaminated. Furthermore, the use of condoms depends on a reciprocal evaluation of the status of one’s partner and on negotiations within the relationship. Consequently, it is proposed that prevention messages should be altered so as to focus on countering the sense of false impunity derived from an established, respectable social position, particularly in the case of intellectual heads of families who consider themselves, and are considered by others, to be safe from infection.

Keywords: Bamako • AIDS • prevention • condom • social status.

26. Les dispositifs de lutte contre le sida à l'heure d'ONUSIDA et de la démocratisation¹

Marc-Éric Gruénais

Le 1^{er} janvier 1996 naissait officiellement la nouvelle agence des Nations Unies vouée à la lutte contre le sida, ONUSIDA, ce qui ponctuait par là-même des changements importants — déjà engagés mais surtout à venir — des dispositifs internationaux et nationaux de lutte contre la maladie. La création d'ONUSIDA intervient² dans un contexte politique et économique en Afrique où l'émergence de la démocratie³ est censée rimer avec la privatisation d'entreprises publiques et la libéralisation des marchés, la décentralisation, le développement de la société civile, en résumé, avec un État prié de se faire moins présent. La morphologie actuelle des systèmes de santé, en général, et des dispositifs de lutte contre le sida en particulier, sont pris dans cette dynamique dessinée tant par les nouveaux contextes politiques nationaux que par les nouvelles règles de l'économie politique internationale. Or, toute modification importante — toute “accéléra-

¹ Cette réflexion s'inscrit dans le cadre du projet de recherche “Organiser la lutte contre le sida en Afrique. Une étude comparative sur les rapports État/société civile”, soutenu par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS). Ce texte a été écrit en 1996 alors qu'ONUSIDA venait d'être créé et que le Congo, dont le cas est ici largement évoqué, était encore un pays en paix. Depuis, ONUSIDA a pris toute sa place dans l'espace des agences d'aide multilatérales, et le Congo, avec la guerre civile de 1997 qui aurait fait 10 000 morts, doit surtout faire face à l'urgence humanitaire. Cependant, même si certaines données peuvent paraître un peu datées de ce fait, la réflexion proposée à partir des thèmes de la décentralisation et des inégalités Nord-Sud garde toute sa pertinence, comme a pu en témoigner la question de l'accessibilité aux antirétroviraux à l'occasion de la X^e conférence internationale sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique, qui s'est tenue à Abidjan en décembre 1997.

² Cette modification dans l'organisation du système des Nations Unies peut être considérée autant comme “un signe des temps” que comme une initiative spécifique. Aussi peut-on dire qu'une telle modification accompagne, ou participe d'une dynamique globale qui tend vers un libéralisme politique et économique à l'échelle mondiale.

³ A propos de l'Afrique, on parle plutôt de “démocratisation” que de “démocratie”, sans doute pour signifier combien le processus n'est pas achevé, comme en témoignait le discours du Président du Congo, Pascal Lissouba, devant plusieurs chefs d'État africains lors du 36^e anniversaire de l'Indépendance du pays le 15 août 1996 : « Il est clair que nous nous trouvons à mi-chemin entre ce qui n'existe plus, à savoir le totalitarisme monopartite, et ce qui n'existe pas encore, le pluralisme démocratique » (*Jeune Afrique Économie*, 224, septembre 1996 : 93).

tion de l'histoire" — suscite interrogations et inquiétudes, réveille de "vieux démons" et/ou raffermit des identités parfois incertaines. Bien que les nouveaux dispositifs de lutte contre le sida n'aient évidemment pas eu le temps de faire leur preuve, cette étude fait écho à certaines interrogations que le nouveau contexte suscite déjà¹.

Des systèmes de santé en cours de rénovation

A la suite des différents plans d'ajustement structurel (PAS), dans les pays en développement, les dépenses de santé et d'éducation ont été réduites de 26 % entre 1980 et 1985 ; entre 1972 et 1988, pour les "pays les moins avancés", les budgets d'éducation ont diminué de 21 % à 9 %, et les budgets alloués à la santé dans les budgets nationaux ont chuté de 5,5 à 2,8 % pour la même période. Les mesures prises depuis lors en faveur du paiement des actes médicaux, et la détérioration de l'accès aux soins qui ont suivi les réductions budgétaires auraient contribué à une augmentation de la morbidité (Lurie *et al.* 1995)². La santé et l'éducation ont donc subi des réductions budgétaires drastiques au point que dans certains pays, hormis quelques structures de soins dont le fonctionnement est soutenu par des "projets", le système de santé n'est plus guère financé par les États.

Dans les nouveaux schémas préconisés, le recul de la participation de l'État dans le financement du système de santé devrait être compensé par un développement des structures privées et des initiatives locales. Ainsi, dans un rapport de la Banque Mondiale (1993 : 13), on peut lire : « On pourrait aussi subventionner les producteurs de soins de santé du secteur privé qui assurent des services cliniques de première nécessité aux pauvres. Cela commence déjà à se faire et il faut poursuivre sur cette voie. Beaucoup de pays d'Afrique, comme le Malawi, l'Ouganda et la Zambie, subventionnent les dépenses de fonctionnement d'hôpitaux et dispensaires ruraux rattachés à des églises ainsi que la formation de leur personnel de santé. Au Bangladesh, au Kenya, en Thaïlande et dans d'autres pays encore, l'État, assisté par les bailleurs de fonds, soutient le travail des accoucheuses traditionnelles auprès des femmes enceintes... ; il le fait aussi pour celui des guérisseurs traditionnels dans la lutte contre des maladies infectieuses comme le paludisme, la diarrhée et le sida ».

Les structures publiques, pour leur part, doivent tendre vers une plus grande autonomie de gestion et un autofinancement, du moins partiel, en appliquant les principes de l'initiative de Bamako :

¹ Précisons tout de même que la nouveauté du contexte est relative dans la mesure où l'on peut faire remonter au milieu des années 1980 la dynamique il est fait état.

² Cet article, particulièrement critique, fait porter la responsabilité de la progression de l'épidémie de sida, entre autres, aux mesures imposées par le FMI et la Banque mondiale. Le lien établi par ces auteurs entre expansion de l'épidémie de l'infection à VIH et mise en place des PAS est peut-être un peu rapide ; nous retiendrons surtout les chiffres sur les réductions budgétaires.

« L'initiative de Bamako, lancée en 1988, a pour principal objectif de revitaliser le système de soins de santé du secteur public en renforçant la gestion au niveau du district et en drainant une partie des ressources que la population elle-même consacre à la santé... Dans le cadre de cette initiative, la population locale accepte de payer un prix modique pour les soins ambulatoires et les médicaments dispensés dans les centres de santé et les pharmacies. Les centres de santé gardent par-devers eux les recettes ainsi obtenues, qui sont gérées par des comités d'élus locaux, lesquels utilisent les fonds pour acheter d'autres médicaments (au moyen d'un fonds renouvelable), pour verser des primes aux agents de santé méritants et pour financer d'autres améliorations » (Banque Mondiale 1993 : 166).

Si l'on considère l'exemple du Congo, cela se traduit dans les faits par des mesures de libéralisation de l'exercice de la médecine, prises à partir de 1988. Dans un premier temps, on assiste à une multiplication du nombre des pharmacies, puis de cabinets médicaux où exercent à titre privé des médecins de la fonction publique, mais aussi à une prolifération de petits centres privés dans les quartiers périphériques des grandes villes créés par des infirmiers ou des assistants sanitaires qui n'ont pas été recrutés par l'État.

Depuis 1992, le système de santé national fait l'objet d'une réforme qui s'inscrit dans un projet politique global de réorganisation administrative et territoriale du pays censé accorder une plus grande autonomie aux régions. Très schématiquement, cette réforme qui a pour nom "Plan national de développement sanitaire" (PNDS), consiste à réorganiser la pyramide sanitaire en rendant opérationnels ses trois niveaux constitutifs : hôpital de référence, dispensaires aux compétences accrues (baptisés "centres de santé intégrés"), postes de santé. Les structures de santé redéfinies et rénovées, notamment au niveau périphérique, sont censées être gérées par des comités de santé et doivent se conformer à une politique de recouvrement des coûts. Cette réforme devrait favoriser une dynamique de référence / contre référence qui "retiendra" les patients atteints de maux facilement curables dans les structures périphériques, pour tenter ainsi de briser le réflexe souvent immédiat de s'adresser directement à l'hôpital central quelle que soit la nature du mal, et qui pourra organiser un suivi au niveau local.

Dans les faits, on se trouve désormais face à une situation où les structures telles qu'elles sont envisagées par la réforme ne sont pas encore opérationnelles, ou plus simplement n'existent pas encore. Les "anciennes structures" (dispensaire, centre SMI, centre médical, etc.), donc toujours en place, n'ont plus guère de budget depuis 1992. Les personnels de santé, comme tous les agents de l'État, ont vu leur salaire — versé irrégulièrement — baissé de 30 % en 1994, après la dévaluation du franc CFA, et ne savent plus très bien quelle est leur place dans le système de santé. Aujourd'hui, forts des principes de Bamako, dans des structures sans budget (puisque elles doivent s'autofinancer par le recouvrement des coûts), les personnels de santé réclament une prime dès qu'il s'agit d'entreprendre une action spécifique leur demandant une collaboration.

La réorganisation des dispositifs de lutte contre le sida

Premières questions à propos d'ONUSIDA

C'est dans ce contexte général d'autonomisation des structures de soins et de retrait de l'État pour redynamiser des systèmes de santé fort mal en point qu'intervient la mise en place d'ONUSIDA. L'ambition de ce nouvel élément du système des Nations Unies est affichée d'emblée : « le nouveau Programme commun des Nations Unies pour le VIH/sida (l'ONUSIDA) va pouvoir dépasser l'aspect purement sanitaire en aidant les pays à mettre en œuvre des approches et des interventions multisectorielles qui touchent toutes les ramifications de la pandémie » (Piot et Cherney 1995 : 272). ONUSIDA a été notamment créé pour assurer une meilleure coordination des actions de la coopération multilatérale et en particulier des agences des Nations Unies. Comme le précise son directeur, Peter Piot, dont on connaît les convictions en faveur d'une large approche de santé publique du problème, ONUSIDA ne devra négliger aucun aspect de l'approche médicale du problème, et aura à accorder toute l'attention nécessaire à la prise en compte de la pandémie par toutes les institutions et groupes nationaux, régionaux et locaux. Dans la perspective adoptée, le rôle des personnes vivant avec le VIH/sida est présenté comme essentiel : « Il y a deux éléments fondamentaux qui sont au centre de toute réponse effective à l'épidémie, selon le Dr. Piot. L'un est le contexte légal et éthique pour la protection et les droits des personnes vivant avec le VIH/sida. Le second est l'engagement en vue de l'implication des personnes vivant avec le VIH/sida pour accroître la prise de conscience, dans les débats sur les choix politiques, et pour faire pression en faveur de leurs droits » (Novicki 1996).

Cependant, quelques inquiétudes se sont déjà manifestées à propos du nouveau programme. ONUSIDA regroupe l'OMS, l'UNICEF, le PNUD, l'UNESCO, le FNUAP, et la Banque mondiale. Or la Banque mondiale ne fait pas partie du système des Nations Unies, alors que le BIT, qui en est membre, n'y est pas intégré. Le fait que la Banque mondiale, non membre de ce système, soit partie prenante d'ONUSIDA ouvre-t-il un risque qu'elle puisse faire "cavalier seul" avec la légitimité conférée par son appartenance à un programme pourtant créé pour une meilleure coordination de l'aide internationale ? Quel rôle la Banque mondiale pourra-t-elle réellement jouer sachant qu'elle ne prête qu'aux États et non aux structures (Diallo 1995), à l'heure où l'accent est mis sur les actions de proximité ?

La non-adhésion du BIT peut également surprendre quand on sait que le sida touche surtout la population active, que le coût économique de la maladie, notamment pour des entreprises qui doivent faire face aux dépenses de santé et doivent composer avec l'absentéisme de leurs employés malades, est devenu une des principales préoccupations, et surtout que les personnes vivant avec le VIH encourrent un risque réel d'être exclues du monde du travail, et en particulier du monde du travail salarié.

Des questions ont aussi été posées au sujet du fonctionnement de la nouvelle agence. Ce programme, dit-on, ne sera ni une agence de financement, ni une agence d'exécution. Dès lors, comment les Programmes nationaux de lutte contre le sida seront-ils désormais financés, alors qu'ils étaient jusqu'alors soutenus par le Programme Global sur le Sida de l'OMS, aujourd'hui disparu ? En l'absence de possibilités d'intervention directe dans des programmes de lutte contre le sida, quelle pourra être l'influence réelle d'ONUSIDA sur les politiques nationales ?

Enfin, l'ONUSIDA s'est déclaré en faveur d'une large ouverture vers les milieux associatifs qui devraient jouer un rôle plus important dans les programmes de lutte contre le sida. Aussi des ONG ont obtenu le statut d'observateur aux réunions du Conseil de coordination des programmes d'ONUSIDA. Cependant, ces mêmes ONG n'y ont pas droit de vote, réduisant ainsi leur possibilité de prendre une part active dans les engagements internationaux.

Il est sans doute beaucoup trop tôt pour apprécier dans quelle mesure les points évoqués ci-dessus constitueront des limites au fonctionnement du nouveau programme. Cependant, au delà des réformes du fonctionnement des agences de coopération internationale dans le domaine de la lutte contre le sida, la globalité du contexte politique et économique ne laisse pas de susciter des interrogations sur le devenir des programmes existant dans les divers pays.

La fin des PNLS ?

La disparition du GPA (*Global Programme on AIDS*) de l'OMS marque la fin du soutien *a priori* aux programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS), mis en place sous son égide dans les années 1980. Cette décision institutionnelle est parfaitement cohérente avec les dispositions générales relatives à l'aide aux pays en développement rappelées ci-dessus, à savoir, moins d'État et davantage d'autonomie accordée aux initiatives régionales et locales. Aussi est-ce la verticalité des PNLS, sans doute nécessaire au début de leur fonctionnement pour impulser une véritable politique nationale du sida dans les pays, qui est remise en cause aujourd'hui, ainsi que leur faible intégration dans les systèmes de santé nationaux¹.

En théorie, on peut se satisfaire de la remise en cause de la "toute-puissance" des PNLS qui étaient jusqu'alors les seuls à drainer les fonds en faveur de la lutte contre le sida et à réaliser les programmes. Désormais, les PNLS retrouveront leur rôle de conseil, d'appui, de formation, d'orientation des politiques nationales et régionales, tout en laissant une liberté d'action accrue, notamment pour la gestion et l'exécution de programmes, aux "communautés" représentées par les

¹ Ainsi, par exemple, au Congo, le PNLS était jusqu'à une date récente directement rattaché au cabinet du Ministre de la santé ; il est devenu aujourd'hui un des départements de la Direction générale de la santé au même titre que la médecine préventive, la direction de la planification.

ONG et associations, ainsi qu'aux structures de soins à l'autonomie recouvrée.

En pratique, étant donné l'empressement de certains États à financer leurs propres structures de soins compte tenu de la baisse des budgets déjà signalée, il est probable que les PNLS ne disposeront plus guère de budget de fonctionnement. Or, certaines tâches ne peuvent être assurées que par une structure nationale : veiller au respect des règles d'éthique internationalement reconnues, veiller au vote de lois nécessaires au démarrage de certaines opérations (par exemple, les lois sur la transfusion sanguine), fixer les normes en matière de dépistage, diffuser l'information sur les nouveaux algorithmes, arrêter une politique dans le domaine du marketing social du préservatif, édicter des normes quant aux procédures à suivre au sujet des risques de transmission materno-fœtale (rappelons, par exemple, que de nombreux États africains interdisent encore l'interruption volontaire de grossesse, voire la contraception), constituer la structure de référence pour la surveillance épidémiologique et la déclaration des cas de sida. Bien plus, pour que certaines dispositions soient effectives au niveau local aujourd'hui tant courtisé, la structure nationale doit avoir des relais dans les régions. Or si les programmes nationaux ne sont plus financés, les chances d'un soutien aux programmes régionaux sont encore plus réduites.

Dans la configuration actuelle, les politiques nationales de lutte contre le sida pourraient alors tendre à se réduire à mettre à disposition des projets locaux des personnels de la fonction publique qui, conformément à l'initiative de Bamako, n'accepteront de collaborer à un projet de lutte contre le sida qu'en contrepartie d'une prime pour la surcharge de travail occasionnée par cette participation et/ou pour compenser les "risques" encourus à côtoyer des personnes infectées par le VIH (en les touchant, en faisant des prélèvements, etc.).

Au niveau local, une dynamique de projets

Une dynamique de projets s'installe au niveau local comme seul salut, tant pour les personnels de santé que pour les structures ou les bailleurs de fonds. Au-delà des incertitudes quant à la pérennité des activités d'une structure financée essentiellement par des fonds extérieurs, cette dynamique peut introduire des dysfonctionnements et des conflits si l'on n'y prend garde.

Dans des contextes nationaux de transition du "tout État" vers une autonomie accrue des structures locales, les ajustements institutionnels sont loin d'être achevés. Les anciennes structures à vocation nationale gardent encore une certaine légitimité, alors même que les structures régionales et locales ne sont pas encore tout à fait en place. Les personnels des structures étatiques nationales peuvent vouloir continuer à jouer un rôle important, et leur engagement ou leur participation à la mise en place de nouveaux dispositifs locaux peuvent être particulièrement mesurés. Aussi, une décentralisation mal comprise peut conduire à des conflits de tutelle dans la gestion des projets au point de provoquer parfois l'arrêt des activités, comme on l'a constaté,

au Congo, à propos du fonctionnement de banques de sang dont les activités se sont arrêtées faute de savoir, notamment, si elles devaient être gérées par le niveau national, régional ou local.

Par ailleurs, dans la situation de "déréglementation" qui prévaut, la mise en place de nouvelles initiatives pose le problème du statut à accorder aux structures et aux personnels. Afin d'éviter les difficultés inhérentes à la gestion de fonds par une structure nationale, les bailleurs tendent à privilégier le financement direct des maîtres d'œuvre du projet. Mais comment alors financer les structures ? Doit-on envisager des associations qui seront les "doubles" non institutionnels des structures étatiques ? Les associations permettent en effet des financements directs et une plus grande souplesse de gestion. Mais devra-t-on créer autant d'associations que de projets ? De plus, l'exécution de projets peut demander le recrutement de personnels ; des personnels non statutaires côtoieront des personnels de la fonction publique. Pour peu que l'État tarde à verser les salaires de ses agents, comme c'est le cas dans plusieurs pays africains, et que les non-statutaires soient payés régulièrement parce qu'ils ne dépendent pas de la fonction publique mais du projet, les fonctionnaires risqueront de réclamer un statut particulier pour être aussi bien "traités" que leurs collègues non-fonctionnaires. Ou encore, indépendamment de la question du salaire, parce qu'ils travaillent dans le cadre d'un projet et sont employés à des tâches considérées comme très spécifiques, comme dans le cas du sida, des agents de la fonction publique peuvent réclamer un statut particulier au sein de leur corps d'origine, qui les distingueront de leurs homologues. Nous avons pu enregistrer une telle revendication pour des travailleurs sociaux collaborant à un projet sur le sida et qui réclamaient un statut particulier les distinguant des travailleurs sociaux affectés dans les quartiers.

Par ailleurs, étant donné l'état des finances publiques dans certains pays, les structures bénéficiant d'un projet sont les mieux nanties. Le déséquilibre alors créé entre les structures soutenues par un projet et les autres, peut rendre délicates les relations entre les deux "types" de structures. Dans le domaine du sida, ce déséquilibre peut conduire certains à considérer que le sida est uniquement l'affaire de la structure financée, auquel cas les personnels des structures non financées se désintéressent totalement de la question. Ou encore, les personnels qui s'adonnent malgré tout à des activités dans le domaine du sida dans les structures non financées, éviteront soigneusement de collaborer avec la structure financée. Il est bien évident que de telles situations ne sont guère favorables à l'approche multisectorielle que l'ONUSIDA appelle de ses vœux.

Relevons enfin les difficultés qui surviendront dans la mise en place d'une politique de recouvrement des coûts. Si on en accepte le principe, il est cependant peu envisageable que certaines prestations — en particulier, dans le domaine du sida, les tests de dépistage du VIH — soient totalement couvertes par la participation financière des populations. Alors même qu'on s'oriente dans certains pays vers la promotion des dépistages volontaires, va-t-on faire payer les tests aux volontaires, tandis qu'on pratique les tests gratuits dans les pays du Nord ?

Dans l'affirmative, quel sera le prix à payer par le volontaire ? Plus précisément, dans certains lieux, l'activité de dépistage ne sera pas suffisamment importante pour utiliser des chaînes Elisa, et l'on sera contraint de recourir aux tests rapides qui coûtent beaucoup plus cher à l'unité que les tests Elisa. Dès lors, même si les tests (rapides) sont payants, la somme demandée aux volontaires ne permettra guère de couvrir le prix de revient du test, et les unités pratiquant le dépistage devront donc nécessairement être subventionnées. Mais qui subventionnera ? Afin d'assurer la pérennité d'une telle activité — et l'on sait combien dans le domaine du sida il faut envisager des actions à moyen ou à long terme —, faut-il prévoir (au niveau local ? régional ?) des personnels spécialisés dans la recherche de fonds¹ pour pallier les insuffisances de l'État, en veillant à enchaîner les projets pour éviter l'arrêt des activités ?

Les acteurs des actions de proximité

Le processus de démocratisation a été accompagné par un développement sans précédent en Afrique de ce qu'il est convenu d'appeler la "société civile". Selon un rapport du PNUD consacré au sida, « En Afrique, une retombée de la libéralisation politique enregistrée ces dernières années est le décollage d'une vie associative : le développement d'organisations non gouvernementales (ONG) et d'organisations de base et communautaires qui traitent de questions de développement au quotidien et sont à ce titre un complément indispensable des pouvoirs publics qui sont dépassés par la situation » (PNUD 1995 : 19). Grâce à la souplesse de gestion des projets qu'elles offrent, à leur capacité d'intervenir localement et à mener des actions dont on suppose qu'elles profiteront directement aux populations visées, les ONG et associations sont devenues aujourd'hui des relais essentiels de l'aide au développement. Dans le domaine de la lutte contre le sida, les ONG et associations semblent particulièrement adaptées, car elles peuvent entreprendre des actions de proximité (prise en charge d'orphelins dans un quartier, organisation de visites à domicile pour les personnes vivant avec le VIH/sida, organisation de séances d'IEC en différents types de lieu, etc.).

Les différents types d'ONG et associations

Ces ONG et associations peuvent être classées en cinq grands types : les ONG de dimension internationale ; les ONG de développement local ; les ONG œuvrant en faveur des femmes et des jeunes ; les congrégations religieuses et les tradipraticiens ; les associations de personnes vivant avec le VIH/sida.

Les ONG de dimension internationale appelées "OING" (Organisations internationales non gouvernementales) semblent intervenir, dans le domaine du sida, surtout en appui à des initiatives locales, en

¹ Précisons qu'il s'agit là d'une profession qui existe, par exemple, aux États-Unis.

fournissant, par exemple, des médicaments à telle structure, des préservatifs, ou encore des supports d'IEC, voire des fonds. Elles ne sont pas nécessairement très visibles sur le terrain, bien qu'ayant souvent des représentants dans les pays, et fournissent des aides souvent importantes. De par leur assise internationale et leur "surface" financière, elles ont sans doute potentiellement une capacité à se constituer en lobby, dont elles ne profitent peut-être pas toujours suffisamment, pour influer par exemple sur les politiques de prévention.

Les ONG de développement local se consacrent en général à des activités de production (menuiserie, mécanique, etc., dans les villes ; pisciculture, agriculture, etc., en milieu rural). Ces ONG sont parfois associées à des programmes sur le sida pour accueillir des "orphelins du sida", ou des personnes atteintes pour éviter leur marginalisation en leur donnant une petite formation et en les faisant participer à la production. Ou encore, ces ONG se donnent pour mission de constituer un fonds de soutien aux personnes vivant avec le VIH grâce à la vente de leur production¹. La question posée immédiatement à ces associations, qui ne sont pas spécifiquement vouées à la prise en charge des sidéens ou des "orphelins du sida", est de savoir comment elles parviennent effectivement à intégrer le sida dans leurs activités. Plus précisément, les animateurs de ces ONG et associations, afin de pouvoir justifier leur intervention dans le domaine du sida, sont-ils les destinataires de l'information sur la maladie ou la séropositivité de telle ou telle personne susceptible d'être accueillie, et de qui tiennent-ils alors l'information ? N'est-il pas préférable qu'elles se préoccupent des orphelins ou des malades en général ?

Les associations œuvrant en faveur des femmes et des jeunes sont regroupées dans la mesure où elles ont en commun, d'une part, de s'adresser à des groupes "vulnérables", et d'autre part, de s'adonner essentiellement à des activités d'IEC à destination de leurs publics respectifs en utilisant des boîtes à images, en faisant des démonstrations d'utilisation du préservatif, en organisant des débats sur la maladie. Les activités menées par ces groupes sont sans doute aussi utiles que difficiles à évaluer. Dans le domaine de la lutte contre le sida il est toujours utile de diffuser en permanence des informations sur la maladie. Mais les messages parfois très standardisés et systématiquement délivrés, quel que soit le public, ne conviennent pas toujours à tous les groupes ; de plus, en fonction des convictions — notamment religieuses — des animateurs, l'ensemble du message requis à propos des mesures de prévention, par exemple, n'est pas toujours proposé.

Religieux et tradipraticiens sont ici aussi mis ensemble car, pour les animateurs des campagnes de lutte contre le sida, ils sont considérés surtout comme des relais particulièrement efficaces pour l'information sur la maladie tant ils sont "bien insérés dans la communauté". Mais aussi, tradipraticiens comme religieux s'adonnent tous, peu ou prou, à

¹ Des exemples de ce type d'initiative sont notamment présentés dans la brochure du PNUD (1995) ; de telles expériences sont menées notamment en Zambie, au Zimbabwe, au Congo.

des pratiques de "guérison". Sans vouloir revenir en détail ici sur les enjeux, les incompréhensions et les quiproquos liés au recours aux religieux et aux tradipraticiens dans le domaine de la lutte contre le sida¹, rappelons que le sida est venu relancer une approche normative à propos des bons et des mauvais tradipraticiens avec lesquels il convient de collaborer², et qu'on oublie trop souvent, dans la collaboration avec les Églises, que "rien n'est impossible à Dieu", y compris la guérison du sida, ou encore que Dieu protège de tout, y compris des risques d'infection par le VIH !

Je terminerai par les associations de personnes vivant avec le VIH/sida. La première de ces associations a vu le jour en Ouganda, en 1989, avec la Phillys Lutaaya Initiative (PLI) / People with AIDS (PNUD 1995 : 25) ; l'Ouganda, un des pays les plus touchés par la pandémie est aussi, en Afrique, le plus actif dans ce domaine, notamment avec l'organisation TASO. Avec un peu de retard sur leurs voisins anglophones, les pays francophones ont également vu naître de telles associations. S'il reste encore particulièrement difficile de se déclarer publiquement atteint, tant les craintes de stigmatisation sont grandes, notamment en milieu rural, ces associations ont joué et ont encore à jouer un rôle très important en faveur du respect du droit des malades. Ces associations, d'après les propos de Peter Piot rapportés plus haut, devraient être des partenaires privilégiés des actions entreprises sous l'égide d'ONUSIDA. Mais quelle place sont-elles prêtes à prendre, et quel rôle le dispositif, notamment médical, de lutte contre le sida dans les pays est-il prêt à leur accorder ?

Si on prend l'exemple de l'association *Lumière Action* de Côte-d'Ivoire, les objectifs fixés sont de quatre types : « combattre les idées fausses ; contribuer à l'intégration sociale des personnes vivant avec le VIH et leurs familles ; prendre part à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH ; prendre part à la réalisation des activités d'éducation et d'information pour le grand public » (Williams *et al.* 1995 : 28). Peu ou prou, toutes les associations, à notre connaissance, se livrent à ces activités — essentielles — d'information et de soutien psychosocial aux malades. Mais peuvent-elles faire davantage ? On sait le rôle essentiel qu'ont pu jouer, au Nord, certaines associations de ce type pour l'amélioration des conditions de prise en charge des malades, y compris médical, en interpelant, parfois de manière violente, les milieux des professionnels de la santé et les milieux politiques. Il semble qu'en Afrique, certaines associations soient déjà prêtes à jouer à la fois un rôle de structure de prise en charge complète, mais aussi de défense active des personnes atteintes.

¹ A ce propos, voir le texte de Joseph Tonda, dans cet ouvrage, ainsi que deux études de M.-E. Gruénais (1994 ; 1996).

² Ainsi, par exemple, dans un compte rendu d'une expérience de formation destinée à des tradipraticiens en Ouganda, on peut lire qu'un des critères de choix de la personne à former était : « *être un thérapeute véritable* (c'est-à-dire reconnu par la communauté, fréquenté par des clients et utiliser la pharmacopée)… » (*souligné par moi* ; Homsy et King 1996 : 2).

J'évoquerai ici rapidement l'exemple de la Kenyan AIDS Society (KAS), dont le personnel est composé à part sensiblement égale de personnes atteintes et non atteintes. La KAS regroupe des conseillers professionnels, des psychologues, des médecins, des travailleurs sociaux, mais aussi des avocats. Elle travaille en liaison étroite avec un des grands hôpitaux de Nairobi, reçoit les malades, procède à l'annonce de la séropositivité, effectue des visites à domicile, des thérapies de groupe et des thérapies individuelles. Bien plus, cette association n'a pas hésité à s'impliquer dans un débat devenu politique à propos d'un médicament-miracle. Le Professeur Obel — professeur de médecine — est bien connu au Kenya pour avoir inventé il y a quelques années le médicament pour "guérir" du sida, le *Kemron*. En 1996, il récidive avec *Pearl Omega*, médicament "contre le sida" commercialisé dans les pharmacies à grand renfort de publicité, notamment grâce à des appuis venant du plus haut niveau de l'appareil d'État, selon certains journaux de la place. La KAS a intenté un procès contre le Professeur Obel¹.

Si ces associations se donnent d'autres missions que l'information et le soutien psychosocial aux personnes atteintes, on peut s'attendre à ce qu'elles aient parfois un point de vue critique sur les politiques de santé et certaines pratiques médicales. Sans doute, le processus de démocratisation en cours en Afrique, ainsi que les mesures prises en faveur de la décentralisation dans certains pays et qui autorisent alors des mises en œuvre de politiques moins verticales et moins monolithiques, permettront à ces associations de trouver une place réelle dans les dispositifs nationaux de lutte contre le sida, à l'instar de leurs homologues du Nord.

Des ONG politico-religieuses

Il ne faut cependant pas se cacher, face au foisonnement d'associations, combien aujourd'hui il est "politiquement correct" pour tout un chacun, et en particulier pour des membres éminents de l'entourage des élites politiques, de disposer de *son* association. Plus précisément, alors que les appareils d'État sont décrédibilisés et que se développe l'idéologie philanthropique de "l'humanitaire", sont privilégiées des aides ciblées dont l'efficacité est censée être d'autant plus grande qu'elles transiteront par une association. Il est alors de bonne guerre — et cela n'est évidemment aucunement spécifique à l'Afrique — que la classe politique, surtout dans une période où la légitimité passe désormais par la voie des urnes, utilise également cette dynamique des ONG et associations. Dans ce contexte, le sida est un élément constitutif de ce "marché" politico-financier de l'aide aux ONG et associations.

¹ Le procès devait débuter en juillet 1996. A ce jour, je n'ai pas été informé de la suite qui a été donnée à cette affaire. Précisons également que le *NGO's Consortium on AIDS*, structure d'information et d'appui aux associations œuvrant dans le domaine du sida, a par ailleurs organisé une conférence de presse et adressé aux journaux et personnalités des mises en garde contre le Professeur Obel et sa "découverte".

Cette réalité est un état de fait, et la décrier *a priori* n'a guère de sens. Même si une initiative prise par une association dirigée par un membre éminent de la classe politique a *aussi* des visées électoralistes, pourquoi ne pas l'accepter comme faisant partie de la règle du jeu pour autant qu'une action soit réellement menée en faveur de la prévention, des personnes atteintes, etc. Cependant, il serait dommageable que, dans le contexte actuel, des associations inscrivent l'intitulé "sida" dans leur programme d'activités pour être visibles et/ou pour drainer des fonds, mais finalement pour des actions imperceptibles en faveur du sida. Il serait tout aussi dommageable que dans le marché politico-financier qui se dessine parfois autour du sida et des associations, des groupes, dont les membres auraient pourtant été formés à mener par exemple des campagnes d'IEC, ne soient pas associés aux activités actuelles sous prétexte qu'ils ont été constitués à l'époque du régime politique antérieur.

Par ailleurs, nombre d'associations et d'ONG qui œuvrent dans le domaine de la santé ou en faveur des groupes vulnérables, tout particulièrement parmi celles qui ont pignon sur rue, ont parfois une idéologie religieuse très marquée, même si elles se présentent comme des groupes laïques. Aussi ne sont-elles pas toujours prêtes à délivrer l'ensemble du message sur la prévention, ce qui peut se traduire par le refus de promouvoir l'utilisation du préservatif, alors même qu'elles disposent de stocks, ou encore, par exemple, à exhorter les jeunes femmes séropositives à accoucher en dépit des risques. Les plus radicales de ces associations "laïques" peuvent aller jusqu'à refuser toute action en faveur de personnes favorables à l'utilisation du préservatif ou de femmes ayant avorté.

Dans le contexte de démocratisation en Afrique où une "société civile" est en voie de constitution, l'émergence de groupes totalement laïques, tant du point de vue religieux que politique, n'est pas encore totalement achevée. Encore une fois, mener des actions dans le domaine de la lutte contre le sida sous une bannière religieuse ou politique n'est pas, en soi, un problème. Néanmoins, ces "groupes totalement laïques" sont peut-être parfois une meilleure garantie d'initiatives qui ne se fixent qu'un minimum de limites *a priori*. Il est certes très difficile, voire impossible — et sans doute peu souhaitable — d'évaluer ou de contrôler les activités de tous les groupes œuvrant dans le domaine du sida dans un pays. Cependant, on pourrait considérer qu'il est de la compétence des PNLS, par exemple, de se préoccuper que le "label sida", affiché par les associations, se traduise effectivement par des initiatives dans ce domaine, et que leurs activités n'aillettent pas à l'encontre des règles internationalement reconnues.

Vers une accentuation des différences Nord-Sud ?

La lutte contre le sida en Afrique concerne aujourd'hui de plus en plus les personnes atteintes ou les personnes exposées : mise en place d'unités de prise en charge et d'unités de dépistage volontaire, action en faveur des personnes vivant avec le VIH/sida pour éviter leur

marginalisation. Cependant, les traitements de fond, les antirétroviraux, sont pour l'heure inaccessibles en Afrique en raison de leur coût trop élevé, alors que les traitements se médicalisent de plus en plus au Nord. Cette situation est dénoncée par certains sur le continent africain¹. L'inégalité devant les traitements risque en effet de s'accentuer. D'une part, la tentation est grande de procéder, en Afrique notamment, à des essais thérapeutiques dont le rapport coût-efficacité s'améliore lorsqu'ils sont réalisés dans des zones de forte prévalence². Or, à moyen terme, les résultats bénéficieront plutôt aux pays du Nord tant les coûts des traitements ainsi mis au point seront élevés. D'autre part, actuellement, de grands espoirs se fondent sur le succès de traitements très élaborés tels que les trithérapies ou l'utilisation des antiprotéases³, et dont on peut supposer aisément non seulement que les coûts seront encore plus élevés que les traitements précédents, mais encore qu'ils exigeront une surveillance attentive, un dépistage précoce, une thérapie longue, un suivi minutieux, etc., soit tout un "contexte thérapeutique" dont les conditions seront très difficilement réunies en Afrique dans un futur proche⁴.

Si des travaux s'accélèrent au Sud, pour la mise au point de nouveaux protocoles thérapeutiques, ceux-ci, contrairement à ce qu'on observe au Nord, n'incluent guère l'utilisation d'antirétroviraux. Certaines substances qui permettent d'endiguer ou de retarder l'apparition d'infections opportunistes en viennent même à être considérées comme des traitements de fond. Ainsi en témoigne l'appellation d'"AZT africain" donné à l'INH (isoniazide) qui permet de réduire le risque de tuberculose à court terme chez les personnes infectées par le VIH (Kaleeba et Kalibala 1996). On comprend certes l'enthou-

¹ Cf. par exemple les propos du Professeur Auguste Kadio, de Côte-d'Ivoire, rapportés dans *Sidafrrique*, 8-9, mai 1996 : 12.

² L'ampleur de l'endémie fait de l'Afrique un laboratoire idéal, autorisant sans doute un meilleur rapport coût-efficacité pour les essais thérapeutiques : « avec un virus entraînant un taux de contamination relativement faible, ces essais ne sont pratiquement pas réalisables en Europe ou aux États-Unis et devraient pour l'essentiel être menés dans les pays du tiers monde» (« Les problèmes éthiques posés par le Sida », Séminaire Biomédecine, Psychopathologie, Psychanalyse, Paris, Association Descartes et MIRE, séance du jeudi 5 mai 1994).

³ A ce sujet voir, par exemple « L'espoir des trithérapies », *Impact Médecin Hebdo*, 330, 5 juillet 1996 : 6-7.

⁴ Sans même songer à l'utilisation des dernières avancées thérapeutiques, on peut par exemple évoquer l'efficacité aujourd'hui reconnue de l'utilisation de l'AZT pour limiter la transmission materno-fœtale. Or, il n'est guère imaginable de vulgariser en Afrique un tel protocole, non seulement en raison du coût du traitement lui-même pour les individus, mais tout autant, sans doute, en raison des conditions de son administration : dépistage précoce des femmes enceintes au cours des consultations prénatales, approvisionnement régulier en réactifs pour le dépistage, disponibilité permanente des antirétroviraux, alors même qu'il ne s'agirait au mieux que de réduire le taux de transmission, et que les structures sanitaires sont dépourvues de médicaments de base pour des pathologies curables ; cela supposerait également que les personnels de santé acceptent de procéder au dépistage après consentement, que soit mis en place une procédure de suivi, etc., soit un dispositif complexe et coûteux pour un gain qui peut sembler minime en termes de santé publique.

siasme lié à cette découverte et qui peut être à l'origine d'une appellation maladroite ; mais cet exemple, un peu caricatural, ne vient-il pas témoigner précisément qu'au Nord et au Sud les préoccupations thérapeutiques se situent définitivement à des niveaux différents ? D'ailleurs, alors que les débats sur la protection de l'individu face au progrès des recherches médicales en Europe se développent, que des controverses apparaissent au sujet de l'utilisation de tel ou tel nouveau traitement de l'infection par le VIH, il semble que pour l'Afrique, on cherche à éviter les sujets jugés dérangeants, comme en témoigne cette déclaration d'un observateur de la Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique tenue en 1995 à Kampala : « L'aspect éthique des interventions, des études et des priorités est resté dans l'ombre lors de la Conférence, sans doute parce que cela risquait de faire apparaître des divergences fondamentales dans le monde et par conséquent de provoquer un débat politisé » (Fransen 1996).

Alors, face au progrès des recherches thérapeutiques au Nord qui tendent à médicaliser de plus en plus les traitements des personnes infectées, on pourrait assister à une "démédicalisation" relative des dispositions envisagées pour le Sud, attestée par le souci de développer en Afrique les actions de proximité pour assurer le confort psychologique nécessaire aux personnes atteintes, ce qui permettrait de compenser l'impossibilité d'utiliser des traitements de fond. Or, si on en juge par tous les *community based programs* mis en œuvre par des ONG, par les efforts déployés en direction des tradipraticiens et des religieux, on peut avoir parfois le sentiment que les dispositions envisagées pour le continent africain se fondent notamment sur l'image d'Épinal d'une Afrique composée de communautés qui ne demandent qu'à être solidaires et qui sont encore tout entières investies par des religions et des traditions qu'il convient d'orienter dans le "bon sens" pour contribuer à la lutte contre le sida. La science, au Nord, les communautés, au Sud !

Cependant, au-delà de la polémique que ce texte risque d'alimenter, il n'en reste pas moins qu'aujourd'hui, la question de l'efficacité des actions de proximité mises en œuvre par des ONG et associations pour la prise en charge des personnes atteintes est posée par une récente étude menée aux États-Unis. Fondée sur une enquête rétrospective sur dix ans (1984-1994), celle-ci relève une diminution globale du risque de mortalité de 31 % pour les patients pris en charge par les praticiens les plus expérimentés (Kitahato *et al.*, *in* Chahine 1996). En d'autres termes, plus les patients sont suivis par des services hospitaliers spécialisés, plus leur chance de survie augmenterait. Certes, une multitude de facteurs interviennent très certainement pour expliquer ces résultats, et comme le font remarquer justement Morin, Obadia et Moatti (1996 : 12) à propos de cette étude, il faut éviter toute généralisation abusive, tant les systèmes de santé diffèrent selon les pays. Cette étude pose cependant la question du nécessaire recentrage — partiel — sur l'hôpital et les services spécialisés, et *a contrario*, de l'efficacité de la dilution des dispositifs de prise en charge dans "la communauté". Pour l'Afrique, que les traitements de fond de l'infection par le VIH soient disponibles ou non, une telle étude

n'invite-t-elle pas à envisager la multiplication des unités spécialisées dans la prise en charge des malades du sida ?¹

Conclusion

Les processus de libéralisation — politique, économique, etc. — dans lesquels se sont engagés les États africains, ainsi que les réformes en profondeur du dispositif des Nations Unies pour faire face à la pandémie du VIH/sida, ont introduit, et introduiront, des modifications importantes quant aux modalités d'organisation de lutte contre le sida. Sans compter que, fort heureusement, la situation de la pandémie et la réflexion sur les manières de la combattre évoluent (stabilisation de l'épidémie dans certains pays, vente accrue de préservatifs, connaissance de plus en plus fine de la maladie par les populations, accent mis sur les personnes atteintes, amélioration des protocoles thérapeutiques, etc.). La particularité de cette épidémie, qui renvoie au sexe, à la procréation, aux limites de la science, et bien souvent aux fondements des idéologies religieuses, politiques et médicales, constraint à des remises en cause fréquentes et importantes.

Incontestablement, il faudra prévoir des ajustements, parfois importants, pour éviter, ou du moins limiter les télescopages entre les différents niveaux d'intervention des acteurs de la lutte contre le sida. Ceux-ci, bien évidemment, formulent parfois de manière très différente des objectifs semblables. Or les différends qui naissent alors, en particulier du fait de l'imprécision quant à la sphère de compétence de chacun des acteurs susceptibles de s'engager ou déjà engagés dans la lutte contre le sida, devraient être bien compris pour limiter la paralysie toujours possible des dispositifs de lutte contre le sida. Le pire serait sans doute qu'on assiste à un développement de l'épidémie dans certains pays faute de possibilité d'action. Il y a encore peu de temps, on se demandait pourquoi certains pays connaissaient une flambée de l'épidémie alors que d'autres n'étaient presque pas touchés. Aujourd'hui, alors que tous les pays sont touchés, il faudra se demander pourquoi l'épidémie se stabilise dans certains endroits alors qu'elle progresse dans d'autres, comme dans le cas du Congo pour lequel l'ex-Président de la République, Pascal Lissouba, lui-même a déclaré : « La situation a empiré. A Brazzaville, il y avait 6 % à 7 % de séropositifs. Aujourd'hui, la proportion est de 18 %. A Pointe Noire qui est ouverte à tous les virus, nous étions à 10 % contre 20 % à l'heure actuelle. Sur le plan national, il est difficile de [...] donner des statistiques, mais ces deux villes rassemblent la moitié de la population. Il y a une prévalence qui avoisine 15 % à 20 % »². Fort heureusement, le pire n'est jamais certain !

¹ Telles que le Centre de traitement ambulatoire (CTA) de Brazzaville, ou l'Unité de soins ambulatoires et de conseil (USAC) d'Abidjan.

² Interview de Pascal Lissouba : « *Oui, le Congo va décoller !* », propos recueillis à Brazzaville par Mamadou Alpha Barry, *Jeune Afrique Économie*, 224, septembre 1996 : 55.

Bibliographie

- Banque Mondiale, 1993, *Rapport sur le développement dans le monde 1993*, Washington, Banque Mondiale.
- CHAHINE N., 1996, « Médecins : l'implacable logique de la spécialisation », *Le Journal du sida*, 85 : 10-12.
- DIALLO M., 1995, « Réunion consultative ONUSIDA », *Sidalerte*, 44 : 6-7.
- FRANSEN L., 1996, « La perspective européenne », *Sidafrique*, numéro spécial Post-Kampala, 8-9 : 11.
- GRUENAIS M.-E., 1994, « Qui informer au Congo : malades, familles, tradipraticiens, religieux ? », in R. COLLIGNON, M.-E. GRUENAIS, L. VIDAL (éds), 1994, « *L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique* », n° spécial *Psychopathologie africaine*, XXVI (2) : 189-209.
- 1996, « La religion préserve-t-elle du sida ? Des congrégations religieuses congolaises face à la pandémie de l'infection par le VIH », in Codesria, CNLS, Orstom, *Colloque International "Sciences sociales et sida en Afrique. Bilan et perspectives"*. *Communications*, Dakar, Codesria, CNLS, Orstom, volume 2 : 671-682.
- HOMSY J., KING R., 1996, « Le rôle des thérapeutes traditionnels dans le conseil en matière de VIH/sida à Kampala, Ouganda », *Sociétés d'Afrique et Sida*, 13 : 2-4.
- KALEEEBA N., KALIBALA S., 1996, « L'Afrique, source d'inspiration pour une réponse globale », *Sidafrique*, numéro spécial Post-Kampala, 8-9 : 15-17.
- LURIE P., HINTZEN P., LOWE R.A., 1995, « Socioeconomic obstacles to HIV prevention and treatment in developing countries : the roles of the International Monetary Fund and the World Bank », *AIDS*, 9 : 539-546.
- MORIN M., OBADIA Y., MOATTI J.-P., 1996, « Attention aux généralisations abusives », *Le Journal du sida*, 85 : 12.
- NOVICKI M.A., 1996, « Africa moves to slow the spread of AIDS. New UN body to support Africa's community-based efforts to battle HIV », *Africa Recovery* : 22-23.
- PIOT P., CHERNEY S., 1995, « La lutte contre le VIH/sida : élargir le champ d'action », *Cahiers Santé*, 5 (5) : 271-273.
- PNUD, 1995, *Le sida et l'Afrique : un défi au développement humain*, New York, PNUD, 36 p.
- WILLIAMS G., BLIBOLO A.D., KEROUEDAN D., 1995, *Colmater les brèches. Soutien et soins aux séropositifs et aux malades du sida en Côte-d'Ivoire*, Londres-Abidjan, ACTIONAID / Comité national de lutte contre le sida (Côte-d'Ivoire), 61 p. (« Stratégies pour l'espoir », n° 10).

Marc-Éric GRUENAIS, *Les dispositifs de lutte contre le sida à l'heure d'ONUSIDA et de la démocratisation*

Résumé — Les dispositifs de lutte contre le sida doivent se développer depuis le début des années 1990 dans un contexte général de désengagement de l'État, de baisses des budgets nationaux, de remise en cause de la verticalité des programmes et de démocratisation. Les premières orientations données par ONUSIDA emboîtent le pas à ce contexte général en proposant notamment un développement des actions de proximité et une autonomisation des éléments du dispositif de santé. Dans les pays africains, la réponse au contexte politique et économique global est le développement du secteur associatif. Cependant, cette situation ne risque-t-elle pas de conduire à une atomisation et à une fragmentation excessive des dispositifs de lutte contre le sida obéissant les possibilités de politique nationale ? A développer les initiatives locales et associatives dans les pays du sud, ne risque-t-on pas d'accroître les inégalités Nord-Sud face aux progrès de la médecine au Nord ?

Mots-clefs : ONUSIDA • libéralisation • systèmes de santé • associations.

Marc-Éric GRUENAIS, *Organisations fighting against AIDS in the context of UNAIDS and democratization*

Résumé — Since onset of the decade 90, the organizations involved in the fight against AIDS have to develop their actions in an environment of State's disengagement, drop of national budgets, contestation of vertical programmes, and democratisation. The first orientations impulsed by UNAIDS echoes this general environment: they recommend expansion of proximity actions and autonomization for the elements of the health systems. In African countries, response to this global —economic and political— environment consisted in developing an associative sector. However it is a risk that this situation induce atomization and excessive fragmentation of organizations involved in the fight against AIDS, and affect negatively the possibilities for national politics. At last, is it not a risk, in developing local and associative initiatives, to generate an increase of North/South inequalities in the face of medical progress in Northern countries?

Keywords: UNAIDS • liberalization • health systems • associations.

27. Seeking to optimise care for HIV positive women and extending the gendered rights' discourse —conceptualising the dilemmas, with illustrations from fieldwork in rural South Africa¹

Gill Seidel

Introduction

It seems important in an encounter of this kind, where we have the rare opportunity as social scientists to take stock, not simply to report in a seamless fashion on recent work, as is customary in medically dominated conferences, but, instead, to emphasise the very different discursive frameworks and intellectual agendas that we as social scientists bring to the field of STDs and HIV/AIDS (Schoepf 1991) —and in which our potential contribution has been marginalised (Seidel 1994); and, against this backdrop, to identify and articulate certain dilemmas which hitherto have remained largely unreflected, partially silenced, or remained semi-digested experiences.

The competing discourses and their various effects have been discussed in more detail elsewhere (Seidel and Vidal 1997; Seidel 1993a, b; 1996c). The dilemmas are theoretical, discursive, political, methodological and ethical. These are not only abstract intellectual concerns: they have material and practical implications (Seidel and Vidal 1997); and impact on women in particular ways.

Many interventions and policy decisions have not been well informed. In the place of 'quick, ugly fixes' (Obbo 1994), what is needed is a reflection on the origin and status of what passes for knowledge, and on our 'ways of knowing' (Schrijvers 1992), and an analysis of the social relations of power, to include gender relations. Much of the emphasis of health promotion has been on the 'health consumer' as an individual. This neo-liberal discourse is deeply problematic in that it ignores the crucial importance of social actors and new social forces in bringing about change (Escobar 1992). It also ignores the different experiences of women and men, and hence of the historical and social construction of gender.

¹ Gill Seidel would like to thank Neli Ntuli, Rosalind Coleman and the whole of the Hlabisa team, Slim Abdoool-Karim and CERSA, the regional NACOSA, especially Alan Jaffe; and the Nuffield Foundation (United Kingdom) for supporting this pilot research.

This introduction seeks to provide a critical framework through which the research questions and ethical concerns underlying this South African-based work and dilemmas that arise from the possible applications of findings from a pilot study on confidentiality, care and gender (Seidel and Ntuli 1996; Seidel 1996a; Seidel 1996b) may be more clearly conceptualised and addressed.

The centrality of rights' discourse — but what happened to care for women?

It had been argued, notably by Mann, that an emphasis on *rights* offers an extremely powerful analysis of societal dimensions of vulnerability to HIV and a guide to action (Mann 1996); and one which could put some people at odds with government and other sources of power, including health bureaucracies. This is now a more widely shared view, and one that highlights the importance of NGOs and advocacy groups, including women's rights groups, in the building of civil society, and as agents of social change.

Prior to the AIDS epidemic, progressive health professionals in Southern Africa emphasised the essential political link between human and democratic rights and the physical and mental health of entire populations. These are crucial insights for us all, North and South.

Another important link, in terms of ethics and rights, is that between prevention and care. This was emphasised by TASO, Uganda, the first indigenous AIDS Support Organisation in Africa, as early as 1987 in lobbying the first Director of the AIDS Control Programme. Their voice was not heeded at that point because it was a minority voice. It had been decided by the North to prioritise prevention, and condom use, with no linkage to care provision, or in-depth research. The ethical link between prevention and care has been stressed more recently by clinicians and NGOs (de Cock *et al.* 1993). The non-prioritisation of care, and of research (Huber 1993) into the social contexts of transmission is extraordinary and disturbing.

The single emphasis on prevention may be interpreted as an effect of the North-South divide, that is, the distinction between resource-rich and resource-poor countries in which this resource gap and counselling women about condom use were seen as largely non-problematic (Worth 1989; Bledsoe 1990). It also served to obfuscate the *gender of care*, in part through the convenient inflation of a 'culturalist' myth about the endless capacities of the African extended family and their 'coping mechanisms', with little gender specificity or gender equity concerns; and, lastly, it also ignored the clinical manifestations of AIDS in women (Berer and Ray 1993; Denenberg 1990). These skewed perceptions and silencing constitute an ethical and conceptual scandal.

Epidemiological discourse has had other effects. In choosing to focus, as a first step, on a category of working women — 'prostitutes', a Eurocentric and moralistic category (Peterson 1990), as 'high risk groups' — and on pregnant women as sentinel groups, among the first

to be tested, a simplistic dichotomy has been set up between 'good' (married) and 'bad' (more independent) women, which has ignored women's real situations and needs (Hamblin and Reid 1995; Hadden *et al.* 1995). Through this discourse and its effects, women are being positioned as 'vectors', or as potential educators and carers for men and children, and of the community. This may be seen as an extension of their 'natural' role as mothers, part of 'naturalist ideology' (Guillaumin 1978). While motherhood is an important relationship, and, in most of sub-Saharan Africa, and especially among grassroots populations, it conveys important status (Preston-Whyte 1993), this construction is reductionist in that ignores women as social and political beings outside and irrespective of their biological function (that is, it ignores *social gender* as opposed to *biological gender*) (Mathieu 1985; 1991). The title of an important article that sets out to redefine the needs of women and sets out to undermine this discourse is entitled: '*Neither madonnas or whores*' (Carovano 1991).

What these epidemiological interventions also mean is that there is no specific care provision for women who are the most affected by the epidemic (Berer and Ray 1993; Seidel 1993b); and that in a heterosexist ideology, women are being further instrumentalised into providing unpaid care for men and children, and entire 'communities', irrespective of their own health and serostatus.

It is these fundamental divergences between medical and social sciences cultures and agendas, and the sidelining of *gender and development discourse* (Kabeer 1994) that account not only for very different conceptualisations of risk but also for very different research designs, ethical practices, and modes of evaluation.

The politicisation of medical culture in South Africa

In South Africa, a country in transition, the strength of AIDS activism is that it has been able to draw on and extend the official rights' culture. Liberal notions of human rights are being extended to include gender rights (Peters and Wolpe 1995; Mabandla 1995), and different sexualities, fracturing the limited liberal and enlightenment discourse (Capitan 1988; 1993). At the same time, there is an ethical concern that women alone should not be the prime 'targets' for IEC, as this would seem to justify their blaming for HIV spread (Strebel 1993; 1995). Other South African work has given particular emphasis to gender-based violence (Armstrong 1994) and the particular socio-economic conditions, especially of STD spread, in which homelessness (Evian 1995) —not a membership of an epidemiologically defined 'risk group'— constitutes an important 'risk environment' (Zwi and Cabral 1991). This constitutes a break with epidemiological discourse on AIDS.

With differing emphases, the official rights' culture and rights' discourse has stimulated a broader conceptualisation of risk, particularly in the townships. This understanding of the multi-level factors has extended to include a widespread concern with male

violence, and with women and child abuse. This could not be conceptualised within the medico-moral discourse. Advocacy groups have sprung up in many communities, linked to existing NGOs and women's groups, including in Kwazulu-Natal. The ubiquity of rights discourse, at least in the cities and townships—but not extending to rural areas—means that these abuses are not conceptualised exclusively within conventional structural terms of poverty and deprivation and joblessness, although this legacy will continue to resonate in every area of activity. Although these discourses derive from different productions of knowledge, what they have in common is a concern with power and its multiple sites, including gender relations, gender construction, and the political interests of gender (Jones and Jonasdottir 1988). A problem with conventional medical culture is that gender is not an analytical category.

It is this same focus on gender, within a broader rights' framework, to encompass women's rights, and involving special interest groups, that has helped to put sexuality, sexual health and gender-sensitive HIV intervention programmes on the agenda (AHRTAG 1994; Gordon 1995; Heise and Elias 1995).

Our main argument here is that the accessibility and legitimacy of rights' discourses, and the foregrounding of the gender in development paradigm, provide insights into and help to conceptualise vulnerabilities to STDs and HIV (Seidel and Vidal 1997). These discourses, together with more adequate conceptualisations of the many sites of power, assisted by social and political theory revisited by those who have been marginalised by them, help to illuminate the processes of stigmatisation and marginalisation. It is not only women's symptoms that have been ignored but women's specific needs for information, care and support.

Public health discourse as a false universal: conceptualising the pilot project concerned with gender and prioritising care for rural women

This pilot project in rural Kwazulu-Natal was conceived in early 1994, during a workshop in which a formative evaluation of a home-care programme was presented and discussed (Soldan *et al.* 1994). This programme was a first for South Africa, inspired by exchanges with Chikinkata, in rural Zambia; and located in a very under-resourced region that encompasses remote homesteads and difficult, mountainous terrain.

The principal recommendation of the evaluation, received as pragmatic and common sense and non-problematic, was that in pre- and post-test counselling sessions, patients should be encouraged to name a care-giver. There were persuasive public health reasons for this decision: it would facilitate the work of nurses who were not able to educate the 'family' because of medical confidentiality.

But what of the gender dimension? Public health discourse is not gender-specific: it fails to differentiate between men and women who

are HIV symptomatic, or who have AIDS. But in practice, the apparently gender-neutral proposal to name a 'care-giver' and 'educating the family' both mask the political realities of caring, and differential access to material and symbolic goods, including decision-making. It also failed to take into account the largely informal data, some of which was available at the same meeting from testimonies of women with AIDS, and from elsewhere (Temmerman *et al.* 1995), that some women who share their experiences are rejected and beaten, and made homeless (Seidel and Vidal 1997). In other words, this principal recommendation framed within public health discourse was problematic in that it took the man as the norm. It completely passed over women's experience.

A more detailed investigation was important; and this is the genesis of this pilot research undertaken in 1995. Although rural women have been explicitly prioritised for STD and HIV interventions in the South African Reconstruction and Development Programme (1994), very little work has been carried out concerned with and in cooperation with people with HIV/AIDS in rural contexts, in South Africa or elsewhere (Preston-Whyte 1995). This lack of data invites a series of reflections.

The main research questions that exercised us were these:

1. What are the discourses that construct gender, and their effects, in relation to care in our fieldwork area?
2. Through what agencies, in what conditions, and in what time-scale can more gender-sensitive agendas be introduced, questioning the dominant social construction of gender and gender ideologies, and thereby accessing or extending rights' discourse and knowledge in a participatory fashion, with the awareness that vertical programmes do not work?

The pilot project: narratives and the choice of gendered parameters

The policy-related project in KwaZulu-Natal was formulated as a pilot study of confidentiality, gender and care, working in a deeply rural area, in Hlabisa, in a region whose economy is shaped by labour migration. Findings have been briefly reported in correspondence to the *Lancet* (Seidel and Ntuli 1996; Seidel and Coleman 1998).

The objective was to elicit gendered experiences of disclosure from a sample of women and men, diagnosed as HIV+, after receiving pre- and post-test counselling. There is a policy operating in Hlabisa to assist towards disclosure (Seidel 1996d) —and of receiving and, no less importantly, of expectations of care, since many were still well.

This kind of information is emphatically not available from questionnaires or KAP type surveys favoured by the WHO. But it is not only a question of methods, but of conceptualisation and different productions of knowledge. Access to respondents was negotiated through nurse-counsellors in order to respect confidentiality. The local peer support group also facilitated access and acted as initial hosts. To elicit this highly sensitive information, and to be able to

discuss it with interviewees to seek further information in a form of dialogue, to which we hope to return, an innovative methodology was designed (and pre-tested elsewhere in the region), influenced by dynamic storytelling work in South Africa (Watson 1994; Seidel 1994), using two mini-narratives, or 'vignettes', *Joseph and Thandi's story*, and *Zanile's story* respectively. After the telling of each story, questions were constructed around gendered parameters. We were specifically concerned with gendered attitudes to care (for example: in Joseph and Thandi's story, who would care for the wife in the village? for the girl child? boy child? And the reasons for naming/not naming a particular person as carer).

Discussion of the key answers, which involved explanations, not merely yes/no or closed responses, called for a reflection around the gender of care and of care-related decisions (e.g., Who decides if there is enough money to travel to the hospital?). Responses involved reactions, repercussions, explanations (often justifications), with the first set of narratives relating to a semi-fictitious but realistic situation —the category of 'faction'. Questions were also attached specifically to TB, STDs and HIV and in whom the main 'factional' character in each of the two narratives, respectively a man and a pregnant woman, would be likely to confide about their TB, STDs and HIV, and why.

Then, in a second order narrative, the interviewee was invited to respond to the same basic questions around disclosure and care not in respect of Zanile's or Joseph's or Thandi's likely decisions, options and priorities, but in terms of their own experience. In the second order narrative, they would reply in the first person, describe the reactions, care or rejection experiences and by what sex, in the present, recent past, and projected future. Finally, we set out to elicit some initial idea of their hopes and precise needs, including but not only narrowly 'informational' as in a predominantly medicalised view, in a 'rewriting'/'retelling' by them, of the 'best' scenario for their situation. The stories were told in accessible Zulu and the questions translated and put by Neli Ntuli, research worker and nurse-counsellor based at Hlabisa Hospital, in joint interviews.

Findings

What emerged quite strongly from this albeit small purposive sample of eight women and seven men —the exemplary study of male sexualities in the mines (Moodie 1990), and a sensitive study of sexworkers in KwaZulu-Natal (Abdool-Karim *et al.* 1995), were also based on small numbers— and of particular interest to us here were three findings.

First, the isolation of women, who, if married, are far removed from their own biological families in a patrilocal arrangement; and the isolation of unmarried women who expected little support, other than for tuberculosis, even from their own mothers, pointing to a lack of solidarity between female generations.

The married woman in the narrative would be blamed for passing on HIV to her largely absent husband, a migrant worker, despite the number of his own sexual encounters in the town, certainly by her mother-in-law, who would be in control of the home, of household decisions and expenditures, the husband's absence, and that '*she would probably hate her*'.

Yet it was supposed that the same mother-in-law would be the carer for the despised daughter. It was difficult to draw out the implications as to the likely quality of care. Perhaps this was obvious. And some men respondents showed marked impatience when we sought to engage further discussion on gendered issues.

Secondly, the genderisation of care was expressed in fundamentally biological terms: a woman was seen as the 'natural' carer —by both women and men:

*'Because she has suffered: she has known pain through childbirth.
She knows what suffering is'*

It follows that all men, married or single, can anticipate receiving care from a mother, girlfriend, or wife.

Only one respondent, a young, formally uneducated man, who had lived in a large township, suggested that a care-giver for a man or a woman could be a friend, and of either sex, but would be more likely to be a woman, indicating at least the potential acceptability from his broader perspective of a man as a carer.

Thirdly, the lack of reference to 'community', a ubiquitous reference in the townships where it is a vibrant source of shared experience and shared political activism (although open to manipulation by various interests, including by NGOs and researchers). While some insisted '*the government should help us*' in terms of free medicine and treatment (which goes against the 'fee for service' philosophy now common to neo-liberal health reforms (Walt 1995) in both the South and the North), one man, who was already very sick with pulmonary tuberculosis had internalised existing economic structures and spatial arrangements of hierarchy and exclusion. His 'ideal' scenario was one in which special huts, or small villages, would be built for people with AIDS, like the huts built by white farmers for their labourers (where conditions are among the worst in the country). Here they could share basic facilities and live among themselves, women would care for their families, and people there would not have to worry about hostility from outside. This is a poignant illustration of how care ideologies are embedded in existing social relations and social structures, in this case both racist (apartheid labour policies and arrangements with exploited black labour on white farms) and heterosexist (the unproblematic assumption that it is women's function to care for men). It was an arresting illustration of the seeming 'naturalnesses' of such discourses and arrangements.

We included a question about the usefulness or otherwise of an organised support group, which took a long and participative

paraphrase to explain in Zulu. Most thought that a group of people like them, an ASO, could help, but transport and money for transport was a major problem, and many lived in very remote homesteads, at some distance from a road. Others, particularly women, commented that it would be depressing as they would talk all the time about illness. But they thought it could be good for them if they could do other things and have some source of amusement. For most, electrification would be a great advantage.

The urban and rural divide and the dilemma of gender advocacy: transgressing boundaries

The findings clearly suggest that women need specific support and care provision. How can these pilot findings be used to inform AIDS work and gender advocacy in the region in which rights' activism in the towns has no equivalent in rural areas, and where very different discourses are in circulation.

Networking is crucial; and this may lead to different productions of sense, through working dialectically and 'sideways' (Schrijvers 1992). The findings have been welcomed by the institutional hosts, by the rurally-based regional co-chair of NACOSA (National AIDS Convention of South Africa), who liaises closely with the regional PWA group, and has been a key player in AIDS health promotion in the region; and by a woman doctor at Hlabisa who has played a crucial role in encouraging peer support groups and community education (McCoy and Coleman 1995; Seidel 1996b; Seidel and Coleman 1998). Coleman's work has included taking the initiative and much of the organisation around the production of an important Hlabisa video made with people with HIV/AIDS who speak directly to camera.

Our shared concern is with the interpretation and possible application of these findings in such a way as to make existing programmes more gender-sensitive, as a development of the existing peer education and peer support schemes in the region.

But what of regional rural discourses on gender relations? Although discussions on the high cost of *lobola* (bride-price to be paid by the groom) are commonplace throughout KwaZulu-Natal, including on Radio Zulu, questions of gender ideologies, of gender construction, of the gender of care, and gender rights are not. Most discussions come down to a defence, albeit in some cases a resigned defence of 'traditional' warrior culture, where warriors in the service of famous kings defended the 'Zulu nation', against the British invaders, are still celebrated, but now manipulated by and a hostage to divided IFP (Inkhata Freedom Party) ambitions in the region.

'You need to know our Zulu men and to understand our culture. Our men are hard. They are like that. You know about our warrior tradition? How can we change our culture?

Some of us want to change lobola - it costs too much. People are greedy. But other say we should keep it —as our culture is all we have left. We have lost everything else'.

This is a summary of the somewhat ambivalent response when the researcher attempted to raise these issues informally with Zulu-speaking women in Hlabisa and the environs, irrespective of their educational background. However, more critical responses are provided from a small number of women discussants, community and health workers from the region, who identify as Zulus and as South Africans, and who have been more exposed to rights' culture, including gendered rights. Their informal comments provide a gloss:

'Yes, that is the culture here, that is true. People value their culture very highly. We are proud of it. But that is not the only influence'.

There is a dynamic sense here that the gender problems are both more universalistic and more particularistic. Mobilising this more dynamic discourse on gender, culture and identity, that is also produced and circulated within the region, through drama of the kind inspired by Boal's *Theatre of the Oppressed* (Boal 1995) may be the most appropriate way forward in this context to develop this critical process. Academic or 'outsider' knowledge, both negatively connoted, is more likely to be viewed with suspicion in a setting where distrust of 'outsiders' of any origin was fostered by apartheid's enforced separations, including ethnic divisions among black South Africans, and by other processes (Mare 1993); and suspicion of 'outsiders' remains very vigorous at all levels of society.

A comparable ambivalence in the construction of gender and regional identity, where this region, the stronghold of the ultra-nationalist and 'traditionalist' IFP, denotes 'Zulu-ness', has been acted out in AIDS education through school performances. Dramaide, hitherto a regional-based AIDS-related drama initiative in KwaZulu schools, seeks to encourage AIDS education through performance, and largely through dance. Some codes appear to be undermined, where schoolgirls perform dances conventionally performed by men. This may set the scene for a fracturing of dominant gender ideologies. Schoolgirl participants clearly enjoy this experience of greater freedom of movement, body displays (deemed appropriate for single but not for married women) and access to particular symbolic forms normally denied to them. However, without more sustained discussion and challenges, such performances may remain 'rituals of rebellion'; and harnessed to political ends by the still dominant traditionalist culture (Dalrymple and Preston-Whyte 1996). The dilemma is that much of the dominant symbolism and references to 'nationhood' (and songs about saving the 'nation' from AIDS) inevitably may be interpreted as referring to and as grounded in the 'Zulu nation'. This is a region with a clear IFP presence in the rural areas, mainly tribal trust land, where 'traditional' values remain very strong, and where any form of minority culture or challenge is profoundly silenced.

Possibilities of extending the research partnership

It has been suggested that a new kind of partnership bringing together researchers, community activists and special interest groups may be in a better position to undertake research on gender violence (Heise *et al.* 1994) and, by implication, gender relations in various forms. This community-based insight has further implications for work on gender construction and for the extension of gender rights.

Another key development within the region, and exemplary in many ways in terms of non-vertical community education, has been that of Positive Speakers involved in talks and 'telling their stories' in community venues. This initiative, influenced by the Phillys Lutaaya project in Uganda (Amooti 1996), and a similar project in New York, has been given an impetus by work in and around Hlabisa, and the Hlabisa-made video referred to above. There is also an indication of proposed future networking with a group for rape survivors and battered women, but the origin of this proposal is not clear.

How can this process and important networking —probably the best source of support for women where limited family support is available— be assisted and sustained? And through what agencies? And in what time-frames?

The one and only 'traditionally' married woman interviewed in our very small sample who did admit that her husband was beating her (and this behaviour apparently pre-dated confirmation of their common HIV positive status) 'justified' his abuse in terms of unemployment and frustration, which has led to drinking bouts. The absence of a gender explanation is problematic in a broader and feminist perspective of rights which is present in South African urban contexts, and very strong among ANC (African National Congress) women activists.

It seems that there may be a difficult choice between a slow road —that involves in listening to women, and in this way showing that they are respected, and a faster, activist lane which stresses connecting with other NGOs and ASOs. In fact, there is already a kind of dual lane in terms of links with the national and regional PWA (People living with AIDS) associations; and where more frequent contact with PWA associations from the rest of the region, and beyond, is a great moral booster and opens up new perspectives of all kinds.

Apart from problems of unrest in the region however, the faster lane raises some ethical as well as organisational and financial problems. It could involve detaching the same small group of people away from the tiny but clearly expanding peer support group (PC Jaffe June 1996). And would most women have the same mobility as men? It is also a question of ownership of the process and sustainability —where 'outsiders' are frequently analogised as cancer and AIDS. If this initiative is not coming from a member of the existing ASO, will it be considered acceptable and legitimate, and will it work? A lot may depend on the delicate balance between 'community' input and the

involvement and the perception of 'outsiders' that would lead to a 'balanced community development' (Schaffer 1995).

Another related ethical and political dilemma concerns the ways used to silence gender questions and which also hold back the conceptualisation of male violence, including rape (Armstrong 1994), preventing it from becoming an advocacy issue locally. Family members try to 'hush' it up and not take it further (PC social worker, Hlabisa Court, September 1995; PC Z. Nxumalo 1996). Women in such situations have recourse to a series of survival mechanisms that are interiorised. Is there not an ethical issue involved in seeking to suddenly problematise this violence in deeply rural settings where no advocacy groups exist? The concern is that this could mean removing or undermining these survival strategies while there may be nothing tangible to be put in their place. (Is this not in a sense what happened to forms of knowledge when missionaries banned puberty rites in the 1930s?) Such a move could increase women's vulnerability; and it is this dilemma that would caution in favour of any fast, overtaking lane approach to this ideological and political work in this profoundly rural area.

At the same time, when women advance not specifically gendered explanations for male violence, or see it as unavoidable, it is not necessarily a form of 'false consciousness' in a marxist sense: women may be aware of the very circumscribed and subordinate nature of their lives, but are unaware of what to do about it, or have few options. Metaphors women use about themselves and which can be elicited can be very revealing in this respect. However, the 'power' that entails the experiential recognition of these meanings cannot be given from above: it has to be self-generated in political work with others. Some participatory learning techniques share these perspectives (Koning and Martin 1996; Pretty *et al.* 1995) in a national context in which community participation is valued (Shisana and Versfeld 1993). Different country examples and from different continents, including from South Asia and Latin America, suggest that such process can be assisted by issues by grass-root NGOs promoting innovative and participatory strategies (Kabeer 1994) —and more obviously by the creation of job opportunities where women have a greater measure of economic independence.

A particular example of community activism, one predicated on rights, is available from Clermont, a largely ANC township, near Durban. Women's organisations are particularly vocal and active in the township. Rooms have been converted adjacent to a church to serve as an informal drop-in centre where a range of information is available, on HIV, and which, at the same time, is also a centre for rights' education conducted by community activists. Encounters and exchanges of this kind could provide a political and heuristic space, disrupting boundaries. However, in much of KwaZulu-Natal at this political juncture, even to consider such exchanges, and their practical feasibility, the history of the political struggles between the ANC and the IFP (Inkatha Freedom Party) and the politicisation of spatial relations must remain part of the equation.

Conclusion

To provide specific care and support for women, rather than women being instrumentalised to care for men, and positioned by 'naturalist ideology', calls for a profound change in political culture. Gender-sensitive programmes demand that an unequivocal gender lens applied to all facets of women's lives and decisions which affect them (Cancian 1992; Heise and Elias 1995). Such programmes also call for the scrutiny of such apparently sex-neutral concepts and phrases as 'community care', including their modes of costing and evaluation, where these are almost invariably gendered and involve gender interests. Public health discourse because of its assumed and false universality cannot take account of gender relations, and hence is profoundly flawed. While a gender and development discourse is present in urban South Africa (Preston-Whyte 1995), this cannot be assumed to be the case in rural areas, where there is limited HIV related research on women's support networks and care for women. Sociological research on sexual networking as carried out elsewhere in Africa does not in itself assist women.

Public health and medical discourse may also have affinities with naturalist ideology and hence seek to perpetuate 'traditional' gender roles. An informal evaluation has been offered by a highly placed health professional in the region of 'positive living' of an HIV positive woman who, after receiving support and counselling, is now prepared to care for her husband. This is very double-edged. It carries with it the idea of potential psychiatrisation of women who do not conform. And, in general, it is also an indication and warning of how the political agenda of sexual and reproductive rights, in many contexts moved more to the centre by the epidemic and by AIDS activism, may be being subverted, and re-conceptualised within older medico-moral and 'traditional' discourses, constituting an overlapping of meanings (or vertical 'inter-textuality') (Fairclough 1992).

In evaluation for 'empowerment' (Baylies and Bujra 1995; Plaat 1995; KIT and WHO 1995), and in all work concerned with women's subordination and its effects (Elson 1991), this conceptualisation and scrutiny are usefully informed and assisted by critical social theory, by post-structural analysis influenced by post-colonial polyvocality and discursive theory; and by the kind of feminist epistemology and practice that addresses both gender and racist issues, and which seeks to analyse gender not as 'essentialism', not as a biological given —but as power relations between the sexes.

For this work to be effective, it also calls for advocacy work and activism, since a government or state cannot act as a social agency. And find ways of challenging masculinist representations that assume 'traditional', univocal forms, 'common sense' and 'naturalist' ideology —and which may be used to mask and to naturalise both gender and racist oppression.

It has been demonstrated throughout the world that sustained behaviour change is dependent on peer and community support. In much of South Africa the perception of the individual rights and

especially of gendered rights still remains weak in rural regions. It is men's, not women's experience that is not taken as the basis for theorising and enforcement (Binion 1995). Some townships women's organisations, like Clermont, have remained strong, and they contribute to and at times challenge different representations of gender within the immediate community. Together with some ASOs, and assisted by a core of progressive professionals, black and white, they constitute the new social actors. The possible 're-connections' and political opportunities are there. But it takes full-time participation, trust, and anthropological, not managerial or medical time-frames, and a shared language medium —and, no less importantly, an extended 'dialogic space' (Schrijvers 1992; 1993), in which the researcher does not disappear, in order to elicit these challenges, and to 'hear' them.

In the context of post-apartheid South Africa in which community-builders are celebrated and honoured, women are being called upon and mobilised as a rich potential resource for reconstructing violence-torn communities enabled by rights' discourses. Some of the dilemmas for women in caring roles, and the possibilities for total burn-out and unacknowledged workloads are contained in an unsolicited comment from a Zulu-speaking member not from KwaZulu-Natal, but from a Soweto-based ASO. It followed on a threatened attack on herself and her home, but which only served to strengthen her resolve:

'I thought I belonged to my husband. Then when I began this work I understood that I belong to the whole community' (PC, Community ASO activist, Society for AIDS Families and Orphans, Soweto, May 1994).

Bibliography

- ABDOOL-KARIM Q. *et al.* 1995. "Reducing the risk of HIV infection among South African sexworkers", *American Journal of Public Health*, 85: 1521-1523.
- AMOOTI N. 1996. "Going public gives PLWAs confidence: the Phillys Lutaaya Initiative", *Sidafrique*, A platform of solidarities, No 8/9, May: 34.
- ARHTAG. 1994. *Health Action*, Focus on sexual health, 10, September-November.
- ARMSTRONG S. 1994. "Rape, an invisible part of apartheid's legacy", in C. SWEETMAN (ed), *Population and reproductive rights*, London: Zed Books.
- BAYLIES C. and BUJRA J. 1995. "Discourses of power and empowerment in the fight against HIV/AIDS in Africa", in P. AGGLETON and G. HART (eds), *AIDS, sexuality and risk*, London: Taylor and Francis: 194-222.
- BERER M. and RAY S. (eds). 1993. *Women and HIV/AIDS*, London: Pandora.
- BINION G. 1995. "Human rights: a feminist perspective", *Human Rights Quarterly*, 17: 509-526.

- BLEDSOE C. 1990. "The politics of AIDS, condoms and heterosexual relations in Africa", in W.P. HANDWERKER (ed), *Births and power: social change and politics of reproduction*, Boulder: Westview Press.
- BOAL A. 1995. *The rainbow of desire* (translated by A. Jackson), London: Routledge.
- CANCIAN F. 1992. "Feminist science: methodologies that challenge inequalities", in Cheryl Miller Lecture, *Gender and Society*, December: 623-642.
- CAPITAN C. 1988. "Status of women" in French revolutionary/liberal ideology", in G. SEIDEL (ed), *The nature of the right. A feminist analysis of order patterns*, Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins.
- 1993. *La nature à l'ordre du jour 1789-1793*, Paris: Kime.
- CAROVANO K. 1991. "More than mothers and whores: redefining the AIDS prevention needs of women", *International Journal of Health Services*, 21 (1): 131-142.
- de COCK K. M. et al. 1993. "Clinical research, prophylaxis, therapy and care for HIV disease in Africa", *American Journal of Public Health*, 83 (10): 1385-1389.
- DENENBERG R. 1990. "Unique aspects of HIV infection in women and symptoms", in C. CHRIS et al. (eds), *Women, AIDS and activism* (ACT-UP New York and Book Group), Boston: South End Press.
- ELSON D. 1991. "Male bias in the development process: an overview", in D. ELSON (ed), *Male bias in the development process*, Manchester: Manchester University Press.
- ESCOBAR A. 1992. "Culture, practice and politics: anthropology and the study of social movements", *Critique of Anthropology*, 12 (4): 395-432.
- EVIAN C. 1995. "The socio-economic determinants of the AIDS epidemic in South Africa: a cycle of poverty (Editorial)", *South African Journal of Medicine*, 38 (9): 635-636.
- FAIRCLOUGH F. 1992. *Discourse and social change*, London: Polity Press (Chapter 4).
- GORDON G. 1995. "Incorporating a gender perspective into sexual health promotion", *AIDS Health Promotion Exchange*, 3: 11-13.
- GUILLAUMIN C. 1978. *Pratique du pouvoir et idée de nature (I) L'appropriation des femmes. (II) Le discours de la nature*, (Questions féministes, 2,3).
- HADDEN B. et al. 1995. "Women's health seeking and contraceptive behaviours and its implications for STD/HIV prevention", Abstract Wed 895, IXth International Conference on AIDS in Africa, Kampala, Uganda.
- HAMBLIN Julie and REID Elizabeth. 1993. *Women, the HIV epidemic and human rights: a tragic imperative / Les femmes, l'épidémie d'infections par le VIH et les droits de la personne humaine: un impératif tragique*, New York: UNDP, 'HIV and Development' Programme (Issues papers 8 / Etude thématique 8).
- HEISE Lori L. and ELIAS C. 1995. "Transforming AIDS to meet women's needs: a focus on developing countries", *Social Science and Medicine*, 40 (7): 931-943.
- HEISE Lori L., RAIKES Alanagh, WATTS Charlotte H. and ZWI Anthony B. 1994. "Violence against women: a neglected public health issue in less developed countries", *Social Science and Medicine*, 39 (9): 1165-1179.
- JONES K.B. and JONASDOTTIR A.G. (eds). 1988. *The political interests of gender*, London: Sage.
- KABEER N. 1994. *Reversed realities: gender hierarchies in development thought*, London: Verso.

- KIT (Royal Tropical Institute), SAFAIDS and WHO. 1995. *Facing the challenges of HIV, AIDS, STDs: a gender-based response*, Amsterdam: KIT. (A French translation is in preparation).
- de KONING K. and MARTIN M. (eds). 1996. *Participatory research in health*, London: Zed Books.
- MABANDLA B. 1995. "Women in South Africa and the constitution-making process", in J. PETERS and A. WOLPER (eds), *Women's rights, human rights*, London: Routledge: 67-71.
- MANN Jonathan. 1996. "Health and human rights", *Sidafrique*, 8/9, May.
- MARE G. 1993. *Ethnicity and politics in South Africa*, London: Zed Books.
- MATHIEU N.-C. 1991. *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*, Paris: Côté Femmes (Collection Recherches).
- MATHIEU N.-C. (ed). 1985. *L'arrasonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (Collection Les Cahiers de l'Homme).
- MCCOY D. and COLEMAN R. 1995. "Responding to the HIV epidemic in a rural district health service in KwaZulu (Hlabisa Health ward)", *Epidemiological Comments*, 22 (7): 144-147.
- MOODIE D. T. 1990. *Going for gold*, Berkeley: University of California Press.
- OBBO Christine. 1994. "Comments and reactions (on the Annual Meeting of the AAA Washington and of the African Studies Association, Boston, December 1993)", *Sociétés d'Afrique et Sida*, 3: 12.
- PHETTERSON G. 1990. "The category of 'prostitute' in scientific enquiry", *Journal of Sex Research*, 27 (3): 397-407.
- van PLAAT E. 1995. "Beyond techniques: issues in evaluation for empowerment", *Evaluation*, 1 (1) July.
- PRESTON-WHYTE E.M. 1993. "Women who are not married", *South African Journal of Sociology*, 24 (3): 63-71.
- 1995. "Bring us the female condom": HIV intervention, gender and political empowerment in two South African communities", *Health Transition Review*, Supplement to Vol. 5: 209-222 (Canberra).
- PRESTON-WHYTE E.M. and DALRYMPLE L. 1996. "Participation and action: reflections on community-based AIDS interventions in South Africa", in K. de KONING and M. MARTIN (eds), *Participatory research in health*, London: Zed Books: 108-118.
- PRETTY J. et al. 1995. *Participatory learning and action. A trainer's guide*, London: IIED.
- SCHAFFER R. 1995. "Community-based development", *NU News on health care in developing countries*, 9 (4): 48-50.
- SCHOEPF B.G. 1991. "Ethical, methodological and political issues of AIDS research in Central Africa", *Social Science and Medicine*, 33 (7): 749-763.
- SCHRIJVERS J. 1992. "Dialectics of a dialogical ideal: Studying down, studying sideways, and studying up", in L. NENCHEL and P. PELS (eds), *Constructing knowledge: authority and critiques in social sciences*, London: Sage.
- 1993. *The violence of 'development': a choice for intellectuals*, Amsterdam: International Books.

- SEIDEL Gill. 1993a. "The discourses of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: discourses of rights/empowerment vs the discourses of control/exclusion", *Social Science and Medicine*, 26 (3): 175-194.
- 1993b. "Women at risk: gender and AIDS in Africa", *Disasters*, 17 (2): 133-142.
- 1994. "The marginalisation of social sciences and gender in HIV interventions in sub-Saharan Africa", unpublished seminar, University of Cape Town.
- 1994. "Stories in many languages: some ways forward for STD and AIDS education in the new South Africa", *Sociétés d'Afrique et Sida*, 6, october.
- 1996a. "Shifts in the policy and practice surrounding confidentiality and HIV status in KwaZulu-Natal, South Africa: implications, resistances, challenges", *Health Policy and Planning*, 11 (4), December.
- 1996b. "La représentation des femmes dans le discours sur le sida en Afrique sub-saharienne: contraintes, paradoxes et résistances", *MOTS*, 49, december, special issue, C. CAPITAN and C. VIOLET (eds), *Sexes et textes*.
- SEIDEL Gill and COLEMAN R. 1998. "HIV, women and support networks a pilot project in rural KwaZulu-Natal using storytelling techniques", in P. AGGLETON, G. HART and P. DAVIES (eds), *Family and community responses to AIDS*, London: UCL Press (in press).
- SEIDEL Gill and NTULI Neli. 1996. "HIV, gender, and support in rural, South Africa", *Lancet* (correspondence), 347: 469, February 17.
- SEIDEL Gill and VIDAL Laurent. 1997. "The medical, gender and development, and culturalist discourses on HIV/AIDS in Africa, and their implications", in C. SHORE and S. WRIGHT (eds), *The anthropology of policy*, London: Routledge: 59-87.
- SHISANA O. and VERSFELD P. 1993. "Community participation in health service institutions", *South African Medical Journal*, 88 (1): 5-8, January.
- SOLDAN K., ABDOOL-KARIM Q. and ABDOOL-KARIM S. 1994. *Home-based care for HIV/AIDS: evaluation of the KwaZulu-Natal pilot programme*, Durban: MRC.
- STAMMERS N. 1995. "A critique of social approaches to human rights", *Human Rights Quarterly*, 17: 488-508.
- STREBEL A. 1993. "Good intentions, contradictory outcomes?", CHAS, *Journal of Comparative Health* (South Africa), 4 (1): 22-25.
- 1995. *The discourses of women and AIDS in South Africa*, Ph. D. thesis, Department of Social Psychology, University of the Western Cape.
- TEMMERMAN M. et al. 1995. "The right not to know HIV test results", *Lancet*, 345: 969-970.
- WALT G. 1995. *Health policy, an introduction to process and power*, London: Zed Press.
- WATSON P. 1994. "Comics and rural development", *Mathlasedi* (South Africa), November/December: 28-32.
- WORTH Dooley. 1989. "Sexual decision-making and AIDS: why condom promotion among vulnerable women is likely to fail", *Studies in Family Planning*, 20 (6): 297-307.
- ZWI A.D. 1993. "Reassessing priorities: identifying determinants of HIV transmission", *Social Science and Medicine*, 36 (5): iii-viii (editorial).
- ZWI A.D. and CABRAL A.J. 1991. "Identifying 'high risk situations' for preventing HIV/AIDS", *British Medical Journal*, 303: 1527-1529.

Gill SEIDEL, *Seeking to optimise care for HIV positive women and extending the gendered rights' discourse –conceptualising the dilemmas, with illustrations from fieldwork in rural South Africa*

Summary – Since the start of the epidemic, African women have been positioned by governments, non-government and community-based organisations and mobilised to provide care for their families and 'communities'. Meanwhile, women's needs, particularly those in rural areas, their access to resources of all kinds, and the support networks available to women, have not been prioritised. This pilot study based in rural KwaZulu-Natal, South Africa, seeks to analyse the support networks available to HIV+ women within a gender-sensitive framework.

Keywords: HIV/AIDS • South Africa • women • gender • care • rights • discourse.

Gill SEIDEL, *Chercher à optimiser la prise en charge des femmes séropositives et étendre le discours de genre sur les droits - conceptualiser les dilemmes, avec des illustrations tirées d'une étude en milieu rural, en Afrique du Sud.*

Résumé — Depuis le début de l'épidémie, des positions spécifiques ont été assignées aux femmes africaines par les gouvernements, les organisations non gouvernementales et les organisations communautaires de base qui les ont mobilisées pour la prise en charge de leurs familles et de leurs communautés. Cependant, aucune priorité n'a été accordée aux besoins des femmes, particulièrement de celles vivant en zones rurales, à leur accès aux ressources et à la mise en place de toute forme de réseau d'appui disponible pour elles. Cette étude pilote, menée en milieu rural au KwaZulu-Natal (Afrique du Sud), essaie d'analyser les réseaux d'appui disponibles pour les femmes VIH+ dans une perspective sensible aux questions de genre.

Mots-clés : VIH/sida • Afrique du Sud • femmes • genre • prise en charge • droits • discours.

28. Socio-cultural relations in the Nigerian family: implications for AIDS in Africa¹

Felicia A. Durojaiye Oyekanmi

Introduction

In the mid-1980s when the acquired immune deficiency syndrome (AIDS) was first heard of in this part of Africa, many Nigerians and even health professionals referred to it derisively as 'American Invention to Destroy Sex'. Little did we realise then that we were starting to deal with a disease which would spread like wild wood fire and defy all cures (Lamptey 1994). Perhaps the most important epidemiological finding about AIDS is that sexual transmission accounts for about three-fifths of HIV infections worldwide. Even though parental transmission (blood and injections) plays a key role in the spread of HIV in some countries, it is not a major factor in driving the pandemic.

The link between HIV infection and other STDs may partly explain why HIV in heterosexual population is more prevalent in Africa than in Europe and the United States of America, where STDs are more often treated and cured. We have also learnt that women are particularly vulnerable to AIDS and that prevention programs must address their special needs (Henry 1994). The major factors that put women at risk of HIV infection are social and economic, such as poverty, gender discrimination, lack of power in negotiating sex (Oyekanmi 1994) and lack of educational and economic opportunities. The prevalence of HIV infection in Africa is highest in the 25-35 years old age-group in males, and in the 15-25 years old age-group in females. This difference is due to the fact that on the average, sexual partnerships are formed between older men and younger women. In the urban areas the distortion of population profile caused by male migration may give a 1: 1 ratio of male: female HIV infection rate, but as the epidemic spread into the larger rural population, the absolute size of the most severely affected young female population is larger than the size of the male population, which eventually results in a higher number of infections in women.

The infection of women also adds fuel to the emerging epidemic of pediatric AIDS (Decosas and Pedneault 1992). Babies born to the

¹ An earlier version of this paper was presented as 'Socio-cultural implications of AIDS in the Nigerian family', at the IXth annual conference of the Population Association of Nigeria, Benin City, Nigeria, 1995.

infected women would be affected either at birth or through breast feeding. Several public health policies have been suggested to narrow the male: female age-gap of sexual partnership formation, as well as policies to address the economic migration of the male and female work force; and policies to narrow the base of the general population pyramid. AIDS and STD specialists tend to ignore the fact that the future-at-risk generation has already been born. For example, in Nigeria about 45 percent of the population is of age 0-14 years. Even if the incidence rates of HIV infections stabilises, the absolute number of cases will still continue to grow, driven by demographic forces. This trend will continue and it may well outpace any possible health programme response unless it is reversed by a decrease in fertility. An effective population policy is thus one of three imperatives for addressing the social and demographic risk factors associated with AIDS in this country as in the rest of Africa. The other two public policy areas are an effective gender and education policy and a family-friendly industrial and economic development policy.

To enable individuals to sustain behaviour change, we need to address community and societal factors, policies and structural issues that influence and shape behaviour. The most important risk-taking behaviours that are primarily responsible for the rapid spread of HIV throughout the world include frequent change of sex partners, and sex with a partner who has multiple partners. Thus as social scientists, we need to take a look at the socio-cultural factors and cultural expectations that shape behaviour. The family being the primary unit of any society assumes a prime position in this context.

Forms of family and marriage

Our cultural practices exert direct and indirect influences on our population dynamics. By population dynamics we mean those aspects of our lives which have consequences for mortality (as well as morbidity), fertility and migration —all three of which constitute the main components of population change. These in turn have bearing on the issues concerning HIV/AIDS in any country.

What do we mean by culture? As defined by Edward Taylor, culture is that complex whole which includes knowledge, belief, art, morals, law, custom, and any other capabilities and habits acquired by man as a member of the society (Olurode 1989). It means that culture is the totality of living. Some basic characteristics of culture include the following: culture is shared, it is learned and not genetically transformed. Cultural traits, mode of behaviour are learned through the process of socialisation in a society.

These cultural traits are usually learned within the family. In fact the family is the smallest unit of organisation within the society; much akin to the atom in science.

It has been generally noted that what constitutes the family varies from society to society. Various definitions include the nuclear family,

the extended family, and so on. Various traits are usually observed when the definition of a family is being undertaken. These include:

- family type: joint / extended
- marriage type: monogyny / polygyny / polyandry
- residence arrangement: unilocal / matrilocal / patrilocal
- life cycle or stage of the family
- inheritance system - property, widowhood
- marriage ceremony - customary / ordinance / religious.

Other traits which could influence the behaviour of members of the family include:

- value of child: child bearing practices / quality of child / preference for sex of child
- gender relations in the family: culture as regards relationship between couples, relationship to persons who are neither biological nor affilial kin / level of development / status of women / female autonomy / male dominance / education, etc.
- health care practices and services
- family planning methods: knowledge, attitude and practice / use / availability and cost of family planning services / information, education and communication/population policy.

The structure or type of a family is usually defined in terms of the individuals comprising the family unit as well as the relationships / interactions among these members.

The family is a group of people recognised by their community as related to one another by ties of marriage. The members are bound together by relationships involved in living together. Usually the group is composed of a man and his wife or wives and their children. At its simplest form, the nuclear or conjugal family is a married couple and their children (Bloom and Ottong 1987) as shown in figures 1A and 1B.

Figure 1A: *A typical nuclear family, a husband, wife and four children. Nuclear family (monogamous)*

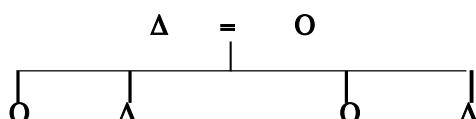
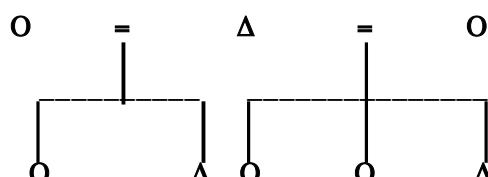


Figure 1B: *Husband, two wives and their children. Nuclear family (polygamous)*



Key: Δ: Male; O: Female; = : Marriage

This is the simplest form of family. In real life there may be variations. In some families there may be adopted children. Sometimes the household may include relatives of the wife or the husband. The conjugal relationship between spouses is the major link in the nuclear family. The nuclear family is more predominant in the European and other Western cultures.

Much more common in Africa is the extended family. This is a family composed of two or more nuclear families, joined either through the line of parents and children, or by relationships between siblings. The extended family goes beyond the mother-father-children to include other relatives. It frequently spans three generations - grandparents, parents and grand children as shown in figures 2A and 2B.

Figure 2A: *Monogamous unions in extended family formation*

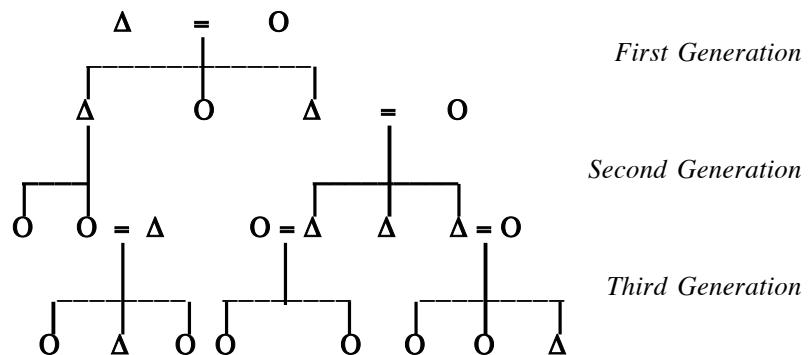
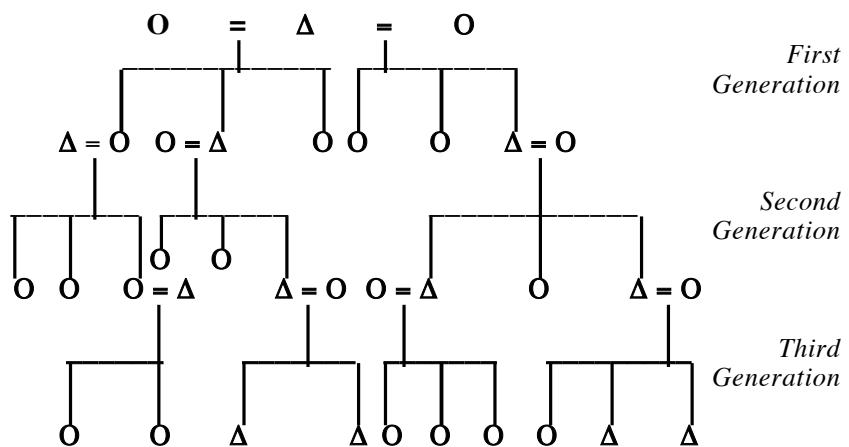


Figure 2B: *Polygamous unions in extended family formation*



Not all the members of the extended family live together in one household. In many instances, the extended family is split into smaller nuclear units, each with its own household within a compound. The summation of all the family units make up the community/society.

Sexual relations

Variations do occur in the actual sexual relations within families depending on the culture of the society concerned. For example among the Masai of Northern Kenya a woman is recognised as being married to a particular man within a lineage. However, other men within the lineage can come to her for sex at any time that her husband is away hunting or tending to cattle. This ensures that during the long stretches of time that these nomadic herdsman are away from home, the wives are served sexually by the husband's kinsmen in a way that would maximise fertility performance. The man cohabiting with the woman at any time puts his spear into the ground in front of the woman's residential hut.

Furthermore upon return from the long sojourn away from home, the husband of the particular woman keeps away from the hut where the woman resides as long as there is another man's spear stuck in the ground in front of the hut. If the woman gets pregnant the offspring belongs to the clan/lineage so there is no question about the paternity of the child.

Another pattern has been cited among some groups in Uganda where the burial rites performed on the demise of a husband includes the purification/cleansing of his wife. Such cleansing consists of the junior brother of the deceased man sleeping with the widow and having sex with her on the night her husband is buried so as to exorcise the latter's ghost.

In Nigeria, among the Yagba of the middle belt area, there exists a custom whereby the height of a man showing his friendship to another man is for the former to give his wife to the latter to sleep with her as a mark of the closeness of their relationship. No connotation of adultery is attached to such sexual liaison because sleeping with such a wife is regarded as a way of strengthening the men's friendship.

From the point of view of likely proliferation of sexually transmitted diseases we see that the above traditional practises in Kenya, Uganda and even the polygyny or emerging serial monogamy in Nigeria are very potentially dangerous. This is because if any single HIV positive person is within the ring of sexually networking people then the disease transmission is more or less 100 percent assured.

The succeeding sections would go on to elaborate in detail how other socio-cultural factors related to the family can affect or be affected by the HIV/AIDS pandemic.

Condom use

Although, endowed with great human and natural resource potentials, Nigeria, with a persisting high population growth rate, an infant mortality rate of about 84 percent live births, life expectancy at birth of about 54 years, a per capita income of less than US\$300, poorly developed systems of education, medical and social services is still one of the world's poor and under developed countries.

The 1990 Nigeria Demographic and Health Survey shows that total fertility rate in Nigeria was 6.0. Similarly the 1991 Post Enumeration Survey after the national population census showed that the total fertility rate was 5.88 and that a woman would bear 6 children at the end of her reproductive career. While the crude birth rate was estimated at 45 births per 1000 population in the country in 1991.

The AIDS pandemic has brought into sharp focus the issue surrounding usage of condom in Nigeria; not only for reproductive health but to stem the transmission of HIV/AIDS.

In Nigeria the Information, Education and Communication (IEC) Committee of the National AIDS Control Programme has mounted a vigorous nation-wide mass-media campaign to inform and educate the Nigerian public on the dangers of AIDS, and the need to adopt 'safer sex' measures by regular use of condoms. As shown in table 1, the rate of condom use in Nigeria is still low (Obikeze *et al.* 1993) with 9.2 percent ever-use and 2.6 percent current use by male and female.

Table 1: *Ever-use condom data from NDHS (1990), DHS Ondo State (1986), and Condom Use Survey (1991)*

| Source | Year | Coverage | % Ever-Use Condom | |
|-------------------------|------|---|---------------------------|---------------------------|
| | | | Females only | Both male and female |
| NDH Survey ^a | 1990 | Nigeria | 2.5 | - |
| DHS Ondo State | 1986 | Ondo State | 4.4 | - |
| Condom Use Survey | 1991 | Three States: Anambra State Kaduna State Lagos State Overall (National) | 5.5 4.9 13.6 8.5 | 7.6 6.2 15.1 9.2 |

Source: Obikeze *et al.* 1993, table 4.17

^a = covered women of child bearing age.

But this figure is significantly higher than the 2.5 percent ever-use reported by the Nigeria Demographic and Health Survey (NDHS 1990). The challenge remains how to popularise the use of this reproductive health device in not only Nigeria but also in West Africa.

Although the financial cost (economic) of the condom is moderate and generally affordable, the social and psychological costs of obtaining and being associated with the condom are very high and prohibitive. Six major reasons for non use of condom are (1) misconceptions due to misinformation and ignorance, (2) inherent poor public image and old prejudices, (3) high breakage and failure rate of available condoms, (4) incompatibility with traditional sexual norms and practices, (5) high social and psychological costs associated with condom procurement and use, (6) disapproval by the major religions in the country. For example, as explained by Obikeze *et al.* (1993), the perceived availability of the condom comprises three distinct components, namely: product visibility, physical (de facto) presence, and affordability in terms of both economic and social costs. As one focus group discussant dramatically put it, persons involved in condom transaction tend to 'speak in tongues' using slang known to buyers and sellers. Low level of education was also shown to be strongly associated with negative user-acceptability of the condom.

Socio-cultural practices

The issue of power relations within the family has been much studied in different cultures. For most of the language / tribal groups in Nigeria, the husband is assumed to be the head of the household. He dictates what gets done in the family including when he has sex with his wife or wives. It is therefore inconceivable to think of a situation where the wife would refuse to grant sexual favours to her husband on demand. The woman can also not insist on the man using condom or any other protective device while having sex with her without incurring the wrath of the man. This powerlessness of the woman to negotiate conditions favouring her is even made worse if she is an illiterate, poor, and rural dweller.

The economic dominance of the male gender is such that the man's sexual relations within the family or his extra-marital affairs can endanger the health of his wife or wives without any sanction being imposed on the man (Odebiyi 1992). Odebiyi has also shown that even male undergraduate students at University of Ife though aware of the danger of AIDS, nevertheless did not favour the use of condoms. The pilot study done by Oyekanmi in Ilesa, Oshun State in 1991 (Oyekanmi 1994b) also showed this unwillingness of the men to use condom. Moreover the married women felt that even if their husbands contract any sexually transmitted disease God would not allow the wives to catch it from them. This extreme positivism has been developed in many cultures as a means of wishing away whatever bad phenomenon that we cannot control, women in particular seem to have developed this defence mechanism to a larger extent than the men.

The gender inequality in decision taking also bothers on the question of who takes decisions about health care in the family. In a large percentage of cases it is the woman who first notices if anybody is not feeling well. At home women are usually the first to be told

when someone does not feel well, and they help to decide what to do next. Most "patient" communications for and about family members flow through women; they report signs and changes, symptoms, responses to treatments and medications. It is little wonder that single or divorced men tend to have higher mortality rates than married males (Oyekanmi 1994a). However, in cases where expenses have to be incurred in order to procure a cure to any disease the woman has to defer to the husband's opinion. If the husband therefore does not adjudge the situation to be a serious problem no health care service would be sought in time to avert a disaster. In the particular case of sexually transmitted diseases including AIDS we are dealing with an issue concerned with sexuality and therefore ego factors of the male. In such cases, changes in behaviour, would be more difficult to effect. Moreover, fears for acceptance of guilt in a particular individual may cause people not to report symptoms in time. Over time experience has shown that changes come slowly, especially where issues concerned are intertwined with customs or religion and tread on vested interests (Corea 1985).

Some of our traditional practices that may have an effect on HIV transmission include circumcision of male and female newborn babies, tattoo and other tribal marks and shaving of hair with unsterilised blades. Among the Igbo a person's hair is completely shaved if he or she loses a parent irrespective of age. Moreover as part of burial rites for a deceased husband, the wife's hair is shaved.

Where these various traditional chores are done by traditional birth attendants e.g. cutting of the umbilical cord or circumcision of a newborn baby with unsterilised instruments, it is quite possible to pass on the HIV virus from one person to another. Since the incubation period for full-blown AIDS is about 10 years, one can quite imagine the number of people who can plausibly get infected in this manner.

In some cases the traditional herbalists associate AIDS with '*magun*' (Odebiyi 1992). In Yorubaland '*magun*' is a disease which is caught through having illegal sexual intercourse with any woman who has been laced with poison by her suspicious husband. The husband carefully avoids having sex with the woman after the poisoning and any man who first has sex with her subsequently is believed to catch '*magun*', the symptoms of which include jumping thrice or crowing like a cock thrice before the man falls down dead immediately. So far the antidote for '*magun*' is known only to so few herbalists that the affliction is said to have no cure. Thus men are advised to keep away from illegal sexual liaisons with women whose husbands are suspected to be wicked/jealous enough to administer such poison on their wives. Nevertheless it is noteworthy that even the few herbalists who claim to be able to cure '*magun*' have not cured any known AIDS patient.

The cultural practice of marrying girls at very tender ages —sometimes at 12 years or younger— to older men, for example among the Hausa-Fulani of Northern Nigeria and adherents of the Islamic religions, is also taught to be fraught with danger. Trevor (1975) estimated that between ages 13 and menopause the average Hausa/Fulani girl would contract three marriages. And even after menopause she is

likely to contract one additional marriage, if only for economic survival. This implies a high rate of sexual partnership and may even encourage promiscuity among the females, with the attendant danger of STD transmission. In some cases control of sexuality among members of a particular family may be difficult, especially where there is a wide age gap between husband and wife. In a study in Ado Ekiti, Ondo State, Orubuloye (1993) has found that adult sons sometimes sleep with the young wives of their elderly fathers. The other members of the family even know about these events but keep quiet out of the fear of incurring the anger of their father.

The national population policy in Nigeria recommends that each woman should have four children; while each man is advised to have a 'limited' number of wives and bear the number of children whom he can cater for responsibly (Oyekanmi and Aig-Imoukhuede 1989). So we see that even at the official governmental level there is tacit permission for sexual promiscuity among men and for high fertility in the country in general. Given the prevailing broad based population pyramid in Nigeria with about 45 percent of population being aged 0 to 14 years, as well as the prevailing high fertility levels whereby each woman has an average of 6.4 children in her life time, one cannot help but worry about the implications of the possibility of the AIDS virus being passed from mother to child. In effect pediatric AIDS —both its occurrence and spread— should begin to be of great concern to all the relevant disciplines and planners. In Rwanda, for example, 33 percent of women registering for antenatal clinics are being found to be HIV positive.

High-risk behaviour

While there are some professions which have been recognised as high-risk ones in connection with the transmission of the HIV virus, other imported cultural practices need to be looked at critically. The practices which are believed to be imported into Nigeria include homosexuality (Oyekanmi 1994b), lesbianism, wife swapping (Orubuloye 1993). The high risk occupations include long distance driving, prostitution or commercial sex work, itinerant trading especially those selling food and drink at motor parks, international traders who go from one country to another within the West African subregion and beyond in order to buy and sell goods and services (Anarfi 1992). Even members of the armed forces, police and prisons who get transferred frequently in the course of their duties and often separated from their families are also high risk.

For the most part men who patronise prostitutes do not want to use condoms because they complain that the device diminishes the sexual enjoyment and some who agree to use the device even refuse to pay up the whole charged price after the contact since they claim that they did not have 'full servicing' because of the condom.

Studies of condom use in Nigeria have also shown that age is a significant determining factor in the usage of condom, despite the

knowledge or awareness of it as a protective device against unwanted pregnancies or transmission of STD. Ogionwo and Ademuwagun (1990) in their study of south-western Nigeria showed that age 40 seems to be a significant dividing line; percentages of respondents ever use of condom were 67.3 percent for respondents under 40 years as compared with 32.7 percent for respondents over 40 years in urban areas; compared with 75.4 percent for respondents below 40 years and 24.6 percent for respondents over 40 years in rural areas. Obikeze *et al.* (1993) also found that the rate of condom use is higher among youths than old people in a national survey of Nigeria. It would appear that the older people are more set in their habits than younger ones and therefore, more likely to resist modern methods of birth control or health care innovation generally.

The issue of sexual permissiveness, moral decadence and laxity has been an age long affair, which is, unfortunately, more pronounced in recent times. Premarital sexual intercourse was not only considered a taboo, the fear of not finding suitable husbands after being disvirginized prevented young ladies from yielding unnecessarily to sexual temptations in the olden days. Besides the fear of being exposed to the gods, adultery was also seriously avoided by women in order to prevent the ridicule and shame of being caught and to avoid sexually transmitted diseases, of which gonorrhea was the most widely known. The situation is no longer the same today due to urbanization, migration in search of jobs, influence of contact with other cultures, economic strangulation of most parents, especially since the structural adjustment programme (SAP) was introduced into this country in 1986 by the government at the advice of World Bank and IMF; the get rich quick syndrome among the youths and other socially destabilising factors. It has been observed that these days students in secondary schools and in tertiary institutions of learning are freelancing as commercial sex workers in some hotels and brothels.

Moreover prostitution is no longer the preserve of the female gender. Males are also selling sex for favour. Where these males happen to be bisexual —having sex with other males and also with female depending on the circumstances— the chances for proliferation of STDs and possibly AIDS are greatly increased.

The modern health care delivery systems in Nigeria is not able to cope with the demand. It is estimated that modern medical services cover about 40 percent of our populace, while the rest get catered for by medical auxiliaries, traditional birth attendants and even quacks. 'Wonder drugs' are sold freely in our various markets. Thus the issues of screening of blood before transfusion to patients needing operations, incisions and cuts with sterilised instruments —shortage of water supply even to medical establishments are not uncommon— treatment of infections including STDs are pertinent questions which should be raised here. As of now we do not have enough laboratory facilities to even confirm the prevalence of HIV positivity in this country. On some occasions the needed reagents are not available even in the designated screening centers. Generally, it seems as if succeeding government administrations have failed to devote enough

resources to health and social services in Nigeria. Furthermore the environmental sanitation, especially in the urban centers —over-crowding in homes, poor cleanliness in all surroundings, bad drainage, etc— can lead to the propagation of diseases like tuberculosis which have been associated with symptoms of AIDS/HIV infection.

In addition to the foregoing is the high cost of procuring medical prescriptions/drugs. These have been seen to lead to a lot of drug abuse and misuse. Antibiotics and other drugs which could be effective in treating bacterial infections are grossly misused with the result that they fail to cure patients when really needed. Moreover the use of hard drugs —marijuana, heroin, cocaine, etc.— is becoming alarming in our populace, especially among the unemployed youths and these have been known to influence character formation and behaviour patterns malevolently. Obviously a person who is already high on a mind-bending drug is most unlikely to adopt safe sexual or even other health enhancing practice. Thus efforts at educating people on AIDS prevention should also link up with drug-abuse campaigns. It is necessary to stress that as of now there is no known vaccine to prevent HIV infection. Neither is there a vaccine to cure those already infected with the HIV virus that causes AIDS.

Health implication of sexual behaviours

From the foregoing discussion it is necessary to note that AIDS for now has no known cure. What can Nigeria do therefore in order to ensure that the family as a basic unit of the society acts as a reinforcing factor to stem the tide of the AIDS pandemic in our country.

First, it is important to stress the importance of parents/child interactions. What do parents pass on to their children as information on sexuality? The earlier the facts of male-female relations are given to children in emotionally free atmosphere the better for the children. In most cases the children, especially the teenagers, tend to pick up half-truths and disinformation from their friends and peers at school and during social contacts. Hence parents need to closely monitor and also discuss with their adolescent children. Parents can also be encouraged to give consent to sex education being taught in schools.

In this line, parents should be discouraged from giving out their daughters for marriage at tender ages. The minimum age at first marriage is 18 years and 25 years for girls and boys respectively as recommended in our population policy. People should be advised to respect these. Presently even the so-called leaders in the country flout this advice without any sanction being imposed on them.

Childrearing practices such as fostering, child labour as hawkers, should be reexamined in order to stem cases of rape and incest in families. Also rape victims should be well treated to avoid risk of STD.

In case of marital break-ups after the first marriage, it is essential that family support be given to the individuals so affected. This is because experience has shown that women, especially the uneducated

and poor, tend to rush into subsequent marriages as an economic expediency, much to the danger of their mental and physical health.

Religious and cultural injunctions which have been used to reinforce high fertility as well as preference for male children in our societies need to be re-examined. Even the *Hadith* in the Islamic faith says that a man or woman that can raise three females to maturity, even where he/she cannot have a male child is assured of a place in paradise. Similarly the Bible although enjoying people to go into the world and multiply, also cautions people to raise only those children whom they can cater for appropriately. Hence the stress of having many children, particular for a woman, should be discouraged if we are not to have excessive population as an obstruction to our economic and social development.

Related to this perhaps is the issue of old age security for people. Where AIDS kills off able-bodied adults and old grandparents or siblings are left to take care of children of AIDS victims, then, the society at large has to come to their rescue. One would recommend that social security scheme be set up by our government to take care of all destitutes. Anybody whose income from all sources fall below a certain minimum level prescribed should be entitled to draw upon certain funds. In this way the family members also do not have to bear the full burden of caring for children and dependents of AIDS victims. Moreover, since AIDS does not kill the victim immediately, funds are needed to maintain him/her while still alive. Women especially cannot abandon their husbands or children in case of such affliction and anything which can be done to lessen their problems would be welcome. Even for young families the prevailing economic circumstances are such that the permanent disability of one earner in a family can be almost disastrous for all. We are all finding it increasingly difficult to be our 'brother's keeper'. Furthermore there is need for a closer look at home-based care of AIDS victims.

For career women (professionals in the modern sector labour force, employees, traders, entrepreneurs in the informal sector), it is becoming glaring that mother substitutes, such as househelps, drivers, etc, are needed to work at home while the woman goes out to earn a living. As a result of this, problems are arising as to sexual relations between such workers and members of the family. Cases of rape or sexual molestation of housegirls by husbands of such career women (madam's husband or 'oga') are surfacing in increasing numbers. In addition rape of madam's daughter by house boys or drivers have been heard of. Of course nobody hears of sexual contacts based on mutual consent. In any case, any of these instances leaves room for the propagation of sexually transmitted diseases including AIDS. Hence one would advise that career men and women should be extra careful about their household members and workers.

Conclusion

The policy implications of all the foregoing would indicate a multisectoral approach to the issue of AIDS in Nigeria. We have to involve the family, the school, the Ministry of Health and Social Services, the Ministry of Education for formal and informal awareness programmes, the National Drug Law Enforcement Agency, the Armed Forces, Police, Customs and the professionals like Sociologists, Psychologists, to study behavioural patterns and possibility of changes therein. We need to take a close look at what we can change in our culture to favour safe sexual habits. Look at gender power relations within the family so as to locate the focus of power and influence it. There is need for better population statistics in this country to enable us know how many people we are dealing with and plan for them adequately. To this end one would advise that there should no longer be any cancellation of any census in this country.¹

Reproductive health and family planning services should be given more attention by the health providers. Proper screening of any blood to be transfused must be stressed. The involvement of non-governmental organisations, voluntary associations, and multinational bodies are needed here to complement the efforts of our government. Nigeria should endeavour to disseminate more information on its AIDS Programme through such avenues as the mass media, conferences, seminars, etc., both within the country and internationally. We can thereby solicit for more resources for our national AIDS Programme.

Finally, in addition to general information, education and communication (IEC) programmes to generate awareness of AIDS in our populace as is done in marking the World AIDS day, it is imperative that special programmes be designed for specific groups like commercial sex workers, long distance drivers, adolescents in and out of school, institutional populations who are not normally covered in social surveys, married men and women, traditional leaders, and community opinion leaders and so on. We should not assume that any individual is too small or too important to be approached. We should stress that AIDS has no boundary.

¹ Note that the 1991 population census figures were finally accepted by the government authorities in 1997.

Bibliography

- ANARFI John. 1992. *Migration, sex and AIDS in Ghana*, Canberra: Australian National University, Health Transition Centre (Working Paper, No.16).
- BLOOM L. and OTTONG J.G. 1987. *Changing Africa: an introduction to sociology*, London and Basingstoke: Macmillan Publishers Ltd., Chapter 4.
- CARONAVO Katherine. 1994. "More than mothers and whores: redefining the AIDS prevention needs of women", *International Journal of Health Services*, 21 (1): 131-142 (as cited in K. HENRY 1994).
- COREA Gena. 1985. *The Hidden malpractice: how American medicine mistreats women*, New York: Harper and Raw.
- DECOSAS J. and PEDNEAULT V. 1992. "Women and AIDS in Africa: demographic implications for health promotion", *Health Policy and Planning*, 7 (3): 227-233 (Oxford University Press).
- HENRY Kathleen. 1994. "Women and AIDS prevention: assessing the options", *Captions, Family Health International*, 1 (3): 26-29.
- LAMPTEY Peter. 1994. "Slowing AIDS: lessons from a decade of preventive efforts", *Captions, Family Health International*, 1 (3): 1-4.
- NWABUEZE N. and OYEKANMI F.A.D. (eds). 1997. *Social problems and social policy in Nigeria*, chapter 8.
- OBIKEZE D.S. C., KISEKKA H., OYEKANMI F.A.D. and IFFIH B.N. 1993. *Socio-cultural factors determining the accessibility and use of condoms in Nigeria*, Nsukka: University of Nigeria, 121 p. (Research report).
- ODEBIYI I. A. 1992. "Impact of AIDS on the patterns of AIDS-related risk and preventive behaviours among married men in a Nigerian town", *Scandinavian Journal of Development Alternatives*, XI (2): 5-14.
- OGIONWO W. and ADEMUYAGUN Z.A. 1990. *Joint partner relations and knowledge, attitudes, beliefs and practices survey on AIDS in south-western Nigeria*, Research report submitted to the World Health Organisation (WHO), Geneva: WHO/GPA/SBR Unit.
- OLURODE Lai. 1989. "Socio-cultural practices and population behaviour in Nigeria with particular reference to Lagos State", Paper presented at the population education programme one-day orientation seminar for principals of pilot schools and population education committee members. March 31, 1989.
- ORUBULOYE I.O. 1993. "Patterns of sexual behaviour of high risk groups and their implications for STDs and HIV/AIDS transmission in Nigeria", IUSSP, International Population Conference Proceedings, Vol. 4: 369-381, Montreal, Canada, 1993.
- OYEKANMI F.A.D. 1994a. "Issues in women's health organization in Nigeria". Paper presented at the international Conference on 'Gender conflict: the African and European perspectives', at the University of Lagos, may 30-june 2, 1994, organized by the Nigerian Philosophical Society.
- 1994b. "Women's attitudes towards sexually transmitted diseases in Nigeria: a case study in Ilesa in Osun state", *Africa development*, XIX (2): 147-165.
- OYEKANMI F.A.D. and AIG-IMOUKHUEDE E. (eds). 1989. *National population policy and the Nigerian women*. Proceedings of the Conference organized by the national council for women societies at Kaduna, march 1989.
- TREVOR Jean. 1975. "Family change in Sokoto: A traditional Moslem Fulani/Hausa City", in J.C. CALDWELL *et al.*, *Population growth and socioeconomic change in West Africa*, New York: The Population Council, chapter 10.

Felicia A. Durojaiye OYEKANMI, *Socio-cultural relations in the Nigerian family: implications for AIDS in Africa*

Summary — In Africa, women are particularly vulnerable to AIDS and the major factors putting women at high risk of HIV infection are social and economic such as poverty, gender discrimination, lack of power in negotiating sex and lack of educational and economic opportunities. The infection of women further propels the emerging epidemic of pediatric AIDS. This paper attempts to look at the different forms of family and marriage in Nigeria and how these relate to population dynamics. The prevalence of patriarchy and widespread practice of polygyny are seen as some of the factors reinforcing the subordinate position of women in the Nigerian family. The socio-cultural practices in these families especially those relating to sexual relations, child care and health seeking practices are explored with a view to linking their relation to the possible transmission of HIV/AIDS. The influence of migration on the STD/HIV transmission is explored in view of the high rate of mobility of peoples across and within national boundaries of African countries; voluntarily for better economic opportunities and involuntarily due to famine, civil wars and political destabilisation. The paper concludes by recommending a multisectoral approach to the issue of AIDS in Nigeria in particular, and Africa in general. Programmes designed to reduce sexual transmission will therefore have the greatest impact.

Keywords: HIV/AIDS • family • patriarchy • sexual relations • reproductive health • gender inequality.

Felicia A. Durojaiye OYEKANMI, *Relations socioculturelles dans la famille nigeriane : implications pour le sida en Afrique*

Résumé — En Afrique, les femmes sont particulièrement vulnérables au sida et les facteurs les mettant en situation de haut risque d'infection sont sociaux et économiques comme la pauvreté, la discrimination sexuelle, le manque de capacité à négocier le sexe, le manque d'opportunités dans le domaine de l'éducation et de l'économie. En outre, l'infection des femmes a fait émerger l'épidémie de sida pédiatrique. Cette étude tente de considérer les différents types d'organisation familiale et matrimoniale au Nigeria et de voir comment celles-ci interfèrent dans les dynamiques démographiques. La prévalence d'un système patriarcal et une pratique étendue de la polygynie sont perçues comme des facteurs renforçant la position subordonnée de la femme dans la famille nigeriane. Les pratiques socioculturelles dans ces familles, surtout en matière de relations sexuelles, de soins aux enfants et de pratiques pour la quête de la santé sont explorées afin de voir leur relation à une possible transmission du VIH/sida. L'influence de la migration sur la transmission des MST/sida est aussi explorée en considérant le taux élevé de mobilité des populations à l'intérieur et hors des frontières nationales des pays africains — que cette mobilité soit volontaire, traduisant la recherche de meilleures opportunités économiques, ou qu'elle soit involontaire et due à la famine, aux guerres civiles et à l'instabilité politique. En conclusion est recommandée une approche multisectorielle du sida, au Nigeria en particulier et en Afrique en général. Les programmes destinés à réduire la transmission sexuelle pourront alors avoir un impact notable.

Mots-clés : VIH/sida • famille • patriarcat • relations sexuelles • santé de la reproduction • inégalité entre sexes.

29. Valeurs morales et messages de prévention : la “ fidélité ” contre le sida au Burkina Faso

Bernard Taverne ¹

« *l'infidélité (...) ça n'existe pas.
On dit il a une maîtresse, point* »

Calixthe Beyala, *Assèze l'Africaine*

Au Burkina Faso, comme dans un grand nombre de pays d'Afrique francophone la formule la plus communément employée dans les messages d'information contre le sida se présente sous la forme de l'alternative : “fidélité ou capote” (Anonyme 1995). Le second terme de l'alternative ne prête à aucune confusion puisqu'il désigne un objet matériel – le préservatif –, mais quelle signification est attribuée au terme “ fidélité ” par les personnes à qui sont destinés ces messages ? La fidélité s'applique ici au domaine de la sexualité. Ce message est une injonction à un comportement sexuel précis, semblant “aller de soi” puisqu'il n'est pas explicitement désigné. C'est précisément de la nature de ce comportement sexuel dont il sera ici question.

L'observation des conduites de vie de jeunes adultes Mossi vivant en milieu rural (province d'Oubritenga, au Burkina Faso) ² est à l'origine des interrogations suivantes : quelles significations accordent-ils au terme fidélité ? Quelle place ce concept occupe-t-il pour eux parmi l'ensemble des normes et valeurs régissant les relations homme/femme dans le domaine de la sexualité ? Quelle influence peut-on attendre d'un tel message auprès de ces jeunes ?

On ne peut s'interroger sur la signification accordée à une valeur morale dans le domaine de la sexualité sans tenir compte du cadre social et culturel dans lequel s'inscrit la sexualité. Celle-ci est à la fois une affaire de jouissance individuelle et de reproduction biologique mais aussi de reproduction de rapports sociaux. À travers la sexualité « ce que les hommes s'efforcent de reproduire, ce n'est pas leur espèce (...) c'est le groupe social auquel ils appartiennent » (Godelier 1995 : 119). Dans toute les sociétés humaines, la reproduction biologi-

¹ Remerciements à Doris Bonnet (ORSTOM), Alice Desclaux et Marc Egrot (Laboratoire d'Écologie Humaine et d'Anthropologie, Aix-Marseille III), Jules Kinda (Université de Ouagadougou) pour leurs critiques d'une version préliminaire de ce texte.

² Environ 60 groupes ethniques composent la population du Burkina Faso qui s'élevait à un peu plus de 9 millions d'habitants en 1991 ; les Mossi (48,6 % du total) constituaient le groupe majoritaire (INSD 1994 : 9, 18, 33).

que/sociale est inscrite dans le système de parenté, à travers les règles de la filiation et de l'alliance. C'est dans ce domaine que s'exprime de la manière la plus précise la codification de la sexualité et la nature des relations de genre entre les personnes. C'est donc par rapport à l'alliance matrimoniale que seront décrites la valeur et la place de la notion de fidélité, avant d'être envisagées dans le domaine des relations prématrimoniales et paramatrimoniales.

Fidélité et sexualité chez les Mossi, en milieu rural

L'union matrimoniale

• Mariage légal, mariage coutumier

Au Burkina Faso, en 1996, les pratiques matrimoniales sont régies par le *Code des personnes et de la famille* entré en application en 1990. Ce code n'accorde "aucun effet juridique (...) aux mariages coutumiers et religieux" (art. 233) et "interdit les mariages forcés, imposés par les familles" (art. 234) ; le mariage par consentement mutuel est la seule forme légale d'union matrimoniale. Cependant, en pratique ce code est presque totalement inconnu et inappliqué en milieu rural, où habitent 80 % de la population du pays. La grande majorité des mariages s'y réalisent encore selon les règles du droit coutumier plus ou moins modifiées en fonction des appartенноances religieuses des familles ou des époux.

Selon le droit coutumier des Mossi, ethnie patrilineaire gérontocratique, ce sont les doyens de lignage ou d'un segment de lignage (plus récemment les chefs de famille) qui décident des unions. Le mariage est avant tout une alliance entre deux lignages ; aussi « les relations matrimoniales relèvent de stratégies sociales et politiques à l'élaboration et à la réalisation desquelles jeunes gens et jeunes femmes ne participent pas » (Capron *et al.* 1975 : 16). Les stratégies matrimoniales apparaissent de prime abord totalement contrôlées par les hommes ; en fait, les femmes y participent aussi de manière très active, en ayant dans certaines circonstances l'initiative des alliances¹. Il existe plusieurs modalités de désignation ou de choix du conjoint (don, lévirat, consentement mutuel/rapt, etc.) ; le mariage par don est la forme socialement la plus valorisée. Il existe plusieurs modalités de don – dont une qui relève d'une forme d'échange, tel le *pug-siuure*, décrit par Gruénais (1979). Les conséquences pour les conjoints en sont comparables : les jeunes filles sont promises en mariage dès leur enfance, "données" par leur chef de lignage ou leur père à un autre chef de lignage (ou à un chef de famille d'un autre lignage), à qui revient la décision du choix du mari. Le don d'une femme est le plus souvent décrit comme l'aboutissement, parfois seulement une étape de relations privilégiées entretenues entre deux lignages ; ces relations peuvent avoir impliqué des individus sur plusieurs générations.

¹ Sur le rôle de la tante paternelle par rapport à sa nièce (*pugdba*) voir Bonnet (1988 : 51-56 ; Gruénais (1985).

— *La fidélité selon les formes de mariage*

Les articles législatifs régissant le mariage légal affirment “le principe de l'égalité des droits et des devoirs entre époux” (art. 235) et précisent qu'ils “se doivent mutuellement fidélité¹, secours et assistance” (art. 292)².

Pour la majorité de la population rurale du Burkina, en l'absence d'application du Code moderne, les droits et devoirs des époux sont entièrement déterminés par le droit coutumier et influencés par les règles des religions importées (islam et christianisme³). Les doctrines de ces religions accordent une place essentielle au principe de la fidélité sexuelle réciproque dans l'union conjugale. Mais en pratique, il apparaît que la contrainte de fidélité des hommes à l'égard de leurs épouses, que réclament les religions, ne parvient pas à s'imposer, notamment chez les jeunes adultes.

Le droit coutumier est fondamentalement inégalitaire dans sa répartition des droits et des devoirs selon les sexes. Il établit une très nette distinction sexuelle à propos de la fidélité conjugale : la femme a un devoir de fidélité par rapport à son conjoint, tandis que celui-ci a droit aux relations extraconjugales. En outre, la femme a le devoir de tolérer les relations extramatrimoniales de son époux.

Le devoir de fidélité des femmes est étroitement lié aux principes de patrilinéarité et de “fécondité lignagère” qui sont aux fondements de l'édifice social mossi (Bonnet 1988 : 23). L'enfant, qui est la propriété du lignage du mari, alors que son épouse y est considérée comme une étrangère, serait le receveur d'un principe vital transmis en ligne agnatique par les ancêtres *via* son père (Bonnet 1988 : 88). Dès lors, la fidélité féminine représente la condition essentielle au contrôle de la fécondité, au maintien des caractères du lignage et, au delà, à la reproduction sociale du groupe. La transgression du devoir de fidélité est considérée comme étant une remise en cause de l'autorité des ancêtres : elle pourrait avoir pour conséquence de mettre en péril la fécondité du lignage. « L'enfant adultérin est jugé comme un “bâtard” car il ne possède pas en lui les caractères du patrilignage transmis par l'homme » (Bonnet 1988 : 26). Lorsque survient une grossesse “adultérine”, on demande le plus souvent à la mère “d'aller remettre l'enfant là où elle l'a trouvé” sitôt après la naissance, c'est-à-dire de le donner à la famille du père biologique.

L'énoncé sommaire des droits et devoirs des conjoints à propos de la fidélité selon le droit coutumier laisserait croire qu'il permet aux hommes ce qu'il interdit aux femmes. On ne peut s'en tenir à cette expression simplifiée, presque caricaturale. En effet, dans son application quotidienne cette discrimination sexuelle appliquée à la fidélité conjugale se révèle peu rigoureuse ; elle masque en fait

¹ « Fidélité conjugale : obligation réciproque incomptant à chaque époux de ne pas commettre l'adultére » (dictionnaire *Le Robert*, 1981, t. 3, p. 2).

² Formulation exactement identique à celle de l'article 212 du Code civil français.

³ En 1992, le Burkina Faso comptait 20 % de chrétiens, 52 % de musulmans (INSD 1994 : 19).

l'espace de liberté sexuelle des femmes, qui s'étend tout au long de leur vie, avant, mais aussi après le mariage, et occulte les éléments qui déterminent l'usage de cette liberté par les femmes.

Cet espace de liberté est la condition du fonctionnement des réseaux sexuels pré- et paramatrimoniaux. Il ne peut être simplement attribué au "laxisme des institutions" (Lallemand 1977 : 150) puisqu'il en permet l'existence ; « il est évident que la liberté sexuelle des maris et des célibataires serait purement théorique si un nombre notable de filles ou de femmes ne parvenait à se soustraire à l'autorité du père ou de l'époux » (Pageard 1969 : 136).

— *Relations extra-conjugales et séparation matrimoniale*

La valeur accordée à la notion de fidélité conjugale peut être également appréciée à travers la manière dont sont perçues l'infidélité et ses conséquences sur l'union matrimoniale.

Dans le droit moderne, l'infidélité peut être la cause de la dissolution du mariage. Le divorce peut être "demandé par un époux lorsque la vie commune est devenue intolérable par suite d'adultère (...)" (art 376). Selon le droit coutumier, « jusqu'à une époque récente, l'adultère de la femme n'était pas un motif de répudiation chez les Mossi » (Pageard 1969 : 324). L'épouse est considérée moins coupable que son amant. « À l'égard de la femme coupable, le mari ne dispose que d'un droit de correction manuelle modérée. Il en use peu, de crainte que l'épouse maltraitée ne prenne définitivement la fuite. C'est plutôt l'amant qu'on cherche à atteindre et on recourt, s'il le faut aux forces spirituelles (...) la seule sanction vraiment efficace de l'adultère de la femme reste (...) la désapprobation de l'épouse infidèle (par sa famille). La femme supporte mal d'être condamnée par sa famille d'origine. Si cette condamnation vient à faire défaut, le mari ne dispose à peu près d'aucun recours » (Pageard 1969 : 136-137)¹.

Les relations prématrimoniales

Ces relations représentent la première occasion d'expression du libre choix personnel d'un partenaire sexuel. De l'adolescence au mariage, les jeunes des deux sexes « connaissent une intense période d'activité amoureuse, de quête de partenaire de l'autre sexe » (Lallemand 1977 : 123). Cette étape sentimentale, appelée *rolemdo*, est « institutionnellement reconnue par la société, elle doit théoriquement consister en une amitié amoureuse avec un partenaire de l'autre sexe en excluant tout rapport sexuel » (Bonnet 1988 : 37). Il s'agit d'une période d'expérimentation, de découverte des relations sentimentales et de nos jours, pour la plupart des jeunes, d'initiation à la sexualité. L'investissement affectif des jeunes est très fort vis-à-vis de

¹ Une situation similaire est décrite par Danièle Kintz chez les Peuls : « l'attitude peule par rapport à l'adultère est indulgente dans les faits si ce n'est dans le discours » (1987 : 127).

celle ou de celui qui est nommé *mam roelle* [mon ami(e), mon amant(e)], du moins lors des premières aventures.

Dans le domaine des relations prématrimoniales, le droit coutumier établit là encore une nette distinction sexuelle : il valorise la sexualité prématrimoniale des garçons et la virginité des filles au mariage¹. Mais de nos jours une moindre valeur est accordée à ce dernier principe et les jeunes hommes affirment reconnaître le plein droit des jeunes femmes à une sexualité prématrimoniale. Aussi, actuellement la période du *rolemando* correspond-elle le plus souvent à celle de l'entrée dans la sexualité².

En milieu rural, cette initiation sentimentale et sexuelle se déroule rarement de manière clandestine et secrète. Elle est l'objet d'un discret mais rigoureux contrôle social de la part des proches du garçon ainsi que de certains membres de la famille de la fille. Ce contrôle s'exerce en particulier dans le domaine du choix du partenaire. Bien que laissé à l'initiative de l'individu, ce choix doit respecter scrupuleusement les règles d'exogamie appliquées au mariage auxquelles s'ajoute l'impossibilité pour un garçon de prendre pour *roelle* une fille qui a déjà eu des relations sexuelles avec un des frères de ce garçon (biologiques et classificatoires intralignagers) ou un de ses amis³. Aussi, avant toute rencontre, les deux jeunes gens, parfois avec l'aide de leurs amis et sous la discrète vigilance des anciens, effectuent une mise à jour précise de leur parenté respective et de leur lien d'amitié afin d'avoir la certitude qu'aucun interdit ne vient empêcher leur relation.

Les rencontres doivent avoir lieu au domicile du garçon. La venue de la fille, en particulier s'il s'agit de sa première visite, doit être l'occasion d'une petite réception en son honneur. Avec l'aide de quelques-uns de ses amis intimes, le garçon se procure de la bière de mil, une volaille et du riz dont il confie la préparation à l'une des femmes de la cour (mère ou belle-sœur). L'hôte et ses compagnons vont ensemble animer la "causerie" avec musiques, chants et plaisanteries durant toute la soirée, avant que les amis se retirent un par un, prétextant l'heure tardive, pour laisser ensemble les deux jeunes. La jeune femme est reconduite le lendemain matin à son domicile, avant le lever du jour.

Dans ces conditions, tous les membres de l'habitation dans laquelle séjourne le garçon sont parfaitement informés de la visite de "l'étrangère" et chacun, y compris le chef de famille, peut savoir précisément qui elle est. De son côté, le départ de la fille de sa propre habitation est beaucoup plus discret, le plus souvent elle bénéficie de

¹ L'exigence de la virginité féminine au mariage ne semble pas avoir eu partout et toujours la même importance (Pageard 1969 : 178-180).

² Sexualité où les risques de grossesse et de transmission des MST sont rarement maîtrisés.

³ Un risque de mort pèse sur les deux hommes s'ils ont eu des relations sexuelles avec la même femme, même si cela s'est produit à leur insu et quel que soit le délai qui sépare ces actes. Cet interdit est communément retrouvé dans divers groupes ethniques en Afrique de l'ouest (Héritier 1996 : 273ss).

l'aide des femmes présentes (mère, sœurs et tantes), le père est laissé dans une totale ignorance des faits que son devoir lui imposerait de condamner. La clandestinité dans les relations amoureuses est réprouvée ; elle est considérée comme une preuve du non-respect des règles de choix du partenaire.

Le temps des relations prématrimoniales marque profondément jeunes gens et jeunes femmes. Ils en gardent le souvenir fort de leurs premières amours et souvent un attachement durable avec certains de leur *roelle* de l'époque. Ces relations ont la particularité de porter en elles-mêmes leur caractère éphémère. En effet, chacun des deux partenaires engagés dans la relation amoureuse sait que cette relation est par essence transitoire, puisqu'elle ne pourra pas ouvrir la voie à une union matrimoniale. Le plus souvent la jeune fille a déjà été promise en mariage et le jeune homme sait que le choix de son épouse ne lui appartient pas, mais relève d'une décision de son père. Cependant, cela n'empêche nullement les amoureux de se promettre "un amour jusqu'à la fin de la vie" (*viim teka*). Ces promesses correspondent au plus près à la définition occidentale de la fidélité dans la relation sentimentale qui associe au sentiment amoureux sa pérennité dans le temps (Erny 1995). Cette fidélité pourra les conduire à maintenir des liens au-delà du mariage de chacun d'eux : "certains *roelle* ne se fréquentent plus quand ils vieillissent, mais certains se voient tant qu'ils peuvent marcher", confie en souriant un "vieux" chef de famille.

Les relations paramatrimoniales

Les relations sexuelles pré- et paramatrimoniales entrent dans la catégorie du *yoobo*. Ce terme est souvent improprement traduit par "adultère", ou encore par "luxure, fornication" (Alexandre 1953 : 476 ; Zaongo 1985 : 132)¹. Or, la connotation péjorative associée à ces traductions n'est pas systématiquement présente dans l'usage qui est fait de ce mot ; pas plus qu'il ne fait obligatoirement référence à la transgression condamnable du devoir de fidélité.

Le *yoobo* désigne un type de relation homme/femme en dehors du mariage obéissant à des règles bien définies par le droit coutumier ; relations non condamnées lorsqu'elles sont établies dans le strict respect de ce droit².

L'élément essentiel est là encore le respect de la règle d'exogamie. Il est formellement interdit à une femme d'avoir des relations sexuelles avec des hommes du lignage de son mari (père, frères classificatoires

¹ Zaongo (communication personnelle 1996) reconnaît que la traduction de *yoobo* par adultère est inadéquate, bien qu'elle soit aujourd'hui communément admise ; le *yoobo* désignait auparavant une relation ludique, un jeu autorisé entre homme et femme.

² Une anecdote montre clairement l'impossible assimilation entre *yoobo* et adultère : lors d'un entretien avec un jeune homme sur la manière dont les anciens menaient leurs relations paramatrimoniales, celui-ci m'invita à venir demander à son père "comment il faisait le *yoobo* quand il était jeune" ; on imaginera mal de demander à un homme de 70 ans "comment il pratiquait l'adultère dans sa jeunesse" sans que cela soit considéré irrespectueux.

ou utérins de son époux)¹ ; cette interdiction s'applique aussi à l'homme par rapport aux femmes du lignage de son épouse. Ces relations sont réprouvées et très sévèrement punies, elle ne relèvent pas du *yoobo* mais de l'inceste² ; les fautifs sont chassés du village et bannis de leur lignage car « ils entachent de souillure, donc de stérilité, toutes les femmes du lignage » (Bonnet 1988 : 23).

— *Les hommes et le yoobo*

Le droit coutumier permet aux hommes mariés des relations sexuelles hors mariage. Cependant ce droit n'est applicable qu'à la condition qu'une de ses épouses³ soit sexuellement indisponible pour cause de grossesse, d'allaitement ou de menstruation. Aucun homme ne peut inviter chez lui une femme alors qu'une de ses épouses est sexuellement disponible ; la ou les épouses pourraient se plaindre aux autorités lignagères, et le mari prendrait le risque d'être blâmé par ses proches et considéré comme un “coureur de femmes”.

Lorsqu'un mari ne peut avoir de relations sexuelles avec ses épouses, il est en droit d'inviter “une étrangère” à son domicile. La mise en œuvre de ce droit n'est pas séparable du devoir d'accueil qui incombe à l'épouse du mari ; cette dernière a en effet le devoir de “respecter” la femme de passage en la traitant avec tous les égards qu'on doit à un étranger (*sāana*).

Bien qu'il n'y soit pas obligé, il est bon que le mari prévienne son épouse de sa volonté d'inviter “une étrangère” afin de ne pas la surprendre. Dès lors l'épouse doit venir saluer cette femme, lui offrir de l'eau de boisson, lui proposer de l'eau pour la toilette, lui préparer un repas, puis venir faire un peu de conversation avec elle, avant de demander à se retirer pour la laisser seule avec son époux. Les autres habitants de la cour (frères, belles-sœurs, enfants) doivent également venir la saluer et échanger quelques paroles avec elle. *Le contexte de la polygamie oblige la ou les épouses du mari à considérer la femme invitée comme une épouse potentielle à venir.*

De son côté la femme invitée doit demander à saluer les “vieux” de l'habitation ; si elle a eu l'occasion de venir à plusieurs reprises, il n'est pas rare qu'elle propose d'aider l'épouse dans ses activités pour la préparation du repas ou la toilette d'un enfant. Il se crée une relation fondée sur le respect réciproque entre l'épouse et l'invitée, ce qu'exprime clairement un jeune chef de famille : “si ton amie vient, elle doit respecter ta femme, parce que c'est grâce à ta femme qu'elle va dormir avec toi, parce que si ta femme refuse, tu peux faire ce que tu veux, tu ne vas pas dormir”. L'épouse manifeste la qualité de son entente avec son mari à travers le soin qu'elle apporte à l'accueil de la femme invitée. Celle-ci marque sa reconnaissance envers l'épouse ;

¹ Sauf dans le cadre du lévirat, lors du décès de son mari ; il est alors proposé à la femme d'épouser un frère du défunt.

² Inceste du deuxième type, selon la distinction proposée par Héritier (1994).

³ Par la suite, il ne sera plus fait mention qu'au singulier des épouses d'un homme polygame.

feinte ou réelle il arrive qu'une relation étroite s'instaure entre ces deux femmes : "des fois lorsqu'elle vient, je ne peux pas causer avec elle, c'est elle et mon épouse qui parlent ensemble" reconnaît un jeune mari. Il arrive qu'en signe de gratitude, l'invitée offre quelques cadeaux à l'épouse, à l'occasion par exemple de la naissance d'un enfant.

Bien entendu, toutes les rencontres paramatrimoniales ne suivent pas exactement cette description. Certains maris préfèrent passer la nuit avec leurs amantes dans une case prêtée par un ami sûr, à distance de leur village ; ils savent que leurs épouses n'accepteraient pas leur conduite, ou bien que la distance généalogique avec leurs amantes pourrait prêter à contestation.

— *Les femmes et le yoobo*

Les femmes peuvent rencontrer leurs amants uniquement à l'occasion des visites qu'elles effectuent à leur propre famille. Le droit coutumier leur reconnaît un droit de visite dans leur famille ; ce droit est imprescriptible en cas de naissance, maladie, décès, ou cérémonies funéraires. Le non-respect de ce droit peut entraîner la dissolution du mariage à la demande des autorités du lignage de la femme. En dehors de ces événements, la femme peut toujours obtenir de son mari une autorisation pour aller voir "ses parents", celui-ci ne peut pas s'y opposer systématiquement sans que cela lui soit un jour reproché par ses beaux-parents. Dès lors, « il est admis qu'une fois nantie de sa permission de visite à sa famille, la femme suive l'itinéraire qui lui plaît, sans escorte » (Lallemand 1977 : 150).

Arrivée dans sa famille, la femme retrouve la liberté d'aller rendre visite à qui bon lui semble, soit qu'elle se rende elle-même au domicile de son amant, soit que celui-ci lui ait donné un rendez-vous pour l'amener jusque chez lui. Selon la distance qui sépare l'habitation de l'amant de celle de la famille de la femme, celle-ci pourra venir toutes les nuits ou alors séjourner deux ou trois jours avec son amant, rarement plus.

Les hommes mariés ne sont pas dupes puisqu'ils profitent aussi de cette situation : "lorsqu'une hache s'en va en brousse, c'est pour couper du bois" affirment certains avec détachement, admettant ainsi qu'une épouse qui part chez ses parents a toute liberté d'aller retrouver un ancien ou un nouveau *roelle*.

Cependant, il est un élément qui, sans être directement lié au droit coutumier, entrave grandement les possibilités de relations paramatrimoniales pour les femmes. Il s'agit de l'interdit sexuel qui accompagne la durée de l'allaitement¹. Toute relation sexuelle pendant cette période est censée "gâter" le lait de la mère allaitante et entraîner une

¹ Dans son étude sur le cycle de reproduction des femmes Mossi, Doris Bonnet rapporte une durée moyenne d'allaitement de 29,6 mois après la naissance et d'interdit sexuel de 22,6 mois (1988 : 39) et précise que « la femme mossi vit dès sa puberté un cycle de reproduction non interrompu » jusqu'à la ménopause.

maladie qui peut être mortelle pour l'enfant¹. Les femmes sont très attentives à éviter tous comportements pouvant avoir des conséquences néfastes sur leur enfant. Selon la maladie de l'enfant, la mère pourra être accusée d'en être la cause (Desclaux 1996a) ; il s'agit bien d'une autre forme de contrôle social sur la sexualité des femmes.

Quelques valeurs essentielles dans les relations homme/femme en milieu rural mossi

Il n'existe pas en *mooré* (langue des Mossi) un terme traduisant littéralement les mots "fidèle" ou "fidélité". Le plus souvent le concept est traduit par *pu-peelem* : ventre-blancheur. Au sens propre *pu (puga)* signifie le ventre, au sens figuré il désigne la conscience morale de l'individu (Poulet *sd* : 52) ; le terme *pu-peelem* signifie franchise, droiture, loyauté, sincérité et honnêteté dans les actes (Alexandre 1953 : 310).

L'absence d'un terme spécifique ne signifie évidemment pas que les significations habituellement accordées au mot fidélité (attachement, constance, etc.) n'existent pas dans l'*ethos* Mossi, bien au contraire. Une très grande valeur est accordée au dévouement, à la loyauté et à l'allégeance dans les différentes relations sociales, à travers le respect des principes d'autorité que représentent les ancêtres ou le chef (*naaba*) ; de même l'attachement, la constance et la persévérance dans les relations d'amitié sont considérés essentiels, comme en témoigne la longue durée des relations entre lignages qui aboutiront un jour à un don de femme.

La traduction du terme fidélité à propos de l'union conjugale s'avère difficile ; l'expression la plus proche serait *kis sida*², dont la traduction littérale est "donner la vérité", franchise. Or, si la franchise/fidélité est un devoir réciproque entre les époux, elle concerne bien sûr le domaine sexuel mais n'y est pas limitée, elle s'applique à l'ensemble de la relation conjugale.

La franchise/fidélité est une qualité nécessaire à l'entente conjugale, mais elle est secondaire au regard de la notion de respect du conjoint (*waoogre*) qui est la valeur cardinale de l'union matrimoniale chez les Mossi. La référence au respect mutuel apparaît à la moindre des conversations concernant la vie conjugale, quels que soient les interlocuteurs. Respecter son conjoint, c'est le considérer et le traiter avec tous les égards qui lui sont dus de par son statut social (chef de famille ou épouse/mère) afin de ne jamais le mettre dans une situation où son statut puisse être contesté par le reste du groupe. Cette valeur détermine l'attitude des conjoints entre eux face aux jugements que la société porte sur eux. Les sentiments personnels apparaissent

¹ La cessation des rapports sexuels pendant la lactation est légitimée par un ensemble de représentations, définissant un antagonisme entre le sperme et le lait, qui se retrouvent parmi diverses sociétés en Afrique de l'ouest (Bonnet 1988 ; Cros 1990 ; Héritier 1996).

² *Pag tog nkisa sida ne a sida* : littéralement, la femme doit donner la vérité à/avec son mari ; en l'absence d'indication tonale, *sida* est l'objet d'une homonymie, le terme signifie vérité et mari.

secondaires par rapport à la préoccupation du maintien de l'étiquette sociale comme en témoignent les propos d'une épouse se plaignant du fait que son mari entretenait des relations avec une femme de parenté trop proche de son lignage : "s'il continue, il ne sera plus considéré comme un homme respectable et moi aussi en tant que femme, je n'aurai plus de respect, parce que si les gens ne le respectent pas, il ne me respecteront pas non plus, moi je ne serai rien, il faut que les gens le respectent, afin qu'ils me respectent aussi".

Parmi les sentiments individuels, une place particulière est accordée à la jalousie (*sukiiri*). En milieu rural mossi, l'expression de ce sentiment universel est fortement réprouvée, en particulier dans le domaine des relations entre hommes et femmes¹. La jalousie est exprimée dans l'intimité des relations entre les conjoints ; elle éclate parfois au grand jour à l'occasion de tensions et de disputes dans l'unité domestique². Mais l'émergence de ce sentiment est vigoureusement combattue ; il représente une menace pour l'équilibre familial. La jalousie est le berceau des mésententes et des disputes entre les femmes dans l'union polygame ; elle peut aboutir, pour peu que surviennent quelques décès d'enfants, à des accusations de sorcellerie et à des exclusions et bannissements de femmes. Ainsi, à une épouse se plaignant parce que son mari fait venir d'autres femmes, ses compagnes ou ses sœurs reprocheront de "commencer la jalousie pour que son mari ne gagne pas une autre femme, (...) ton caractère n'est pas bon, tu n'accepteras pas de co-épouse, la fille qui est venue n'a pas coupé le sexe de ton mari pour partir avec, pourquoi fais-tu des histoires ? Nous avons toutes vu ça avec nos maris"³.

Les hommes en proie à ce sentiment à l'égard de leurs épouses ont parfois recours à un procédé magique : le *pug-bêdgo* (littéralement "femme-piège"). À son insu, la femme est l'objet de pratiques magiques sans conséquence pour elle, mais qui ont pour effet de rendre transitoirement impuissant son amant, au pire de lui donner une maladie sexuelle mortelle pour laquelle il n'existerait aucun remède. Une surenchère de procédés magiques se met parfois en place, et des hommes vont chercher à acquérir des moyens pour savoir si une femme convoitée a été "piégée" ou pour ne pas être atteint par le piège.

¹ Il en serait de même chez les Peuls pour lesquels « la jalousie doit être tenue secrète, la manifester publiquement est un manquement aux règles de vie » (Kintz 1987 : 127).

² Le plus souvent, les épouses des ménages polygames la subissent secrètement, avec douleurs et résignation, comme le rapportent les témoignages enregistrés par Eliane de Latour au Niger (1992).

³ En milieu urbain, l'influence du modèle matrimonial occidental, la moindre contrainte sociale sur les personnes, l'accroissement du pouvoir de décision des femmes, permettent l'émergence d'une contestation féministe qui remet en cause la subordination des femmes. L'infidélité masculine est l'objet de violentes récriminations de la part des femmes (Bardem 1994 : 98).

Fidélité et prévention du sida

Fidélité sexuelle et fidélité sociale

Ce long détour ethnographique n'est pourtant qu'une présentation minimale et incomplète qui permet seulement d'éclairer les aspects principaux de la signification de la notion de fidélité. Ces observations révèlent que pour les jeunes adultes mossi du milieu rural, le concept de fidélité n'entretient que des rapports lointains, voire inexistantes avec le monopartenariat. Pour les jeunes hommes, la fidélité sexuelle n'a pas de sens. Qu'ils soient ou non déjà mariés, leur attitude sexuelle se réfère à la polygamie. Le multipartenariat est la condition indispensable pour trouver une épouse supplémentaire. La seule fidélité qu'un homme se doit de respecter est celle de ses différents engagements sociaux.

Pour les femmes, la fidélité sexuelle est imposée ; elle est décrite comme une obligation qui ne peut être transgessée. Cependant, dans le même temps, tout un ensemble de mécanismes d'évitement permet de s'en affranchir sans conséquence notable.

Si l'on s'en tient à une expression formelle du droit coutumier, l'infidélité sexuelle masculine n'existant pas, ne pourraient être infidèles que les femmes. Pour autant, les jeunes n'ignorent pas totalement le sens de l'appel à la fidélité. Mais pour lui restituer une signification, ils l'interprètent à travers ce qu'ils connaissent des valeurs morales qu'ils attribuent à l'Occident. Une représentation idéalisée de la fidélité "chez les Blancs" est largement répandue : "les Blancs n'ont qu'une seule femme avec laquelle ils vont partout, le mariage des Blancs est mieux, il n'y a pas de jalousie" affirme la quatrième épouse d'un homme polygame (de Latour 1992, extrait d'un entretien, 1h20 du début du film) ; les hommes en font une source de plaisanteries : "n'avoir qu'une seule femme toute sa vie ? Les Blancs sont comme les tourterelles !". Le monopartenariat est pensé par les femmes, envers leur mari, comme un idéal auquel elles n'auront jamais accès, et pour les hommes comme une étrangeté, qu'ils renvoient volontiers à un ordre "naturel", en affirmant que l'homme "ne peut pas aller toujours avec une seule femme".

Pour les Mossi, la signification accordée au terme fidélité recouvre un domaine beaucoup plus large que celui de la sexualité et s'applique à l'ensemble du comportement social. Aussi, dire d'une personne qu'elle n'est pas fidèle, c'est mettre en cause son comportement social bien au-delà de ses attitudes sexuelles. C'est une accusation grave qui désigne un comportement honni, un individu qui n'est pas digne d'être respecté. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que les jeunes hommes multipartenaires ne puissent se penser non fidèles. Cette impossibilité à appliquer à leur propre comportement un terme qu'ils jugent péjoratif leur permet de produire un discours bien construit sur l'infidélité. "L'infidélité, c'est le vagabondage sexuel" ¹,

¹ La popularité récente de cette expression résulte directement des campagnes d'information contre le sida.

ces deux termes étant étroitement associés et unanimement condamnés. Voulant prouver qu'ils ne sont pas moins informés que les citadins, ils affirment sans hésitation que "c'est le vagabondage sexuel qui amène le sida" ; cette conduite est toujours évoquée avec dégoût, souvent sous la forme d'une accusation envers une personne jugée immorale. Mais jamais un seul de mes interlocuteurs ne s'est reconnu "vagabond sexuel", alors qu'ils sont tous engagés dans un multipartenariat actif, cette expression concerne toujours un Autre.

La fidélité sexuelle évoquée par le message d'information contre le sida est submergée par l'interprétation sociale qui est en faite, et le conseil sanitaire a perdu l'essentiel de sa signification.

Fidélité et valeur morale contre le sida

Les questions que suscite le recours général et banalisé à la notion de fidélité dans les messages de prévention contre le sida sont nombreuses ; elles ne concernent pas seulement le Burkina Faso, mais s'appliquent à tous les contextes sociaux.

— La première difficulté que soulève l'emploi du terme fidélité est de nature linguistique et révèle les pièges de la traduction. Certaines langues, comme le *mooré*, n'ont pas d'équivalent lexical exact du mot de fidélité. Les traductions qui paraissent les plus évidentes doivent être minutieusement réévaluées, comme dans le cas du terme du terme "adultère" qui est traduit de façon insatisfaisante par *yoobo* en *mooré*.

— Au-delà de la traduction, on peut s'interroger sur la place que cette valeur morale occupe dans l'*ethos* de la société, en particulier dans sa signification par rapport à la sexualité. La fidélité n'est pas considérée dans toutes les sociétés de manière équivalente. Divers comportements sexuels peuvent exister en référence à la notion de fidélité ; ils peuvent n'avoir aucun rapport avec la limitation du nombre de partenaires sexuels. « Le problème ne consiste pas tant dans la compréhension d'un message que dans l'acceptabilité sociale des mesures préventives préconisées » (Jaffré 1991 : 410).

— La formule "fidélité ou capote" présente le double inconvénient d'obliger à penser l'objet préservatif par rapport à une valeur morale et ensuite dans un rapport d'opposition et non de complémentarité avec cette valeur. En effet, cette formule se présente sous la forme d'une alternative¹. Ce procédé rhétorique est fondé sur le caractère opposé des deux termes mis en présence. L'alternative "fidélité ou capote" (un choix excluant l'autre) est équivalente, dans le cadre d'une décomposition logique, à la proposition : "fidélité et pas de capote" ou "pas de fidélité et capote" ; le dernier terme associe sans ambiguïté l'usage du préservatif à l'infidélité, à l'adultère.

Fidélité et infidélité sont deux notions étroitement scellées qui ne sont jamais pensées séparément (Chehhar 1995 : 69) ; elles renvoient obligatoirement à la dichotomie élémentaire entre le Bien et le Mal.

¹ Plus précisément, il s'agit de la conclusion, présentée sous la forme d'une alternative, d'un syllogisme dont les prémisses sous-entendues sont : "si une personne n'est pas fidèle, elle est multipartenaire".

Dans cette opposition, la maladie apparaît une fois de plus comme la conséquence d'une transgression.

Ce message associe l'usage du préservatif à des relations sexuelles socialement réprouvées et situe l'usage du préservatif au sein du dilemme suivant : une relation sexuelle socialement acceptée ne nécessite pas l'usage du préservatif, et proposer le préservatif inscrit la relation dans le domaine d'une sexualité condamnée.

— Au Burkina Faso (Bardem *et al.* 1995 : 19 ; Desclaux 1996b), comme dans d'autres pays d'Afrique de l'ouest (Le Palec 1994 : 144-145 ; 1994 : 4 ; Orubuloye *et al.* 1994 : 69) ou d'Afrique centrale (Schoepf 1991 : 156), celui ou celle qui propose le préservatif trahit son infidélité ou sa défiance à l'égard de son partenaire. La suspicion d'infidélité qui accompagne la proposition du préservatif et le rapprochement qui en est fait avec la prostitution, associé à la subordination générale des femmes devant les hommes, interdisent presque totalement à ces dernières l'initiative d'en proposer l'usage (de Bruyn 1992 : 255). Parce que la notion de fidélité sexuelle est indissociable de celle de la confiance, de l'amour et/ou du respect des engagements sociaux entre les partenaires, la référence à la fidélité contribue à entraver la négociation de l'usage du préservatif dans les couples.

— L'usage très répandu depuis plus d'une dizaine d'année du slogan "fidélité ou capote" tient en partie à sa simplicité mais aussi indiscutablement à son caractère moralisateur. Les religieux de toutes confessions n'ont pas hésité à le reprendre à leur compte. La référence au préservatif ne leur convenait pas, ils ont entrepris de mettre systématiquement en doute son efficacité, ce qui permet ensuite d'affirmer que " combattre le préservatif c'est lutter contre le sida " ou que « le risque d'attraper le sida que courrent les utilisateurs du préservatif dans nos pays ne doit pas être appelé risque, mais certitude » (J.-M. Compaoré, Archevêque de Ouagadougou, in *Regard* 175, 1996 : 29). Finalement, le message est devenu "fidélité ou sida".

En fin de compte, ce détournement de la signification initiale du message n'est pas surprenant. La fidélité est une valeur morale, et, à ce titre, la présenter comme un moyen de prévention du sida place le message dans le domaine des discours idéologiques. C'est bien parce qu'il est fondamentalement idéologique et qu'il intervient dans un domaine de lutte d'influence constante, qui n'a de rapport avec le sida que parce qu'il met en cause la sexualité, que les diverses Églises n'ont pas attendu pour se le réapproprier.

— Jusqu'à présent, au Burkina Faso les messages d'information contre le sida se réfèrent à trois thèmes principaux : 1) prostituées/fidélité/vagabondage sexuel ; 2) migrants ; 3) pratiques traditionnelles (excision, scarification, lévirat). La mise en garde contre les prostituées, la condamnation du multipartenariat et l'appel à la fidélité font directement référence à des valeurs morales. Les messages d'information font plus souvent appel à la rigueur morale des personnes qu'aux informations techniques. Morale et technique apparaissent en concurrence. Les aspects pratiques de la prévention sont abordés comme la solution à la défaillance morale que représentent le "vagabondage

sexuel" ou la fréquentation de prostituées. La fidélité est présentée comme étant la prévention idéale.

Les explications concernant une gestion raisonnée du risque de contamination à travers l'association sérologie / préservatif sont inexistantes ; de même qu'il n'existe toujours pas en 1996 un seul centre de dépistage dans la capitale qu'est Ouagadougou.

— Enfin, ramener la transmission du virus à une question de moralité individuelle revient à occulter la complexité de l'exposition au risque de contamination, en particulier le rôle de la pauvreté et des inégalités sociales comme facteurs de la transmission (Farmer 1996 : 96).

Conclusion

Faire appel à la notion de fidélité, comme à n'importe quelle autre valeur morale (la sincérité, l'honnêteté, etc.), dans les messages d'information contre le sida, conduit à des messages ambigus. À une valeur morale précise ne correspond pas un ensemble de comportements universellement identiques. La morale se fonde sur les impératifs du Bien et du Mal, ils sont éminemment variables selon les sociétés. De plus, les messages qui inscrivent la prévention de la transmission du virus dans le domaine de la moralité enferment les victimes du sida dans le carcan de l'accusation ; ils cautionnent l'idée que la maladie est une sanction due au non-respect des règles morales élémentaires.

L'usage généralisé de la notion de fidélité révèle une étonnante uniformité dans la conception des messages diffusés, comme si un seul et même message était valide à l'échelle du continent, indépendamment des populations à qui il est destiné. L'expérience des 20 ou 30 dernières années "d'éducation pour la santé" semble complètement oubliée. Parce que la communication sanitaire sur le sida concerne au premier plan le domaine de la sexualité et que chaque société et chaque groupe social érige ses propres normes et valeurs à ce sujet, il faut, par principe, considérer avec méfiance tout transfert d'outils d'information conçus dans un contexte social vers une autre société. La principale difficulté dans la mise au point de messages d'information sur le sida réside précisément dans l'ajustement de leur contenu et de leur forme aux différents enjeux concernant les pratiques sexuelles dans la population concernée. Aussi, dans l'élaboration des messages et des stratégies d'information « le local, le spécifique, passent cette fois en première ligne », il faut s'attacher au particulier et considérer que la recherche faite « "ailleurs" a tout au plus valeur d'hypothèse, mais elle ne peut pas être directement utilisée "ici" » (Benoist 1996 : 7).

Bibliographie

- ALEXANDRE (R. P.), 1953, *La langue möré*, Dakar, IFAN, tome II, 506 p. (Mémoire de l'IFAN n°34).
- Anonyme, 1989, *Code des personnes et de la famille*. Annexe de la Zatu n° an VII 001/FP/PRES du 16.11.1989, 215 p.
- Anonyme, 1995, *L'Afrique contre le sida. Matériel d'information et de prévention*, Paris-Londres-Dakar-Kampala, CRIPS-AHRTAG-ENDA-NADIC, 76 p.
- BARDEM I., 1994, *Précarités juvéniles et individualisme à Ouagadougou. Étude des pratiques et des représentations des jeunes adultes en situation de précarité*, Paris, Université Paris I, 414 p. (Thèse de Doctorat en Sociologie).
- BARDEM I. GOBATTO I., 1995, *Maux d'amour, vies de femmes ; sexualité et prévention du sida en milieu urbain africain*, Paris, L'Harmattan, 174 p. (Collection Santé et Sciences Humaines).
- BENOIST J., 1996, « Le sida entre biologie, clinique et culture », in J. BENOIST et A. DESCLAUX (éds), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala : 5-10.
- BEYALA C., 1994, *Assèze l'Africaine*, Paris, Albin Michel, 293 p.
- BONNET D., 1988, *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi*, Burkina Faso, Paris, ORSTOM, 138 p. (Mémoire n° 110).
- de BRUYN M., 1992, « Women and AIDS in developing countries », *Social Science and Medicine*, 34 (1) : 249-262.
- CAPRON J., KOHLER J.-M., 1975, *Migration de travail et pratique matrimoniale ; introduction, exploitation de l'enquête par sondage*, Document de travail, Ouagadougou, ORSTOM, t.1 : 63 p., t. 2 : 198 p.
- CHEHHAR M., 1995, « L'art d'aimer des courtois », *Revue des Sciences Sociales de la France de l'Est*, 22, « *Fidélités, Infidélités* » : 62-69.
- CROS M., 1990, *Anthropologie du sang en Afrique*, Paris, L'Harmattan, 276 p.
- DESCLAUX A., 1996a, « De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant », in J. BENOIST (éd), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala : 251-280.
- 1996b, « L'État contre la santé publique ? La désignation d'un groupe social dans le discours public sur le sida au Burkina Faso », *Sociologie Santé*, 13 : 84-91.
- ERNY P., 1995, « Éléments pour une phénoménologie de la fidélité », *Revue des Sciences Sociales de la France de l'Est*, 22, « *Fidélités, Infidélités* » : 14-23.
- FARMER P., 1996, « L'anthropologue face à la pauvreté et au sida dans un contexte rural », in J. BENOIST et A. DESCLAUX (éds), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala : 89-100.
- GODELIER M., 1995, « Sexualité et société. Propos d'un anthropologue », in N. BAJOS, M. BOZON, A. GIAMI et al., *Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales*, Paris, ANRS : 117-121.
- GRUENAIS M.-E., 1979, « L'échange différé des femmes chez les Mossi », *L'Ethnographie*, XXV (1) : 41-59.
- 1985, « Aînés, aînées ; cadets, cadettes. Les relations aînés/cadets chez les Mossi du centre », in M. ABELES et C. COLLARD (éds), *Age, pouvoir et société en Afrique Noire*, Paris, Karthala : 220-245.

- HERITIER F., 1994, *Les deux sœurs et leur mère. Anthropologie de l'inceste*, Paris, Odile Jacob, 376 p.
- — 1996, *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob, 332 p.
- INSD. Institut National de la Statistique et de la Démographie, 1994, *Analyse des résultats de l'Enquête Démographique 1991*. Ouagadougou, Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, Direction de la Démographie, 3 t., 73 p. 171 p. 62 p.
- JAFFRE Y., 1991, « Anthropologie de la santé et éducation pour la santé », *Cahiers Santé*, 1 (5) : 406-414.
- KINTZ D., 1987, « De l'art Peul de l'adultère », *Bulletin de l'AFA*, 29-30 : 119-142.
- LALLEMAND S., 1977, *Une famille Mossi*, Ouagadougou/Paris, CVRS/CNRS, 380 p. (Recherches Voltaïques n° 17).
- de LATOUR E., 1992, *Contes et comptes de la cour*, La Sept, Caméra continentale, AATON, CNRS audiovisuel, ORTN.
- LE PALEC A., 1994, « Bamako, se protéger contre le sida », in T. DIARRA, C. FAY, E. GERARD et al., Rapport final *Sciences sociales et sida. Révélation du sida et pratiques du changement social au Mali*, Paris, ORSTOM-ISP : 1.1-36.
- LE PALEC A., DIARRA T., 1995, « Révélation du sida à Bamako. Le “traitement” de l'information », in J.-P. DOZON et L. VIDAL (éds), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*. Actes de l'Atelier de Bingerville, mars 1993, Paris, ORSTOM-GIDIS : 109-121.
- ORUBULOYE I.O. CALDWELL J.C. et P. CALDWELL, 1994, « African women's control over their sexuality in an era of AIDS : a study of the Yoruba of Nigeria », in I.O. ORUBULOYE, J.C. CALDWELL J.C., P. CALDWELL, G. SANTOW (eds), *Sexual networking and AIDS in sub-saharan Africa. Behavioural research and the social context*, Canberra, Health Transition Centre, x-275 p. (Health Transition Series n° 4).
- PAGEARD R., 1969, *Le droit privé des Mossi. Tradition et évolution*, Ouagadougou/Paris, CVRS/CNRS, 2 t., 488 p. (Recherches Voltaïques n° 10-11).
- POULET E., sd., *Contribution à l'étude des composantes de la personne humaine chez les Mossi (Étude principalement lexicologique)*, sl, 115 p.
- SCHOEPF B. G., 1991, « Représentations du sida et pratiques populaires à Kinshasa », *Anthropologie et Sociétés*, 15 (2-3) : 149-166.
- ZAONGO B. J., 1983, *Dictionnaire Encyclopédique Français-Moore*, 3 t., 621 p. et *Moore-Français*, 3 t., 628 p.

Bernard TAVERNE, *Valeurs morales et messages de prévention : la “fidélité” contre le sida au Burkina Faso*

Résumé — La fidélité est l'un des concepts les plus utilisés dans les messages de prévention contre le sida. Elle est présentée comme étant la prévention idéale à travers l'alternative “fidélité ou capote”. La description des normes et valeurs régissant la sexualité chez de jeunes adultes Mossi vivant en milieu rural au Burkina Faso révèle que si tous reconnaissent un rôle essentiel à cette valeur morale dans le cadre des relations sociales, elle ne concerne que de manière très secondaire le domaine de la sexualité. Dans cette société polygame la notion de fidélité sexuelle pour les hommes n'a pas de sens, et bien qu'elle soit décrite comme obligatoire pour les femmes, un ensemble de mécanismes sociaux précis leur permet de s'en affranchir sans conséquence notable. Faire appel à la notion de fidélité, comme à n'importe quelle autre valeur morale dans les messages d'information contre le sida, conduit à des messages ambigus. Le discours préventif cède la place à des injonctions moralisatrices. Ces messages inscrivent la prévention de la transmission du virus dans le domaine de la moralité, ils cautionnent l'idée que le malade est coupable, et que le sida est la juste sanction de l'inconduite sociale.

Mots-clés : fidélité • préservatif • Burkina Faso • Mossi • IEC • éducation sanitaire • sexualité.

Bernard TAVERNE, *Moral values and prevention messages: ‘fidelity’ against AIDS in Burkina Faso*

Summary — Fidelity is one of the most widely used concepts in AIDS prevention messages. It is presented as the ideal prevention strategy when cited in the either-or choice of ‘fidelity or condoms’. The description of the norms and values governing the sexuality of young Mossi adults living in rural Burkina Faso reveals that, although everyone acknowledges the key role played by this moral value in the context of social relations, it is but a distant secondary consideration in the realm of sexuality. In this polygamous society, the notion of sexual fidelity has no real meaning for men. Although fidelity is set forth as obligatory for women, a number of specific social mechanisms allow them to disregard it without suffering any serious consequences. Appealing to the notion of fidelity or to any other moral value in AIDS-related messages results in ambiguity. The dialogue on prevention gives way to moralising injunctions. Such messages place the transmission of the virus in the realm of morality and lend support to the idea that the person who is ill is guilty and that AIDS is the just punishment for social misbehavior.

Keywords: fidelity • condom • Burkina Faso • Mossi • IEC • health education • sexuality.

30. The attitude of nurses to HIV/AIDS patients in a Nigerian University Teaching Hospital

Gladys Effa-Heap

Introduction

“The revelation that perhaps up to four million Nigerians might have contracted (the) AIDS virus should spur the country into some form of coordinated action. Despite the havoc which HIV/AIDS has caused throughout the world, particularly Africa, Nigerians have, regrettably, continued to carry on as if nothing is happening. Many people still maintain multiple sex partners and engage in casual and unprotected sex. Our AIDS control strategy remains, at best, unstructured, without direction. If the report that some people have received blood infected with the virus is true, then there is danger on the horizon. It only goes to show that AIDS screening is not properly carried out in the country. Sadly, the problem has been compounded by the fact that the disease is still being treated with a less than honest approach by many Nigerians” (*Daily Times* 1997).

This editorial by the leading government-owned newspaper conveys the lack of a proper response to one of the main threats to public health in Nigeria. The data is in line with earlier figures which calculated that 1,050,000 Nigerians were HIV positive by the end of 1994 and an extrapolation of over two million using the double-blind method (Orubuloye 1995; Sowunmi and Ikhemuemhe 1996). Three-quarters of commercial sex workers are HIV positive, so are 5 percent of blood donors and 4 percent of pregnant women (Sowunmi and Ikhemuemhe 1996). By implication, this means that babies from HIV/AIDS infected women are potential victims. The social width of the disease knows no bounds: the media reported the infection of schoolgirls in Akwa Ibom State and the AIDS-death of a community leader in Plateau State in the month of January 1997 alone (*Post Express* 1997; *Punch* 1997). The probability is that more Nigerians infected by HIV/AIDS is even higher than these startling figures suggest.

Compared to other African countries, Nigeria has been inordinately slow to wake up to the reality of HIV/AIDS. It has been even slower to embark on caring for HIV/AIDS patients. University College Hospital (UCH), Ibadan, is a Federal Teaching Hospital with a leading reputation for health care in the country. UCH operates an AIDS Screening Centre, the only one in Ibadan, a city of over 3 million inhabitants. In 1993, “the Oyo State Minister of Health declared wanted 43 blood donors whose blood showed traits of HIV” (AIDS

Information Exchange Resource Centre 1993). Wanted for receiving the appropriate care, or wanted like criminals? In whatever case, the infrastructure is simply not in place, being not a priority among hospital managers and government ministries.

For Nigerians with HIV/AIDS, health care is a misnomer. There is only health care neglect. On hearing a HIV/AIDS diagnosis of a patient, hospital authorities abandon all notions of caring. A notice of 23 March 1995 issued by the Chairman of the Medical Advisory Committee of UCH stated that:

- “(1) established cases of clinical HIV/AIDS should not be admitted.
- “(2) using their own discretion, doctors could admit in rare cases HIV/AIDS patients for IV and blood transfusion, after which the patient must be discharged.
- “(3) known HIV/AIDS cases should be referred to the medical social services department for advice”.

Many carriers of the causative virus are known to lead active lives. Allowing these people to remain in society without caution exposes the populace to avoidable danger. In the present setting, nothing bars HIV/AIDS carriers from donating blood or doing many other things which can impair the lives of other citizens. When asked in a recent magazine interview about the Federal Government's policy towards HIV/AIDS under the title 'Playing the ostrich', Dr Lolade Olusola Ojo of the National AIDS and STD Control Programme in Nigeria responded:

"We have a policy that is still undergoing the normal scrutiny of the government. This delay on the policy is because when AIDS was first discovered the government did not believe we had AIDS in the country".

The Nigerian Federal Ministry of Health has been very slow in waking up to the realities of HIV/AIDS and making combative plans to control its spread. Nothing has been done about equipping hospitals for proper management of HIV/AIDS cases. Another aspect of Dr Olusola's revelations concerned the screening of blood:

"There are 818 blood screening centres in Nigeria. A law is coming up to compel screening of all donated blood before transfusion. This is because for now, most of the medical laboratories write 'screened blood' on blood bags that are not screened. Sixteen percent of these so-called 'screened blood' [bags] are found to be contaminated".

Consultant haematologist Sumailman Akanmu also found a similar percentage of blood bags labelled screened and HIV negative, especially from private laboratories had, in fact been tainted with the HIV positive virus (Sowunmi and Ikhemuemhe 1996).

It is in this negative sort of working environment that nurses' attitudes to HIV/AIDS patients is examined with particular reference to UCH, Ibadan (Effa-Heap 1997). Specific sub-problems to investigate include the level of knowledge of nurses on HIV/AIDS; their sources of information on HIV/AIDS; their attitude towards caring for HIV/AIDS patients; the relationships between the nurses' age, exposure to infected patients, years of nursing experience, and the nurses'

attitude towards HIV/AIDS patients; and whether UCH is well equipped for the management of HIV/AIDS cases.

Literature Review

Sexually Transmitted Diseases (STDs) have been around for a long time and, in West Africa, STDs are next to malaria in spread. But man has tackled STDs because the causes, course, treatment and preventive measures are known. With the entrance of AIDS, all other STDs have been relegated to the background. AIDS is a devastating disease which progresses at an alarming rate. Death usually occurs within twelve months of diagnosis. AIDS dementia complex (ADC) is the most common central nervous system complication in people infected with HIV. Typically, HIV attacks white matter, the frontal, occipital, parietal lobe and the basal ganglia (Lasher 1989). At the end stage, infected persons become 'vegetative', with only rudimentary intellectual and social functionings. The treatment of HIV/AIDS patients is only palliative, composing mainly the management of opportunistic infections that take advantage of the body's impaired immune system.

In Nigeria, HIV/AIDS has been treated as a moral rather than a medical issue. The way in which the disease has been described and classified reflects the same social and cultural prejudices that made the disease shameful in the first place (Barnett and Blaikie 1992). Known cases of HIV/AIDS are stigmatised by the society in which they live. Features common to stigma include identifying the person concerned in terms of the stigmatizing attributes which in turn override other characteristics and social roles. It spreads to the whole person and 'spoils' the person's identity, devalues the person and leads to discrimination and outright rejection, all of which result in reduced opportunities (Goffman 1963).

Attitude derives from the Latin 'aptitudo', meaning 'fitness'; that is fitness to engage in the execution of the task (Reber 1988). The modern usage of the term is a predisposition to act in a certain way towards some aspect of one's environment, including other people. Attitude can be positive or negative and can affect the behaviour of an individual. They serve a primary function of bringing together the diverse experiences to which an individual is exposed and forming them into a cohesive, organised whole. It is through the attitude and belief systems of an individual that environmental perception acquires meaning. The danger is that attitudes may become so rigidly adhered to that instead of assisting an individual in understanding his environment and the events taking place within it, they become the perception. The process of changing attitudes requires that the individual objectively examine the critical elements of the attitude and identify those components that are valid and those that are pre-judgements (Gross 1987).

Social psychologists describe attitude as a complex tendency of persons to behave in positive or negative ways or to respond in a

favourable or unfavourable manner to social objects in his or her environment. They all agree that attitudes are learnt, but differ on how. Attitudes are enduring systems but there are times when it is necessary to effect change. On the other hand, the functionalists believe that attitudes serve a particular motivational function, that is, serve ego needs and are therefore protective of self. They also form support for one's values and therefore are intrinsically rewarding. The view makes it difficult to change attitude since it would need to change what is motivating the individual, which is further compounded by the fact that what is underlying the motivation is usually unknown even to the individual. The cognitive theorists feel that the individual is always striving for consistency; therefore the way to institute change is through the components of attitude. They argue that there are three structural components of attitude and these are the affective components which refer to positive or negative emotions about something; the behavioural component involves intentions to act in certain ways, to engage in behaviours that are somehow relevant to one's attitude and lastly the cognitive component, which refers to the thinking and interpreting that goes into forming or using an attitude (Baron and Byrne 1991).

Attitude is gained through experience and contact with the world around us (Davis and Houghton 1995). As individuals develop, they acquire a set of beliefs and attitudes that in part influence how they interact. They may be altered by new experiences and information. Essentially, attitudes are formed through a learning process, which can occur in a number of ways: classical conditioning, operant conditioning, observational learning and imitation.

The nursing of HIV/AIDS patients requires special skills. They include the identification and management of specific clinical problems, counselling techniques, the administration of patient care and the ability to communicate effectively with individuals, families and community groups. Staff caring for HIV/AIDS patients need to acquire new attitudes, knowledge and skill as they become immersed in the multi-disciplinary problems of AIDS care and prevention. They should be ready to learn from personal experience and from their colleagues. When talking about attitudes, feelings and values, it is essential to remain objective, to empathise without becoming emotionally involved, to listen with respect and to challenge received wisdom where necessary.

Nigerian nurses are human beings living within the society. They do not exist in some rarefied atmosphere. Outside work they still interact with acquaintances, friends, family members and colleagues. They are therefore exposed to the same influences as the general public. If AIDS has been stigmatised, and its victims apportioned blame for being infected by our society, one should expect not only lay social groups but health professionals to respond differently to sick people for whom they hold responsible for the illness and those seen as blameless (Miles 1991). Ghodse's (1978) study of the attitude of British casualty staff towards caring for drug overdose patients showed that patients deemed to be responsible for their 'condition' received

less sympathy and medical effort than was the case with those whom staff deemed to be blameless for their condition. An important part of the sick's role is society's acceptance that sick people are not responsible for their condition, did not bring it about and could not have avoided it. If professionals or lay social groups input responsibility to sick persons for their sickness much less sympathy and assistance is accorded them; rather, they meet with social disapproval. Here again, HIV/AIDS infection, especially in adults, is illustrative of the sorts of condition for which the social group charges responsibility to the sufferer. The view widely held is that HIV/AIDS is the disease of 'the impure', affecting some culturally defined outgroups (Miles 1991).

Other factors shown by the literature which could bear influence on nurses' attitude includes the highly bureaucratic system in Nigeria's health care institutions, which ignores and fails to utilize the informal organisation. This demand to conform to bureaucratic regulation leads to ritualism, defensiveness and difficulties. But nurses do not believe that nursing care operates in a vacuum. They are apt to hold some strong opinions and be highly vocal. They view neither the supervisor nor the director of nurses as infallible. All this is not to say that today's nurses are unfeeling, lack dedication or are any less concerned with patient care than were their predecessors, nor have they lost respect for physicians and their awesome responsibilities. On the contrary, they want, and demand, participation and respect. In the rapidly changing health care patterns of today, however, the nurse finds herself in a precarious, threatened and frustrating position.

Fear is another factor which can blur judgement and compromise the quality of nursing care. It is brought about by feelings of impending danger and could manifest itself in the form of anxiety (Baird and Bearslee 1990). Some nurse experience nightmares and increased anxiety levels while nursing HIV/AIDS patients, while others have been known to request for transfer or even leave the profession. Armstrong-Esther and Hewitt (1990) found the level of fear among nurses was surprisingly high, and the desire to identify and isolate HIV/AIDS patients in clinical and social settings disturbingly high. In a related work by Akinsanya and Rouse (1992), 33 percent of hospital staff thought that nurses and doctors caring for HIV/AIDS patients would run the risk of infection. In their sample of hospital and community nurses, Melby *et al.* (1992) found the former group more fearful of nursing HIV/AIDS patients and thus more liable to refuse to care despite the availability of appropriate equipment.

The United States Centers for Diseases Control (1987) reported twelve health care workers to be HIV positive after work-related exposure to infected blood. Also, in a disturbing report in the *Nursing Times*, a nurse infected with HIV was indirectly forced to resign by constantly being given sick leave when he felt he was fit enough to work. When allowed to work, he was effectively reduced to washing bedpans and changing bedsheets. The hospital authority made sure the news about his diagnosis spread around the hospital, even circulating at a student party he attended (Carlisle 1993). Should

HIV/AIDS health workers be forced to keep a deadly secret for fear of their appointment being terminated? In this respect HIV/AIDS is dissimilar to many other serious diseases and its occurrence in the workplace raises questions which go beyond those posed by other illnesses.

Nurses may be knowledgeable about HIV/AIDS, but they still exhibit inappropriate behaviour and reluctance to undertake essential nursing duties. Nigerian nurses are yet to be trained on how to handle HIV/AIDS patients. Unlike in other nursing fields, there are no HIV/AIDS specialist nurses. The practicing nurses are not willing to take the risk, more so when the basic materials they need are not provided by the hospitals despite the grim reality that HIV/AIDS patients are growing at a perplexing rate (Sowunmi and Ikhemuembe 1996). Nurses should have the right to protection during the course of their professional duties, together with the right to a working environment minimizing work-related infection. Facilities, equipment and supplies must be made available (Abiteboul *et al.* 1992). Nurses should have the right to express their concerns and fears regarding AIDS (Melby *et al.* 1992). There is also the need to have the legal right to complain about potentially unsafe working conditions (Kazanowski 1992).

Nursing is a dynamic process of action, coordination and interaction between the nurse and patients such that the basic needs of daily living and the ability to cope with health and illness at a particular point in life is enhanced (Laoye 1988). Nurses' friendliness, demonstrable empathy and understanding of the patient as a unique individual have been found to be conducive in the therapeutic relationship. Positive encouragement and reassurance is of great value to the patient since many HIV/AIDS patients see their diagnosis as a death sentence (Beedham and Wilson-Barnett 1995). It gives them some kind of hope, which is a factor in maintaining and regaining health and accepting illness limitations and even death. Hope is present in all stages of life including dying (Stephenson 1991). Nurses should therefore accept HIV/AIDS patients for what they are and not attribute characteristics to them based on their illness or its source because the majority of HIV/AIDS patients are usually abandoned by family and friends, with the patient often left to rely on the nurse for care and support.

Methodology

The theoretical framework used in this study is based on the theory of interpersonal relationships by Peplau and Festinger's theories of cognitive dissonance. Peplau (1988) described nursing as a therapeutic interpersonal relationship which facilitates the growth and development of both patient and nurse. The nurse-patient relationship is the essential tool with which to heal, as vital as applying mechanical techniques or other procedure. Nurse-patient interactions are geared towards "helping a patient gain intellectual and interpersonal

competences beyond that which they have at the point they became ill and to nurture the evolving competencies" (Peplau 1988). Long-term involvement with HIV/AIDS patients affords the nurse an opportunity to elaborate this therapeutic relationship in a unique way and to recognise that it is a partnership in which both learn and grow.

Festinger (1957), on the other hand, assumed that attitude exists in an organised psychological structure and that in maintaining this structure individuals avoid dissonance and seek consonance among attitudes relevant to each other. A dissonant relationship exists between two attitudes or cognitive elements which one implies the opposite of the other. Festinger said that one way for attitude change to occur is through cognitive dissonance. This means that the individual has feelings of discomfort because he or she has two opposing views about the same thing. This is "generated by conflicts among a person's beliefs or by inconsistencies between a person's action (behaviour) and attitude" (Baron and Byrne 1991). The individual can reduce or resolve this tension to match the behaviour or discount the importance of the dissonance. The latter is usually done by rationalising either the belief, the behaviour or the feeling.

A study was carried out at the University College Hospital, Ibadan, Nigeria. 200 male and female nurses were selected, within all the nursing ranks, and between the ages of 20 to 60 years. 200 questionnaires were distributed, which consisted of two parts: the first sought demographic data, while the second sought the nurses' attitude towards caring for HIV/AIDS patients. 193 were completed (96.5 percent response rate). Each nurse administered a copy of the questionnaire was asked to fill it in private. To ensure their anonymity, respondents were instructed not to write their names, wards and addresses. Analysis of the data was done using percentages, means, analysis of variance and standard deviation.

Findings

The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities which contribute to health, to recovery, or to peaceful death, that would be performed by the patient if the patient had the necessary strength, will or knowledge, and to do this in such a way as to help him gain independence as rapidly as possible.

This study therefore finds out what the attitude of nurses in a leading Nigerian hospital will be towards caring for an increasing tide of HIV/AIDS patients, even though these patients are normally thrown out of hospital on diagnosis. 193 responses of nurses were analysed, comprising of 150 females and 43 males. 68 fell within the age range 20-30, 92 within the 31-40 age range and 33 within 41-50. 67 nurses were single, 123 were married and 3 widowed or divorced. As regards years of nursing experience, 58 nurses had up to 5 years, 57 had 6 to 10 years worth and 78 had been health professionals for over 11 years.

All of the nurses had heard of HIV/AIDS. Information on this topic comes to nurses mostly in the form of medical journals and personnel (47.7 and 70.5 percent respectively [more than one answer allowed]), as well as through the media (53.9 percent) and conferences (25.4 percent). The nurses were also found to be highly knowledgeable about HIV/AIDS-related issues, picking out sexual intercourse, shared needles and transfusion from casual contact, toilet seats and towels as modes of spread. As regards the correct measures when dealing with HIV/AIDS patients, nurses cited gloves (92.2 percent), washing hands (83.9 percent), isolation (78.8 percent), decontamination (73.1 percent), barrier nursing (71.5 percent) and masks (35.2 percent). This is in contrast with a number of admittedly earlier investigations on AIDS-related knowledge, such as that found among Canadian nurses who were ill-informed and had over-cautious attitudes to AIDS patients (Armstrong-Esther and Hewitt 1990). Bond *et al.* (1990) then associated this lack of knowledge to the anxiety, uncertainty and fear experienced by nurses on the topic generally.

One interesting aspect of this study is that even with the high level of knowledge, virtually everyone sampled still believed nurses should be given more information on AIDS. To support this finding, Bond *et al.* (1990) also found that 70 percent of their nurses sampled felt that nurses should receive specialist training in order to safely carry out the nursing care of HIV/AIDS patients. Steele and Melby (1995) state that most nurses, regardless of where they work, gain knowledge of AIDS by reading nursing journals, watching television, listening to radio and reading newspapers and magazines. More than 60 percent of their sample also indicated that they felt insufficiently trained to care for HIV/AIDS patients. This creates an element of mistrust and fear prevails amongst nurse.

In relation to exposure to infected cases, 61.1 percent of nurses sampled claimed that they had been exposed to HIV/AIDS cases in the hospital, 8.8 percent in the clinic and 1 percent in the community at large. The majority (73.1 percent) of those exposed in the hospital claimed that it was without their knowledge. This they blame on University College Hospital's doctors and administrators who somehow felt entitled to the right to admit HIV/AIDS patients without informing the nurses who provide the care. This practice was stopped in 1995 after the nurses threatened to go on strike if the practice was not discontinued. In this respect, one then wonders why UCH was made an AIDS Screening Centre with the aim of identifying and checking the spread of the disease when in actual fact it is negligent in spreading the disease to its staff who are occupationally in contact with these and other patients.

A further finding of the study showed that 70.5 percent of nurses sampled believed that University College Hospital was not equipped to manage HIV/AIDS cases in terms of materials (even water shortages), resources and skills. This is similar to Plant and Foster's (1993) study in which the overall pattern of response indicated that the highest level of concern was related to the perceived lack of in-service training, the availability of resources to treat infected patients, the issue of keeping

up with current trends and developments, and the lack of experience in dealing with HIV/AIDS patients.

On the issue of providing care, over half (52.3 percent) of nurses claimed that they have actually nursed HIV/AIDS patients. Of these, 26.4 percent said their reaction was one of fear, followed by anxiety (52.4 percent) and skepticism (6.7 percent), while 7 percent managed to stay neutral and 6.7 percent remained calm. Reasons for this skewed response reaction include lack of proper equipment (60.1 percent), fear (15.5 percent), ethical considerations (13 percent), and the fact that they were trying to care for patients with an incurable disease (11.4 percent). Only tuberculosis epidemics in the past has ever resulted in such an equivalent public hysteria as HIV/AIDS has today (Breault and Polifroni 1992). As regards Nigerian nurses' attitude to HIV/AIDS, the sample divided into 62.7 percent neutral, 20.7 percent positive and 16.6 percent negative. This finding is in marked contrast to most other studies that have tended to show health care workers in a rather poor light, discriminating in their treatment of HIV/AIDS patients.

The study also found that a majority (54.9 percent) of nurses would willingly care for HIV/AIDS patients if their work could be carried out in a well-equipped hospital setting. An overwhelming majority, 82.4 percent, agreed that such patients should not be left to die alone just because there is no cure. Over two-thirds (68.4 percent) of nurses in this study felt that HIV/AIDS patients should not be apportioned blame for being infected and a similar total, 64.8 percent, showed willingness to make cash donations to AIDS funds. These findings contradict the findings of Wellings and Wadsworth (1990) who reported that 53 percent of their sample agreed with the statement that "AIDS sufferers have only themselves to blame". Kelly *et al.* (1987) used a simulation measurement technique to conduct an experimental study of the relationship between patients' medical diagnosis, sexual orientation and nurses' attitude towards patients. They found that an HIV/AIDS medical diagnosis and a homosexual orientation in a patient elicited negative judgemental attitudes. In the nurses' majority view, they considered HIV/AIDS patients to be responsible for their illness and so deserving of their dire health condition.

Finally, using the analysis of variance test, no significant relationship was found between the age of the nurse and the attitude portrayed. The data on the relationship between the knowledge of HIV/AIDS and the nurses' attitude to HIV/AIDS was not significant. No significant difference was also found in the attitude of the nurses exposed to HIV/AIDS and the nurses not exposed.

AIDS is spreading rapidly in Nigeria. Yet nurses are providing care for HIV/AIDS patients with inadequate protection in terms of education and physical hospital equipment. The health workers are scared of this condition; they can only feel comfortable when they are assured of their own protection. Nurses are not scared of caring for HIV/AIDS patients, but for their own safety and the implications of being infected. Such fears can only be countered with an adequately resourced nursing staff, with adequate support staff to help clean the

wards, fully equipped with gloves and anti-bacterial handwash, free access to running water, laundries, autoclaves, incinerators and other safe methods of cleaning or disposing of infected material. In relation to the attitudes displayed by Nigerian nurses, they differ little from contemporaries in others parts of the world. What has to be appreciated, however, is that the nursing of HIV/AIDS patients is a developing field of standards and procedures; this continuum of universal improvement means that some groups of nurses are further down the line towards appropriate measures in terms of practice, equipment and attitude than others. In this regard, Nigerian nurses, while lagging behind in material considerations, do possess qualities which lend themselves to caring for HIV/AIDS patients.

Recommendations

1. A law should be enacted and properly enforced for the proper screening of donated blood before transfusion.
2. Hospital management must reconsider the implications of dismissing or forcing HIV/AIDS health workers to resign from their jobs, especially when infection is work-related.
3. The recognition and full utilization of professional nursing skills by administrative and governmental bodies is required. Nurses should participate in planning and policy-making at all levels in the health service by establishing interdisciplinary teams to coordinate the educational and supportive responsibilities for providing high-quality care to HIV/AIDS patients. These teams will formulate, plan and implement inservice training for all ranks of nurses, as suggested MacNeil (1992).
4. All nurses caring for HIV/AIDS patients should be given incentives to motivate them. A large number of nurses in Nigeria are leaving nursing for jobs with higher salaries, less stress and more respect in other fields.
5. Both public and private agencies should be encouraged to establish support groups for HIV/AIDS patients. Evidence suggests that social support can act as a buffer against stress, cushioning its impact. It also has a direct, positive effect on psychological well-being (House *et al.* 1982).
6. Since the fear of HIV/AIDS is associated with occupational hazards, it is important for health staff to make use of universally accepted precautionary measures (Centers for Disease Control 1987). Care of HIV/AIDS patients can be properly provided in hospitals. The practice of hospitals forcibly discharging HIV/AIDS patients is an affront to basic human rights and must cease. The Federal Government of Nigeria must provide the resources to treat all HIV/AIDS cases.

Bibliography

- ABITEBOUL D. *et al.* 1992. "Exposition accidentelle au sang du personnel soignant. Résultats d'un an de surveillance du risque pour les infirmiers dans 17 hôpitaux", *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 40 (10): 983-989.
- AIDS Information Exchange Resource Center. 1993. "AIDS Mirror", August, 2.
- AKINSANYA J. A. and ROUSE P. 1992. "Who will care? A survey of the knowledge and attitudes of hospital nurse to people with HIV/AIDS", *Journal of Advanced Nursing*, 17 (4): 400-401.
- ARMSTRONG-ESTHER C and HEWITT W. E. 1990. "The effect of education on nurses' perception of AIDS", *Journal of Advanced Nursing*, 15 (6): 638-651.
- BAIRD S. C. and BEARSLEE N. O. 1990. "Developing an inservice program on acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)", *Journal of Nursing Staff Development*, 6: 269-274.
- BARNETT T. and BLAIKIE P. 1992. *AIDS in Africa: its present and future impact*, London: Bellhaven Press.
- BARON R. A. and BYRNE D. 1991. *Social Psychology*, Boston: Allyn.
- BEEDHAM H. and WILSON-BARNETT J. 1995. "HIV and AIDS care: consumers' views on needs and services", *Journal of Advanced Nursing*, 22 (6): 677-686.
- BOND S. *et al.* 1990. "HIV infection and community nursing staff in Scotland", *Nursing Times*, 86: 47-50.
- BREAULT A. J. and POLIFRONI E. C. 1992. "Caring for people with AIDS: nurses' attitudes and feelings", *Journal of Advanced Nursing*, 17 (1): 21-27.
- CARLISLE C. 1993. "Broken promise", *Nursing Times*, 89 (19): 5 and 22.
- Centers for Disease Control (United States). 1987. "Human Immunodeficiency Virus infections in health care workers exposed to blood of infected patients", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 36 (19): 286-289.
- Daily Times* [Lagos]. 1997. "Editorial: AIDS in Nigeria", 17 March: 11.
- DAVIS R. and HOUGHTON P. 1995. *Mastering psychology*, London: MacMillan.
- EFFA-HEAP G. 1997. "The attitude of Nigerian nurses to HIV/AIDS patients at University College Hospital, Ibadan", *Sociétés d'Afrique et Sida*, 17-18: 2-4.
- FESTINGER L. 1957. *Theory of cognitive dissonance*, Stanford: Stanford University Press.
- GHODSE A. H. 1978. "The attitude of casualty staff and ambulance personnel towards patients who take drug overdose", *Social Science and Medicine*, 12A: 341.
- GOFFMAN E. 1963. *Stigma*, Prentice Hall: Englewood Cliffs.
- GROSS R. D. 1987. *Psychology*, London: Edward Arnold.
- HOUSE J. S., ROBBINS C. and METZNER H. L. 1982. "The association of social relationships and activities to mortality: prospective evidence from Tecumseh community health study", *American Journal of Epidemiology*, 116: 123-140.
- KAZANOWSKI M. K. 1992. "A nursing department's response to risks associated with human immunodeficiency virus", *Nursing Outlook*, 40: 42-43.
- KELLY J. A. *et al.* 1987. "Nurses' attitudes towards AIDS", *Journal of Continuing Education in Nursing*, 19 (2): 78-83.

- LAOYE A. M. 1988. "The discipline of nursing", *Nigerian Journal of Nursing Education*, 1 (1): 1-4.
- LASHER A. T. 1989. "The significant others role in improving quality of life in persons with AIDS dementia complex", *Journal of Neuroscience Nursing*, 21 (4): 250-255.
- MACNEIL J. 1992. "Sharing the challenge: mobilizing nurses against HIV/AIDS in Africa", *International Nursing Review*, 39 (3): 77-82.
- MELBY V., BOORE J. R. and MURRAY M. 1992. "Acquired immunodeficiency syndrome: knowledge and attitudes of nurses in Northern Ireland", *Journal of Advanced Nursing*, 17 (9): 1068-1077.
- MILES A. 1991. *Women, health and medicine*, Buckingham: Open University Press: 80-165.
- ORUBULOYE I.O. 1995. "600 000 Nigerians HIV positive - expert", *Daily Sketch* (Ibadan), 3 July, 8.
- PEPLAU H. 1988. *Interpersonal relations in nursing*, New York: Putnam.
- PLANT M. L. and FOSTER J. 1993. "AIDS-related experience, knowledge, attitudes and beliefs amongst nurses in an area with a high rate of HIV infection", *Journal of Advanced Nursing*, 18 (1): 80-88.
- Post Express* (Lagos). 1997. "Schoolgirls infected with AIDS", 7 January: 1.
- Punch* [Lagos]. 1997. "Community leader dies of AIDS", 27 January: 9.
- REBER A. S. 1988. *The Penguin Dictionary of Psychology*, London: Penguin Books.
- SOWUNMI A. and IKHEMUDEMHE G. 1996. "Playing the ostrich", *Policy* (Lagos), 22 January, 9-14.
- STEELE A. and MELBY V. 1995. "Nurses' knowledge and beliefs about AIDS: comparing nurses in hospital, community and hospice settings", *Journal of Advanced Nursing*, 22 (7): 879-887.
- STEPHENSON C. 1991. "The concept of hope revisited for nursing", *Journal of Advanced Nursing*, 16 (12): 145-161.
- WELLINGS K. and WADSWORTH J. 1990. "AIDS and the moral climate", in R. JOWELL, S. WITHERSPOON and L. BROOKS (eds), *British social attitudes: The VIIth Report*, Aldershot: Gower.

Gladys EFFA-HEAP, *The attitude of nurses to HIV/AIDS patients in a Nigerian University Teaching Hospital*

Summary — There may be up to four million Nigerians with HIV/AIDS, but Nigeria has been slow to embark on caring for HIV/AIDS patients. The Nigerian Government has not sufficiently resourced this area of the Federal Health Service; this has implications for nurses caring for HIV/AIDS cases. Using the specific example of University College Hospital (UCH), Ibadan, the leading Teaching Hospital in the country, the paper examines the attitude of nurse caring for HIV/AIDS patients. 193 nurses were sampled with a questionnaire, and their answers analysed using percentages, means and analysis of variance. Results showed that the nurses were knowledgeable about HIV/AIDS. Nurses' attitude to HIV/AIDS patients divided into 62.7 percent neutral, 20.7 percent positive and 16.6 percent negative. Over 70 percent of nurses believed UCH was not equipped to manage HIV/AIDS patients. No significant relationships were found between attitude and either the nurses' age, the nurses' knowledge of HIV/AIDS, or the level of exposure to HIV/AIDS patients. With realistic remedies to produce more dignified treatment urgently required, recommendations for future government policies and health care practices are suggested.

Keywords: nurses • attitude • care • HIV/AIDS • patients • Nigeria.

Gladys EFFA-HEAP, *L'attitude des infirmières envers les patients malades du sida dans un Hôpital Universitaire du Nigeria*

Résumé — Il se peut qu'il y ait quelque quatre millions de Nigeriens porteurs du VIH/sida, mais le pays a été lent à s'engager dans la prise en charge des patients du VIH/sida. Le gouvernement nigerian n'a pas alloué de ressources suffisantes à ce champ d'intervention du Service Fédéral de la Santé. Cette situation a des implications pour les infirmières apportant les soins aux malades du sida. A partir de l'exemple spécifique du Centre Hospitalier Universitaire d'Ibadan, le principal Hôpital de Formation du pays, cette étude examine l'attitude des infirmières soignant les patients malades du VIH/sida. Un échantillon de 193 agents de santé a été retenu pour une enquête par questionnaire ; les réponses ont été analysées, en termes statistiques (pourcentages, variance). Les résultats ont montré que les infirmières étaient informées sur le VIH/sida. Leur attitude envers les malades du sida était divisée : 62,7% étaient neutres, 20,7% positives et 16,6% négatives. Plus de 70% parmi elles pensaient que le Centre Hospitalier Universitaire n'était pas équipé pour prendre en charge les malades du sida. Il n'y a pas eu de relations significatives entre leur attitude, leur âge, leur connaissance sur le VIH/sida ou le niveau d'exposition aux malades du VIH/sida. Avec des propositions réalistes pour promouvoir un traitement plus digne, qui est urgentement requis, des recommandations sont faites pour mettre en œuvre les politiques sanitaires futures et améliorer les pratiques de soins.

Mots-clés : infirmières • attitude • prise en charge • VIH/sida • malades • Nigeria.

31. Des infirmières face au sida.

Impact de l'épidémie sur les rôles professionnels dans un service de pédiatrie du Burkina Faso¹

Alice Desclaux

Les études des sciences sociales menées auprès des professionnels de santé en Afrique de l'ouest se sont intéressées essentiellement aux attitudes des médecins vis-à-vis de nouvelles procédures liées au VIH, telles que le conseil et l'annonce (Collignon *et al.* 1994). Par contre, les paramédicaux², n'ont été concernés dans la plupart des pays que par des enquêtes CACP, (Connaissances, Attitudes, Croyances, Pratiques) portant sur leur niveau de connaissances biomédicales, leurs attitudes face aux malades, et leur perception du risque de transmission au cours des soins (Sicard *et al.* 1990 ; Rouamba 1991 ; Bouvet *et al.* 1992). Ces travaux reposent souvent sur des présupposés rationalistes qui associent l'adoption des nouvelles précautions techniques à la connaissance des modes de transmission du virus ou de sa sensibilité aux antiseptiques ; mais ils ne prennent pas en compte les perceptions subjectives des personnels paramédicaux sur l'applicabilité de mesures évoquées par des études qualitatives relatives à d'autres continents (Barbour 1994 ; Gianni *et al.* 1994 ; Horsman *et al.* 1995 ; Berkowitz *et al.* 1996).

Pourtant les paramédicaux n'échappent pas aux divers aspects de l'épidémie : ni à son emprise directe — les taux de séroprévalence du VIH sont élevés parmi les adultes jeunes dont ils font partie —, ni aux bouleversements du fonctionnement des institutions sanitaires dans lesquelles ils travaillent. Des économistes, préoccupés par la diminution des effectifs infirmiers alors que la charge de travail est croissante dans les services de soin, ont abordé l'impact "macrosocial" du sida sur les infirmières sous l'angle de la gestion des structures de santé (Foster *et al.* 1995) ; mais les changements induits par le sida au niveau "micro-social" des structures sanitaires ont été peu analysés jusqu'à présent pour les paramédicaux en Afrique.

Partant de l'étude monographique d'un service hospitalier pédiatrique accueillant des enfants atteints par le VIH au Burkina Faso, cet

¹ Nous remercions Éric de Roodenbeke et Bernard Taverne pour leur lecture critique.

² Nous comprenons sous ce terme les infirmiers (surveillants, infirmiers diplômés d'Etat, infirmiers brevetés), en excluant dans cet article les agents de santé (filles de salle, manœuvre, secouristes et bénévoles) qui participent aux soins à l'hôpital, mais ne partagent pas le même statut.

article a pour objectif d'examiner l'évolution du rôle des infirmières perceptible dans les attitudes, discours et pratiques dans un service de soin, et dans les propositions des programmes de lutte contre le sida. Les données qui servent de base à ce travail ont été recueillies dans le cadre d'une étude de l'impact de l'épidémie de sida sur la lutte contre les diarrhées et malnutritions infantiles¹, dont l'approche, la méthode et les principaux résultats ont été décrits par ailleurs (Desclaux 1995).

Le contexte

Le Burkina est l'un des pays les plus affectés par l'épidémie en Afrique de l'ouest. Sa séroprévalence, estimée à 8 %, le place en troisième position après la Côte-d'Ivoire et le Ghana. À Bobo Dioulasso, 12,7 % des femmes enceintes étaient séropositives en 1995 (Anonyme 1995). Le service de pédiatrie du Centre Hospitalier National Sanou Souro de Bobo Dioulasso comprend 138 lits, dispose d'une équipe de 6 médecins, 14 infirmiers, 4 filles de salle et plusieurs agents, et accueille chaque année 15 000 consultants et plus de 4 000 enfants hospitalisés, ce qui correspond à une activité importante. L'hôpital est de rang national, il reçoit les enfants orientés par les hôpitaux de district de huit provinces (soit près de 3 millions d'habitants), et les centres de soins de la province du Houët (centres médicaux et centres de santé et de promotion sociale) sont censés lui adresser les enfants suspectés d'être atteints par le VIH.

Le premier cas de sida a été diagnostiqué dans le service de pédiatrie en 1986. En 1990-91, le taux de séroprévalence était de 4,7 % chez les enfants hospitalisés âgés de 1 à 3 ans (Tall *et al.* 1993) et de 14,5 % chez les enfants malnutris hospitalisés (Prazuck *et al.* 1993). Au moment où cette étude a été réalisée, environ deux enfants séropositifs au VIH étaient dépistés dans le service, en moyenne, chaque semaine. Ces enfants sont presque tous des enfants admis pour des pathologies associées (malnutrition sévère, infections cutanées, pneumopathie, diarrhée persistante) dont la gravité, l'intrication, le caractère récurrent ou la résistance au traitement évoquent une défaillance immunitaire. Lorsque ces signes sont constatés, un dépistage du VIH par les tests Elisa et Western Blot est proposé aux parents, mais n'est pas systématiquement réalisé du fait de son coût². Aussi le nombre des enfants dont on connaît la séropositivité est largement inférieur au nombre des enfants infectés par le VIH accueillis par le service. Il n'existe pas de protocole standardisé de prise en charge du VIH, ni de programme spécifique de soutien médico-social dans le service, et la

¹ L'étude sur "L'impact de l'épidémie de sida sur la lutte contre les diarrhées et malnutritions infantiles à Bobo Dioulasso, Burkina Faso" a été réalisée de 1992 à 1994. Elle a été financée par l'ANRS (Agence nationale française de recherches sur le sida).

² Seul examen paraclinique non compris dans le forfait d'hospitalisation pédiatrique, le test VIH coûtait 2 000 FCFA au moment de l'enquête et jusqu'en 1995, ce qui correspond à un dixième du montant du salaire minimum mensuel ; son prix a été réduit à 500 FCFA (1 F CFA = 0,01 FF).

prise en charge effectuée comprend essentiellement le traitement des infections opportunistes et le traitement nutritionnel de l'enfant. Les pédiatres sont confrontés d'une part aux aspects psychologiques du conseil qui dépassent leur rôle habituel, d'autre part aux problèmes économiques courants qui limitent la réalisation des traitements prescrits, enfin à l'échec thérapeutique face à cette pathologie. Les facteurs économiques expliquent en grande partie les "évasions" (ou sorties contre avis médical) d'enfants hospitalisés, et le recours toujours important aux praticiens du secteur traditionnel et aux médicaments du marché illicite (Desclaux 1996b). Les stratégies qui ont été mises en place dans le service face à l'épidémie de sida comprennent, au moment de l'enquête, la réalisation d'une session de formation du personnel et l'instauration de mesures de prévention telles que la restriction des indications de transfusion, l'introduction de matériel d'injection à usage unique et la généralisation de précautions dans les actes techniques. Pour préserver les enfants malades de la divulgation de leur atteinte par le VIH, les médecins du service ont décidé en 1991 d'éviter que les paramédicaux aient connaissance de ce diagnostic.

Le rôle des infirmières de pédiatrie face au sida

Avant l'épidémie de sida, les taux de mortalité infantile élevés dans le service confrontaient quotidiennement les infirmières au décès de leurs malades. Par l'accueil des enfants atteints de malnutritions sévères, la prise en charge de pathologies chroniques au devenir aléatoire était une activité habituelle. Enfin, la fréquence de maladies infectieuses telles que les méningites, les hépatites et les tuberculoses exposait les soignants à la contagion dans le cadre de leur travail. En quoi, dans ce contexte, la prise en charge du sida est-elle spécifique pour les infirmières ?

Le service de pédiatrie tient à la fois de l'hôpital, dont il a les caractéristiques fonctionnelles, et des services de Santé Maternelle et Infantile : les paramédicaux y sont en très grande majorité des femmes, et leur rôle comprend non seulement la réalisation des gestes techniques spécialisés (prélèvements divers incluant les ponctions lombaires, pose de voies veineuses, de sondes, transfusions, etc), l'administration ou la distribution des traitements, l'enregistrement des malades et des prescriptions, mais aussi les conseils aux accompagnants et "l'éducation des mères", individuellement ou collectivement (au centre de renutrition attenant au service). La réalisation des gestes techniques et l'"éducation des mamans" constituent les éléments fondateurs du rôle des infirmières telles qu'elles le décrivent. Par contre, l'alimentation, l'hygiène de l'enfant hospitalisé, ainsi qu'une part importante de la surveillance des traitements sont assurées par l'accompagnant. L'aide psychologique à l'enfant ou au couple mère-enfant ne fait pas davantage partie du rôle décrit ou revendiqué par les infirmières.

Avec les enfants

Pour la majorité des infirmières, la spécificité du sida tient au fait qu'elles ne sont pas "officiellement" au courant du diagnostic. Elles déclarent cependant : "*Les médecins ne nous donnent pas les résultats mais bien sûr on s'en doute*", "*On soupçonne*", "*On s'en rend compte*". Les termes utilisés évoquent une connaissance tantôt imprécise, tantôt très affinée, qui se fonde d'une part sur des indices obtenus dans le service, d'autre part sur l'expérience clinique et sur le savoir acquis par la formation en matière de sida, enfin sur des éléments "d'épidémiologie populaire". Lorsqu'un examen sérologique VIH est prescrit, les infirmières ou les filles de salle peuvent en avoir connaissance "accidentellement", en assistant à la consultation médicale, par le type d'examen paraclinique demandé (avec mention, codée ou pas, du test VIH), ou en accompagnant le malade ou son parent dans les services administratifs ou au laboratoire. Dans le service, le personnel évoque ces cas : "*On en parle entre nous*". Une information officieuse autour des enfants ayant subi un test, donc "suspects" d'être atteints, circule parmi le personnel du service. Les signes évocateurs du sida sont d'abord pour elles l'importance de la diarrhée ou la gravité de l'amaigrissement, la résistance au traitement, la notion de maladie ou de décès des parents, leur séjour en Côte-d'Ivoire ou leur appartenance aux catégories sociales "aisées" ou "éduquées" : "*Par exemple quand c'est un enfant de quelqu'un qui travaille, par exemple quelqu'un de la fonction publique, qui arrive pour malnutrition, automatiquement je pense à une possibilité de séropositivité. Parce que quand même, ce sont des gens qui comprennent... Ceux qui sont ignorants, je leur attribue la malnutrition, quand il y a les moyens de nourrir les enfants, là il y a doute*". Certains de ces critères infirmiers, tels que le retour de Côte-d'Ivoire, correspondent aux représentations populaires du sida, le sida étant appelé *Abidjan bana* (maladie d'Abidjan) à Bobo Dioulasso. L'amaigrissement et la diarrhée correspondent aux signes cliniques les plus facilement perceptibles des critères de Bangui définis par l'OMS et utilisés par les médecins pour établir un diagnostic de sida (WHO 1989). Enfin, des critères comme la catégorie sociale telle qu'elle est comprise dans la dernière citation sont plus spécialisés, et résultent du savoir et de l'expérience professionnelle propre des infirmières. Comme un diagnostic populaire, ce diagnostic infirmier a été construit par l'assemblage d'éléments hétérogènes définis en grande partie par l'observation empirique et sélectionnés sur la base de leur sensibilité plus que de leur spécificité. D'usage interne au groupe des personnels paramédicaux, il n'est pas évoqué avec les médecins. Dans certains cas, il amène les infirmières à considérer comme "suspects" des enfants dont l'atteinte par le VIH n'a pas été envisagée par les médecins. Tous les enfants séropositifs leur paraissent *a priori* atteints, alors qu'entre leur naissance et 18 mois, environ deux enfants séropositifs sur trois sont indemnes, et seulement porteurs des anticorps maternels. Enfin, les enfants hospitalisés pour d'autres pathologies (paludisme, etc.) ne sont pas considérés comme "suspects" par les infirmières, alors que le taux

élevé de séroprévalence dans la population générale permet de penser qu'un certain nombre d'entre eux sont atteints par le VIH. C'est ce "diagnostic infirmier" qui détermine en partie les attitudes des paramédicaux.

Face à la maladie

De l'avis du personnel soignant, le diagnostic médical d'atteinte par le VIH modifie le propos de la prise en charge, dominé pour les infirmières par l'échec thérapeutique et le découragement. La multiplicité des pathologies et la difficulté à les traiter confrontent surtout les parents de manière répétitive au coût des traitements. L'intervention des infirmières est ainsi directement soumise aux capacités économiques des parents à acheter les produits pharmaceutiques prescrits. Leur impuissance face à ces contraintes qui limitent l'efficacité de leur travail retentit sur leurs attitudes, qui s'échelonnent entre la compassion et la condamnation des mères (Desclaux 1996a). Ces attitudes sont souvent ambivalentes et porteuses d'une charge émotionnelle importante, qui semble être observée dans des contextes très variés de soins infirmiers auprès de malades du sida (Giami et Veil 1992). Elles conduisent aussi à des stratégies d'évitement, qui consistent pour l'infirmière à ne pas interroger la mère sur les médicaments qu'elle n'a pas pu acheter pour éviter que soient révélées au grand jour la double impuissance du soignant et du parent, selon un schéma interactionniste (Goffman 1974). Cet évitement peut aussi dépasser le cadre de la communication entre une infirmière et une mère pour retentir sur des attitudes plus générales de résistance face aux tâches à accomplir, qui ont été décrites dans d'autres hôpitaux africains (Hours 1985). Pour certaines infirmières le coût de la prise en charge, qui ne pourra pas à terme empêcher le décès de l'enfant, est en contradiction avec l'intérêt de sa famille et remet en question l'utilité de l'hospitalisation. Même lorsque toutes les difficultés de la prise en charge hospitalière ont pu être résolues et ont permis un certain niveau d'amélioration clinique, les enfants demeurent, dans les représentations des infirmières, des enfants qui ne guériront pas, alors que les médecins du service observent des cas d'adolescents porteurs du VIH et asymptomatiques, qui remettent en question les pronostics médicaux pessimistes habituels en Afrique.

Avec les mères

L'intervention éducative auprès des mères occupe une place importante dans le rôle que s'assignent les infirmières, qu'elle ait lieu au cours de séances collectives ou dans la communication interindividuelle entre infirmières et parents, et dépasse le niveau d'une simple information. L'analyse des perceptions que les mères ont des messages délivrés autour de la malnutrition et des diarrhées infantiles banales montre que les notions apprises à l'hôpital leur permettent d'attribuer un sens aux événements pathologiques plus souvent qu'elles ne déterminent les pratiques. En cas d'atteinte par le VIH, les

messages éducatifs demeurent inchangés, passant sous silence le sida pédiatrique ou l'abordant de manière abstraite, l'objectif n'étant pas de permettre aux mères de suspecter ce diagnostic. Face au sida, les infirmières ne peuvent plus informer la mère sur les causes et le pronostic de la maladie, ni affirmer l'efficacité d'une conduite élémentaire à tenir. Leur perception très pessimiste du pronostic et l'absence de "messages" clairement identifiés qu'elles pourraient transmettre aux parents d'enfants atteints invalident leur rôle éducatif. Pour la mère, l'attribution de sens en rapport avec les concepts biomédicaux n'est plus effective.

De plus, outre le fait qu'elles ne connaissent pas "officiellement" le statut sérologique de l'enfant, les infirmières ignorent lesquels, parmi les parents, ont été informés de ce statut, tout en sachant que certains parents "soupçonnent" l'atteinte. Les stratégies de réponse des soignants consistent alors à évoquer la conduite à tenir en cas de diarrhée ou malnutrition "simples", à répondre de manière évasive, à éviter les questions : *"On ne va pas se familiariser beaucoup avec les malades"*. De l'avis de la majorité des infirmières, les parents devraient être avertis du diagnostic pour permettre la communication dans le service. Mais cela ne suffit pas : la communication soignants-mères, de par la place importante qu'elle accorde à l'intervention éducative, ne peut avoir lieu sans la définition de "messages" destinés aux parents d'enfants atteints par le VIH, qui suppose de redéfinir le sens de la prise en charge médicale.

Face à la mort

Lorsqu'elle est évoquée verbalement, la mort d'un enfant fait l'objet de métaphores : *"Il n'est plus là"*, *"Il est parti"*. Ces précautions oratoires reflètent des usages attestés dans la plupart des groupes sociolinguistiques d'Afrique de l'ouest (Thomas 1982), auxquels les institutions sanitaires ne dérogent pas. Comme le décès de l'enfant, un mauvais pronostic fait partie des thèmes sur lesquels la communication entre parents et soignants est évitée, car celui qui annonce serait, selon les infirmières, considéré par les parents comme celui qui provoque le malheur. Les parents interrogent pourtant les paramédicaux sur le pronostic pour leur enfant. Dans l'impossibilité de donner un pronostic défavorable et d'évoquer les aspects biomédicaux de la maladie, les paramédicaux répondent aux questions et demandes indirectes des parents par ce qu'ils considèrent comme une forme d'encouragement et de "soutien moral", ayant pour fonction de maintenir une communication lorsque la plupart des thèmes habituellement abordés dans la relation de soins doivent être évités. L'importance d'un discours de ce type a été décrite dans d'autres institutions, telles qu'un hôpital de jour pour malades du sida en France (Boiron et Licht 1993) et une institution spécialisée dans la prise en charge du cancer au Québec (Saillant 1988). Au-delà des enjeux de la communication, le décès de l'enfant dans le service ne fait pas l'objet d'interventions de la part des soignants, à l'exception de la dépose du petit matériel médical (perfuseurs, sondes). Les parents

emportent alors le corps de leur enfant aussi rapidement que possible. Bien que les décès d'enfants y soient très fréquents, le service n'est pas considéré comme un lieu où la mort est acceptée et gérée, et la notion d'anticipation de la mort permettant "l'assistance en fin de vie" n'y est pas recevable.

Confrontées au VIH

S'il ne doit théoriquement pas influer sur les rôles, le risque de contamination par le VIH dans le service retentit en permanence sur les attitudes et les pratiques des infirmières. Les mesures de protection mises en œuvre dans l'hôpital correspondent aux "précautions universelles" recommandées par l'OMS (Anonyme 1988) : utilisation de matériel à injection jetable, procédures de désinfection, suppression du recapuchonnage des aiguilles, port des gants lors des actes sanglants, etc. Mais ces mesures sont soumises à des interprétations, favorisées par l'imprécision de la stratégie nationale dans ce domaine, par l'insuffisance de l'information des personnels paramédicaux et par les difficultés matérielles à appliquer les règles. La majorité des infirmières ignorent la valeur du risque statistique de contamination lors d'une piqûre avec une aiguille souillée par du sang contaminé, estimé dans les pays tropicaux à 0,49 % (Veeken *et al.* 1991). Ce risque leur semble majeur, et provoque une crainte permanente. Par contre, les infirmières semblent surestimer l'efficacité protectrice des gants, alors qu'il est établi que la précaution la plus efficace est le fait de ne pas recapuchonner l'aiguille utilisée. Mais pour elles, le port des gants est une protection (pour elles-mêmes) plus efficace que les précautions (à visée plus abstraite). Aussi, l'absence de gants ou leur nombre insuffisant (ou perçu comme tel) sont-ils ressentis de manière particulièrement aiguë par les infirmières, qui ne se sentent pas protégées par les autres mesures. Elles prennent donc des précautions supplémentaires, sélectives, vis-à-vis des enfants pour lesquels le "diagnostic infirmier" de sida a été porté ou dont la séropositivité est connue. L'impact de cette catégorisation porte d'abord, dans les discours, sur les attitudes, résumées par l'énonciation : "*On se méfie, on n'a pas la même réaction*".

Face à leur maladie

La crainte de la contamination est évoquée clairement par la quasi-totalité des infirmières. À la crainte d'une contamination "théorique", exprimée aussi pour d'autres pathologies telles que la tuberculose, s'ajoute avec le sida la peur d'avoir soi-même été contaminée à diverses occasions, fréquentes dans le contexte (piqûre avec une aiguille souillée, contact avec une plaie non protégée), et de ne pas encore le savoir. "*Tous les jours on a peur, bien sûr*". La peur est alimentée par la fréquence en milieu tropical de pathologies qui peuvent, par leurs symptômes, évoquer des infections opportunistes : "*Dès que j'ai une petite diarrhée, je me dis que c'est ça...*". Les tests sérologiques ne sont pas perçus par les soignants comme un moyen de

suspendre l'angoisse, et les soignants y ont très peu recours (Desclaux 1996d). L'atteinte d'une infirmière du service, son entrée dans la maladie au début de 1993 et son décès quelques mois plus tard ont ravivé cette crainte générale.

L'épidémie de sida a induit chez les infirmières des perceptions dominées par des sentiments d'impuissance (liée aux échecs thérapeutiques, au caractère insurmontable des difficultés financières et à l'impossibilité de mener une intervention éducative), d'insécurité (qui persiste malgré l'adoption individuelle plus ou moins précise des précautions universelles), et d'incertitude (concernant le risque de contamination, l'intérêt de la prise en charge thérapeutique des enfants, et l'objet de la communication avec les mères). Dans le service de pédiatrie, le sida n'induit pas de nouvel acte technique qui aurait permis aux infirmières de développer leur compétence et d'accroître la reconnaissance de leur profession. Leur rôle antérieur est mis en péril sur ses deux aspects principaux et le sida, qui n'est jamais clairement mentionné, "parasite" la communication avec les médecins comme avec les mères. L'exercice quotidien de leur profession s'écarte des normes théoriques nationales concernant le sida, qui mettent en avant une sécurité des actes en partie hors du contrôle des infirmières, et une intervention de "conseil psychosocial personnalisé" qui leur est impossible du fait de l'absence d'information sur les diagnostics.

Points de vue sur le rôle des infirmières face au sida

Les changements observés dans les perceptions, les attitudes et les pratiques du personnel paramédical se font dans l'interaction avec leurs "partenaires" professionnels que sont les médecins, l'administration hospitalière, les instances nationales de lutte contre le sida et les associations professionnelles. Ils doivent être mis en rapport avec les attentes de ces partenaires.

Le rôle des infirmières et les médecins

Du point de vue des médecins du service, l'intervention du personnel paramédical face au sida est dominée actuellement par deux aspects : l'adoption de précautions dans les actes infirmiers qu'ils estiment satisfaisante, et la question de la connaissance du statut sérologique des enfants et du secret médical. De l'avis des médecins, informer les paramédicaux du statut sérologique des enfants favorisera la mise à l'écart de certains d'entre eux ; d'autre part, cette information serait divulguée dans l'équipe soignante et au-delà, car les paramédicaux ne respecteraient pas le secret médical, essentiellement parce qu'ils n'ont pas reçu de formation initiale sur les aspects éthiques du soin. Du point de vue des infirmières, les attitudes en matière de secret médical ne tiennent pas à un manque d'information ou à une absence de respect des règles éthiques qui seraient constitutifs de leur profession, mais aux difficultés de contrôler la circulation de l'information médicale dans des services hospitaliers fréquentés par de

nombreux malades et soignants, qui ne limitent pas suffisamment leurs propos, quelle que soit leur catégorie professionnelle.

Cette question centrale du partage de la connaissance du statut sérologique par l'équipe soignante se pose dans la plupart des services de soins. Elle a été discutée lors d'un atelier national, dont le propos était de définir des protocoles de prise en charge des malades¹ ; la majorité des médecins se sont alors prononcés en faveur de l'ouverture au principe du "secret partagé", dans le cadre de nouveaux programmes où les paramédicaux élargiraient leur pratique à des visites à domicile calquées sur l'expérience des pays africains plus avancés dans l'épidémie, ou des interventions de *nursing* calquées sur les pratiques des pays développés. En attendant ce développement, les médecins du service de pédiatrie préfèrent continuer à "garder le secret", seul moyen selon eux de garantir un traitement éthique de tous les enfants. Le rôle "d'éducation sanitaire" que jouent les infirmières auprès des mères doit, pour eux, être renforcé pour les enfants atteints par le VIH, et pourrait se prolonger par un soutien psychologique régulier à domicile ayant pour objectif premier d'assurer la régularité du suivi médical.

Mais selon les médecins du service, toutes les infirmières ne sont pas également susceptibles de remplir ce rôle. La communication avec les mères demande certaines aptitudes, mais plus encore, une attitude faite d'équité et de patience : "avoir la volonté", qui n'est pas, d'après eux, partagée par tous les agents de santé. Qu'ils l'expliquent par l'insuffisance de la formation initiale des infirmiers, par leur absence de motivation au moment de choisir une orientation professionnelle, ou par leur refus de partager leur savoir considéré comme un privilège, les médecins estiment que les infirmiers sont généralement peu motivés par la communication avec les malades. L'aptitude à communiquer ou à s'occuper des enfants les plus "décourageants" (les enfants sévèrement malnutris étaient déjà considérés comme tels avant le sida) est alors considérée comme un trait personnel, qui dépendrait de l'origine sociale des infirmières, leur engagement politique, leur appartenance ethnique, leur engagement religieux, leur personnalité ou leur expérience individuelle. Bien que soulignant le devoir que représente pour toute infirmière la communication avec les mères, constitutive de son rôle professionnel, les médecins, par souci d'efficacité, tendent à sélectionner sur des critères personnels celles qui pourront avoir accès à des informations et assureront l'éducation et le soutien psychologique.

Le rôle des infirmières et l'administration hospitalière

Depuis le début de l'épidémie, au cours des séminaires de formation, le personnel paramédical a fréquemment soulevé la question de la prise en compte du sida comme maladie professionnelle, et de son

¹ Séminaire national pour la standardisation de la prise en charge du sida. Comité national de lutte contre le sida, Direction provinciale de la Santé du Houët, Bobo Dioulasso, 4-8 juillet 1994.

indemnisation. Le risque de contamination en milieu professionnel a été discuté par les médias à plusieurs reprises, notamment autour d'un cas d'agression d'une infirmière par un malade¹. Les instances nationales de lutte contre le sida ne se sont pas prononcées officiellement sur ce point, mais les porte-parole publics du comité avaient affirmé sa position sur ce problème : la contamination ne pourrait être considérée comme un accident du travail, ni le sida comme maladie professionnelle. Aucune procédure médico-légale (telle qu'un examen de dépistage) n'est définie en cas d'accident exposant un membre du personnel au sang contaminé. Interrogé sur les attitudes du personnel paramédical, le directeur du premier hôpital national déclarait lors d'un débat télévisé que les agents de santé atteints par le VIH "*travaillaient et participaient jusqu'à leur mort*"². Le personnel hospitalier peut légalement bénéficier de la gratuité pour les consultations médicales, de l'accès aux médicaments génériques auprès de la pharmacie de l'hôpital, d'indemnités journalières en cas de maladie, mais l'État ne peut pas totalement honorer cet engagement et ne finance pas les médicaments en quantité suffisante. Aucune mesure spécifique n'a été définie concernant le sida, et l'absence d'aide matérielle, de la part de l'administration de l'hôpital, pour certains examens coûteux et pour les traitements qui n'existent pas sous forme générique, a été ressentie avec acuité par le personnel du service au cours de l'épisode douloureux de la maladie de leur collègue. Elle est interprétée comme une absence de reconnaissance de l'appartenance des infirmières à l'institution hospitalière, qui pourrait, selon elles, se matérialiser par quelques avantages. Pour elles, une infirmière malade se trouve proche de la situation d'un malade ordinaire, confrontée aux mêmes problèmes résumés par cette observation : "*Le sida n'est pas à la portée de nos salaires*". D'autre part, les "arrangements" pris dans le service pour diminuer la charge de travail de l'infirmière malade entre les périodes d'arrêt de travail n'ont été dus qu'à la volonté du chef de service, aucune disposition administrative n'ayant été prise dans le sens d'un aménagement des postes. La seule mesure administrative fut l'émission d'une note de service invitant les membres du personnel à se rendre à ses funérailles. Deux membres du personnel étant décédés du sida à quelques jours d'intervalle, un grand nombre d'employés de l'hôpital devaient se retrouver à deux reprises pour les funérailles de l'une des leurs, ce qui ne pouvait que favoriser la prise de conscience collective de leur vulnérabilité face à la maladie. La plupart des infirmières estiment que l'administration hospitalière ne respecte pas ce qu'elles considèrent comme des devoirs envers ses employés, et se perçoivent "*envoyées par l'hôpital pour s'occuper des malades, et abandonnées lorsqu'elles sont contaminées*".

¹ Ouattara Souleymane, « L'agression d'une infirmière par un sidéen : crime ou geste de désespoir ? », *Sidwaya*, n°2089, 28 août 1992.

² Débat télévisé du 1^{er} décembre 1992, Télévision Nationale Burkinabè.

Le rôle des infirmiers dans le Programme national de lutte contre le sida

L'analyse des plans successifs de lutte contre le sida (Anonyme 1987, 1990, 1993) montre une prise en compte précoce de la transmission iatrogène, avec des interventions de formation du personnel de santé sur ce point prévues dès 1987. À partir de 1990, le personnel paramédical a été impliqué à un autre niveau, celui du soutien psychologique des personnes atteintes. Le premier plan à moyen terme prévoit de déterminer quels professionnels de santé (incluant les infirmiers) seront impliqués dans les services hospitaliers dans le soutien psychologique, d'élaborer des recommandations concernant ce soutien, de mettre en place des rencontres avec des psychologues et psychiatres pour en déterminer le contenu. En 1992, le second plan à moyen terme ne définit pas d'autre objectif concernant le personnel paramédical, mais prévoit de "recycler les agents de la santé et de l'action sociale" et de "mettre à leur disposition une documentation sur le sida". Les faibles effectifs de psychiatres et psychologues ont limité la mise en œuvre de ces décisions administratives. Des sessions de formation ponctuelles, de contenus et de durées variables, ont été effectuées auprès des personnels de santé de certaines structures sanitaires, mais le travail de définition du rôle des personnels de santé n'a pas été mené au niveau national. Si la pratique des paramédicaux n'est régulée sur ce point par aucune circulaire administrative, le fascicule *Bien connaître le sida pour mieux le combattre* (CNLS 1991) est le seul document qui présente les recommandations qui ont été définies au plan national. Ces recommandations concernent les infirmiers :

« Le personnel soignant doit changer ses habitudes et sa mentalité : ne pas condamner le malade, ne pas le rejeter, ne pas l'entourer de soins excessifs, avoir conscience des conséquences très importantes par rapport à la famille, aux amis, au milieu professionnel, etc.

Le personnel peut constituer des groupes de soutien, car le travail avec les malades et les mourants face à l'impuissance devant la maladie peut conduire à des dépressions, des situations d'épuisement (repli affectif, hostilité, cynisme...) ».

Concernant le rôle professionnel des paramédicaux, les adaptations proposées visent à éviter des effets négatifs : ceux du virus (contamination, épuisement) et ceux "des habitudes et de la mentalité" des professionnels. Les catégories professionnelles impliquées et les spécificités liées aux contextes de travail, notamment celui de la pédiatrie, posant des problèmes particuliers (Cook 1994), ne sont pas précisées. Ainsi, les changements proposés sont-ils peu définis, et presupposent que les "habitudes et la mentalité" actuelles des personnels paramédicaux constituent un frein à la prise en charge, sans reconnaître à ces personnels des compétences propres en matière de sida. Les paramédicaux ne sont pas représentés au sein du secrétariat du Comité national de lutte contre le sida.

Le rôle des infirmières et les organisations professionnelles

Le rôle des infirmiers face au sida n'a pas fait l'objet de revendications de la part des syndicats infirmiers (Syndicat de la Santé animale et humaine, Syndicat autonome des infirmiers et des infirmières) à l'hôpital de Bobo Dioulasso, mais l'Association burkinabè des infirmières (ABI) s'est engagée dans la lutte contre le sida. Cette association a notamment créé un stand d'information pour la population, multiplié les conférences et les "causeries" à Ouagadougou et Bobo Dioulasso, et cofondé le premier centre de dépistage anonyme et volontaire du Burkina Faso. Ces actions correspondent pour les infirmières à un engagement, généralement bénévole, dans la lutte contre le sida, même si elles sont en partie réalisées pendant les heures de travail avec l'accord des responsables de leurs services. Cette association, qui rassemble les infirmières dans un contexte actuel de masculinisation massive de la profession, revendique une implication des soignants auprès de la population, héritée à la fois du principe d'assistance aux souffrants qui a été développé par la première école d'infirmières du Burkina Faso créée par le Père Goarnisson, et du principe d'engagement social hérité de la participation des infirmières au travail de l'Union des femmes burkinabè dans les "secteurs" (quartiers et villages) à l'époque sankariste. L'ABI milite à la fois pour une affirmation de cet engagement des infirmières dans le cadre de leur rôle professionnel, et pour faire reconnaître ce rôle auprès des institutions de lutte contre le sida.

Du rôle professionnel à l'implication personnelle

Les infirmières du service de pédiatrie ressentent comme un engagement très personnel l'exposition au risque de contamination dans le service, qui est indéniablement un risque vital, davantage perçu comme tel que les risques préexistants liés à d'autres pathologies. Ce risque peut provoquer des conflits entre responsabilités professionnelle et personnelle (telle que la responsabilité parentale, fréquemment évoquée) qui redoublent son importance : des infirmières déclarent par exemple qu'elles ne peuvent pas se permettre d'être malades tant que leurs enfants ne seront pas autonomes. Le risque d'être contaminé se prolonge par le risque fantasmé de devenir soi-même contaminant pour son entourage personnel : "*J'ai peur, pas pour moi mais pour ma famille*". De nombreux autres aspects de leur travail impliquent aussi les infirmières sur le plan personnel. En l'absence de service de documentation organisé dans les structures sanitaires, s'informer suppose une démarche personnelle, qui n'est pas anodine pour les infirmières, car elles pensent qu'en demandant des informations sur le sida, elles pourraient être "suspectées" d'être elles-mêmes séropositives, dans un pays où la connotation "morale" associée au sida est encore très prégnante (Desclaux 1996c). Pour une grande partie du personnel paramédical, certains aspects de l'intervention auprès des enfants atteints par le VIH, tels que l'éducation sanitaire des mères et le soutien psychologique devraient aussi relever d'une option person-

nelle de l'infirmière et être effectués par des professionnels volontaires, qui recevraient éventuellement une formation complémentaire pour cela.

Le sida engage ainsi les agents de santé paramédicaux, plus que toute autre maladie, sur un plan personnel. Cette "personnalisation" de l'intervention s'effectue, sur certains points, au détriment du rôle professionnel, lorsque la participation de certains agents, choisis ou autodésignés, dispense d'autres agents d'accomplir les activités qui leur sont assignées. Sans régulation institutionnelle, cette tendance comporte un risque de différenciation officieuse d'un personnel de santé spécifiquement attaché à la prise en charge du sida, et donc d'une "fragmentation sociale" liée au sida, observée à plusieurs niveaux dans la société burkinabè.

Conclusion

Les infirmières ont le sentiment "*d'être aux premières lignes face à la maladie*", et cependant mises à l'écart du savoir et des règles qui fondent l'appartenance au secteur médical ; le droit à des priviléges qui marqueraient leur appartenance à l'institution hospitalière leur semble refusé. Le fait d'être mises en danger par les gestes techniques et incertaines sur le sens de leur intervention suscite chez elles un sentiment de disqualification. Soupçonnées de ne pas respecter les règles de l'éthique, n'étant pas assurées de bénéficier d'un traitement particulier en cas de maladie, elles ressentent une dévalorisation de leur statut. Dans les pays occidentaux, les infirmières ont, en rapport avec l'épidémie de sida, affirmé la réorientation de leur rôle professionnel en mettant en avant leur intervention en matière de *caring*, prépondérante par rapport au *curing* dans le cas du sida (Fox *et al.* 1991)¹ : elles ont développé l'approche globale du malade, le suivi des traitements, l'entretien des fonctions vitales et l'aide psychosociale, ainsi que l'accompagnement en fin de vie. Ces nouveaux rôles n'ont pas leur place dans un service de pédiatrie africain tel que celui dans lequel nous avons travaillé, pour plusieurs raisons : les moyens limités dont disposent les soignants ne leur permettent pas de développer des activités nouvelles ; la répartition habituelle des rôles entre paramédicaux et accompagnants décharge l'infirmière de l'entretien des fonctions vitales et d'une partie du suivi des traitements ; les difficultés de la communication relative au VIH limitent les possibilités d'aide psychosociale ; enfin, la mort reste hors du champ de la prise en charge hospitalière dans la culture biomédicale burkinabè. Toutefois, leur intervention dans d'autres pathologies de l'enfant — telles que les malnutritions, dont la prise en charge n'est pas très différente de celle du sida pédiatrique — et dans d'autres contextes, tels que les actions de l'Association Burkinabè des Infirmières, illustre les capacités et les rôles possibles des infirmières face au sida.

¹ *Caring* : traiter dans l'optique de soigner, prendre soin ; *curing* : traiter dans l'optique de guérir.

Les études sociologiques ont montré comment les institutions sanitaires exigent pour fonctionner une catégorisation des individus qui en dépendent, opposant notamment malades et soignants, médecins et paramédicaux. Cette catégorisation repose sur la mise en scène de divergences entre ces groupes, non seulement par la définition des rôles, mais encore par des traits sociaux et moraux, et par la manière de se percevoir et de percevoir l'autre (Goffman 1968). Avec le sida, la menace permanente pour les paramédicaux de devenir eux-mêmes des malades et d'éprouver toutes les difficultés qu'ils observent dans le cadre de leur travail brouille cette catégorisation. Il semble nécessaire de définir des procédures en cas d'accident avec exposition au sang, justifiées sur le plan médical et importantes pour la reconnaissance du statut professionnel des paramédicaux¹. Des mesures de soutien pour les agents de santé malades pourraient aussi être mises en place à travers des consultations médicales destinées au personnel. En envisageant ces procédures, l'institution sanitaire reconnaîtrait comme un risque professionnel les situations de transmission, actuellement perçues comme une atteinte personnelle qui renvoie l'infirmier au statut de "malade ordinaire". L'importance accordée actuellement aux gants reflète peut-être la nécessité de mettre en avant des "marques" identitaires, qui, de même que la blouse blanche, symbolisent cette distinction entre infirmiers et malades, actuellement menacée par le risque du VIH.

La distinction entre médecins et paramédicaux est affirmée par les médecins lorsqu'ils déniennent aux infirmiers la capacité de respecter l'éthique. Avec le sida, les médecins ne se considèrent plus seulement comme des "spécialistes du diagnostic et de la décision thérapeutique", mais aussi comme des "spécialistes de l'éthique" veillant à l'absence de discrimination et au respect de la confidentialité dans les relations de soin. Ils affirment désormais cette "distinction éthique", alors que le rapport entre professions médicales et paramédicales reste sensible (Gobatto 1996), du fait notamment des conflits de légitimité qui ont eu lieu pendant la période de la "Révolution" (1983-1987) ; de plus, la population assimile souvent les infirmiers à des "docteurs" (de Roodenbeke 1993), ce que la masculinisation actuelle de la profession favorise. Relativement fragiles dans leur statut professionnel, remis en question par leur impuissance thérapeutique face au sida, les médecins semblent trouver dans l'éthique médicale une nouvelle légitimité professionnelle qui leur permet à la fois d'affirmer leur différence vis-à-vis des infirmiers et de maintenir leur relation avec les malades.

Dans ce contexte, les infirmières se montrent à la fois intéressées et sceptiques face aux demandes qui leur ont été faites par les médecins d'étendre leur travail à des activités de soin à domicile comprenant le *nursing* et l'approche psychosociale des malades, ou de développer des

¹ Ces procédures doivent comprendre au minimum la déclaration et l'enregistrement de l'accident, l'accès à un test sérologique pour le soignant et pour le malade dont le sang est en cause, la possibilité d'un suivi médical pour le soignant, l'examen de mesures à mettre en place au niveau du service pour éviter qu'un tel accident se reproduise.

actions de "santé communautaire" à l'image de celles des pays tels que le Zaïre et l'Ouganda. Pour elles, affecter les paramédicaux hors des services de soins sans considérer leurs compétences en matière de sida dans les formations sanitaires pourrait être une forme supplémentaire de disqualification.

En termes d'application, on ne peut que souligner l'urgence d'une définition précise du rôle professionnel des infirmiers face au sida par les instances nationales de lutte. Il existe certes des rôles professionnels imposés et des rôles choisis, et la répartition des rôles au sein d'un service peut être effectuée en tenant compte des aptitudes et des choix personnels et en fonction de l'autonomie professionnelle accordée à chaque catégorie. Mais ces choix doivent se situer au niveau local et s'adapter au contexte. Au niveau administratif comme au niveau de la définition des politiques de lutte contre le sida, les aspects éthiques, indissociables de l'aide psychologique, doivent être considérés comme faisant partie du rôle des paramédicaux et de leurs obligations. Il est aussi essentiel que la prise en charge des enfants atteints par le VIH soit clairement définie pour que les paramédicaux puissent en percevoir la fonction positive et les limites. La variété des contextes spécifiques d'exercice des infirmiers et leur assimilation par la population à "des docteurs" ont limité jusqu'à présent la reconnaissance de leur fonction spécifique, et empêché l'émergence sociale d'un secteur paramédical clairement identifié. Les difficultés actuelles liées au sida pourraient contribuer à la structuration d'un corps professionnel, à la condition que le rôle des paramédicaux face au sida soit davantage connu et reconnu, et fasse l'objet d'une réflexion à hauteur de celle qui a été menée pour les médecins.

Bibliographie

- ANONYME, 1987, *Plan à Court Terme : 1987-1989*, Ouagadougou, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Comité National de Lutte contre le Sida.
- 1990, *Plan à Moyen Terme I: 1990-1992*, Ouagadougou, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Comité National de Lutte contre le Sida.
- 1993, *Plan à Moyen Terme II : 1993-1995*, Ouagadougou, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Comité National de Lutte contre le Sida.
- 1995, *Étude de prévalence des MST et des infections à VIH au Burkina Faso*, Ouagadougou, Ministère de la Santé Publique, 15 p.
- ANONYMOUS, 1988, « Update : universal precautions for prevention of transmission of HIV, hepatitis B and other blood borne pathogens in health care settings », *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 37 : 377-382.
- BARBOUR R., 1994, « The impact of working with people with HIV/AIDS : a review of the literature », *Social Science and Medicine*, 39 (2) : 221-232.
- BERKOWITZ N.F., NUTTALL R.L., 1996, « Attitudes of pediatric nurses facing HIV risk. Research Note », *Social Science and Medicine*, 42 (3) : 463-469.
- BOIRON F, LICHT N., 1993, *Les soignants du sida. Enquête dans un hôpital de jour*, Aix-en-Provence, Université d'Aix-Marseille III (Laboratoire d'Ecologie Humaine et d'Anthropologie), 134 p.

- BOUVET E, KEITA A, BRÜCKER G., 1992, « Protection en milieu hospitalier », *Sidalerte*, 10 : 19.
- COLLIGNON R., GRUENAISS M.-E., VIDAL L. (éds), 1994, « *L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique* », n° spécial *Psychopathologie africaine*, XXVI (2) : 149-291.
- Comité national de lutte contre le sida, 1991, *Bien connaître le sida pour mieux le combattre. Guide à l'usage du personnel paramédical et des éducateurs sociaux*, Ouagadougou, Direction de l'Education pour la Santé et l'Assainissement (DESA), 38 p.
- COOK J., 1994, « L'enfant et le monde médical : une synthèse », in J. COOK et J.P. DOMMERGUES, *L'enfant malade et le monde médical*, Paris, Syros : 233-255.
- DESCLAUX A., 1995, *L'impact de l'épidémie de sida sur la lutte contre les diarrhées et malnutritions infantiles à Bobo Dioulasso, Burkina Faso. Rapport de recherche*, Paris / Aix-en-Provence, ANRS / Université d'Aix-Marseille III (Laboratoire d'Ecologie Humaine et d'Anthropologie), 330 p.
- 1996a, « De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant », in J. BENOIST (éd), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala : 251-280.
- 1996b, « Le traitement biomédical de la malnutrition au temps du sida », *Sciences Sociales et Santé*, 14 (1) : 73-101.
- 1996c, « La recherche anthropologique peut-elle contribuer à la lutte contre la discrimination envers les personnes atteintes par le VIH ? », in J. BENOIST et A. DESCLAUX (éds), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala : 267-281.
- 1996d, *Enquêtes CAP et recherches en sciences sociales sur le sida au Burkina Faso. Synthèse bibliographique*, Ouagadougou, Mission française de coopération, 85 p.
- FOSTER S., BUVE A., MBWILL C., ZEKO M., MUNGO E., 1995, *Coping with the loss of nursing staff during the HIV epidemic : policies to mitigate the impact in Zambia*, Communication à la IX^e Conférence Internationale sur le Sida, Kampala, 10-14 décembre 1995, Résumé TuD186.
- FOX R.C., AIKEN L.H., MESSIKOMER C.M., 1991, « The culture of caring : AIDS and the nursing profession », in D. NELKIN, D. WILLIS, D. PANIS (eds), *A disease of society : cultural responses to AIDS*, London, Cambridge University Press : 119-149.
- GIAMI A, VEIL C., 1992, « La raison trouble des infirmières », *Le Journal du Sida*, 41 : 33-36.
- GIAMI A., VEIL C., SAMALIN-AMBOISE C., VEIL-BARAT C. et le groupe RITS (Représentations des Infirmières et des Travailleurs Sociaux), 1994, *Des infirmières face au sida. Représentations et conduites — permanence et changements*, Paris, INSERM, 256 p.
- GOBATO I., 1996, *Anthropologie de la profession médicale dans un pays en développement. Le cas du Burkina Faso*, Paris, Université René Descartes, Paris V, 457 p. (Thèse d'Anthropologie sociale et de Sociologie comparée).
- GOFFMAN E., 1968, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Editions de Minuit, 447 p.
- 1974, *Les rites d'interaction*, Paris, Editions de Minuit, 230 p.
- HORSMAN J.M., SHEERAN P., 1995, « Health care workers and HIV/AIDS : a critical review of the literature », *Social Science and Medicine*, 41 (11) : 1535-1567.

- HOURS B., 1985, *L'état sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan, 165 p.
- LERT F., MARNE M.J., SAMPIL M., MORCET J.F., DUTEIL M., 1993, *Pratiques et attitudes du personnel hospitalier face à la transmission du VIH au cours des soins, Rapport*, Paris, INSERM, 90 p.
- PRAZUCK T., TALL F.R., NACRO B., ROCHEREAU A., TRAORE A., SANOU T., MALKIN J.E., APAIRE-MARCHAIS V., MASSON D., DUBLANCHET A., LAFAIX C., 1993, « HIV infection and severe malnutrition : a clinical and epidemiological study in Burkina Faso », *AIDS*, 7 : 103-108.
- de RODDENBEKE E., 1993, *Enquête sur le CHNSS : résultats préliminaires concernant le grand public. Rapport*, Bobo Dioulasso, 12 p.
- ROUAMBA N., 1991, *Connaissances, attitudes et pratiques du personnel médical et paramédical face au sida au Burkina Faso*, Ouagadougou, Université de Ouagadougou, 120 p. (Thèse de Doctorat en Médecine, ESSA, n° 9).
- SAILLANT F., 1988, *Cancer et culture. Produire le sens de la maladie*, Montréal, Editions Saint-Martin, 317 p.
- SICARD J.M., FAIVRE D., NOUGTARA A., KOUYATE B., CHAUDET D., JAFFRE Y., CHIRON J.P., 1990, *Evaluation, en matière de sida, des connaissances et des attitudes des personnels de santé et de l'action sociale au Burkina Faso*, Ouagadougou : 3 p.
- TALL F.R., CESSOUMA R., TRAORE A., NACRO B., CURTIS V., COUSENS S., MERTENS S., TRAORE E., ROCHEREAU A., CHIRON J.P., 1993, « Infection à VIH en milieu hospitalier pédiatrique du Burkina Faso : relation avec les principales pathologies de l'enfant », *Publications Médicales Africaines*, 125 : 52-58.
- THOMAS L.-V., 1982, *La mort africaine. Idéologie funéraire en Afrique Noire*, Paris, Payot, 272 p.
- VEEKEN H., VERBEEK J., HOUWELING H., COBELENS F., 1991, « Occupational HIV infection and health care workers in the tropics », *Tropical Doctor*, 21 : 28-31.
- VEIL C., 1992, « Le symptôme des gants », *Le Journal du Sida*, 41 : 35-36.

Alice DESCLAUX, *Des infirmières face au sida. Impact de l'épidémie sur les rôles professionnels dans un service de pédiatrie du Burkina Faso*

Résumé — Si l'épidémie de sida n'a pas épargné les infirmiers, son impact sur leurs pratiques, leurs rôles professionnels et leurs relations avec les autres catégories de soignants est encore peu décrit par les sciences sociales. L'étude ethnographique d'un service hospitalier de pédiatrie du Burkina Faso montre que la pratique des infirmières est dominée par l'incertitude concernant le diagnostic des enfants et l'impuissance face aux échecs des traitements. Leur rôle, jusqu'alors centré par les gestes techniques et l'éducation sanitaire auprès des mères, est remis en question par la peur de la contamination et par l'impossibilité de communiquer autour de la maladie de l'enfant. Leurs compétences propres et leur exposition au risque du VIH ne sont pas reconnues par les instances de lutte contre le sida. Cette profession semble "disqualifiée" par l'épidémie et les infirmières jouent de stratégies d'évitement pour poursuivre leur tâche dans un service très touché par le VIH. La prise en charge des malades est inévitablement affectée par la fragilité des paramédicaux.

Mots-clés : paramédicaux • rôles professionnels • pratiques de soins • pédiatrie • service hospitalier • Burkina Faso.

Alice DESCLAUX, *Nurses in the age of AIDS. Impact of the epidemic on their professional roles in a pediatric ward in Burkina Faso*

Summary — Nurses have certainly not been spared by the AIDS epidemic; however, social scientists have to date written little about the epidemic's impact on their practices, their professional roles and their relations with other medical staff. This ethnographic study of a hospital pediatric ward in Burkina Faso reveals that nurses' practices are dominated by uncertainty concerning the diagnosis of a given child as well as a sense of helplessness in the face of the failure of treatments. Their role, which up to now had focused on technical assistance and health education for mothers, has been called into question by the fear of contamination and by the fact that it is impossible to discuss the child's illness. Their particular skills and their exposure to HIV infection are not recognised by the stop-AIDS community. It appears that this profession has been 'disqualified' by the epidemic, and nurses employ avoidance strategies so as to be able to continue to go about their tasks in a ward highly affected by HIV. It is only inevitable that the care and support of those who are ill is affected by the fragility of the paramedical staff.

Keywords: paramedical staff • professional roles • care practices • pediatrics • hospital ward • Burkina Faso.

32. Nice guys, condoms, and other forms of STDs protection: sex workers and AIDS protection in West Africa¹

Akosua Adomako Ampofo

Introduction

Relative to North America and Europe, estimates on the incidence of AIDS in Africa are still uncertain². This notwithstanding, or perhaps *because* of this uncertainty, the spread of the disease on the continent has generated a number of studies on sexual relations (Adomako Ampofo 1993, 1994, 1996; Anarfi 1992; Ankomah 1990; Caldwell *et al.* 1989; Schoepf 1988, 1992). Many of these studies have followed the Knowledge-Attitude-Belief-Practice (KABP) format and focused on 'high-risk' behavior³ among adolescents and single urban adults (Adomako Ampofo 1993, 1997a; Ankomah and Ford 1993; Ford and Norris 1991); the sexual behavior of prostitutes has come under special scrutiny (Adomako Ampofo 1995; 1997b; Moses *et al.* 1991; Painter 1992; Schoepf 1988). The demographic picture

¹ *Acknowledgments.* The research on which this paper is based was funded by the Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, the World Health Organisation, Geneva, Switzerland. Earlier versions were presented at the Codesria/Orstom Social Science and AIDS Conference held in Saly Portudal, Senegal, November 4-8, 1996, and at the Annual Meetings of the African Studies Association, Columbus, Ohio, November 14-17, 1997. Special thanks to Karen Campbell, Francis Dodoo, Peggy Thoits, the reviewers and the editors of this volume for their careful readings of this article, and their useful comments.

² The World Health Organization (WHO) routinely collects statistics on AIDS cases through voluntary reporting by national authorities. WHO believes that the total number of cases reported in Africa is underreported and estimates the number based on public health surveillance data and the use of an AIDS-estimation model. As of December 1992, WHO estimated a cumulative total of 2,5 million AIDS cases worldwide (compared to 612,000 reported) with a disproportionate 71 percent believed to have occurred in Africa (United Nations 1994). Many African researchers and physicians, however, believe this to be an overestimation (Latham 1993). Certainly, the AIDS situation in Africa calls for concerned action, however, for a continent where 'diagnosed' individuals have later been reported as having been 'cured', the data must be read with some caution.

³ Risk in sexual relationships in the era of AIDS is typically measured in terms of non-condom use where multiple partners are assumed to exist.

of AIDS in sub-Saharan Africa¹ suggests the complex socio-cultural dimensions of both the disease and the sexual relations, which are acknowledged to be primarily responsible for its spread (Ankomah 1990; Caldwell and Caldwell 1993; Langstone 1989). Hence there is a need for a more specific understanding of people's interpretation of risk to themselves. Several studies indicate that there is widespread knowledge about the existence of AIDS and the sexual nature of its spread (Adomako Ampofo 1995; Ankomah and Ford 1993; Ghana Demographic and Health Survey 1993; Kenya Demographic and Health Survey 1993)². Nonetheless, sexual behavior among many groups continues to be 'risky' (Akande and Ross 1994; Bertrand and Bakutuvwidi 1991; Dodoo and Adomako Ampofo 1996; Gold 1993; Ingham 1995).

Although studies among young people and single adults have generally examined mutually 'risky' behavior among partners, studies of prostitutes have tended to examine their behavior from the perspective of their risk to their clients/partners, neglecting an analysis of their attempts, and abilities, to ensure their own (or their partners) protection. A further important gap in the discourse has been an examination of the relationship between perceptions of well being, sickness and disease prevention, accuracy of AIDS-knowledge, a sense of personal risk, and AIDS-preventive behavior. Relying on data from a sample of Ghanaian sex workers in Ghana and Côte-d'Ivoire, this study examines two issues: firstly, the relationship between women's AIDS-related knowledge and their perceptions about promoting sexual health, and their (sexual) behavior; and secondly, how the strategies women employ are related to the material basis of their sexual relations. Specifically, how the women's perceptions regarding sexual health, and their economic situations, translate into behaviors. Focus is on why some women have adopted the use of condoms and others have not, and since women form the majority of AIDS cases in West Africa, and Ghana and Côte-d'Ivoire currently have the highest number of reported cases in the sub-region, focusing on their protection is crucial.

A brief background to the development of 'modern'³ bio-medical health care in Ghana is presentend and followed by a summary on traditional beliefs about diseases and health care. Some theoretical considerations about health beliefs and condom use are suggested. Research data, methods and findings are described; and finally suggestions for future research and policy interventions are offered.

¹ In East and Central Africa the male: female ratios of AIDS victims are almost equal, in West Africa in the early 1990s females outnumbered males about 3:1. The age group mainly affected is between 20-35, however, rates among teenagers are climbing, especially among females (WHO 1993; AIDS Control Programme Ghana 1994).

² This knowledge has been found to be lower in the Francophone countries of Central and West Africa than the rest of the continent (Ingham 1995).

³ 'Modern' is used here to describe the form of health care that came with industrialization and Western technology.

The development of modern health care and traditional concepts of disease

The colonial medical system

The rudiments of a colonial medical service date back well into the nineteenth century. In the 1880s, the Gold Coast¹ medical department was set up. However, in the early years of colonial medical services, the primary mission of the staff was to protect the health of Europeans, as well as a few African soldiers and civil servants, rather than the health care of the general African population. In the early 1900s the governor expressed his dismay with the conservatism, racism and complacency of much of the medical staff (Patterson 1981). Although the physician population more than doubled between the early and mid-1900s, as a result of a high rate of population growth, the physician/population ratio remained high. In 1906 there were 41 government physicians and the population per physician was 47,073. In 1921 there were 43 government physicians and the population per physician was 59,302. By 1953 there were 97 government physicians, and the population per physician was 55,433 (Patterson 1981: 110-111, table 2).

African doctors had been employed in the colonial medical service since the nineteenth century (Patterson 1981), however, by the turn of the century, rising racism and the desire by Europeans to monopolize the higher positions blocked the careers of Africans in all branches of the colonial service. For example, Dr. Easmon was removed in 1897, and another able African Gold Coast physician, Dr. B. W. Quartey Papafio, was passed over in favor of a white candidate (Patterson 1981). Eventually, following governor Guggisberg's argument that Africans with medical degrees were less competent than Europeans, Africans were appointed to the separate rank of 'African Medical Officer,' with attendant lower salaries (Gale 1973).

Not surprisingly, none of this worked to endear modern medicine to the indigenous people. However, the majority of people living in the Gold Coast were unaware of the political and racial dimensions of the medical system. There were far more 'practical' factors which worked together to affect attitudes to modern medicine.

Factors inhibiting reliance on modern western medicine

Urban and sex bias

There was a clear urban bias in health care services, which persists to this day. By 1973 it was estimated that the number and distribution of hospitals and clinics was such that they could not offer any kind of service to more than, at best, 20 percent of the population (Sai 1973). Historically, a sex bias also existed in access to medical services, due, partly, to the fact that the colonial government provided free medical care for several almost exclusively male groups – soldiers, police, civil

¹ This was the colonial name of Ghana.

servants, and prisoners. More important, however, women were less likely to be educated or have direct contact with the British, hence they were more likely to feel distrust for Western medicine (Patterson 1981). Women were also probably less likely to be willing to submit themselves to examinations and intrusions by (white) male staff. Since women generally had the responsibility for not only their own health care, but also that of children and young adults, their attitudes were influential in the community.

Mistrust of the health branch

Although 'modern' medicine had gained some acceptance by the 1960s for certain curative aspects of health care, preventive medicine, as practiced by the Health Branch, resulted in more resentment than esteem among Africans. Complaints about the policies and conduct of the sanitary inspectors were frequent. Patterson (1981) reports that the (male) inspectors, would enter people's homes every few weeks, without giving prior notice, and examine the premises thoroughly. Water, which had been carefully collected and stored in barrels, would be poured away on the basis that stagnant water bred mosquito larvae. Women were frequently disturbed in their baths in the process of these sanitary inspections. People who were considered to have transgressed sanitation prescriptions were dragged to court and fined. Generally, the Health Care Branch practiced a lot of coercion but little education. The result was that the message was invariably thrown out with the messenger.

Traditional health beliefs

The response of Ghanaians to Western medicine at the turn of this century was generally cautious and pragmatic and was based upon their concepts of disease causation. In the context of African cosmology, illness is not conceived as just the result of pathological changes, which was the idea proposed by Western medicine. Rather, the supernatural is invariably invoked along with the main causal factors. Within this framework the concepts of the etiology of illness are far more behavioral than biological (Twumasi 1975). The traditional cosmology has no room for a purely naturalistic notion of illness, because there is no clear-cut conceptual separation of the natural or physical world on the one hand, and the supernatural on the other, as there is in so-called modern medicine. Health and illness are not isolated phenomena, but are part of the whole magico-religious fabric, and the physical signs of disease are frequently ascribed to supernatural sources (Owusu-Ansah, forthcoming). The malefic action of another, or the intervention by a supernatural power, may cause illness, which may be cured by resorting to the appropriate magico-religious formula, or by appealing to the supernatural power (Twumasi 1975). This worldview leads to startlingly different interpretations from those arrived at by modern science. For example while sanitary inspectors would pour out drinking water in homes for containing

mosquito larvae, Africans held that the presence of the larvae indicated that the water was not poisoned (*Gold Coast Independent* 1930).

This does not mean that African societies do not appreciate the natural causes of illness, or that they did not traditionally rely on physical causes and treatment. In fact, at the beginning of a disease no supernatural danger is felt and home remedies are given. It is prolonged and dangerous conditions that are generally ascribed to spiritual causes. The disease-causing agents generally include lesser gods, ancestral spirits, witchcraft, and violation of taboos that protect a society from pollution (Owusu-Ansah, forthcoming). Ordinary persons can only speculate as to which of these agents is responsible for their condition, thus expert advice is sought. In order to increase the odds of healing/protection, a pluralistic/pragmatic approach was applied and recorded often in the accounts of nineteenth century Asante for example. The prescriptions of local medicine men, Muslim holy men, and later Western missionaries and doctors, were combined in health care. Islamic remedies were particularly accepted in Africa because of the degree of similarity between the African and Islamic cosmologies—world views that both recognize a multiplicity of spirits. As expressed by Asantehene Osei Tutu to British Consul Joseph Dupuis, the royal interest in Islamic prayers and amulets was based on the conviction that “those objects had come directly from the higher god” (Dupuis 1824). In the hierarchical structure of the Akan spirit world, medicine that came from the direct word of the supreme being was understood to be more powerful than local ones thought of as only originating from intermediary powers such as the lesser gods (Dupuis 1824). The power of the Asante empire in the nineteenth century probably contributed to the important role attained by the use of (Muslim) amulets and charms in traditional health care in much of modern Ghana (Owusu-Ansah, forthcoming).

Generally, one can say that among Ghanaians there exists a desire to find quick relief, and an unwillingness to undergo lengthy treatments (Patterson 1981). Injections, for example, which provide quick relief, were and continue to be very popular¹; prophylactics, on the other hand, had little success in the early part of this century and remain less popular². While modern medicine generally requires prolonged and dedicated application, traditional medicines frequently work under less disciplined regimes. If the healing process sometimes suffers temporary relapses it, in most cases, provides symptomatic relief. There are also adequate explanations for instances where a cure is not found or healing does not take place –usually this is blamed on the antisocial conduct of the victim or some member of his or her family. Thus, where the diagnosis of an illness is viewed as the diagnosis of a social offence, the cure requires the (re)establishment of normal social

¹ Yaws treatment for example was by an injection, which brought relatively quick relief and greatly enhanced the popularity of modern medicine. It also contributed to the belief in the efficacy of injections for almost any condition.

² Patterson (1981) reports that quinine treatment for malaria was largely unsuccessful until recent times because of its bitter taste and the fact that people did not take the medication regularly or consistently.

relations and allows for the maintenance of harmonious community and family relations. Modern medicine makes no room for such social explanations or cures.

Eventually the individual uses his or her limited powers of prediction and control to determine which is his or her best option (Twumasi 1975). Western medicine never gained total acceptance and traditional medicine continues to play a social, psychological and also a medical role (Acquah 1958; Kilson 1974). Many people take an eclectic approach, seeking a combination of elements of various systems, or sometimes by using Western medicine in 'traditional' ways (Nukunya *et al.* 1975).

Health belief models and condom use

Information, Education and Information (IEC) messages aimed at changing sexual behavior have generally taken a standard approach, without considering the unique socio-cultural conditions in which individual sexual relations are grounded. The Global AIDS prevention strategy has two foci vis-à-vis changing behavior and hence promoting 'safer sex' (1) promoting condom use, and (2) exhorting people to reduce the numbers of their sexual partners, better still, to 'stick to one partner.' Implicit in these messages is the assumption that people make 'rational' choices and that they have personal control over their sexual health. I will address these two assumptions separately.

Rational choice

Theories about health beliefs and behavior such as Rosenstock's Health Belief Model (1974) are based on the premise that individuals evaluate the level of threat associated with a disease and their own level of risk, and then assess the costs and benefits to them of taking the required action. These frameworks may have some limitations, however, when it comes to assessing sexual behavior. While engaging in 'safe sex' can be viewed as a preventive strategy as far as becoming HIV-infected is concerned, these strategies are not one-time or occasional inconveniences. When it comes to condom-promotion efforts, people interpret advice regarding sexually transmitted diseases (STDs), AIDS, and their own protection, through their own cultural lenses, sometimes avoiding or denying the conclusions posed by the dangers, other times reinterpreting the advise and rejecting the policy directions (Bledsoe 1990). Even among gay white males in the West, a so-called 'high risk' group, there is evidence that awareness of high prevalence is not a consistent predictor of risk-preventive behavior (Gold 1993). One factor that emerged from Gold's study among gay males and heterosexuals was that people rely on perceptible characteristics to infer infection. Gold argues that a partner's good looks, speaking style, the sign of a wedding ring etc, may activate a belief at the moment of possible sexual activity that the person is unlikely to be infected. A similar perception was found to account for

differences in condom use among groups of married men in Kenya (Dodoo and Adomako Ampofo 1996). Findings from a series of surveys carried out under the auspices of WHO in 15 countries¹ between 1989 and 1990 show that people are unaware of the asymptomatic stage of HIV transmission, while others believe that AIDS can be cured (Ingham 1995).

How people define disease, determine its symptoms, and manage its treatment is affected by cultural values and patterns. Social phenomena are constituted by the meanings actors employ to make sense of observed or experienced events (Locker 1981). Within this world of everyday life, a world that is both the scene and the object of our actions and interactions, people develop their own 'common sense knowledge' which may not fit the rational mold of science (Schutz 1962). This world is seen from within what Schutz calls the natural attitude; it is taken for granted as a world of well circumscribed objects with definite qualities; a world which is known and shared by others. This then provides the means for interpreting new experiences and determines people's actions regarding preventive/protective behavior. Since many Africans consider modern health systems as irrelevant for certain illnesses, especially if the causes are ascribed to immutable supernatural forces, exhortations regarding particular preventive strategies may not lead to the same reasoning that the IEC-promotion efforts expected.

Control over personal sexual health

For many women, having accurate information is not enough to bring about changed behavior since they do not have control over their sexual lives. It appears that increasingly many women in contemporary urban environments choose partners depending on the latter's abilities to support them financially. For Ghana this has been documented in a number of studies (Adomako Ampofo 1995, 1996; Anarfi and Fayorsey 1995; Ankomah and Ford 1993). Women seem to see this as one option to supplement their incomes in situations of declining alternatives. If only because of the increasing visibility of prostitutes in Ghana's cities, in spite of sporadic police crackdowns, it seems plausible to assume that commercial sex work is also on the increase. Where a relationship is predicated on financial considerations, women's ability to negotiate for so-called 'safer sex' may be somewhat limited. Furthermore, since condoms are a technology whose use women can only influence and not control, women's protection is largely dependent on their abilities of negotiation and influence, often with an unwilling partner (Heise and Elias 1995).

¹ The countries were Central African Republic, Côte-d'Ivoire, Guinea Bissau, Togo, Burundi, Kenya, Lesotho, Tanzania, Zambia, Mauritius, Phillipines, Singapore, Sri Lanka, Thailand and Brazil (Cleland and Ferry 1995).

Study sites, data and research methods

Study sites: Ghana and Côte-d'Ivoire

The main aim of this study is to theorize about women's capacity to protect themselves based on beliefs about STDs and AIDS, and within relationships constrained by financial considerations. Women still form the majority of AIDS-cases in West Africa, and Ghana and Côte-d'Ivoire currently have the highest number of reported cases in the sub-region. By the mid-1980s, at a time when AIDS was alleged to be taking on epidemic proportions in East and Central Africa (Caldwell and Caldwell 1993; Latham 1993; Mulder *et al.* 1994), Ghana and Côte-d'Ivoire like most West African countries, appeared to have been spared from the scourge of AIDS. In 1986 the first cases were reported (42 in Ghana, 118 in Côte-d'Ivoire). From 1986 to 1987 there was a slow rise in the number of AIDS cases in both countries with less than 1,000 reported per year in either case. After 1988 the number of reported cases increased at an accelerated rate in both countries.

In Ghana, 83 percent of AIDS cases reported in the first year were female. During this period the overwhelming majority of cases were found among 20-29 year-olds (66 percent). Although after 1989 the female proportion of total AIDS cases in both countries had dropped by about 10 percent, in the late 1990s AIDS remains a predominantly 'female disease.' Focusing on women in countries with high and low levels of knowledge (Ghana and Côte-d'Ivoire respectively) permits some assessment of the impact of knowledge on protective behavior.

The sample population and sites

The data used in this paper come from a larger study carried out between September 1992 and July 1994 among 188 Ghanaian prostitutes and single women living in Ghana and Côte-d'Ivoire. The present analysis is limited to interviews with 131¹ prostitutes living in three cities, Accra, Kumasi (Ghana) and Abidjan (Côte-d'Ivoire). These cities were chosen because all three are in highly urbanized, commercial-settings. All three have also had small settlements of prostitutes since colonial times, and their commercial basis has seen the emergence of other kinds of sex work in recent years. Abidjan was included in the study for three additional reasons. Firstly, there is some evidence that Ghanaian women have been working as prostitutes in that city from as far back as the 1940s (Kouassi 1986). Secondly, more recent studies suggest that Ghanaian women feature prominently among prostitutes working in Abidjan (Painter 1992). Thirdly, many residents of Abidjan travel fairly regularly between both countries and

¹ Forty-six single women (not sex workers) are excluded from the analysis; 11 interviews with sex workers were excluded for reasons such as incomplete data, poor recordings etc.

connections have been suggested between this and the introduction of AIDS to Ghana (*New African* 1993).

Definitions

Traditional Western definitions of prostitution obscure the complexity of sexual relationships that exist in Africa. Most deal primarily with concepts of promiscuity as defined by having several partners. An additional idea is that of the non-emotional nature of the relationship and payment for purely sexual services (see for example Little 1975). In Africa, however, prostitutes may be found who perform 'domestic' services for clients, developing close relationships, and women who do not consider themselves to be prostitutes may establish sexual relationships primarily for financial support¹. In this study a female prostitute or commercial sex worker refers to a woman who engages in sexual acts, including those which do not actually involve vaginal copulation, on a more or less regular basis, with individuals of the opposite sex other than an established partner, such as a husband or boyfriend, for a consideration which has a pre-defined monetary value. Services of a non-sexual nature may be performed and emotional involvement may or may not be present². The terms prostitute and sex worker are used synonymously. A distinction between clients and other partners was made on the basis of the respondent's own classification and whether the woman expected/demanded support/payment specifically for *sexual* services.

Three different categories of prostitutes, which apply to both Côte-d'Ivoire and Ghana, were identified. It was necessary to interview women from each of the different categories because I expected that they would differ by demographic characteristics, operating modes, client selection criteria, and charges, all of which could be associated with knowledge and behavior. Drawing distinctions between categories, especially *Roamers* and *High-Class* in Abidjan, was not simple. In such instances, respondents were separated on the basis of the predominant form of operation.

— *Roamers* are women who, as their name suggests, *roam* from place to place in search of clients. These venues range from hotels and nightclubs, through open areas such as lorry parks, to secluded street corners. They are often not 'full-time' prostitutes and may be apprentices learning a vocation, students, traders, or have some other source of income outside *sex work*. Usually their charges are lower than for the other categories of prostitutes.

— *High-Class* prostitutes, hereafter referred to as High-class, is the name I give to the group of women who, because of the nature of their dress, clients, location of operation, and level of sophistication appear to be financially better off than their colleagues. They are also more likely than other groups to have foreign (higher-paying) clients.

¹ Arguably, this latter situation can be said to be true for many non-prostitutes the world over.

² Same-sex prostitution is, as far as I am aware, non-existent among African women, and none of the respondents engaged in sexual relations with other women.

— The *Seaters*, or *Tuutuu*¹ as they are traditionally known, operate from their homes, sitting in front of their doors to receive clients. *Seaters* are older women, mostly widowed or divorced, who have completed childbearing.

The following analysis is based on the interviews of 45 High-class, 39 Roamers and 47 *Seaters*.

Methodology

A variety of non-random methods were used to select women from the different categories. Particular locations where the women worked were identified using information from Public Health officials, media reports, and personal knowledge of the Principal Investigator (PI) and the interviewers. Respondents were primarily selected on the basis of availability once a location was visited. On some occasions women themselves took the initiative in approaching an interviewer; on other occasions a woman who had been successfully interviewed would introduce the interviewer to a colleague. With all the *Seaters* in Ghana, and all the respondents in Abidjan, a person who had had some contact with the women in the context of an AIDS-education project was utilized to gain entrance. With the *Seaters* this was necessary because many had been subjects in Public Health AIDS IEC efforts, and I did not wish to create the impression, neither among the women, nor among the health workers, that a new health project was being presented².

Respondents were informed about the objectives of the study, told that the interview would be recorded, and assured of anonymity and that they could discontinue the interview at any time if they so chose. Free and willing consent was considered crucial. Women who consented to be interviewed chose a pseudonym, which was used throughout the interview and ensuing analysis. Once concluded the respondents were paid an honorarium, provided with condoms and/or educational audiotapes. The refusal/discontinuation rate was lower than anticipated and was primarily because women did not have the time for an interview or felt they might lose a potential client to a colleague (N=5). In two locations fear expressed by one respondent that interviewers were from the media or police spread to her colleagues and those particular locations thus became inaccessible. Overall, the women approached were willing and interested, and in one location even made a donation to the interview team before we had an opportunity to pay the honoraria. At various stages of the study I worked with one female and three male interviewers. There appeared no consistent pattern to differences in subject's responsiveness, or content of information, by interviewer's sex.

¹ The name originates from colonial times, when the women's charge was two shillings and two pence, hence *Tuutuu*.

² In Abidjan, it was especially necessary to rely on introductions because we had almost no knowledge about where Ghanaian sex workers lived and/or worked. Furthermore, Ghanaian women in the city were extremely cautious about talking to strangers.

The study instrument

Since AIDS prevention efforts need to target changes in attitudes and behavior, the study followed a Knowledge-Attitude-Belief-Practice (KABP) format. A structured interview-guide rather than a questionnaire was used to permit the exploration of issues central to the concept of 'safer sex' behavior.

The interview started out with less intrusive questions related to the respondent's demographic background in order to promote a degree of comfort between interviewer and subject. The main interview included questions about women's sexual experiences/relationships; attitudes and feelings regarding sex; marriage, pregnancy, abortion and child-bearing histories; contraceptive knowledge and use; condom use; AIDS-awareness; knowledge about HIV-transmission routes; beliefs about AIDS and protection methods; incidence of STD symptoms; and knowledge about prevention and treatment of STDs.

A facesheet covering basic personal details of the respondent, and a trajectory mapping out the main landmarks of her life (in terms of education, occupations, relationships, pregnancies and births) was also filled out. The data were analyzed using the computer software *Ethnograph*.

Reliability and validity

The present analysis is limited to female sex workers, and the nature of the study makes generalizations to the larger population difficult; however, the women are in no way unique. Although they come from predominantly lower socio-economic backgrounds, they cut across ethnic, religious, and educational lines. Some are not 'full-time' prostitutes and others are 'seasonal' prostitutes. Without exception they long for a life outside prostitution and are primarily concerned about making a living for themselves and/or their children. Since economic hardship can push a woman from any sector of the economy into prostitution, the findings are applicable to the larger population.

As Ferry *et al.* (1995) describe regarding a series of World Health Organization KABP surveys, there is no simple, standard, or even satisfactory way of validating data on sexual behavior. There are problems of definition of concepts, respondent recall, and respondent willingness to divulge sensitive and sometimes painful information. Nonetheless, in assessing the relationship between socio-cultural factors and KABP, it is arguably more important to examine the plausibility of overall patterns and relationships. Although I concede that studying sexual relations is challenging, I believe that the issue of the validity of reported behavior was overcome to a large extent by cross-checking answers with information from a series of (pilot) Focus Group Discussions.

Demographic characteristics of the sample, entry into prostitution, and STD-knowledge

Age

Majority of respondents are under the age of 35 (93 out of 131; 71 percent) however, important differences are noted among the three categories of sex workers. Most Roamers and High-class are under age 25 (39 percent and 38 percent respectively) while the majority of Seaters are between ages 31-45 (68.5 percent). Mainly divorced or widowed, one of them explained to a female interviewer (in her early thirties) that:

“We don’t allow young girls here. As you [interviewer] are sitting here now, if you come to me I won’t take you because I wouldn’t like you to come here and waste away since you don’t have a child. Unless the woman has been married before and has had all her children, or wives who have been abandoned by their husbands and don’t have anyone looking after them ... those are the ones we accept here.”

Educational status

Although a few of the respondents have secondary education, generally their highest level of education completed is Middle school; however, just as many dropped out as completed. The breakdown is as follows: no education 26.7 percent; some primary 30 percent; some middle 33.6; some secondary 6.1 percent; vocational training 4.6 percent. Even among the High-class, only 4 out of 45 (11 percent) have some secondary school education. A major reason given for dropping out of school is pregnancy or lack of financial support from the family. Seaters have the least education (and 53 percent have never attended school).

Marital status

Five women (4 percent) are currently married under customary law¹, and a further three (2 percent) describe consensual unions. Those who are customarily married live separated from their partners and have virtually no contact with them. Fifty-four (41 percent) of the women state that they have boyfriends.

Dependents

Eighty-eight (67 percent) of the prostitutes indicate that they have at least one living child. Most women have between one and three children (16 percent, mainly Seaters, have four or more children). Seventy-nine (60 percent) women also have other dependents, usually a sibling’s child, or a mother. Seaters have more dependents than any other category of women.

¹ Ghana operates a plural legal system, including customary law and the “Modern” system inherited from, and developed since, colonialism. Couples can be married under customary law or under the ordinance which is usually preceded by customary marriage.

Occupational status

Only four women (3 percent) have never had any occupation other than prostitution. The majority were traders before they entered sex work (N=66; 50 percent); the rest were farmers, hairdressers, seamstresses, or involved in running a 'chop bar' or selling cooked food. Seven women (5 percent) were housemaids or baby sitters (6 in Abidjan), five (4 percent) had previously been in salaried employment, two (1.5 percent) were bar girls (in Abidjan), and one was a traditional birth attendant. However, at the time of the study only fifteen women (11.5 percent) had any occupation or regular source of income apart from prostitution. For 90 percent of respondents sex work was their main source of income at the time of the study, although some indicated that they had seasons when they concentrated on trading, using income earned from sex work as capital. A few High-class suggested that sex work was a means to supplement income from other employment and so provide themselves and/or their children with a better life style.

Entry into prostitution

The subject of the factors pushing the women into commercial sex work is taken up in detail elsewhere (Adomako Ampofo 1995) however, it is important to describe the situation briefly here since there is some relationship between (entry into) specific forms of sex work, and risk perceptions and behavior.

The entire sample frame their responses to questions about their entry into sex work in economic terms. The reasons offered include failure of a business, debt, and non-support from partners (or, among younger women, parents and guardians). Frustration over inability to adequately care for children is frequently mentioned. The collapse of income-earning opportunities has been largely responsible for most respondents' entry into commercial sex work. The modern city economy in many sub-Saharan African countries puts women at a disadvantage in terms of education and jobs. Several writers agree that recent Structural Adjustment Programs may have severely worsened the economic situation for women. Farmers and traders, which most respondents were prior to entering prostitution, have been particularly hard hit (Anker *et al.* 1988; Clark and Manuh 1991; Elson 1991; Palmer 1991).¹ At the same time they are being edged out of the informal sector, women face institutionalized attacks such as 'clean up' campaigns by city authorities to rid the streets of 'illegal' traders. One

¹ As a result of a combination of internal and external factors, the period between 1984 and 1992 was one of rapidly worsening economic conditions in Ghana. This eventually led to the implementation of the World Bank-imposed Structural Adjustment Programme (SAP). Ghana's SAP, like most in Africa, has included trade liberalization, the sale of state-owned enterprises, and laying-off of workers (euphemistically called 'redeployment'). As governments implement SAPs many individuals in the formal sector continue to lose jobs through these 'redeployment' efforts, with women frequently the first victims since they have fewer skills.

of the clients of an Accra Roamer blamed the city's metropolitan authorities (AMA) for women's entry into prostitution, "You know, most of these our sisters are traders and when they are trading their things are scattered (by the AMA guards)... So when you want to go for your things you must pay C15,000 to C20,000"¹. If she hasn't got then she would say, "I'm a woman, if all this will be happening it would be better to put these things aside (trading) and use myself (euphemism for sex work)".

If, at the same time that women are losing access to economic opportunities, husbands and partners are less supportive financially, this constrains them when it comes to feeding, clothing and educating their children, and many respondents state clearly that they see no options for themselves other than sex work. Respondents frequently described their situation as *ahokyere* (literally to be 'tied up' or 'completely constrained'). Twenty-two year-old Adwoa's story is typical. A 'week-end' Roamer in Kumasi, she has little formal education and used to sell yams to support herself after her parents died a few years earlier. One day she made a heavy loss and subsequently fell into debt. Eventually she began working as a prostitute in order to be able to pay off her creditor. "If within the week I am able to get about C6,000, or, say, C8,000, I use four on food and put four down and save it (for my business) "that's what I have been doing little by little". Adwoa says that (of course) she does not like sex work, but, she argues, at least she does not have to steal or depend on anyone to feed or clothe her. It is interesting, however, that for Adwoa and many other Roamers and High-class, long-term survival is still framed in terms of dependency on male support, preferably through marriage to a caring man. Says Adwoa, "If God permits and I get a loving person who can take care of every need I will stop coming here".

STDs and AIDS: knowledge and treatment

Knowledge about the existence of STDs and AIDS is virtually universal among the sample. Almost all the respondents know the traditional STDs such as gonorrhea and syphilis, associating them with the typical symptoms. AIDS is associated with 'growing lean'. However, knowledge about the way that the HIV-virus is transmitted is not altogether accurate. Although transmission is generally reported in terms of sexual transmission, through blood transfusions, cuts, and needle-sharing, some respondents are uncertain whether the virus can be transmitted through kissing an infected person, drinking from the same cup or via mosquito bites. Upon more detailed questioning, 71 percent of respondents (N=93) indicate accurate knowledge about

¹ At the time of the interview one thousand Ghanaian Cedis, C1,000, were approximately equivalent to US\$1. Minimum monthly wages within the civil service, for example cleaners, ranged from C24,000 - C30,000. The CFA, was double the value of the Cedi: CFA1,000 being approximately US\$2. Ivorians were also better paid; the same cleaner might earn CFA30 - 50,000 per month.

HIV-transmission (67 percent of High-class, 66 percent of Roamers, 76 percent of Seaters)¹.

Respondents were asked different questions in order to find out if they had ever had an STD. In some interviews it was possible to ask women directly if they had ever suffered from any of the STDs they had themselves spontaneously mentioned. More usually, however, respondents were first asked if they had ever experienced any of the following symptoms: itching of the vagina, pain when passing urine, a vaginal discharge, and unusual pain during sexual intercourse. Twelve sex workers admitted to having ever had an STD when asked directly; a further 83 incidents of any one of the other symptoms were also recorded. In view of the fact that admission of having an STD is considered to be shameful, the response rate is quite high. Reported incidence of STDs is higher among Roamers and High-class than Seaters, and, apart from High-class in Kumasi, is also higher among women in Abidjan than those in Accra and Kumasi.

Respondents have a variety of ways of treating STDs and this is important for any analysis of AIDS-preventive behavior. The use of local herbs as both prevention and cure for STDs is common. Women stress their efficacy, complaining that in the 'good old days' it was not necessary to think about injections or going to the pharmacy. Yet others rely on prayers and other ritual processes since illnesses are attributed to supernatural causes. Sakyibea, 36 years old and formerly a High-class, but now a Roamer in Abidjan, reports a number of symptoms suggesting she might have AIDS-related illnesses, especially considering her own admission that she rarely uses condoms with her clients. At the time of the interview she has been ill for a long time and explains her worsening condition thus, "When I was sick I was sent to a *Mallam* (a man who is combination of priest and healer, traditionally Islamic). When we went I was told that my sister - we had a misunderstanding over money and she cursed me, I was to stop the curse but I didn't. I was supposed to perform some rites but since I didn't have the means that is why I am still sick".

Many respondents are quick to pay a visit to the pharmacy or hospital for an injection or prescription of penicillin if they notice any symptoms they associate with STDs.

Risk perceptions and behavior

Although 'safe sex' should be a mutual responsibility between sexual partners, as Hart (1992) notes, socio-economic and actual perceptions do not encourage males (clients) to think of themselves as responsible. Thus women carry both the burden of responsibility for protecting themselves and their sexual partners, and they also face undue pressure to have sexual intercourse without using condoms.

Condom use among the prostitutes is quite complex and goes beyond mere considerations of protection from disease. Sex workers

¹ Information was unavailable for 23 percent of the sample.

are themselves not too keen on condoms because they create tension between sexual partners, are uncomfortable to use, dull the client's sensitivity and thus prolong the sex act unnecessarily —generally make their work difficult, the women complain. Nonetheless, the most frequently mentioned form of protection against STDs is the condom. A hundred women (76 percent) indicate that they use condoms at some time with their clients, their partners, or both. Condom use is highest among the Seaters (88.2 percent), followed by High-class (74.1 percent), and then Roamers (67.3 percent). Upon further questioning, however, only 54 percent of prostitutes admit to using condoms with their clients *all* the time (Table 1) and only 7 (5.3 percent) *always* use condoms with their partners. Among Seaters, High-class and Roamers, 61 percent, 59 percent, and 38 percent respectively indicate they *always* use condoms with clients (among Seaters in Accra and Kumasi the proportion is as high as 82 percent). Condom use is lowest among Roamers in Abidjan, and highest among Seaters in Ghana. In general this can probably be explained by the younger age and low educational status of Roamers which translates into less power to negotiate condom use, and the lack of access to information among women in Abidjan. Although Seaters have less education than women in any other category, in Ghana they are also the women who have received the most AIDS-IEC through the Ministry of Health.

The ensuing analysis is directed towards a description of the way in which phenomena are assigned to categories. The data suggests four major categories (Table 1) under which attitudes toward, and therefore forms of protection against HIV-infection among the respondents can be examined. Women in categories 2-4 sometimes gave more than one response regarding protective behavior. For purposes of the analysis I have assigned respondents to categories according to what appeared to be their single most important attitude/behavior.

1. Women who recognize they are at risk and use condoms

This group of women, who insist they use condoms *all* the time, forms the largest of the four categories. They want to protect themselves and their clients and partners and consider condoms the most reliable means to achieve this. Although this suggests a reason for optimism, this category only forms 54 percent of the whole sample (Table 1, row 1). Furthermore, although they form 70 percent of the Ghana sample, they make up only 22 percent of the Abidjan sample (Table 2, row 1). In some of these cases (number uncertain) the efficacy of condom use may also be compromised by the application, of lubricants such as shea butter or petroleum jelly.

When asked if they would consider having sex without a condom if a client offered more money respondents in this category are unambiguous that this carries with it a risk far greater than any amount of money could make up for. One woman exclaims, "If you are going to follow money then you have a bargain with death!"

Table 1: *Risk perception and protection among sex workers by work category, Accra, Kumasi and Abidjan (Column percent in parentheses)*

| Risk and Protection | <i>R o a m</i> Accra | <i>S e a t</i> Kumasi | <i>H i g h</i> Accra | Total | | | | | | |
|---------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------------------|
| | Kumasi | Accra | Abidjan | Kumasi | | | | | | |
| | N=10 (40) | N=15 (60) | N=14 (14) | N=16 (82) | N=16 (82) | N=15 (20) | N=14 (88) | N=15 (57) | N=15 (33) | T=131 (54) |
| 1 | 4 (40) | 9 (60) | 2 (14) | 13 (82) | 13 (82) | 3 (20) | 14 (88) | 8 (57) | 5 (33) | 71 (54) |
| 2 | - (43) | - (6) | 6 (6) | 1 (6) | - (33) | 5 (33) | - (29) | 4 (29) | 4 (26) | 20 (15) |
| 3 | 4 (40) | 4 (26) | 3 (21) | 1 (6) | 1 (6) | 3 (20) | 1 (6) | 2 (14) | 1 (06) | 20 (15) |
| 4 | 1 (10) | 1 (6) | 3 (21) | - (6) | 1 (27) | 4 (27) | 1 (6) | 5 (33) | 16 (12) | [2*] [4*] [2*] [3*] |
| NA | 1 (10) | 1 (6) | - (6) | 1 (6) | 1 (6) | - (6) | - (6) | - (6) | - (6) | 4 (3) |

*These respondents, despite their attitudes to risk perception insisted they used condoms with all their partners and are thus included in category 1 and not 4.

Source: Author's interviews 1993-1994.

1. Women who recognize they are at risk and use condoms.
2. Women who acknowledge their risk but feel unable to negotiate condom use.
3. Women whose judgments regarding a 'risky' partner are based on perceptible characteristics.
4. Women who feel they can protect themselves through means other than condoms.

Table 2: *Risk perception and protection among sex workers in Ghana and Abidjan*

| <i>Risk perception and protection</i> | <i>Ghana</i> | <i>Abidjan</i> | | |
|---|--------------|----------------|----|---------|
| | N | percent | N | percent |
| 1. Women who recognize they are at risk and use condoms | 61 | 70 | 10 | 23 |
| 2. Women who acknowledge their risk but feel unable to negotiate condom use | 5 | 6 | 15 | 34 |
| 3. Women whose judgments regarding a "risky" partner are based on perceptible characteristics | 13 | 15 | 7 | 15 |
| 4. Women who feel they can protect themselves through means other than condoms | 4 | 5 | 12 | 27 |
| NA | 5 | 5 | - | - |
| <i>Total</i> | 87 | 101* | 44 | 99* |

*Due to rounding off totals do not add up to 100 percent.

Source: Author's interviews 1993-1994.

Another explains the importance of the condom for her, "My sister, it is true that poverty is a curse ... with these diseases and my coming here, at least seeing my children every day, don't I like it? But as it is, just because of someone's 1,000C (cedis) or something I'll die and leave them at an early age! Sister, is that fair? As for me I think that the condom helps us a lot" (Yaa, Roamer, 40, Kumasi).

Fifty-six-year-old Afua, a Seater in Accra, insists she always uses the condom with her clients. Asked if she would accept C5,000 if the client did not wish to use a condom she retorted, "Where will that person get the C5,000? If that person gives me all that money what will he eat himself ... he should go to his wife. When there was nothing like AIDS it was 'free', there was nothing like the use of condoms, now that we have the disease everyone has to use the condom".

Some of these women claim they can tell when a client has an STD and that men who are unwilling to use condoms have something to hide and must on no account be entertained. Possible infection is protected against by studying the type of penis a man has, "If it's a soft penis you use one (condom), if the penis is hard you use two" (Stella, High-class, 29, Accra). To be absolutely sure they are protected against condoms that tear some women say they always use two condoms, others look for sturdier, more expensive brands. If a condom tears during the sex act they interrupt this to replace it, even though they could infuriate a client. Says one respondent, "If you only use it always (the condom) you can do whatever you like till God calls you home, but if not you will die before your time". Retorts another, "I'm suffering because I don't have anybody to look up to (support her). So if I come across a man I wouldn't let him have sex with me without using the condom" (Roamer, 40, Accra). These women have no illusions about their clients. Stella, the afore mentioned High-class says, "I ask the man to use condom, he say when if I didn't trust myself but he trust himself. I say that I trust myself as you trust yourself but I didn't trust you".

Among Seaters, separating the effects of intent to protect against STD/HIV-infection from cooperative work ethics is not easy, however. In one location of Seaters in Accra the Queenmother¹ has done a lot of educating on condom use among the women under her. Consequently, if any woman is found to not be using condoms with her clients she is reprimanded. Patricia, a 35-year-old Seater in Accra confirms the high rate of condom use. She believes that it is unlikely that any client will find a woman who will agree to have sex without a condom. Condom use among Seaters in Kumasi is also high, for the same reason —there have been regular educational sessions among the women. Fifty-year-old Akosua explains, "I didn't use it initially, I started just about two weeks ago when I returned for the last time. I was told (by Queenmother) on my arrival that everybody was supposed to use the

¹ The Queenmother, generally an older woman who is no longer actively working as a prostitute, 'oversees' the work, calls meetings, ensures that proper work ethics are applied, and generally cares for the women under her. She receives no formal recompense for this.

condom so if I wanted to continue with the work then I should use it". Andrew Osei who works with the AIDS Control Programme (ACP) in Ghana, confirmed that as a result of periodic and regular educational sessions among the Seaters, condom use is high (personal communication, 1993). He cites the example of a woman who was accused by a colleague of taking a client whom another colleague had rejected because he refused the condom. This woman was warned strongly by the Queenmother, and the ACP took the opportunity to reinforce its messages.

Condoms are also used during sexual encounters with regular partners, because the women concede that these men may be seeing other women and that, "men cannot be trusted". A typical response: "It's possible he doesn't know the work the girl does, like me, coming here at night without his knowledge. Or it could be the girl has another boyfriend somewhere who may also be quite promiscuous. So by all means when he comes I have to make sure that I use the condom. You can't sit and deceive yourself that with a boyfriend you are safe and so you won't use the condom" (Comfort, High-class, 23, Accra).

Here are women who are convinced that their own protection depends on consistent condom-use. They are committed to their own protection, that of their clients, and, in some cases, even mention the fact that their clients have wives and it would be unfair for them to contract an STD. "You may have a disease, I don't know, and at the same time I may have a disease and you wouldn't know and we may exchange diseases; probably your wife is at home, so you send her a disease from town" (Seater, 35, Accra).

Since condom use is highest among Seaters (in Ghana), women with the least education as a group, it is plausible to conclude that targeted IEC efforts are more effective in changing behavior than relying on general educational levels and exposure to the mass media. This is not to downplay the effects of formal education in empowering women to acquire knowledge which can change attitudes and behavior, but rather, to suggest that education, *per se*, is not a sufficient condition for changed behavior.

2. Women who acknowledge their risk but feel unable to negotiate condom use

These women acknowledge the dangers of contracting STDs/AIDS and their own risky behavior; however, for various reasons they feel powerless to insist on the use of condoms. This is either because non-condom sex can earn much needed additional income, or, even ensure that a woman does not lose a client altogether. Furthermore, some clients/partners turn violent when the issue of condoms is raised. Generally, risk is viewed in terms of the probability of becoming infected if the respondent uses a condom *some of the time*.

Fifteen percent of respondents fall into this second category (Table 1, row 2) with the majority being in Abidjan. Indeed, while this category only makes up 6 percent of the Ghana sample, it is the largest category in Abidjan (34 percent; Table 2, row 2). Intuitively this

makes sense since these women are living far away from home and probably face more (economic) pressure to survive and provide for themselves and their families.

Thirty five-year-old Florence has worked as a 'part-time' prostitute in Ghana, and was convinced to come to Abidjan by a friend. Pregnant with her sixth child at the time of the interview, she finds it extremely difficult to make ends meet. Because she needed the money she continued receiving clients, without using condoms and sometimes even during her menstrual period, through the sixth month of her pregnancy, stopping thereafter due to her enlarged abdomen. Currently selling cooked food, she earns less than 1,000 CFA a day. Florence was suffering severe abdominal pains when passing urine, though it was difficult to tell the actual cause of this. She agrees that her behavior is risky but explains her actions in terms of her extreme financial need —she cannot afford to insist on using condoms and risk losing clients.

For a woman in this category the offer of more money for non-condom sex is especially powerful because she frequently has fewer clients, sometimes only one the whole day. She rationalizes that she can use a part of the extra income to buy additional or better health care. Charges for a Roamer in Abidjan could increase from about CFA 5 - 10,000 to about CFA 7 - 20,000 per client, out of which a woman might spend CFA 500 - 2,000 to buy drugs to protect her against STD infection. Although the risk of HIV-infection is acknowledged, this is viewed in relation to the risks associated with having no money —especially for women in a foreign country. A woman *may* become HIV-infected if she does not use a condom, however, if she has no money, she *will* not be able to provide for herself or her children.

Even a woman determined to use condoms may relent if she is physically threatened. Although Agnes is a woman who uses condoms all the time, I include her story here to highlight the pressures women face to give in to men's preferences. A High-class in Abidjan, she had not had a client the whole day. At 2.00 am, a man approached her and they went to an hotel. When she offered the condom he said he was not a child to use one and offered her CFA 25,000. Agnes said she would even accept a mere CFA 5,000 if he would only use the condom. The client begged, saying he was willing to pay more if she would agree to have sex without a condom. She retorted that even for a million CFA she would not. The man became angry, shouting that he would not have sex with a condom, and threw her out - at 3.30 am. Agnes was almost beaten up by gang members, she could have been robbed or raped on the streets of Abidjan, but she has seen two colleagues die of AIDS and says, "as for the condom, I'll use it".

Some respondents also report having been beaten up by boyfriends when they insisted on using the condom. Presumably, among women whose partners do not know that they are sex workers, this is motivated by the partner's suspicion that she is being unfaithful. Fear of disrupting a relationship makes many women comply. One must conclude, then, that even though women in this category may

acknowledge the risks involved in non-condom sex, their financial need and relative powerlessness puts them in a catch-twenty-two situation where they are damned if they insist on condom use, and damned if they don't.

3. Women whose judgments regarding a 'risky' partner are based on perceptible characteristics

For women in this category, protective behavior is determined by a client's appearance; how 'clean' or 'good' he is; whether he is a regular client, a boyfriend, or a 'stranger'. If a man looks 'healthy', or he is a 'good man, or you just like him', then he is not considered to be a (health) risk. This category makes up 15 percent of the sample and Roamers, the youngest women, are the largest within this group (Table 1, row 3). Presumably these respondents are more naive and vulnerable to the notion that a nice-looking man cannot *really* be sick or a carrier of a deadly virus. This is also the category with no noted difference between the Ghana and Abidjan samples (Table 2, row 3). Says 29 year-old Esther, a Roamer in Kumasi, "You see, there is a guy here called Bright, as for him if he says he will not use it (the condom) I will gladly have sex with him because he is a nice guy". Says Gloria, an Accra Roamer, "If the person is clean or neat I don't insist (on the condom)". Laughingly she tells the male interviewer, "Somebody like you, no problem".

Condom use (or lack thereof) also has to do with familiarity. With strangers, foreigners (especially 'white men' who many respondents say are responsible for the inception of AIDS), and a man a woman does not care for she will be 'careful' and use a condom. "If you are my boyfriend I can have sex with you with a condom *if I don't love you*", says a Kumasi Roamer in her twenties (emphasis mine). Says another "If I don't like you and I don't want your blood to enter my blood I use it (the condom)" (Roamer, thirties, Abidjan). However, with men she 'likes' this woman will agree not to use a condom if this is what he prefers. Indeed, non-condom sex is especially common with boyfriends. The typical response when asked why they do not use condoms is simply, "He's my boyfriend!" implying that the question is a ridiculous one.

That as many as 15 percent of respondents fall into this category is cause for concern, especially when one considers that many men eventually become regular clients, and hence familiar to the women. After a level of rapport has been built between a woman and her client, when she comes to realize that the man is not 'sick', it is not difficult to imagine her consenting to have sex without a condom. Clearly, the possibility of asymptomatic transmission of the HIV-virus is still inconceivable to many women.

4. Women who feel they can protect themselves through spiritual and other means

This category includes women who believe that AIDS can be treated, or who attribute HIV-infection to supernatural causes and

fatalistic ideas and as such view protection/cure as requiring spiritual interventions.

Forty-two-year-old Esther, a Seater in Abidjan, when asked whether she had had any major illnesses in her life responds, "Since I came here I have really suffered. I was not really sick, but you see they say that when you come here initially men like you, so there was this lady here called Mansa, she '*jujued*' (cursed) me and anybody who saw me said I had AIDS. I grew very lean. My body was virtually finished, my buttocks, my legs, I couldn't walk ... I was taken to an *Ewe* herbalist, he cured me. The woman did it again. It has happened three times..."

Esther also blames STDs on another's *juju* (*juju* can simultaneously be a curse as well as a form of protection or empowerment): "Since I came to this house 18 people have been '*jujued*' ... and these young girls ... when that happens they have sores in their vagina..."

This fourth category make up 14 percent of the sample, mainly Roamers, except in Abidjan where Seaters and High-class predominate (Table 1, row 4). Making up the smallest category among the sample in Ghana (5 percent), women with beliefs in spiritual causes and protection of STDs/AIDS are the second largest category in Abidjan (27 percent; table 2, row 4). Thirty-nine-year-old Akua, a Seater in Abidjan, is quite fatalistic, and says, "With diseases you cannot tell. If God ordains that you will be attacked by this particular disease you will have it. In Ghana they say AIDS, over here they say SIDA (French acronym for AIDS), but I have not seen any since I came here. It is a curse, I believe it is a curse (emphatically)".

Akua explains why she thinks what people call AIDS is really a curse, citing the hypothetical case of a woman who has an affair with the boyfriend of another woman who invested in her and brought her to Abidjan: "For instance someone brought me here. She may have a partner but still engage in this high-time life and may be the one responsible for my upkeep. Then she realizes you are seeing her man and warns you not to go there anymore. I may be stronger than her, so then I insult her or beat her up. I will be affected if she should curse me because she has spent a lot on me, you see. She may have cursed you with a river or lake so then you start to defecate, vomit, and still don't tell the truth (about the man). Then you are taken to Ghana, when you get there they say you have AIDS. Then you grow very lean, it is all a curse, it is not that disease (AIDS). Whoever says that is lying".

Nana is a 45-year-old Seater in Kumasi who also believes AIDS is a curse. According to her AIDS has become a problematic disease to be contended with in Ghana because of "those who go to Abidjan ... to cheat people, and they are cursed, and those white men ... and when they begin to grow lean people conclude that it is AIDS ... it is a curse, ... but it may also have been brought about by demons".

Thirty-five-year-old Rose is a Seater, in Abidjan. She believes that AIDS is associated with diabetes and witchcraft. She believes this because her aunt, a diabetic, grew very lean after she was ill with diabetes. "It was diagnosed at Korle-Bu (largest hospital in Accra) as

diabetes", she says, "but she had grown very lean ... The disease has got something to do with witchcraft, when these things happen they say it is SIDA". Afua, a High-class in Kumasi says, "Now because of the word of God I see it as a satanic disease. In that situation God is the healer ... if it is His will that I should get AIDS then I will get it ... If God says I will die at *Saturn* (name, not real, of an hotel in Kumasi) even the use of the condom does not matter".

Many respondents place their trust in traditional healers, herbalists or *mallams*. Ablah, a 33-year-old Seater in Abidjan explains that you need to "have incisions with black powder to protect yourself from contracting *gbadza* (local term for an STD, probably gonorrhea) and other diseases". As a result of having had these incisions she considers herself immune to STDs asserting she has never had one.

Closely linked with women who ascribe AIDS to supernatural causes are those who feel they can protect themselves from STDs/AIDS by using various medications. Some rely on antibiotics and other drugs, usually purchased without a prescription ... Says one woman, "It all depends on me, it is I who must all the time protect myself ... All we can do will be to pray God that I don't meet anyone with the disease". The morning after having sexual intercourse with a client she takes antibiotics, and every couple of months she has her blood checked for the HIV-virus. So far the doctors tell her she has no infections and she believes her strategy to be effective. Esther, the Roamer who does not use condoms with 'nice guys' says, "If you are a prostitute, you should take a lot of medication ... *super multivite* and *ampicillin* (names of vitamins and antibiotics). Because if you take the *ampicillin* you urinate a lot and that is good for you". Women in Abidjan frequently felt that urinating after the sex act would rid the body of poisons and disease. Another respondent in Kumasi uses the (contraceptive) pill as a form of protection against STDs; "I use *Secure*, it has the instructions that when you use it and have sex with a man who has any disease it will let you pass everything out." Asked whether she was taking it on a doctor's prescription she answers, "I heard it on the TV and when I go to the drug store to buy it I ask about it before. I read the instructions written on it". Yet other respondents rely on the 'medical knowledge' of local druggists, persons who are frequently not qualified pharmacists. A Roamer in Abidjan explains, "I normally go to the pharmacy and I tell them I am a *hustler* (euphemism for prostitute) and I don't want any strange disease so they should get me some medicine".

Local herbs are another popular form of protection, especially among Seaters, and women in Abidjan. The difference between Seaters in Ghana and women in Abidjan is that the former use these *in addition to*, the latter *instead of*, condoms. Many of these local preparations are inserted in the vagina or are used as vaginal douches, injections or enemas. Urinating immediately after sexual intercourse or after using these preparations implies a cleansing of the body ("you would urinate and even if the man has any disease you would not have it"). Frequently these local preparations are combined with 'modern' medicine, "I use enema, then everyday I take three capsules of

ampicillin, multivite and B-complex —it is standard medicine”, explains an Abidjan High-class.

Fatalism, faith in the power of the supernatural, and belief in the efficacy of other drugs, or combinations of all these influence protective behavior strategies among this category of women, and they believe in using herbs, talismans, and *juju*, to protect against STDs and AIDS.

Discussion and conclusion

This article has shown the particular vulnerabilities women face regarding HIV infection through (1) the lack of *accurate* knowledge regarding the nature of the disease, and (2) their compromised ability to control their own sexuality because of the power imbalances between them and their clients/partners.

Protection from STDs, especially HIV-infection, depends on a number of factors, the foremost being knowledge about, and acceptance of, AIDS as a deadly disease with no cure. This cannot be if people are to be convinced that there are (as yet) no known traditional means of either protection or cure. Women who are persuaded that they can become HIV-infected through sex, and by anyone, no matter how healthy he looks, are less likely to engage in ‘unprotected’ sex. This will be despite precarious financial situations, or a client/partner’s physical threats. If behavior continues to be ‘risky,’ not because people do not know *about* AIDS, but because they ascribe the disease to non-physical causes, or because of a misperception that one can tell an infected person from their appearance, then IEC messages need to move beyond condom-use campaigns. An imperative of IEC efforts, therefore, is the need to stress the asymptomatic stage of HIV-infection, and that carrying the disease can be unrelated to physical appearance for years. Clearly, special efforts at AIDS-education need to be undertaken in Côte-d’Ivoire.

On another level, controlling the spread of AIDS requires that we acknowledge the inequities in gender relations. There is a lot of discussion these days about ‘empowering’ women to use condoms, especially female sex workers (World Bank 1990), yet little recognition of the problems women face in insisting on condom use. For some women their lack of power relative to their clients and/or partners compromises their ability to do so. For most of these women, the implications of even a *single* act of ‘unprotected’ sex is moot since without the income from prostitution —including sexual acts where the client may refuse to use a condom— they would be destitute. Furthermore, even if a client does not refuse to use a condom, the possibility of receiving more money for agreeing to sexual intercourse without a condom, makes the prospect of eventually being able to escape from sex work all the more probable. Unless genuine efforts are made to improve women’s material conditions so that they have comparable access to resources as men do, and are no longer dependent on supplying sexual services for their livelihood,

exhortations to stick to one partner may be irrelevant even if they appreciate their risk. It must be recognized, however, that even in their disadvantaged situation some African women have always found strength in collective organizations. As seen from the efforts of the Seaters, one of the means to empowering women obviously lies in harnessing the energies found in their organizations, and using these to devise *collective* protection strategies.

In order to 'empower' women, men will also have to be motivated to change their ideas about sexuality —ideas that the use of condoms is not masculine and sex with condoms cannot be enjoyed. This also needs to be a focus of IEC efforts, especially since condoms are a technology whose use women can only influence, but not control. Such an approach will go a long way towards making men feel more responsible about the sexual health of their partners. IEC messages also need to be examined to determine to what extent they reinforce traditional sex-stereotypes and gender roles.

Although survey results suggest widespread knowledge *about* AIDS and how the HIV-virus is transmitted, further micro-level studies are necessary to determine how these responses are related to health and religious belief systems. Attempts at transforming behavior require a realistic appreciation of the factors that inform risk-perception and protective behavior at the individual level. Without this, IEC campaigns aimed at promoting condom use will continue to have only marginal success. On a general level, there is a need for more detailed research on sexual relationships. We need to establish how much people actually know about HIV/AIDS, their sources of information, their levels of confidence in the various sources, and what sense they make of such information. We need to know to what extent they are simply repeating what they have heard through the media, and how much have they really conceptualized an illness which has no cure, but at the same time is not associated with witchcraft and malevolent spirits. We still do not know enough about contemporary concepts of sickness and disease as related to HIV-infection and AIDS, nor the factors which lead individuals to select particular options regarding protection. In view of the importance given to the role of traditional medicine, further research on people's health belief systems is crucial. Intervention strategies need to be constructed on a realistic assessment of the determinants of risk-taking behavior among different groups.

The media may have been successful in getting the message *about* AIDS into communities; it would seem, however, that greater success is achieved where a population group receives regular and consistent information over a period of time, as has been the case with Seaters in Ghana. This can be done through the many groups and organizations people are members of —schools, churches, clinics, youth and women's groups, market women's associations, etc.

No amount of AIDS education can change a woman's disadvantaged financial situation, however, women cannot even begin to become more empowered to take control over the health issues of their lives if they not armed with accurate knowledge. Because of women's

general disadvantaged position in society, they are frequently those with the least access to this information and special efforts need to be made to target women without stigmatizing or 'scape-goating' them.

Bibliography

- ACQUAH Ione. 1958. *Accra Survey*, London (Reprinted 1972).
- ADOMAKO AMPOFO Akosua. 1993. *Report from a survey of sexual behaviour and knowledge regarding AIDS among out-of-school youth in the Central Region of Ghana*, Accra: UNICEF: 45 p.
- 1994. *Report of an exploratory study into the sexual behaviour of Ghanaian prostitutes with their clients and partners and 'free women' with their partners*, Accra: WHO: 136 p.
- 1995. "Women and AIDS in Ghana: 'I control my body (or do I)?' Ghanaian sex workers and susceptibility to STDs, especially AIDS", in P.K. MAKINWA-ADEBUSOYE and A. JENSEN (eds), *Women's position and demographic change in sub-saharan Africa*, Liège: Derouaux-Ordina: 233-251.
- 1997a. "Costs and rewards — Exchange in relationships; experiences of some Ghanaian women", in Eva EVERS ROSANDER (ed), *Transforming female identities*, Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet: 177-196.
- 1997b. "Nice guys, and condoms, women's HIV-preventive strategies", Annual Meeting of the African Studies Association, 14-17 November 1997, Columbus, Ohio: 30 p.
- AKANDE Adebawale and ROSS Michael W. 1994. "Fears of AIDS in Nigerian students: dimensions of the fear of AIDS scale (FAIDSS) in West Africa", *Social Science and Medicine*, 38 (2): 339-342.
- ANARFI John K. 1992. "Sexual networking in selected communities in Ghana and the sexual behaviour of Ghanaian female migrants in Abidjan, Côte d'Ivoire", in Tim Dyson (ed), *Sexual behaviour and networking : anthropological studies on the transmission of HIV*, Liège: Derouaux-Ordina: 233-267.
- ANARFI John K. and FAYORSEY Clara K. 1995. "The male protagonists in the 'commercialization' of aspects of female life cycle in Ghana", Paper prepared for the Seminar on 'Fertility and the male life cycle in the era of fertility decline', Zacatecas, Mexico, 13-16 November 1995.
- ANKER Richard *et al.* 1988. "Women's participation in the labour force: a methods test for India for improving measurement", *ILO Women, Work and Development Series No.16*: 244 p.
- ANKOMAH Augustine. 1990. *The socio-economic context of pre-marital sexual relationships in Ghana in the era of AIDS*, University of Exeter: Institute of Population Studies.
- ANKOMAH Augustine and FORD Nicholas. 1993. *Pre-marital sexual behaviour and its implications for HIV prevention in Ghana*, University of Exeter: Institute of Population Studies.
- BERTRAND Jane and BAKUTUVWIDI Makami. 1991. "Sexual behaviour in ten sites in Zaire", *Journal of Sex Research*, 28: 347-364.

- BLEDSOE Caroline. 1990. "The politics of AIDS, condoms and heterosexual sexual relations in Africa: recent evidence from the local print media", in W. PENN HANDWERKER (ed), *Births and power*, Boulder: Westview Press.
- CALDWELL John C., CALDWELL Pat and QUIGGIN P. 1989. "The social context of AIDS in sub-saharan Africa", *Population and Development Review*, 15: 185-234.
- CALDWELL John C. and CALDWELL Pat. 1993. "The nature and limits of the sub-saharan AIDS epidemic: evidence from geographic and other patterns", *Population and Development Review*, 19 (4): 817-848.
- CLARK Gracia and MANUH Takyiwaa. 1991. "Women traders in Ghana and the structural adjustment programme", in C. GLADIN (ed), *Structural adjustment and women farmers*, Florida: University of Florida Press: 217-236.
- DODOO F. Nii-Amoo and ADOMAKO AMPOFO Akosua. 1996. "AIDS-related behavior among a 'low-risk' group: risk perception and protection among married men in Kenya", Paper presented at the Annual Meetings of the American Sociological Association, 15-20 August 1996, New York: 25 p.
- DUPUIS Joseph. 1824. *Journal of a Residence in Ashantee*.
- ELSON Diane. 1991. "Gender and adjustment in the 1990s: an update on evidence and strategies", Background paper for Interregional Meeting on 'Economic distress, structural adjustment and women', June 1991, Commonwealth Secretariat.
- FERRY Benoît, DEHENEFFE Jean-Claude, MAMDANI Masuma and INGHAM Roger. 1995. "Characteristics of surveys and data quality", in John CLELAND and Benoit FERRY (eds), *Sexual behaviour and AIDS in the developing world*, London: Taylor and Francis: 10-42.
- FORD N. and NORRIS A. 1991. "Conducting focus group sessions", *Studies in Family Planning*, 12: 443-449.
- GALE. 1973. "Sir Gordan Guggisberg and his African critics", *Transactions of the Historical Society, Ghana*, 14: 273.
- Ghana AIDS Control Programme. 1994. *Annual Report*.
- Ghana Statistical Service and the Institute for Resource Development. 1993. *Ghana Demographic and Health Survey 1993*, Columbia/ Maryland: GSS and IRD.
- GOLD Ron S. 1993. "On the need to mind the gap: on-line versus off-line cognitions underlying sexual risk-taking", in Deborah TERRY, Cynthia GALLOIS and Malcolm MCCAMISH (eds), *The theory of reasoned action*, London: Pergamon: 227-252.
- HART A. 1992. "HIV prevention and who buys heterosexual sex: a Spanish case study", Paper presented at the Conference on 'Culture, sexual behavior and AIDS', University of Amsterdam; 24-26 July 1992.
- HEISE Lori L. and ELIAS Christopher. 1995. "Transforming AIDS prevention to meet women's needs: a focus on developing countries", *Social Science and Medicine*, 40 (7): 931-943.
- INGHAM Roger. 1995. "AIDS: knowledge, awareness and attitudes", in John CLELAND and Benoît FERRY (eds), *Sexual behaviour and AIDS in the developing world*, London: Taylor and Francis: 43-74.
- KILSON Marion. 1974. *African urban kinsmen: the Ga of Central Accra*, Accra/New York.
- KOUASSI G. 1986. *La prostitution en Afrique. Un cas: Abidjan*, Abidjan: Nouvelles Editions Africaines: 324 p.

- LANGSTONE John. 1989. *AIDS: the facts*, Little Brown and Company. Canada.
- LATHAM Michael C. 1993. "AIDS in Africa: a perspective on the epidemic", *Africa Today*, 40: 39-54.
- LITTLE Kenneth. 1975. "Some methodological considerations of the study of African women's urban roles", *Urban Anthropology IV* (2): 107-121.
- LOCKER David. 1981. *Symptoms and illness*, London and New York: Tavistock Publications.
- MOSES S., PLUMMER F.A., NGUIGI E. N., NAGELKERKE N. J., ANZALA A. O. and NDINYA-ACHOLA J.O. 1991. "Controlling HIV in Africa: effectiveness and cost of an intervention in a high-frequency STD transmitter core group", *AIDS*, 5: 407-411.
- MULDER Dean W., NUNN Andrew J., KUMATI Anatoli and NAKIYINGI K. 1994. "Two-year HIV-1-associated mortality in a Ugandan rural population", *The Lancet*, 3 (8904): 1021-1023.
- National Council for Population and Development and the Institute for Resource Development. 1989. *Kenya Demographic and Health Survey 1989*, Columbia, Maryland: NCPD and IRD.
- NUKUNYA G. K., TWUMASI P.A., and ADDO N.O. 1975. "Attitudes towards health and disease in Ghanaian society", *Conch*, 7: 125-126.
- OWUSU-ANSAH David. (forthcoming). "Prayer, amulets and healing."
- PAINTER T., SOUMANA O., KAMPO S. and DOUCOURE S.A. 1992. *Migrations and AIDS in West Africa. A study of migrants from Niger and Mali to Côte-d'Ivoire: socio-economic context, features of their sexual comportment, and implications for AIDS prevention initiatives*, New York: CARE.
- PALMER Ingrid. 1991. *Gender and population in the adjustment of African economies: planning for change*, Geneva: ILO: 187 p.
- PATTERSON K. David. 1981. *Health in colonial Ghana: disease, medicine and socio-economic change, 1900-1955*, Waltham: Crossroads Press : XIV-187 p.
- ROSENSTOCK I. M. 1974. "The health belief model and preventive health behavior", *Health Education Monographs*, 2: 354-386.
- RUSHING William. 1995. *The AIDS epidemic. Social dimensions of an infectious disease*, Boulder: Westview Press: 288 p.
- SAI F.T. 1973. "Ghana", in Ian DOUGLAS-WILSON and G. MCLACHAN (eds), *Health care prospects: an international survey*, London.
- SCHOEPP B. G. 1988. "Women, AIDS, and economic crisis in Central Africa", *Canadian Journal of African Studies*, 22 (3): 625-644.
- 1992 "Political economy, sex and cultural logics: a view from Zaire", AIDS and Anthropology Group; Culture, Sexual Behaviour and AIDS, July 24-26, Amsterdam.
- SCHUTZ A. 1962. *Collected Papers Vol. I: The problem of social reality*, The Hague: Martens Nijhof.
- TAWIL O. 1992. *Intervention project among prostitutes and clients in Abidjan, Ivory Coast: summary findings of a behavioural survey conducted in three Communes of Abidjan, April-May 1991*, Geneva: WHO.
- TWUMASI Patrick A. 1975. *Medical systems in Ghana: a study in medical sociology*, Accra/Tema: Ghana Publishing Corporation: 146 p.

- TWUMASI Patrick A. 1975. *A sociological perspective on the problems of adapting modern scientific medicine to the needs of a developing country*, Accra/Tema: Ghana Publishing Corporation.
- United Nations. 1994. *AIDS and the demography of Africa*, New York: United Nations, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis.
- World Bank. 1990. "Investigating health", *World Development Report*, Washington: The World Bank.

Akosua Adomako AMPOFO, *Nice guys, condoms, and other forms of STD protection: sex workers and AIDS protection in West Africa*

Summary — The last two decades have seen the presentation of a variety of Information, Education and Communication (IEC) efforts aimed at changing sexual behavior with the hope that this will slow down the rate of the spread of AIDS. Neglected has been an analysis of how cultural factors influence the interpretation of this information, and consequent behavior. This chapter reports on a study of face-to-face interviews among Ghanaian sex workers. Rather than focussing on risk factors to clients, as has been the tendency, the chapter examines the women's perceptions regarding their abilities to protect themselves, and how this is related to beliefs about disease causation. Also examined is the relationship between the women's behavior and the economic basis of their sexual relations. Four types of perceptions and their related behaviors are analyzed, and the implications discussed. The findings indicate that possessing knowledge about 'risky behavior' is a necessary condition, but not a sufficient one, for changing behavior. The women do not simply absorb information and modify their behavior according to information supplied by 'experts.' More important is the reflection of the knowledge against the context of their beliefs. Furthermore, although accurate knowledge can offset economic precariousness for some of the women, for others their economic dependence on men makes them passive negotiators.

Keywords: traditional health beliefs • AIDS-related knowledge • high-risk behavior • safer sex • condom use • women's HIV-vulnerability.

Akosua Adomako AMPOFO, "Nice guys", condoms et autres formes de protection contre les MST : travailleurs du sexe et protection contre le sida en Afrique de l'ouest

Résumé — Durant les 20 dernières années, on a remarqué des efforts en matière d'IEC (Information, Education, Communication) pour changer les comportements sexuels, avec l'espoir de ralentir la propagation du sida. On a négligé d'analyser la manière dont les facteurs culturels influencent l'interprétation de cette information, et les comportements qui en résultent. Cette contribution présente une étude menée à partir d'entretiens individuels avec des travailleuses du sexe ghanéennes. Plutôt que de se concentrer sur les facteurs de risque des clients, comme cela a été

la tendance, ce texte évoque la manière dont ces femmes perçoivent leur capacité à se protéger, en relation avec les croyances sur les causes de la maladie. Sont aussi examinés les liens entre le comportement des femmes et les fondements économiques de leurs relations sexuelles. Quatre types de perceptions et de comportements associés sont analysés, et leurs implications sont discutées. Les résultats indiquent que le fait d'avoir des connaissances sur le “comportement à risque” est une condition nécessaire, mais non suffisante pour changer de comportement. Les femmes n'assimilent pas l'information et ne modifient pas simplement leur comportement selon l'information fournie par les “experts”. Plus importante est la réflexion de la connaissance face au contexte de leurs croyances. En outre, alors que, pour certaines de ces femmes, une connaissance appropriée peut compenser la précarité économique, pour d'autres, leur dépendance économique par rapport aux hommes les rend passives dans la négociation.

Mots-clés : croyances traditionnelles sur la santé • connaissances sur le sida • comportements à haut risque • sexualité à moindre risque • utilisation du condom • vulnérabilité des femmes au VIH.

33. Perception of AIDS among University students in Nigeria. Implications for AIDS prevention programmes

Edlyne E. Anugwom

Background

The acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is now a global scourge of mankind. It has been reported in almost all areas of the world. In Africa, the prevalent AIDS scourge is the pattern 2 which is transmitted through heterosexual relations and intercourse (Howlett *et al.* 1989). But while the spread of the HIV responsible for AIDS has come under great control in the advanced or Western nations, the developing countries, especially in Africa, are still battling with the acceptance of the gross reality of the pandemic. No wonder the AIDS threat is gradually becoming a thing for the developing nations. All over the world, health workers and researchers have agreed that prevention is a major avenue towards curbing the pandemic. In fact, until a reliable cure is found, prevention remains the most effective weapon against AIDS (Batchelor 1984).

Prevention is achieved mainly through education and enlightenment of the populace on the adverse consequences of AIDS. In Nigeria, the task of enlightenment has been embraced by government agencies and a few non-governmental organizations. This enlightenment exercise may have created an awareness of the existence of the disease but its real nature and life threatening consequences may still remain conjectural for a majority of the populace. Hence, while media and other forms of enlightenment has been significant, the extent to which the populace actually feels that AIDS is a real threat remains unknown. Moreover, simplistic messages and information about AIDS alone is inadequate in the struggle against the pandemic (McPherson 1996). Therefore, there is need to ascertain the perception of AIDS by Nigerians. Education and enlightenment on prevention of AIDS aims at changing the attitudes of the recipients of such education to the threat of the virus. As a result, it targets a change in both perception and behaviour. But it is likely that enlightenment programmes which are situated within the purview of the perceptions of those being enlightened would achieve more results in behaviour change than those that gloss over the prevalent perceptions of the population.

In this regard, AIDS prevention programmes should take adequate cognisance of the perceptions of the virus by the people. Generally, heterosexual intercourse is the primary mode of HIV/AIDS transmission

in Africa where it accounts for 70-80 percent of all cases (Hayward 1990). Heterosexual relations are usually undertaken by the sexually active members of the population. In this case, young adults or youths are more involved in heterosexual relations than other members of the population. Hence, this group becomes the ideal target of any AIDS prevention programme. And one setting where this target group of young adults can be located is at the tertiary institutions of learning, especially the universities. In view of the relative freedom and active sex lives of university undergraduates, AIDS prevention programmes become necessary for them. But such programmes may go a long way in reducing the spread of the virus, if they are informed by a knowledge of AIDS-related perceptions of such a target group.

From the foregoing, this study is aimed at discovering the prevalent perceptions of AIDS by university students in Nigeria. And from this standpoint, examine the implications of these perceptions for AIDS prevention programmes in the country. This was borne out of the conviction that assessing people's knowledge attitudes, beliefs, and practices (KABP) related to sexuality and AIDS is a good starting point of any prevention programme.

The AIDS pandemic

Recently a new concern about the violation of human rights through AIDS prevention programmes have arisen. In evaluating the human rights implications of HIV/AIDS preventive measures, Kirby (1996) sees such strict measures as compulsory testing, obligatory screening of risk groups, criminal punishment for spreading infection and quarantine as ineffective, counter-productive and positively harmful in the global struggle against STDs in general and HIV in particular. This is because according to him, AIDS prevention entails behaviour change which is difficult to achieve when the social environment is not conducive. The central place of behaviour change to AIDS prevention is also emphasized by Cochran and Mays (1989) and Osborn (1986). Behaviour change is very important when it is realized that AIDS even though a physical or biological disease depends for its transmission and spread mainly on the volitional behaviour of people (Ward *et al.* 1989). Kirby (1996) and Hauserman (1996) are however particularly concerned with the need to ensure that human rights are protected in relation to HIV/AIDS programmes.

Cochran and Peplau (1989) have discovered that the perception of being at risk, especially among men, is a factor in change of attitude towards the virus. Though they argue that women mostly change sexual behaviour mainly as a result of previous experience rather than cognition or perception. Perception influences prevention since prevention depends on behaviour change which is largely volitional. One way of addressing the influence of perception on prevention may be to situate prevention programmes in the social milieu of the people. Niang (1995) reports that a study in southern Senegal shows that local channels, groups and practices can be effectively and ingeniously used in AIDS prevention programmes. Prevention messages are particularly important. Even though there is need

to state this within the social milieu of the receivers of such messages. According to Ornelas-Hall (1990) AIDS messages must take cognisance of the social realities of individuals and groups.

The above observation is akin to the argument of McPherson (1996) that simplistic messages to control risk and the assumption that information alone enables women to protect their health is not adequate. This is especially the case for women with little or no power in their relations, hence there is need for strategies relevant to the circumstances of these women. AIDS prevention also requires applying intervention. Effective intervention according to Slutkin (1993) may involve such things as condom marketing, well-programmed use of mass media and advertising, peer projects to reach the most at-risk population and systems to diagnose and treat people with STDs that enhance HIV transmission.

Hence prevention programmes in Africa, especially in more affected regions, should aim at enlightening women on the risks they face and on the need for them to take active part in AIDS related activities and concern (*Exchange* 1995; *Safe Motherhood* 1995; Williams 1993; *World AIDS* 1993; Mahmoud *et al.* 1990).

Even though, condoms recur in all genuine efforts towards AIDS prevention, some writers and researchers have raised issues with them (Slutkin 1993; Finger 1993). Shreedhar (1994) reports that Indian condom markets are awash with inferior condoms. These condoms are easily busted, not lubricated and easily fall to bits. The poor condom quality is attributed to two factors viz lack of consumer pressure and scarcity of reliable quality control. Inferior condoms may give rise to deep-seated resentment against their usage especially by first-timers. Condom of quality is important in view of the fact that it is one of the most effective means of AIDS prevention. In view of the spread of AIDS, condoms make sense (Dixit 1993). A way of encouraging condoms use may be, according to Donald and Ferreros (1990), through social marketing which is a method of promoting awareness of supply and distribution that complements many health delivery systems. While condoms are becoming popular and social marketing is encouraging condoms use to prevent transmission, a new concern has emerged on how to sustain such efforts (Manuel 1993). As a preventive measure the condom appears to be very effective especially where religiously adhered to. Rajanapitayakorn (1993) reports that a 100 percent condom use campaign in Bangkok, Thailand may have slowed the spread of the infection there.

As part of preventive efforts, public education will help in assuaging the problem of AIDS (Batchelor 1984). AIDS education in schools seems very necessary. In the views of Sy *et al.* (1989), this may be implemented as part of a carefully planned and comprehensive school health education curriculum. This suggestion may be timely in Nigeria where Raufu (1993) reports that despite statistics showing that Nigeria is on the brink of an AIDS epidemic, many Nigerians still scoff at the idea that the disease has eaten deeply into the fabric of society.

Method of study

The population of study is the student population of four universities in South-Eastern Nigeria. The universities are: University of Nigeria, Nsukka; Nnamdi Azikiwe University, Awka; Enugu State University of Science and Technology; and Abia State University, Uturu. The students were sampled during the course of a week-long AIDS awareness campaign organized by two AIDS NGOs in Nigeria. A sample size of 400 students were randomly selected from the students who attended the event (100 students from each university). In order to ensure equal gender participation in the study, efforts were made to sample as many female students as possible.

The research instrument was simple self-administered questionnaire constructed to ascertain the awareness and perception of AIDS by the students. Hence the questionnaire contained questions on awareness of the disease; source of awareness/information on AIDS; reality of the AIDS disease; use of prevention; type of precaution preferred and problems associated with it, etc. Since no hypothesis was stated due to the exploratory nature of the study, data analysis was carried out through the use of simple descriptive statistics. As a result, percentages and tables were employed in illustrating relationships between variables of interest in the study. It is hoped this will facilitate easy comprehension of research results. Moreover as Behrend (1954) have argued, in analyzing data, the most efficient and at the same time simplest available method which is appropriate to the subject matter should be used.

Students and perception of AIDS in Nigeria

A pertinent starting point for presentation of findings in a study of this nature may be an examination of the socio-demographic characteristics of respondents. This then will provide the background for other findings of the study. As the study population is made up of students, this may entail illustrating their courses of study, as well as age and sex. Respondents were drawn from four faculties viz Science (20 percent), Social Science (30 percent), Arts (30.7 percent), and Business (19.3 percent). Respondents studying Law were merged with those studying Arts since there were only a few of them in the study sample.

Our data reveal that all the respondents are in their youth. Also, a predominant number of them are in the 21-30 age bracket. This shows that university student in Nigeria rightly constitute an AIDS prevention programme target group, especially when it is realized that the disease usually affects those between the ages of 20-40 (Batchelor 1984). Moreover a significant number of females (37.5 percent of total sample size) were sampled. This ensured that a sort of gender balance is achieved.

To ascertain the perception of the students regarding the reality of the AIDS pandemic they were asked if they believe that AIDS is really in existence. Surprisingly enough, 30 percent or 120 of the respondents of both sexes saw AIDS as not really in existence. This is worrisome when

one pits this sort of revelation against the fact that the respondents are university students who are supposed to be very informed. All the same, all the respondents have heard of the existence of the disease in Africa, even though they all have not actually seen an AIDS patient before except on the television. In addition to this, most of the respondents stated that they have only seen white people afflicted with AIDS. None of them has seen a black person afflicted and 80 (20 percent) of them cannot remember exactly the race of AIDS victims they have seen on the television.

This may not be entirely astounding when it is discovered that a significant number of the respondents (280 or 70 percent) see AIDS as an invention of the Western nations to put Africa in place.

Therefore, the respondents mostly see AIDS as part of the politics of development and Western nations are using the pandemic to put Africa in place. This revelation vindicates the contention of Raufu (1993) that Nigerians scoff at the idea of the reality of AIDS and see it as Western-inspired propaganda. Such a perception of AIDS may not be unrelated to colonial experiences of Africans in which everything bad was attributed to the blacks by the whites. While the efforts of educated Africans to counteract such an orientation, particularly in the socio-political arena are commendable, its carry-over to a major health threatening situation is really a source of concern. Also this type of perception puts a big question mark on the effectiveness of AIDS enlightenment and prevention campaigns in Nigeria. And as Cochran and Peplau (1989) rightly observed the perception of being at risk is a factor in change of attitude. Obviously, a change of attitude and behaviour is germane to any sustainable AIDS prevention efforts.

In a bid to discover the coping ability of the respondents in case of rapid AIDS disaster, they were asked to classify death from AIDS either as un-natural or normal. This stems from the belief that those who see death from AIDS as normal may be in a better position to cope with its disaster than others. At the same time, those in this category may be less receptive of AIDS prevention messages. The result shows that 125 (31.3 percent) of our respondents see death from AIDS as unnatural, while 278 (68.7 percent) see it as normal.

Further to this, the respondents that see nothing abnormal in dying from AIDS were asked to state reason why they feel so. A majority in this category of respondents (105 or 38.2 percent) see death and cause of death as pre-ordained; 62 respondents (or 22.6 percent) see death as a thing for everybody; and others (83 or 30 percent) see death as either usual or see cause of death as unimportant.

In view of the fact that all the respondents have heard of the existence of AIDS in Africa and most of them have also heard of preventive messages or seen anti-AIDS posters, they were asked whether they take any form of precaution in their sex activities. The responses are shown in the following table 1, from which it can be seen that a significant number of the respondents, who are typical of Nigerian students, do not take the AIDS threat serious enough. It is disappointing that out of a sample of 400 students, 160 (40 percent) of them do not take any form of precaution against AIDS.

Table 1: *Distribution of respondents by attitude to precaution*

| Attitude | No. of respondents | Percent |
|-----------------|--------------------|---------|
| Take precaution | 195 | (48.7%) |
| No precaution | 160 | (40%) |
| Abstinence | 45 | (11.3%) |
| <i>Total</i> | 400 | (100%) |

This supports the argument of McPherson (1996) that simplistic messages and information alone is not adequate. There is need for effective intervention programmes in the mode put forward by Slutkin (1993). The result in the above table becomes more insightful when the respondents who take precaution were asked to state which precautions they use. It was discovered that a majority of respondents who take precaution (110 or 56 percent) use condoms or encourage partners to use condom. Also quite a significant number of respondents (72 or 37 percent) keep to one partner as a form of precaution or prevention, while 7 percent of the respondents could not state the form of precaution they employ. However, an important fact emerged when respondents, that use or encourage partners to use condoms, were asked to state why they do this and the most severe problem they face in using condoms (whether from the products or from partners). The results are presented in the table 2:

Table 2: *Distribution of respondents by reason for condom use by problem of condom use. Number and percent*

| Problem | AIDS | Pregnancy | STDs | Total |
|-------------------------|------------|------------|------------|------------|
| Restriction of pleasure | 6 (5.5%) | 12 (11.0%) | 8 (7.3%) | 26 (23.8%) |
| Breakage | 3 (2.7%) | 8 (7.3%) | 10 (9.1%) | 21 (19.1%) |
| Partner suspicion | 3 (2.7%) | 4 (3.6%) | 10 (9.1%) | 17 (15.4%) |
| Cannot ejaculate | 4 (3.6%) | 16 (14.5%) | 3 (2.7%) | 23 (20.8%) |
| Others | 2 (1.8%) | 5 (4.5%) | 4 (3.6%) | 11 (10.0%) |
| No problem | 2 (1.8%) | 10 (9.1%) | 0 (0%) | 12 (10.0%) |
| <i>Total</i> | 20 (18.2%) | 55 (50.0%) | 35 (31.8%) | 110 (100%) |

It appears that only a small number of the respondents use condoms in a bid to avoid AIDS infection. On the contrary, majority of them use condoms to avoid the risk of pregnancy or contacting other STDs like gonorrhoea, herpes, syphilis etc. All the same, use of condoms for whatever reasons will still be effective against AIDS infection. The table also shows the range of problems which respondents identified with using

condoms. Some of these problems may be psychological especially where the person is just starting to use condoms. Admittedly, inferior or sub-standard condoms which somehow get into the market may be prone to such defects as breakage and lack of lubrication (Shreedhar 1994). In spite of these, use of condoms still remain one of the most effective preventive measures against the AIDS scourge. Their usage in Nigeria and other developing countries is imperative in view of the fact that, by the year 2000, as many as 40 million people could be infected, 90 percent of them in the developing world (*World AIDS* 1993).

Concluding remarks

This exploratory study discovered amongst others, that the AIDS perception of Nigerian students is ill-informed. Hence they see AIDS as a development propaganda; a significant number also see AIDS as not really in existence, and do not bother themselves with any form of precaution. Some of these discoveries are as insightful as they are disturbing. They seem to call for a realignment of AIDS prevention programmes to tackle the problem of wrong or unjustified perceptions.

One way of doing this may be, as Sy *et al.* (1989) suggested, to incorporate AIDS education in the curriculum of schools in Nigeria. So far, this is not the case. In the universities, AIDS education may be made part of the General Studies or Foundation Studies courses. Even though, it should have no influence on students' GPA, they would all the same be required to take the course and pass it before graduating. Also, effective intervention in the ways pointed out by Slutkin (1993) may be desirable especially peer projects to reach the most at-risk population since this would suit the lifestyle of university undergraduates. There is also need for condom manufacturers in Nigeria to explore ways of increasing the excitement or arousal that one gets on putting on a condom. This may tackle the problem of pleasure restriction and ejaculation difficulties. In addition, enlightenment programmes may state the need for partners to educate each other on the desirability of condoms. This form of dialogue may deal with the issue of suspicion.

Perceptions which may be products of historical reality, environment and culture affect one's behaviour and attitudes to the AIDS threat. Nigerian students schooled to view Western oriented programmes with suspicion are likely to see the AIDS threat as one more card in the trick bag of developed nations. This perception, earlier noted by Raufu (1993), needs to be tackled if meaningful results are to be achieved in prevention efforts. Therefore, the government and AIDS NGOs should do more in terms of effective prevention programmes which ought to start from disabusing the minds of Nigerians of wrong notions and terminate in the promotion of 100 percent condom use by all Nigerians. A 100 percent condoms use campaign have proved effective in slowing the spread of AIDS elsewhere (Rajanapitayakorn 1993). It is worthy of mention at this juncture that the time lapse between when this study was conducted in 1995 and now may have produced some remarkable changes in perception of AIDS among the students. Thus events in the last two years in Nigeria

may have deeply affected the perception of AIDS by students. Nowadays, some University campuses are centres of anti-AIDS activism organised by the students themselves. Some of these groups as the AIDS Prevention and Control Organisation (APCO) have carried their campaigns beyond the campuses to other target groups in the population. A number of other factors are also responsible for this. These are the increased sensitization of students through the media, the activities of NGOs and an increase in the level of HIV affliction in Nigeria among others. Moreover, the demise of the popular musician, Fela Anikulapo-Kuti, through the disease turned out to be a sort of turning point in the orientation of most Nigerians to the AIDS reality. All the same, pockets of confusion and doubts still exist all over the country, thus making continuous enlightenment a necessity.

It is to be expected that the issue of perception of AIDS in Africa is very crucial to prevention efforts. According to Mongo (1995), the perception of the disease in East Africa has been a major obstacle to its prevention. Traditional beliefs and fetish practices have stood in the way of an objective assessment of the menace. In a similar frame of reference, Kittel (1996) has reported that AIDS prevention efforts in such African countries as Zimbabwe, Malawi, Zambia and South Africa should ideally start from remoulding the impressions of people —victims and relations— about the disease. Be that as it may, Nwamba (1995: 61) after a study of the epidemic in Ghana, states succinctly that, “as is usually the case with afflictions, in Africa as a whole, traditional beliefs and practices have punctuated most of the genuine efforts to tackle the AIDS menace”.

Finally, finance which has been the major constraint militating against NGOs and government agencies AIDS campaign (Raufu 1993) should be addressed. In this regard, the Nigerian government and other corporate bodies in the country may be given the message of Merson (1993): “Spend now or pay heavily later”. Money must be expended on mass prevention programmes which should be clearly informed, mostly by the results of social science research in order to achieve desired results. The time to act is now.

Bibliography

- BATCHELOR W.F. 1984. “AIDS”, *American Psychologist*, 39 (11).
- BEHREND Hilde. 1954. “A note on labour turnover and the individual factory”, *Journal of Industrial Economics*, 11 (1).
- COCHRAN S.D. and MAYS V.M. 1989. “Women and AIDS-related concerns”, *American Psychologist*, 44 (3).
- COCHRAN S.D. and PEPLAU L.A. 1989. Quoted in S.D. COCHRAN and V.M. MAYS, “Women and AIDS-related concerns”, *American Psychologist*, 44 (3).
- DIXIT S.B. 1993. “Condoms make sense”, *World AIDS*, 25.
- DONALD Malcolm and FERREROS Carlos. 1990. “The social marketing of condoms”, *AIDS and Society*, 1 (3): 4-5.
- Exchange (1995), No.3: 5.
- FINGER W.R. 1993. “Preventing HIV transmission in priority countries”, *Network*, 13 (4): 1.

- HAUSERMANN Julia. 1996. "Defining human rights in relation to HIV/AIDS", *Exchange*, 1: 6.
- HAYWARD R.F. 1990. "AIDS, women and children", *AIDS and Society*, 2 : 3.
- HOWLETT P.W., WATOKY M.N., MMUNI K.A. and MISSALEK W.R. 1989. "Neurological disorders in AIDS and HIV disease in the Northern zone of Tanzania", *AIDS*, 3 (5): 12.
- KIRBY Michael. 1996. "Human rights and HIV/AIDS: upholding human dignity and defending principles", *Exchange*, 1: 1.
- KITTEL Saint. 1996. "Prevalence of HIV in Africa: some selected cases", *Journal of Health and Education*, 2 (7): 14-23.
- MAHMOUD F.A., de ZALDUONDO B.O. and DEBREWORK Zewdie. 1990. "Women and AIDS in Africa", *AIDS and Society*, 1 (2): 4.
- MANUEL John. 1993. "Condoms becoming more popular", *Network*, 13 (4).
- MCPHERSON Nancy. 1996. "Women supporting women: the challenge of HIV in shelters", *Exchange*, 1: 3.
- MERSON M.H. 1993. "GPA says world must spend now or pay later", *Global AIDS News* 1: 1.
- Network*. 1993. "AIDS: The second decade", *Network*, 13 (4).
- MONGO E. 1995. "STDs in East Africa", in S. NWAMBA (ed), *Diseases of our time*. Lagos: Berthan Publ.: 55-61.
- NIANG C.I. 1995. "Traditional women's associations as channels for HIV/AIDS/STD prevention", *Exchange*, 3: 6.
- NWAMBA S. 1995. "Coping with HIV/AIDS in Ghana", in S. NWAMBA (ed), *Diseases of our time*, Lagos: Berthan Publ. : 17-28.
- ORNELAS-HALL Gloria. 1990. Quoted in *AIDS and Society*, 1 (4): 8.
- OSBORN J.E. 1986. "AIDS, social science and health education: a personal perspective", *Health Education Quarterly*, 13: 14.
- RAJANAPITAYAKORN Wiwat. 1993. "100 percent condom use seeks to slow HIV spread", *Network*, 13 (4): 9.
- RAUFU Abiodun. 1993. "Nigeria on the brink", *World AIDS*, 36: 7.
- Safe Motherhood*. 1995. "AIDS and the family", *Safe Motherhood*, 16: 5.
- SHREEDHAR Jaya. 1994. "India's condom quality row flares up", *World AIDS*, 36: 1.
- SLUTKIN Gary. 1993. "Can AIDS prevention move to sufficient scale?", *Network*, 13 (4): 3.
- SY F.S., RICHTER O.L. and COPELLO A.G. 1989. "Innovative educational strategies and recommendations for AIDS prevention and control", *AIDS Education and Prevention*, 1 (1).
- WARD J.W., HARD A.M. and DROTMAN D.P. 1989. "AIDS in the United States", in G.P. WORMSER, R.E. STAHL and E.J. BAHONE (eds), *AIDS and other manifestations of HIV infection*, New Jersey: Noyes Publ.
- WILLIAMS Eka. 1993. "How to improve prevention: empower African women", *Network*, 13 (4): 2.
- WITTI F.P. and GOLDBERG M.I. 1983. *The National Institutes of Health and research into the Acquired Immune Deficiency Syndrome*. (Public Health Reports, No.98).
- World AIDS* 1993, No.25 (January).

Edlyne E. ANUGWOM, *Perception of AIDS among University students in Nigeria. Implications for AIDS prevention programmes*

Summary — This study conducted in 1995 looked at the perception of the AIDS disease among students in four Nigerian Universities. It discovered *inter alia* that a lot of confusion and misinformation still shrouds the students' perception of AIDS. One of these is that they see it as a development related phenomenon being used by Western nations to put Africa in its place. Also a significant number (40 percent) do not take precautions. A significant number of condom users among them expressed misgivings ranging from its restriction of pleasure, breakages to acts of suspicion on one's partner. Our study reveals a tendency to see AIDS from cultural and racial angles and a need for a realignment of AIDS prevention programmes in Nigeria.

Keywords: perception • AIDS • implications • prevention • students • enlightenment • disease • Nigeria.

Edlyne E. ANUGWOM, *Perception du sida chez les étudiants d'Université au Nigeria : implications pour les programmes de prévention du sida*

Résumé — Cette étude menée en 1995 analyse la perception de la maladie du sida chez des étudiants de quatre universités du Nigeria. On a remarqué en particulier beaucoup de confusions et de mauvaises informations qui sont à l'origine de perceptions embrouillées du sida chez ces étudiants. Entre autres, on trouve l'idée que le sida est considéré comme un phénomène lié au développement qui est utilisé par les nations occidentales pour mettre l'Afrique à sa place. Aussi un nombre important (40 %) d'étudiants ne prennent pas des précautions. Une proportion importante d'utilisateurs de condoms a exprimé des réserves et des doutes allant de la restriction de plaisir au fait de ne pas avoir confiance en son partenaire. L'étude a révélé une tendance à voir le sida sous un angle racial et culturel et a mis en relief le besoin de repenser les programmes de prévention du sida au Nigeria.

Mots-clés : perception • sida • implication • prévention • étudiants • information pour éclairer • maladie • Nigeria.

34. Male circumcision: practice and implication for transmission and prevention of STD/HIV in Central Kenya ¹

**Beth M. Ahlberg, V.N. Kimani,
L.W. Kirumbi, M.W. Kaara, I. Krantz**

Introduction

The aim of this study was prevention of HIV/AIDS among young people. The point of departure was the scenario of adolescent sexual and reproductive health in Kenya with high rates of early and unwanted premarital pregnancy, induced abortion and related complications, school drop-out and sexually transmitted diseases. In Kenya young people live in a paradoxical situation of prohibition and silence on matters of sexuality.

Our assumption was that breaking the silence and creating dialogue or space for people to address the prohibitive silence is an important prerequisite for preventing the spread of STD/HIV. We thus applied an open design and started by mapping the community to identify relevant community groups and networks, generate locally based knowledge, meanings and issues around which further research could be carried out as well as explore tools and use them to facilitate dialogue and preventive behavior in the community. The term *Mwomboko* which is used in a local poem 'words of wisdom' (Ngugi Wa Thiong'o 1987) and is also a local dance of young people where a couple moves two steps forward, stoops and makes a turn was discovered during this mapping process. *Mwomboko* was thereafter symbolically used to denote a movement involving data collection using interactive analytical methods, each stage of analysis defining the movement in the next step.

Circumcision unexpectedly emerged from the school data as a major concern of young people. Since circumcision is an old custom, it became necessary to carry out more systematic research to find out why it was of

¹ *Acknowledgements* : We would like to thank the people of Murang'a District who so willingly gave their time. This study could not have been carried out without the generous grant from the Swedish Agency for Research Co-operation with Developing Countries (SAREC).

This paper was first published, in another shortened version, under the title of "The Mwomboko research project: the practice of male circumcision in Central Kenya and its implications for the transmission and prevention of STD/HIV," *African Sociological Review*, 1 (1): 66-81 (1997).

such concern to the young people as well as find out its meaning, how it is organized and linked to sexuality.

The relevance of circumcision to HIV/AIDS

Circumcision has been implicated as a risk factor in the transmission of HIV. It is for example, argued that sexual intercourse causes lacerations and bleeding in women who have undergone clitoridectomy and infibulation thus increasing their risk of infection (Linke 1986; Gunn *et al.* 1988; Padian 1987). Furthermore, in both female and male circumcision, use of instruments during the operation without proper sterilization has been implicated as a possible transmission route. Results from surveys at STD clinics (Hira *et al.* 1990) have, however, indicated that male circumcision may lower transmission of STD including HIV. This has led to the conclusion that male circumcision should be considered a necessary line of action especially in Africa where condom use is low (Johnson and Laga 1988; Bongaarts *et al.* 1989; Marx 1989; Caldwell 1995).

There might be an argument for male circumcision for hygienic reasons especially in poor areas where most studies seem to have been carried out. However, to institute a widespread cutting of foreskins as a preventive measure against the spread of HIV, is not only to ignore the meanings and practices associated with the ritual, but it is also to assume that:

“the African countryside and its peoples are in some way immune to change and that cultural practices such as circumcision (or no circumcision) and degrees of sexual permissiveness are fixed for all time. Such a view ... is not too different from assuming that the populations of the African countryside beat to a kind of heart of darkness” (Conant 1995: 109).

For the circumcised and the uncircumcised, associated practices may be more critical in the transmission process than just the presence of a foreskin. This paper presents findings from studies in Central Kenya indicating that male circumcision in its current form is closely associated with practices, and is organized in ways which have implication to the spread of STD/HIV.

Subjects and methods

Murang'a District of Central Kenya, an agriculturally high potential, densely populated area inhabited by the Kikuyu people who practice male circumcision universally is the study site. Data was gathered from primary and secondary school youth, health workers, parents and teachers in one of the six administrative divisions comprising Murang'a District.

The school youth

Questions were generated from 4,365 girls and boys in 15 primary and 14 secondary schools, purposefully selected using the administrative zonal units of the Ministry of Education.

The youth in classes 6-8 (11-17 years) in primary schools and forms 1-4 (14-20 years) in secondary schools were encouraged to write anonymously, questions they would otherwise feel too ashamed or afraid to ask their parents, teachers or other adults. They could use any of the three languages —Kikuyu (mother tongue), Swahili and English, the last two of which are taught in schools.

To avoid interrupting the school routines, we made a single visit to each school. This meant having all the pupils in one hall. Most school halls are poorly furnished, and pupils had to bring their bulky desks. Although we stressed the need for privacy in answering the questions, the sitting arrangement was not conducive for such privacy. The questions generated nevertheless reflect varied concerns of the school youth in this area. Equally important was the style of expression and the language used. Where questions are quoted in this text, we have tried to have them in the form they were originally expressed.

Circumcision emerged from this data as a major concern of the school youth. Since male circumcision is an old custom, it was surprising that the school youth expressed such concern over it. From the questions, it became clear that the adolescents were undergoing a practice they did not fully understand. It thus became necessary to investigate other social groups and networks particularly the health workers, teachers and parents who in one way or the other are relevant in the ritual of circumcision.

The health workers

We mainly focused on the private clinicians, a health system existing at the periphery despite being an important and rapidly expanding resource. Private clinicians comprising of clinical officers, nurses and nurse midwives, located in shopping centres and markets all over the area perform most of the operations on boys.

A survey of all the 35 private clinicians in one administrative division provided information regarding which clinicians perform the operation, their workload and periods when they operate. More qualitative information was gathered during three workshops with private clinicians (Krantz *et al.* 1995). This elicited information on the operation, the management of the wound, the use and care of instruments, the organization of circumcision, the information given to the initiates and the persons involved particularly the *mutiri*. A *mutiri* is counsellor of the initiate and is an important person in the ritual of circumcision. Elderly clinicians in particular contrasted the traditional operation they themselves went through and the type they currently perform at their clinics thus providing insights about changes in the ritual.

The parents and teachers

We reached the parents through the parent/teacher association in which all parents belong to by virtue of having children in a school. Since many teachers are also parents, those who could join the discussion sessions were encouraged to do so.

We presented the following summary of our observations as the point of entry for interaction with the parents:

"We have asked your children to ask those questions they would be ashamed or fear to ask you as a parent or adult. The questions indicate that your children have little knowledge about even the simplest facts about their bodies; they have a lot of wrong information and myths regarding sex but are actively involved in sexual activity even though you stress they should wait until they are married. Moreover, your children are very concerned about the ritual of circumcision and wonder why they go through it. They have a peer (*muriika*) for a *mutiri* (counsellor) and they organize their own rituals; for example buying road licence, undressing the wound before the time they have been advised by the doctor, causing the erection of the penis and applying medicines they buy at the shop or market. The initiate is advised to have sexual intercourse (*kuhurwo mbiro*) immediately after circumcision in order to fully become a man. He is instructed by the *mutiri* and other peers on how to negotiate with girls for sex. As parents you are involved only in providing money for the operation, for medicines (which are unnecessary) and for food during the convalescence period. You know little of what goes on in the small rooms (*thingira* or *kiumbu*) which you offer the initiate and his peers".

Parents were then asked whether this is a true representation of what they and their children are experiencing; what they thought were the causes; and what they thought could be done to improve the situation. The ensuing discussion then focused on the organization of circumcision now and in the past, the changes taking place and possible preventive interventions.

Findings

Circumcision as a concern of adolescents

Overall, 580 questions concerning circumcision were asked by 455 (15 percent) of the youth in primary and 91 (7 percent) in secondary schools. The dominant concern was what circumcision is and why young people have to go through it. Most of the questions were asked by boys, probably because circumcision is universal for boys.

As far as female circumcision is concerned, there seem to be a great deal of confusion mainly because some girls undergo the operation while others do not. Questions were also moralistic asking whether female circumcision is good or bad. Compared to male circumcision, where the question is simply why boys are circumcised, the concerns about female circumcision were expressed in a variety of ways as indicated below:

"Why are girls circumcised? Why are girls not circumcised? Is it bad for a girl to be circumcised? Why did girls stop being circumcised in some areas and in others they still do it? Why is circumcision of girls discouraged? Why has the government prohibited clitoridectomy and traditionally it was done?"

The questions also indicated other types of concern, for example, the role of circumcision in fertility and sexuality. There seemed to be

confusion and lack of knowledge about the role of circumcision in fertility. Some questions suggest that the adolescents simply want to know whether there is a link between circumcision and production of sperm or the possibility to impregnate as the following questions illustrate:

“Can an uncircumcised boy make a girl pregnant? Can an uncircumcised boy fertilize? If a person isn’t circumcised can his sperm produce a baby? Can a 15 year old uncircumcised boy make a girl pregnant? Can the foreskin of uncircumcised boys hinder sperm secretion?”

Another set of questions indicate that the youth have a general impression that an uncircumcised boy (*kihii*) cannot make a woman pregnant.

“Why is it that when an uncircumcised boy fucks a girl she can’t conceive? Why is a boy unable to cause fertilization unless he is circumcised? How is it that an uncircumcised girl can conceive and an uncircumcised boy cannot make a girl pregnant?”

There was concern over the link between circumcision and sexuality and more specifically sexual pleasure. The fact that some girls do not undergo the operation while others do seem to have created confusion on the issue of sexual pleasure as well. Questions concerning circumcision and sexual pleasure were asked by more mature boys 15-20 years. While a few questions indicate that uncircumcised girls are regarded as more pleasurable, the major concern seems to be to find out who gives more sexual pleasure —the circumcised or the uncircumcised woman.

“Why dont circumcised girls enjoy sex i.e., why do guys prefer uncircumcised girls? Is there any difference between a circumcised and uncircumcised girl? Who is better to have sex with a circumcised or an uncircumcised girl? Does a girl without a clitoris reach orgasm while having sex? Who enjoys sex most between circumcised and uncircumcised? Who is the best girl to marry between circumcised and uncircumcised?”

There seem to be an impression that an uncircumcised boy cannot erect and cannot penetrate. Circumcision itself seem to be linked to development of sexual pleasure and desire and there seem also to be a belief that circumcision causes the development of secondary sexual characteristics and increase in sexual desire.

“Why do girls say that circumcised penises are sweeter than the uncircumcised? Why does an uncircumcised person not know how to penetrate his penis through the vagina and reach the uterus? Why is it that a boy who has not undergone circumcision cannot enter through the vagina when mating? For good penetration of the penis through the vagina, why must a boy be circumcised? When a boy goes for circumcision why does he begin loving girls? Why do boys desire sex after circumcision? What makes a boy after circumcision increase his desire for sex? Why do boys be friend girls after circumcision? Is it true that when a girl gets circumcised she gets big breasts?”

The youth are concerned with the behavior changes that take place after circumcision as well.

"Why is it that when a girl gets circumcised she pretends she cannot give a boy to do her? Why do people boast after they are circumcised? What happens at circumcision to make boys change their behavior so much? Why does a boy after getting circumcised no longer sleeps in the same house as his parents? When a boy is circumcised why can't girls go to his hut? How would I tell my parents that I want to go for circumcision?"

These questions indicate the meanings adolescents associate with circumcision. They furthermore express the level of knowledge on sexual matters, conception and fertility. It is clear that the youth have little knowledge, and a great deal of misinformation and myths. The way the questions are expressed moreover indicate that there is a silence about circumcision. To be able to locate the concerns of young people, the seeming confusion, the silence, the changes taking place and the implication of these to transmission of STDs including HIV/AIDS, past and contemporary forms of the ritual of circumcision in the Kikuyu society are presented.

Male circumcision in the past

Prior to the colonial and Christian missionary intervention at the turn of the century, all boys and girls went through the ritual of circumcision. The ritual was associated with acquiring of social status for the initiate and his parents. The boy would come off age after which he was expected to behave as an adult. He could then be called upon to perform important duties such as defending the community, participating in dances and *ngwiko*, a type of controlled sexual activity which allowed newly initiated girls and boys to sleep together, to explore and enjoy each other without penetration, as one elderly teacher explained:

"*Andu metikiritio kugwika ciero ciika* (people were allowed to play with thighs only)".

The parents had their status elevated after the circumcision of their children, the mother moving from the low status *Kang'ei* to high status, authoritative *Nyakinyua* age group (Ahlberg 1991) and the father moving up the various ladders of council of elders (Kenyatta 1938).

The organization of circumcision

Circumcision was an important event for the initiates, their families and the entire community. It was an elaborate ceremony that brought individuals, relatives, and the community together. As the start of adulthood for the initiate, care was taken both to impart the socially prescribed knowledge and discipline. The ceremony including preparation, seclusion, the operation and the convalescence took a long time.

After the operation, there was great jubilation including singing, dancing, beer drinking and exchange of gifts. This was one time when

women were allowed to collectively and publicly participate in dances, songs and chants which in normal circumstances would be considered extremely obscene. It was one occasion the society allowed public obscenity meant to teach the new adults what was expected of them in their sexual life.

When the time for initiation approached, the parents identified a respectable and knowledgeable man to be the *mutiri*, a counsellor who was supposed to prepare the boy for initiation, take him through the operation by physically supporting him from behind, nurse the wound and guide him thereafter.

On the day of circumcision, the boys in groups were taken to the river very early in the morning and were dipped in the cold water after which they were circumcised. The cold water served as local anaesthesia as well as a vasoconstrictor to reduce bleeding. The *mutiri* supporting the boy from behind encouraged him not to cry even if the pain was unbearable, because it would lower respect and status for him and his family.

After the operation, groups of initiates lived together, in a separate house with the *atiri* (pl.) supporting them both physically and emotionally. During the time, they were well fed and learned from the *atiri* until they emerged (*kumira*) as adults.

Sexual activity after circumcision

Part of the education for the initiates was how to relate to women and how to maintain discipline in sexual matters. The newly initiated girls and boys were involved in dances and were allowed to sleep together the whole night and to engage in *ngwiko*.

Although full sexual intercourse at this period was not allowed, in their relation with girls, there still were attempts by men, or rather, men were expected to try their luck on the girls. The most commonly used form of wooing girls into sexual intercourse was to scare them that unless they agree to *Kuhurwo mbiro* (a metaphor referring to wiping off the soot that gathers around the cooking pot), they would never give birth, sexual intercourse with their husband would be extremely painful or the husband might die during the first intercourse. The girls then were equally empowered to resist this by their peers, older girls and their *atiri*. During discussions, many women talked about this as a common experience during their time as this quote indicates:

“Even in the past men cheated newly circumcised girls that if they did not agree to have the soot (*mbiro*) cleaned before marriage, their husbands would die during the first intercourse. My friends and I were cheated only to find from older girls who were already married that it was a lie”.

Peer pressure was part of the mechanisms used to maintain the proscribed sexual discipline among girls and boys. In addition to the peer pressure, taboos and prohibitions and the belief that the breach of conduct could lead to a break down of harmony and social balance leading to catastrophes and disease, were extensively used to guide people in their daily life. When there was a breach of conduct or even a suspected one for example, a full sexual intercourse during *ngwiko*, heavy punishment

was meted to those involved. Girls had a way of finding out which of their agemate may have had full sexual intercourse. If, during dances, a man showed a favourable attitude to a girl, she was suspected by the others of having given in to the man. She was ostracised or fined (Ahlberg 1991).

Moreover, as women in this study have explained, if by chance the girl had full sexual intercourse, she could not enter her mother's house because by having sexual intercourse, she herself became a full woman (*mutumia*) and no house was allowed to have two women. She could only enter, after an elaborate ceremony through which her sexual activity became public knowledge.

Given the strict rules and associated punishments, the attempts by men must have been part of the open discourse in sexuality in this community and a test of the moral discipline. The society was in addition organized in ways which minimized the possibility of breaching the codes of conduct. *Ngwiko* was for example, collectively organized. Groups of youth involved in *ngwiko* slept together in one room. This discouraged those who may have been tempted to have full sexual intercourse. This is one practice the Christian missionaries forbade as they could not visualize young people sleeping together without sexual intercourse (Ahlberg 1991 and 1994).

Circumcision in the contemporary society

All boys undergo circumcision with the operation still marking entry into adulthood (*kugimara*). However, its form and organization has changed.

The operation is mostly performed during school holidays. December is more popular because, being a longer school holiday, boys have sufficient time to heal. Furthermore, it is a period when boys after graduating from primary school are awaiting to join secondary schools. It is important that they are circumcised because uncircumcised boys are punished and bullied by the older boys in the new schools. Boys from areas where male circumcision is not practiced are similarly bullied and forced to circumcise if they join secondary schools in this area. Thus, apart from the academic qualification for entering secondary schools, there is a demand for social adulthood defined through circumcision.

Unlike in the past, involvement of adults and the community in general and the related sexual education of the initiates has diminished. As the school data indicates, the most frequent question is why the operation is done.

Furthermore, the role of the *mutiri* has changed. Parents no longer identify the *mutiri*. This means that the criteria where parents in the past chose a person who commanded respect and was knowledgeable on codes of conduct has been abandoned. The link between the youth and the adults during this important period is therefore weak.

The boys choose their *mutiri* usually from those who went through initiation the preceding season. Families may identify an elder to whom the young boy may be sent for advice. This is however a one time interaction. The rest is left to an agemate.

The operation is now commonly done in the private clinics. Of the 35 private clinicians surveyed, 17 (49 percent) circumcise. The operation is largely done by male clinicians, although female clinicians can employ males to operate in their clinics. One female clinician who had established respect and trust with the community could however operate the boys herself. The role of the traditional circumciser (*muruithia*) and perhaps also the rituals he performed has equally diminished.

The initiate is escorted to the clinic by his agemate *mutiri* for circumcision on the material day. After the operation, the clinician dresses the wound and instructs that the dressing should not be removed before the seventh day. The initiate is then escorted back home. According to the private clinicians, the instruments used for circumcision are sterilized first in a detergent and thereafter boiled. This procedure is done after every operation. The chance for transmitting HIV through the instruments is according to the clinicians very remote.

The convalescence period

As in the past, the initiate is given a room or house (*thingira* or *kiumbu*) detached from the parents. One parent discussed how she had to move her son's bed into the granary adjacent to her house as it would have been difficult for him to be inside the main house. Food is taken to the initiate in most cases by the mother or a sister. According to parents, the mother only hands over the food and is actually even by tradition not expected to enter the room. Initiates whose parents do this, risk punishment. Parents have therefore little knowledge of what takes place in the small rooms.

Usually the boy is visited by relatives and friends who may bring him some gifts, but they too are only visitors to the parents. Although we have not done systematic research, there is indication that some dancing and singing is being revived especially in the urban areas. This does not however carry the same meaning in terms of educating or instilling sexual discipline to the initiates. Rather, it is more for the identity of the adults in a fast changing environment.

During the convalescence period, the *mutiri* is around to take care of the initiate. In addition, circumcised agemates of the initiate and at times those of the *mutiri* visit regularly. The convalescence room or house is thus more or less occupied by the young people who offer advice on what the initiate should do to fully become a man.

The care of the wound

The wound according to clinicians should not be interfered with before seven days, by which time it should be healed. However, it is a normal practice for the *mutiri* to remove the dressing sometimes only on the second day and sprinkle powder from antibiotic capsule or a crushed tablet of cotrimazole (*suta*) on the wound.

It seems the *mutiri* is still performing the duties he was supposed to do when the wound was required to be cared for and dressed at home. The

difference now is that to maintain their role, they have to undo what the health professional has done.

The pain inducing rituals

Other practices include sexual arousal until the initiate achieves an erection. In addition, initiates are forced to drink lots of water and tea in order to urinate many times. These practices result in the swelling, pain, bleeding, and delayed healing of the penis. The clinicians implied that infection of the wound and bleeding are not uncommon.

There was teasing in the past, and certainly, boys who had been naughty were usually teased into erection and pain. But this did not apply to everybody as seems to be the case today. Bearing pain was part of becoming a man in the past. Compared to the traditional operation popularly known as 'going to the river' where cold water was the only anaesthesia, hospital circumcision is less painful because the initiates are fully anaesthetized. The operation is thus considered to be less painful and is similarly accorded lower status. Given this, the new rituals of instilling pain on the initiate are understandable.

Most parents told of their experience with these new pain inducing rituals. It is one of the few times some parents have attempted to intervene. However, such intervention may result in more bullying of their son and many parents expressed the dilemma of intervening. One mother reported how she heard her son groan in pain only to find out that his penis was swollen from unnecessary erection. She became furious and ordered the young men out and never to return.

Buying a road licence

A ritual that seem to have developed is one where the initiate is expected to buy 'a road licence', through offering a chicken, cigarettes and beer¹ The initiates are popularly referred to as '*thigara*' cigarette. The road licence allows the newly initiated man to socially interact with other circumcised men and talk to girls without risking punishment or bullying.

The ritual of kuhurwo mbiro

Perhaps most important as far as transmission of STD/HIV is concerned is the ritual of *kuhurwo mbiro*. As pointed out above, this is a metaphor symbolizing the cleaning of soot which gathers around a cooking pot. The metaphor was however used by men to woo women into sexual intercourse. It was thus women not men who had to have soot cleaned.² Although men used the tactic to woo women, full sexual intercourse rarely took place, because of the strict rules and mechanisms for maintaining the proscribed sexual discipline as discussed above. The

¹ Hard drugs —*ciakurebia* are also known to be used for buying the road licence.

² One can understand such a metaphor when applied to girls because it is them who use the cooking pot after marriage.

metaphor has now been appropriated by men and with the breakdown of social controls, soot is cleaned through full sexual intercourse.

Although we have not carried out systematic research, there are indications that because of the peer pressure to have sex as part of becoming a man, combined with the difficulties of negotiating for sex with girls in their age-group, newly circumcised boys increasingly turn to older women, including, those with wider sexual networks. The risk of exposure to STD and the AIDS virus is thus great.

During the convalescence period, the initiate is trained by the *mutiri* how to negotiate for sex. This is normally dramatized, the initiate being asked to pretend that the *mutiri* is a girl and should negotiate (*kuha*) with her for sex. If he makes a mistake, he is corrected until he gets it right.

Discussion and conclusions

Male circumcision is still universal among the Kikuyu people. The ceremonies that marked the occasion and imparted knowledge and discipline however no longer exist. The open discourse, combined with strict social controls have been replaced with a silence that still prohibits premarital sexual activity.

With no mechanisms to maintain the codes of conduct and the expected sexual discipline, the prohibition by adults exist in a vacuum. Moreover, some rituals have been transformed to suit the contemporary period and new ones have emerged. *Kugimara* through circumcision currently implies assuming the status of an adult who is actually expected at least by the peers to engage in sexual activity soon after the operation. The initiates are thus instructed on the art of negotiating for sex. The boy is instructed or socialized on how to express love to a girl in his negotiation with her for sex. There thus exist two types of conflicting moral regimes. Parents and adults in general cherish the value of no premarital sexual intercourse while the young people live within a moral regime which says yes to sexual intercourse if people are in love or as part of becoming a man.

While the *kugimara* process in the past, largely involved integrating the emerging adult men (*ciumiri*) into the society, through the elaborate system of imparting and maintaining the accepted values, codes of conduct and discipline, the contemporary form seems to separate young people from the rest of the society. This has created dilemmas at home and in school. Many parents expressed the paradoxical situation they find themselves in for being expected to discipline their circumcised sons. However, according to the rules of circumcision, the initiates are adult men, although agewise they are still minors who require parental care and disciplining. The parents in fact expressed fear of either being beaten by their sons or forcing them to run away from home if disciplining is attempted.

The challenges of disciplining newly initiated men is experienced at school as well. Most primary schools discourage circumcision, the main reason being that boys become uncontrollable. Women teachers especially expressed the difficulties they face in disciplining circumcised

boys. Circumcised boys feel that female teachers are just like any other women with whom they can have sex. Our attempt to separate boys into circumcised and uncircumcised in order to create groups with similar characteristics for focus group discussion in primary schools was turned down. The headmasters argued that schools were working hard to discourage such divisions.

The impact of the silence on sexual matters is indicated in the school data. The adolescents for example, link secondary sexual characteristics to circumcision. This is perhaps not surprising because, the operation is performed at the age of spermache, when there is a physiological increase in the production of male sexual hormones resulting in increased sexual desire. The society in the past had identified this as the right age to impart knowledge on sexual morality to control sexual desire. *Ngwiko* was introduced and practised during this time, to satisfy the sexual needs of young people, but also confront them with real life situations which they had to learn to manage. Today, the adolescents are left thinking that it is circumcision which causes their physiological development, hence the belief that uncircumcised boys cannot impregnate.

In the contemporary period, circumcision takes place in clinics where sterilization of instruments is possible. Transmission of HIV through shared instruments is reduced. The danger lies more in the emerging youth sub-culture, particularly the belief that to fully be a man, sexual intercourse must follow soon after circumcision. One young man who is popular as a *mutiri* claimed that he always advised the initiates to have sexual intercourse only after three months. Asked why three months, he simply said this was a long time.

In this context, the idea that circumcision should be promoted as a preventive measure may be extremely counter productive. Thus, before cutting foreskins as advocated, the meaning of circumcision, its organization and associated practices and dynamics should be understood.

In the course of the research process, we realized that male circumcision is also an ice-breaker for discussing taboo subjects such as sexual pleasure in men and women. Circumcision thus became an appropriate tool for discussing matters of sexuality largely because, as a universally accepted practice, circumcision is relevant to both women and men of all generations. Elderly people in the groups enthusiastically discussed and contrasted the ritual of circumcision in the past with the contemporary practice. The discussions became a confrontation between the past and the present where younger generations were blamed for misbehavior and elderly people for relinquishing their responsibilities. In the process, the entire group critically reflected on the changes taking place and their impact on sexual behavior among the young people. Parents started to comprehend the complex social context within which the adolescents were living and its contribution to some of the problems they are going through.

It was fascinating for parents to discover or recognize that what they regarded as intact consisted, in reality, of only skeletons of the traditional customs. The initiates were for example, still offered by parents, a separate room or house. To the surprise of the parents, it was in these rooms and not the discos in the market centres where their children learn

and actually were introduced to smoking, drinking and premarital sexual activity.

While there are obvious indications that circumcision is associated with practices and new rituals which have implications for the transmission of STD/HIV, a number of possibilities for prevention were also identified. As a universally accepted practice in this part of Kenya, different forums — schools, chiefs public rallies, church services etc., could be used to inform about the dangers of the new rituals associated with circumcision. Private clinicians who perform a great deal of the operation and are also located in the villages constitute a resource through which sex education messages could be organized and disseminated to the initiates and their *atiri*. The *atiri* can also be trained and used as peer educators in youth outreach programmes.

Bibliography

- AHLBERG B.A. 1991. *Women, sexuality and the changing social order: the impact of government policies on reproductive behavior in Kenya*, Philadelphia: Gordon and Breach: 274 p.
- — 1994. "Is there a distinct African sexuality? A response to Caldwell", *Africa* 64 (2): 220-242.
- BONGAARTS J., REINING P., WAY P. and CONANT F. 1989. "The relationship between male circumcision and HIV infection in African populations", *AIDS* 3: 373-377.
- CALDWELL J.C. 1995. "Lack of male circumcision and AIDS in sub-saharan Africa: resolving the conflict", *Health Transition Review* 5: 113-117.
- CONANT F.P. 1995. "Regional prevalence and ritual of circumcision in Africa", *Health Transition Review* 5: 108-112.
- GUNN A.E., HANSEL N.K., ZENNER Jr. G.O. and HARPER G. 1988. "AIDS in Africa", *Foundation for Africa's Future*: 1-21.
- HIRA S.K., KAMANGA J., MACUACUA R., MWANSA N., CRUESS D.F. and P.L. PERINE. 1990. "Genital ulcers and male circumcision as risk factors for acquiring HIV-1 in Zambia", *Journal of Infectious Diseases* 161 (3): 584-585.
- JOHNSON A.M. and LAGA M. 1988. "Heterosexual transmission of HIV", *AIDS* 2 (Suppl): 49-56.
- KENYATTA J. 1938. *Facing Mount Kenya*, London: Secker and Warburg.
- KRANTZ I. and AHLBERG B.M. 1995. "Circumcision and HIV", *Lancet*, 345: 730 March 18.
- LINKE U. 1986 "AIDS in Africa", *Science*, 231 (4735): 203.
- MARX J.L. 1989 "Circumcision may protect against the AIDS virus", *Science*, 245 (2): 470-471.
- NGUGI Wa Thiong'o 1987 *Devil on the cross*, Suffolk: Richard Clay Ltd.
- PADIAN N.S. 1987. "Heterosexual transmission of Acquired Immunodeficiency Syndrome: international perspectives and national projections", *Review of Infectious Diseases* 9 (5): 947-960.

Beth M. AHLBERG, V.N. KIMANI, L.W. KIRUMBI, M.W. KAARA, I. KRANTZ,
Male circumcision: practice and implication for transmission and prevention of STD/HIV in Central Kenya

Summary — With no vaccines or effective cures, effecting sexual practices that reduce the risk of being infected with HIV/AIDS is the only meaningful option. Yet, any attempt to effect sexual behavior change requires a rather deep understanding of the relevant factors and their link to the transmission of the virus, the social and cultural factors that shape sexual practices and the contexts within which they are placed. This paper focuses on male circumcision ritual as practiced in Central Kenya. Using empirical data gathered during 1992-96, we discuss the meaning of male circumcision, its organization, recent changes and implication to transmission as well as prevention of HIV/AIDS. We have observed that the societal changes taking place have reduced the involvement of the adults in the ritual in ways which have implication to the transmission of STD/HIV. With the decreased involvement of the adults, and the increasing silence, adolescents have assumed a great deal of the responsibility. Peer pressure to engage in sexual intercourse soon after circumcision is enormous.

Keywords: male circumcision • sexual behaviour • HIV/AIDS transmission • prevention.

Beth M. AHLBERG, V.N. KIMANI, L.W. KIRUMBI, M.W. KAARA, I. KRANTZ,
Circoncision masculine : pratique et impact sur la transmission et la prévention du sida dans la région centrale du Kenya

Résumé — En l'absence de vaccins et de soins efficents, la seule option sensée est de promouvoir des pratiques sexuelles susceptibles de réduire le risque d'infection par le VIH/sida. De plus, toute tentative en vue de réaliser un changement de comportement exige une compréhension bien plus profonde des facteurs pertinents et de leur lien avec la transmission du virus, en particulier des facteurs sociaux et culturels qui façonnent les pratiques sexuelles et les contextes dans lesquels elles se situent. Cette étude traite des rituels de circoncision masculine pratiqués dans le Kenya central. A partir de données empiriques collectées entre 1992 et 1996, elle traite de la signification de la circoncision masculine, de son organisation, des mutations récentes et de son rôle aussi bien dans la transmission que dans la prévention du VIH/sida. On a observé que les changements sociaux en cours ont diminué l'implication des adultes dans ces rituels ce qui a pu avoir un impact dans la transmission des MST et du VIH. Suite à cette diminution de l'implication des adultes, et à leur silence croissant, les adolescents ont assumé une grande part des responsabilités. Cependant la pression des pairs à engager une vie sexuelle active tôt après la circoncision est énorme.

Mots-clés : circoncision masculine • comportement sexuel • transmission du VIH/sida • prévention.

35. Stratégies d'entreprises dans le dépistage et le licenciement des employés vivant avec le VIH à Abidjan (Côte-d'Ivoire)

Laurent Aventin

Introduction

L'ampleur de l'épidémie de VIH et son impact sur la population ivoirienne posent dans les années 90 de nombreux problèmes au-delà des aspects de santé publique. 31 963 cas de sida ont été notifiés à l'OMS au 19 juin 1996 en Côte-d'Ivoire (OMS 1997 : 197). La prévalence du VIH chez les femmes prises en charge en consultation prénatale à Abidjan est estimée à 13,7 % en 1995 (Sylla-Koko *et al.* 1995 : 289), puis à 16,2 % deux ans plus tard (Diallo *et al.* 1997). On observe que les tranches d'âges de la population les plus touchées correspondent à celles de la population active : d'après l'étude de Sylla-Koko *et al.* (1995), la prévalence la plus élevée se situe chez les 25-29 ans (17,1 %). De Cock montre qu'entre 1988 et 1989, toute population confondue, la majorité des cas d'infection par le VIH à Abidjan appartient, par ordre décroissant, aux classes d'âge 30-39 ans, 20-29 ans et 40-49 ans. Dès 1989, l'infection à VIH est la première cause de mortalité chez les hommes et la deuxième chez les femmes à Abidjan (De Cock *et al.* 1990 : 793). Le monde du travail est donc directement concerné par cette épidémie qui menace les ressources humaines d'une économie déjà fragilisée par la crise (Bamba *et al.* 1994 : 10-18).

L'Afrique bénéficie d'une industrie encore jeune, moins de trente ans. Celle-ci est marquée par la dualité du paysage économique ; d'un côté les petites et moyennes entreprises locales gérées de manière traditionnelle, de l'autre, quelques grosses sociétés qui fonctionnent selon les modèles importés (Henry 1993 : 17). Cette industrie est encore fragile notamment en Côte-d'Ivoire qui sort d'une période de récession. Bien que la croissance économique et démographique de ce pays reste forte (Lopez-Escartin 1992), la prévalence élevée du VIH (Soro *et al.* 1992 : 117-121 ; CNLS-CI 1995 : 1-3) provoque le décès précoce de la population active nécessaire au développement industriel du pays. Le décès prématuré du personnel d'entreprise pose des problèmes aux dirigeants, notamment lorsqu'il s'agit d'employés qualifiés. Le coût de la maladie, des absences pour maladie et des décès est plus ou moins élevé selon le niveau des politiques sociales adoptées par les entrepreneurs. Il est probable que les coûts occasionnés par la maladie

constituent un facteur qui perturbe le fonctionnement de l'entreprise et incite les employeurs à faire dépister les demandeurs d'emploi, le personnel, pour limiter ainsi le nombre d'agents infectés par le VIH.

Les employeurs du secteur privé sont confrontés à l'absentéisme de leur personnel ou aux décès qui, selon eux, sont provoqués par le VIH/sida. Les réactions sont probablement nombreuses et ne peuvent pas toutes être identifiées et recensées ; cependant la discrimination est une des formes majeures de la rupture sociale associée à l'infection à VIH (Tindall et Tillett 1990 : 255). L'objectif de cette recherche est de mettre en évidence les pratiques discriminatoires (WHO/GPA 1994 : 10-12) visant à écarter de l'entreprise les salariés et les postulants à l'emploi infectés par le VIH. Les divers témoignages recueillis font état de ces faits et laissent penser qu'ils sont "courants" et non pas exceptionnels. Il est cependant impossible, avec les méthodes d'investigation mises en œuvre, de préciser l'ampleur des phénomènes de discrimination sur le lieu de travail à Abidjan. Le droit ivoirien ne dispose pas d'une législation particulière pour protéger les personnes infectées par le VIH, notamment sur leur lieu de travail (Dédy 1996 : 620-622), comme cela est le cas en France avec la loi de 1990 (Laborde 1991 : 615-618). Concernant l'embauche, il n'existe aucune interdiction nationale juridique de dépistage des postulants à l'emploi, ni même des agents lors des visites médicales annuelles. Seules les recommandations officielles du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), organisme dépendant du Ministère de la Santé, vont dans ce sens, sans pour autant proposer des sanctions lorsque des pratiques discriminatoires sont constatées. Ainsi le Code du Travail et la Convention collective interprofessionnelle restent les seuls textes sur lesquels peuvent s'appuyer les plaignants pour justifier le caractère ou le motif illégal d'un dépistage VIH à leur insu ou d'un licenciement déguisé.

Les rumeurs de licenciements abusifs pour cause de sida sont nombreuses à Abidjan, parmi les juristes, les médecins, les responsables d'entreprise, les associations de personnes séropositives et les employés. La plupart de ces acteurs tiennent souvent un discours en demi-teinte afin de n'impliquer personne directement et dans le but de se protéger d'éventuelles représailles. La difficulté dans la vérification des témoignages reste entière. Cependant, les cas évoqués dans cette étude ont fait l'objet de recherches en 1995 et 1996 auprès des employeurs, des médecins d'entreprise et des personnes atteintes par le VIH qui ont subi le préjudice d'un refus à l'emploi ou d'un licenciement pour raison de santé. Deux méthodes distinctes mais complémentaires ont été mises en œuvre, afin de tenir compte du caractère délicat du sujet. Le travail en collaboration avec des médecins d'entreprise, lors d'une étude sur l'impact économique du VIH/sida dans trois industries d'Abidjan, a permis de rencontrer d'autres médecins exerçant dans des établissements où des cas de pratiques discriminatoires auraient été constatés. Ce premier réseau de relation devient un outil de connaissance des éventuelles affaires de discrimination sans que les noms des personnes considérées comme abusées ne soit donné, à l'exception des personnes qui sont devenues

membres d'associations de séropositifs et qui rendent ainsi publique leur infection par le VIH. La deuxième étape de la procédure consiste à contacter ces personnes, à prendre connaissance de leur version des faits avec documents à l'appui (lettre de licenciement, notes syndicales, feuilles de salaire, certificats médicaux...). Enfin, un entretien avec la direction des entreprises concernées ou du personnel, a permis de recueillir l'interprétation des faits de l'employeur et de la comparer au témoignage des personnes licenciées. Parfois les enquêtes se sont poursuivies auprès de collègues de travail ou de responsables syndicaux lorsque les informations semblaient incomplètes ou inexploitables. La seconde méthode consiste à suivre dans ses démarches l'un des membres actifs de l'association de séropositifs, le "Club des Amis" qui s'occupe de l'accueil des malades. Le certificat de séropositivité est demandé pour être membre de l'association ; notre contact était régulièrement en relation avec les médecins d'entreprise pour demander une copie du certificat, car souvent le dépistage des employés était effectué à la demande du médecin d'entreprise. Ainsi, l'association nous a permis de rencontrer quelques médecins d'entreprise parmi la dizaine que nous avons interviewés. Les praticiens se livraient volontiers en présence du membre actif de l'association, peut-être parce qu'ils considéraient le Club des Amis comme un relais de l'entreprise pour les malades. Plusieurs cas de discrimination ont pu être étudiés de façon précise grâce au témoignage préliminaire des victimes ou des médecins d'entreprise.

Secret médical, absence de formation en médecine du travail et influence des dirigeants d'entreprise

Etapes dans la rupture du secret médical

La question du secret médical est certainement la clé ou du moins l'un des points fondamentaux de la compréhension des pratiques discriminatoires à l'encontre des personnes infectées par le VIH sur le lieu de travail. En Côte-d'Ivoire, les acteurs de lutte contre le sida, appartenant à des organismes nationaux ou internationaux et surtout composés de médecins, se plaignent du non-respect du secret médical concernant la confidentialité autour du dépistage du VIH dans de nombreuses structures sanitaires de la ville d'Abidjan. Ce constat est d'autant plus vrai dans le cadre de la médecine du travail, qu'il implique l'exposition du salarié infecté à une discrimination de l'employeur ou des collègues de travail (Yao N'dré 1992 : 2-5).

Médecine du travail en Côte-d'Ivoire

Un médecin responsable du département de médecine du travail du CHU de Yopougon¹ précise qu'en 1995, il n'existe que 5 ou 6 médecins diplômés d'un Certificat d'Etudes spécialisées en médecine du travail, obtenu en Europe ou aux Etats-Unis. « Sur le marché on a

¹ Le troisième CHU de la ville d'Abidjan se trouve dans la commune de Yopougon.

donc peu de médecins qualifiés en médecine du travail. Généralement, ce sont des médecins généralistes ou spécialisés qui vont faire des vacances en entreprise. Alors bien sûr, ces médecins ignorent certains contours et aspects de leur travail et cela pose d'énormes problèmes ». Le même interlocuteur, professeur à la Faculté de médecine, précise qu'il s'agit de problèmes liés au secret médical. Une de ses étudiantes a effectué une enquête auprès d'une trentaine de médecins d'entreprise parmi lesquels 30 % ont affirmé qu'ils communiquent les résultats médicaux à leur employeur (Akka 1995). Parmi les entreprises citées on retrouve les plus grandes employant les rares médecins diplômés dans la spécialité. Certains d'entre eux affirment que les praticiens non spécialisés ont tendance à considérer leur employeur comme leur chef de service clinique. Il n'existe pas de formation en médecine du travail en Côte-d'Ivoire alors que le marché et donc la demande existent. La situation est d'autant plus paradoxale qu'il existe une législation en vigueur émanant de la loi de 1952 sur la médecine d'Outre-mer, qui a été reprise en 1964 puis en 1967 par un décret réglementant aujourd'hui la médecine du travail¹. Le développement industriel a connu une forte croissance depuis l'indépendance du pays, et a entraîné, de la part des entreprises, une demande de médecins, qui sont attirés par le secteur privé. Certains médecins ne vivent que de la médecine du travail, comme salariés ou vacataires dans plusieurs établissements ; ils sont donc dépendants de leurs employeurs qui exigent parfois d'eux la communication d'informations médicales sur les employés. Quelques médecins ont dit qu'ils transgressent le secret médical occasionnellement, expliquant qu'ils prenaient le risque de perdre leur place s'ils ne coopéraient pas, car d'autres médecins plus "compréhensifs" prendraient rapidement leur place ; les seuls pouvant se permettre de faire de la "résistance" sont les quelques diplômés en médecine du travail qui peuvent prétendre avoir des compétences et une qualification que les autres n'ont pas. Les entreprises qui les emploient² le font dans le cadre d'une politique sociale élaborée qui nécessite les compétences d'un médecin spécialisé. La majorité des entreprises, plutôt des Petites et Moyennes Entreprises (PME) n'ont pas ces exigences sociales (Aventin et Gnabéli 1996 : 1-10) et emploient des médecins non spécialisés en médecine du travail au même titre que n'importe quel cadre.

*Relations employeur / médecin du travail
et transgression du secret médical*

Dans ce contexte, les relations entre employeur et médecin du travail sont hiérarchiquement régulées dans l'entreprise. Le médecin bénéficie d'un statut particulier qui lui confère le droit de ne pas communiquer de données médicales nominatives concernant les employés. L'employeur peut demander des statistiques médicales, mais

¹ Décret 67-321 du 21 juillet 1967. *Journal Officiel de Côte-d'Ivoire* du 9 juillet 1968, n°33.

² Ce sont très souvent des entreprises de type international.

celles-ci doivent rester anonymes et ne pas compromettre l'identité des employés atteints de pathologies. Dans le cas de l'infection à VIH, on comprend aisément que ce qui intéresse l'employeur, c'est l'identification des employés dépistés et infectés par le VIH, afin d'effectuer sa gestion prévisionnelle du personnel. Ce réflexe est unanime, même si les employeurs se déclarent attachés au respect du secret médical. D'autres font cependant pression sur le personnel des services médicaux, et si parfois certains médecins ont résisté malgré des menaces, d'autres collaborent de fait (Aventin 1995 : 7-8) et certains le revendent. Pourtant, comme en France¹, ils sont responsables sur le plan civil et pénal du respect du secret professionnel (Zajac 1995). Nous prendrons l'exemple d'une grande entreprise industrielle implantée dans de nombreux pays en Afrique de l'ouest dans la transformation de l'acier. Cette unité de production compte 450 employés et son médecin, salarié dans cette entreprise depuis 1982, nous a accordé un entretien à propos d'un cas de discrimination suivi avec le "Club des Amis".

- L.A. Quand vous dites que vous avez informé la direction de la maladie de M."Y", normalement celle-ci ne devrait pas le savoir ?
 XX Si... si, si, si.
 L.A. Et le secret médical ?
 XX Non, non il faut informer l'employeur compte tenu des absences répétées. Il faut que l'employeur sache pourquoi depuis six mois ce monsieur ne peut pas travailler.
 L.A. Il vous suffit de dire qu'il est malade sans nommer la pathologie.
 XX Quelle maladie ? Il faut donner le diagnostic. Ah ! si, si, si. Etant donné que je suis le médecin, dans tous mes arrêts de travail, je précise le diagnostic. Il a un repos de tant de jours, le diagnostic probable est le suivant.

Cette situation, bien qu'illustrative, n'est pas exceptionnelle. Parmi l'échantillon étudié, trois autres praticiens agissent de la même manière, même s'ils n'osent pas l'affirmer aussi ouvertement. Le médecin dont les propos sont reproduits ici semble rejeter jusqu'à la conscience des aspects déontologiques liés à la profession médicale. Il se présente au contraire comme un agent au service exclusif de son employeur, de façon plus ou moins volontaire ou contrainte, et non rigoureux dans l'assistance aux patients. Il utilise l'exigence des dirigeants de l'entreprise comme si cela lui conférait une protection personnelle, comme si la transgression du secret médical n'engageait que la responsabilité de son employeur. Le fait qu'il ne cherche pas à masquer sa collaboration avec la direction — il la présente comme une évidence non susceptible d'être interrogée — peut être interprété comme le signe probable d'une pratique ordinaire, qu'il partage avec des confrères de son entourage. Cependant d'autres praticiens, mieux

¹ Nous comparons parfois la situation juridique en Côte-d'Ivoire à celle de la France. D'une part, c'est celle que nous connaissons le mieux, d'autre part les textes de loi ivoiriens datent de la colonisation française ou sont encore très largement inspirés du droit français.

informés des risques qu'ils encourrent en ne respectant pas le secret médical, prennent des précautions visant à se protéger.

Relations entre entreprise et hôpital ou laboratoire d'analyses médicales

La transgression du secret médical ne s'effectue pas seulement dans la relation médecin-employé ou médecin-employeur. Elle existe également à la faveur de collaboration entre employeurs et personnel des hôpitaux ou des structures sanitaires publiques et privées ou encore avec le personnel des laboratoires d'analyses médicales. Ces collaborations ont pour but le dépistage du VIH chez les salariés, élément indispensable pour les employeurs désireux de mener une politique particulière vis-à-vis du personnel infecté par le VIH. Nous avons pu identifier au moins trois types de pratiques différentes :

- 1) l'hospitalisation d'un employé malade. Le médecin du travail va s'informer sur la pathologie du patient, s'il n'y a pas de communication de données médicales entre le médecin d'entreprise et l'employeur, ce dernier envoie une autre personne se renseigner, l'assistante sociale ou le délégué du personnel qui, par relation ou moyennant finance, obtient les informations convoitées concernant l'employé hospitalisé ;
- 2) l'utilisation du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS). « A Abidjan, le centre de transfusion sanguine reçoit régulièrement des demandes de chefs d'entreprise visant à prélever du sang parmi leur personnel » (Fottorino 1994 : 4). Lors de dons de sang, le CNTS pratique des sérologies VIH pour des raisons évidentes et le résultat au test est une information convoitée par l'employeur ;
- 3) lorsque le médecin d'entreprise suspecte une éventuelle infection par le VIH lors de pathologies évocatrices chez un patient, il demande à celui-ci de se faire dépister ou parfois de se rendre dans tel laboratoire d'analyses médicales. Il est probable que certaines entreprises ont des accords avec des laboratoires privés pour faire dépister les employés et les demandeurs d'emploi en utilisant un langage plus ou moins codé. Des témoignages de médecins d'entreprises ou de responsables de laboratoires vont dans ce sens, bien qu'il soit difficile d'apporter la preuve de ces pratiques. Lors des entretiens, quelques uns refusaient d'aborder le sujet et d'autres se sont contredits dans leurs déclarations.

Pratiques de dépistage du VIH dans l'entreprise

Le dépistage à l'embauche

Les conditions d'application des procédures d'embauche avec examen sérologique lors de la visite médicale préalable sont révélatrices des inquiétudes de l'employeur vis-à-vis de l'infection à VIH. L'exclusion des postulants infectés nécessite une opportunité pour l'employeur de faire un dépistage VIH qui est grandement facilité par

la visite médicale d'embauche où est effectué un bilan de santé du candidat. Elle nécessite un passage devant le médecin d'entreprise qui doit effectuer un bilan de santé. En principe, cet examen ne comporte pas de prélèvement sanguin, sauf si le médecin d'entreprise le juge nécessaire, par exemple pour un candidat diabétique. La législation en vigueur reste floue sur ces aspects et certains médecins, sur la demande de l'employeur, font pratiquer un test VIH à l'insu du candidat. Les médecins ou les laborantins, acteurs dans cette procédure, trouvent les arguments nécessaires pour justifier un prélèvement sanguin. Par ailleurs, le candidat éclairé est en droit de refuser cet examen mais sa position de demandeur d'emploi ne l'autorise pas à rejeter les exigences d'un employeur potentiel. Lorsque le candidat est parvenu au stade de la visite médicale dans le processus d'embauche, il a réussi diverses étapes de sélection qu'il ne souhaite généralement pas perdre en refusant une prise de sang. D'autant plus que l'employeur est légalement autorisé à sélectionner un autre postulant sans justifier son choix auprès du candidat non retenu. Ainsi, l'employeur qui souhaite ne pas embaucher les personnes infectées par le VIH, peut aisément refuser de sélectionner un candidat qui ne se soumet pas à l'examen sanguin. C'est d'autant plus vrai que l'entrepreneur peut interpréter le refus de l'examen par le candidat comme un aveu de son infection par le VIH. C'est ce qui s'est passé pour le recrutement d'un cadre d'après le témoignage d'un médecin d'entreprise qui nous a dit pratiquer le dépistage au recrutement. Le postulant ayant refusé de faire l'examen sanguin, le médecin a téléphoné à un confrère travaillant pour l'ancien employeur de ce "candidat réfractaire" (dont le nom était précisé dans un formulaire qu'il avait dû remplir) qui lui a fourni les informations désirées. Il avait été licencié pour le motif illicite d'une faute professionnelle parce qu'il était porteur du virus. D'après le médecin, le candidat correspondait parfaitement au poste requis, mais a été écarté après que l'employeur eut pris connaissance de son infection par le VIH. Le rapport de force entre l'employeur et le candidat est largement à l'avantage du premier et d'un point de vue juridique, il n'existe pas de protection contre ces abus. Seule une circulaire officielle¹ qui tient lieu de recommandation est diffusée dans les entreprises. Les recommandations internationales de l'UNESCO (UNESCO 1990 : 127-134) de l'OMS et du BIT (OMS/BIT 1988) obligent les employeurs à rester discrets dans leurs pratiques sans pour autant les modifier.

Le dépistage du personnel employé

Il existe différentes stratégies de dépistage collectif du personnel. La plus honnête consiste à proposer au personnel un dépistage gratuit dans l'objectif de permettre au médecin d'entreprise de suivre plus précocement les personnes infectées. Cette proposition, sous forme de vote anonyme de l'ensemble du personnel, a été faite par la direction

¹ Circulaire n° 53/95 sur les recommandations de l'OMS. Abidjan, 8 mars 1995. Ministère du travail, service de l'inspection médicale.

d'une multinationale du secteur agro-alimentaire à ses employés. Les réponses positives à la proposition de dépistage ne dépassèrent pas 10 % ; le responsable du service médico-social constate l'échec de cette politique : « On s'est dit qu'on allait faire le test à ceux qui veulent et puis on a pensé que de toutes façons, ça ne mènerait à rien. Ou c'était tout le monde sans donner les résultats bien sûr, ou rien du tout, puis on s'est dit que, même si on a des résultats chiffrés, on les communiquera au personnel et ça va entraîner des suspicions. Cela nous aurait plutôt apporté des problèmes, certainement ». Il paraît inévitable que les employés n'aient pas confiance dans l'utilisation qui peut être faite des résultats de ces examens par la direction de l'entreprise. La question méritait-elle d'être posée aux employés ? Nous n'avons pas rencontré ce type de situation dans d'autres entreprises surtout depuis "l'affaire SIR" (Société ivoirienne de raffinage). En 1995, le scandale éclate dans les journaux, la direction de la SIR a fait dépister son personnel et licencie les personnes infectées par le VIH¹. Ces faits semblent étroitement liés à une affaire politique qui consisterait à démissionner le directeur de cette entreprise publique pour nommer une personne plus proche du pouvoir. Le responsable du service contentieux et licenciements d'un syndicat de travailleurs de Côte-d'Ivoire a confirmé que l'affaire est politique, mais que les faits sont exacts. Le gouvernement se serait servi des médias pour encourager le départ de l'entrepreneur : « On avait des camarades, l'employeur a demandé que tous les employés fassent un examen médical concernant le VIH, mais il ne leur a pas dit cela ; seulement que c'était un bilan de santé. Une fois qu'il a eu la liste des personnes infectées, il les a convoquées et leur a proposé un départ volontaire pour ne pas enfreindre la loi. Cette affaire a fait un tollé, il y a des gens qui se sont plaints, des camarades sont venus nous voir à la centrale. On leur a dit qu'ils devaient faire comme ils voulaient, partir s'ils étaient fatigués ou malades, et rester s'ils avaient encore des forces. On est allé voir l'employeur et celui-ci nous a dit que ce n'était pas possible parce qu'ils étaient sur la liste des départs volontaires alors que l'employé en question nous a dit avoir refusé de signer cette liste. On est allé voir l'inspection du travail, on ne s'est pas entendu et finalement l'employé a été licencié ». D'autres témoignages, émanants de l'UGTC (Union générale des travailleurs de Côte-d'Ivoire) une autre organisation syndicale ayant été confrontée au conflit, confirment que les faits auraient été utilisés à des fins politiques. La vérification de ces événements encore trop récents reste cependant difficile.

Certains employeurs, plus prudents, chercheront à éviter l'annonce d'un dépistage qui est mal reçu par le personnel et utiliseront des subterfuges parfois ingénieux, à savoir par exemple l'utilisation du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS). Certaines entreprises avaient pour usage de faire appel au CNTS pour tester tout le personnel afin d'obtenir pour chaque travailleur une carte de groupe

¹ C. Etou, "Le personnel veut la tête du DG". *La Voie* n° 982, 3 janvier 1995, p. 5 ; S. Fofana, "Les employés demandent le départ de Daouda Thiam", *Le Jour*, n° 20, 5 janvier 1995 : 9.

sanguin. Le prélèvement est présenté comme étant obligatoire à l'ensemble des employés pour des raisons de sécurité. La carte de groupe sanguin permet à chacun de se faire transfuser rapidement en cas de grave accident du travail. « Le gain de temps pour identifier le groupe sanguin d'un blessé peut être vital » confie un médecin d'entreprise¹. Le CNTS ne fait pas payer ses prestations en échange des dons de sang fournis par les employés. L'apparition de l'épidémie de sida bouleverse les règles du jeu, et certaines entreprises font soudainement appel aux services du Centre pour l'élaboration de cartes de groupe sanguin à leurs employés. Connaissant la nécessité de tester les dons de sang afin d'éviter toute transfusion contaminée, le médecin d'entreprise réclame les résultats auprès du CNTS, sous prétexte de mieux surveiller médicalement les personnes infectées par le VIH ou de leur prescrire les traitements appropriés le plus tôt possible. L'employeur est alors en mesure de connaître ces résultats par l'intermédiaire du médecin. L'employé abusivement licencié peut difficilement identifier et prouver une relation de cause à effet entre son licenciement et son statut de personne infectée ; faudrait-il encore qu'il soit informé de son infection par le VIH ? Cette situation représente la meilleure garantie pour l'employeur car il serait difficile d'apporter la preuve d'un licenciement déguisé.

Stratégie de licenciement des personnes découvertes “infectées par le VIH” dans l'entreprise

Le licenciement déguisé

L'incitation au départ volontaire de l'employé infecté par le VIH

Pour les employés infectés par le VIH, les situations sont diverses ; tous les cas possibles ne peuvent être énumérés et analysés ici. Nous étudions dans cette partie la situation de “l'arrangement”, c'est-à-dire la “négociation” entre l'employé et l'employeur. Le terme de négociation n'est pas le plus approprié, car il implique entre les deux parties un équilibre aboutissant à une discussion et une entente. Ce que nous appellerons départ volontaire de l'employé est entaché d'une certaine obligation tacite, et constitue davantage une décision des dirigeants que de l'employé. L'organisation des entreprises repose souvent sur un système paternaliste, particulièrement dans les PME et les “affaires familiales”. Dans un tel milieu où, de surcroît, les syndicats sont parfois absents et la main-d'œuvre peu qualifiée, les employés éprouvent, peut-être plus qu'ailleurs, des difficultés à faire valoir leurs droits. Voici le cas d'un employé, ouvrier dans une entreprise

¹ Un autre médecin ayant pratiqué dans les services d'urgence médicale affirme que la carte de groupe sanguin reste un prétexte pour connaître le statut sérologique des employés vis-à-vis du VIH. En effet, en cas de transfusion sanguine lors d'un accident, le test du groupe sanguin est systématiquement appliqué au préalable pour des raisons de sécurité, même si le blessé détient une carte donnant cette information.

métallurgique, aujourd’hui décédé des suites de sa maladie. Il était membre d’une association de séropositifs. Nous avons enquêté à partir de son témoignage auprès de son employeur, de ses collègues de travail et des membres de sa famille. Cette personne était arrivée au stade de la maladie, ses absences au travail étaient répétitives, mais toujours justifiées par un arrêt de maladie du médecin de l’entreprise. Il a été convoqué par la direction qui lui a proposé un million et demi de FCFA¹. Cet employé travaillait dans l’entreprise depuis 16 ans. Il est néanmoins probable qu’il avait atteint un niveau d’incapacité au travail, car, d’après ses collègues et le médecin d’entreprise, il avait du mal à se tenir debout. Cet exemple permet en fait d’observer le rapport de force entre un employé et ses dirigeants. La décision était donc prise de le faire partir, le responsable du personnel l’a convoqué et lui a demandé de quitter la firme parce qu’il avait le sida, bien que le médecin ne lui ait pas fourni de certificat d’inaptitude au travail. L’employé a refusé et voulait continuer son activité. D’après ses collègues, il refusait la somme proposée par la direction dont il jugeait le montant trop faible. Lors de la deuxième convocation dans le bureau du responsable du personnel, les délégués syndicaux lui ont conseillé de prendre l’argent et de partir. Il a finalement accepté à la demande pressante de la hiérarchie. Ses collègues ont précisé qu’il n’était pas volontaire au départ, alors que c’est le motif inscrit dans l’acte de rupture du contrat de travail sans autre précision. Ils ont également souligné qu’il ne pouvait plus travailler. Nous avons pu obtenir l’acte de rupture de contrat entre l’entreprise et l’employé qui précise explicitement que M. “H” quitte l’entreprise et perçoit une somme de 1,5 million de FCFA pour solde de tout compte. L’acte est rédigé par l’entreprise et l’article 6 précise que « Chacun des soussignés s’engage à exécuter la présente transaction de bonne foi et le défaitant s’obligerait à payer à l’autre, à titre de clause pénale, la somme de 3 millions de FCFA ».

Ce cas est intéressant non pas dans le cadre de l’illégitimité du licenciement de l’employé qui aurait pu être légalement justifié par un certificat médical d’inaptitude au travail, mais pour les étapes de la procédure caractérisées par un abus de pouvoir et des actes illégaux. L’article 6 de la transaction ne peut pas être appliqué et il pourrait être retourné contre le rédacteur de ce contrat, c’est-à-dire l’entreprise qui cherche à se protéger illégalement contre un acte de licenciement déguisé. Aucun article contractuel entre deux tiers n’est au-dessus des lois et s’il était prouvé que le licenciement est abusif, cet article ne viendrait pas protéger celui qui l’a rédigé.

Dispositif de surveillance de l’employé et licenciement pour faute grave

Le licenciement déguisé est probablement le moyen le plus utilisé dans le monde du travail pour exclure un employé jugé indésirable par la hiérarchie, quel que soit le motif réel. Cette méthode a été rapportée par la majorité des médecins d’entreprise interrogés sur la

¹ 1 FF = 100 FCFA = 1/5 US \$.

discrimination relative au VIH/sida. L'employé infecté par le VIH, parfois en bonne santé, peut faire l'objet d'une surveillance accrue sur son lieu de travail, surveillance effectuée par un contremaître, un responsable de secteur, des ouvriers ou des cadres. Ce "réseau de surveillance" a une mission d'observation, en collaboration avec la direction, ou plus généralement la direction du service du personnel. L'observation de l'employé indésirable se poursuit jusqu'à ce qu'il soit prouvé qu'il a effectué une ou plusieurs fautes qui justifient un licenciement. Pris au piège, l'employé se voit exclu de son lieu de travail en toute légalité et sans une indemnité, ce qui est tout à fait avantageux pour l'employeur. On peut se demander cependant pourquoi l'employé commet des fautes ? Intervient alors le rôle du règlement intérieur que tous les employés ou presque transgessent régulièrement. Cela est toléré dans la pratique : les retards, les accès interdits dans certains locaux, la réception de personnes extérieures à l'entreprise, les absences non justifiées... Ces aspects sont souvent tolérés bien que proscrits, mais les personnes indésirables feront l'expérience de la rigueur de ce règlement intérieur qui peut s'avérer rigide s'il est suivi à la lettre. Le règlement trouve alors une toute nouvelle utilité qui n'est plus d'organiser ou d'harmoniser le travail mais d'exclure des individus de façon sélective et subjective. Le prétexte de la faute lourde reste tout de même la méthode la plus efficace et la plus rapide pour les agents qui connaîtraient parfaitement le règlement intérieur et qui prendraient soin de ne pas le transgesser. Un médecin du travail qui exerce dans plusieurs entreprises portuaires nous a rapporté le cas d'un cadre en bonne santé, mais infecté par le VIH. Son employeur connaissait son statut sérologique et a provoqué la faute lourde en lui donnant une charge de travail dont il savait qu'elle ne pouvait pas être accomplie dans les délais. Il a été renvoyé pour incompétence et non-respect du temps imparti dans le cadre de sa mission.

Le droit protecteur et ses limites

Discrimination ouverte et corruption

Les cas de discrimination ouverte, c'est-à-dire sans aucune précaution de déguisement, existent également, bien qu'ils tendent à disparaître car les messages d'information sur le sida diffusés à Abidjan insistent sur la non-exclusion des personnes infectées. Cependant nous avons recensé des cas où l'embauche a été refusée pour motif de séropositivité au VIH. Un autre cas de figure est celui du chef d'une entreprise ivoirienne, filiale d'un groupe d'Amérique du Nord, qui a été licencié quand ses supérieurs hiérarchiques d'outre-mer ont appris qu'il était malade du sida. Il demandait à son médecin de toujours cacher sa maladie devant les responsables hiérarchiques américains qui effectuaient régulièrement des missions de contrôle à Abidjan. Le chef d'entreprise de cette PME performante ne pouvait plus cacher les signes de sa maladie et un responsable du groupe a découvert son état de santé. L'entrepreneur a été licencié sur-le-champ avec une faible indemnité vis-à-vis de ses droits. Ils ont placé la personne malade dans une petite maison louée pour lui en attendant la

mort. Le médecin de l'entreprise qui nous a rapporté ce témoignage s'est occupé de lui pendant trois mois jusqu'au décès. Il venait lui changer journalièrement ses perfusions. Lorsque le malade les a menacés de porter plainte, le responsable américain a dit « qu'il s'en foutait et qu'ils avaient les moyens de payer ». Le patient est décédé trois mois plus tard sans avoir porté plainte, car d'après le médecin, il savait qu'il ne gagnerait pas son procès. La méfiance que l'ancien chef d'entreprise, victime de discrimination, et son médecin montrent à l'égard de l'institution judiciaire s'appuie sur la croyance d'une corruption généralisée des juges : «ils avaient de l'argent pour payer les magistrats et gagner le procès» précisait le médecin de la PME. Certains juristes nous ont ouvertement parlé de ces pratiques qui selon eux sont courantes. Ils connaissent les magistrats intègres ; c'est la raison pour laquelle ils refusent les affaires dont ils savent que des pots-de-vin ont été versés au bénéfice de la partie adverse. Certaines victimes de licenciement abusif ont confirmé ces pratiques et jugent que la plainte contre l'employeur est inefficace. D'autres raisons ont également été avancées et concernent la discrétion de leur situation. Un procès est public et ils ne souhaitent pas que des membres de leur famille ou des amis sachent qu'ils sont atteints du VIH par crainte d'être rejetés par leur entourage. Outre la méconnaissance des droits du citoyen et les moyens de les faire valoir, l'ensemble de ces paramètres expliquent probablement la rareté des plaintes pour les cas de discrimination des personnes infectées par le VIH en Côte-d'Ivoire.

La difficulté de la preuve

L'autre élément décisif dans un recours en justice pour protester contre un licenciement déguisé réside dans l'obligation pour le plaignant d'apporter la preuve du préjudice subi. On comprend aisément, au regard des méthodes qu'utilisent certains employeurs pour congédier les salariés infectés par le VIH, qu'il s'agit là d'une difficulté de nature à décourager, dans les faits, le recours au droit et aux lois. Les victimes de pratiques discriminatoires peuvent faire appel aux syndicats, leur demander d'intervenir auprès de l'inspection du travail et porter plainte au tribunal du même nom. Nous n'avons cependant recensé qu'une seule affaire défendue en justice : le licenciement abusif pour cause de séropositivité avait alors été reconnu¹ et dédommagé.

Le syndicalisme d'entreprise

Les syndicats semblent relativement discrets ou peu sensibilisés sur le thème du VIH/sida. Nous différencions le rôle des centrales syndicales, dont les représentants affirment défendre les intérêts de l'employeur lorsqu'il s'agit de discrimination à l'égard de l'infection par le VIH, et l'intervention des délégués locaux dans les entreprises.

¹ Affaire Kouadio Koffi / Société Coco Service. Audience publique ordinaire du 2 février 1993 et audience du 21 juillet 1994 en Cour d'Appel d'Abidjan. Sur l'historique de ce cas, voir Dédy Séri (1996).

Dans la première situation, nous n'avons trouvé aucun cas de suivi d'affaire publique concernant un licenciement relatif au statut sérologique de l'employé, à l'exception du précédent. Cependant, le plaignant ne semble pas avoir été soutenu par un syndicat. Par contre en entreprise, nous avons relevé des témoignages concordants sur le comportement de certains représentants syndicaux. Elus par leurs collègues de travail, ils ont, entre autres, un rôle d'intermédiaire obligatoire entre les employés qu'ils représentent et la direction. Les licenciements font partie des décisions de la direction qui ne se négocient pas, hormis le montant des indemnités. Le délégué syndical aurait peu de pouvoir de médiation dans ces situations. La position de l'employeur est d'autant plus renforcée qu'il aura pris la précaution de faire circuler la rumeur sur la maladie d'un tel dans l'entreprise, s'assurant ainsi le soutien du personnel et donc celui de ses représentants pour le départ d'un employé jugé indésirable. L'utilisation de la peur des agents vis-à-vis d'un collègue infecté par le VIH et soupçonné d'avoir le sida est ici utilisée dans un but détourné : la justification d'un départ de l'entreprise. L'UGTCI (Union générale des travailleurs de Côte-d'Ivoire) et Dignité, deux des principaux syndicats du pays, n'ont pas de position officielle sur la question des pratiques discriminatoires relatives au VIH/sida. Cependant, des membres du bureau de ces syndicats nous ont précisé que d'autres sujets étaient prioritaires, comme le droit de grève, la revalorisation des salaires ou l'amélioration des conditions de travail.

Conclusion

Le malade à qui il peut être reproché d'avoir contracté le sida (Caprara *et al.* 1993 : 1233) engendre des frais médicaux auxquels l'employeur participe parfois financièrement. Par ailleurs, la probabilité de décès après l'apparition de signes cliniques évocateurs du sida est élevée après deux années s'il n'y a pas de soins spécifiques à l'infection à VIH (Mocroft *et al.* 1997). A cela s'ajoute un rejet par les autres employés qui peuvent refuser de travailler avec une personne qu'ils jugent à tort contagieuse. Aux yeux de l'employeur, ces contraintes sont parfois une raison suffisante pour se séparer des employés infectés par le VIH. D'une part, il est important de développer et pérenniser l'information et l'éducation sur le lieu de travail, de sensibiliser l'inspection du travail sur le thème du VIH/sida afin de sanctionner et de décourager le dépistage et le licenciement des salariés d'entreprise. D'autre part, le conseil de l'ordre des médecins de Côte-d'Ivoire, ainsi que les instances juridiques pourraient jouer un rôle de prévention, de surveillance et de sanction notamment dans les situations de non-respect du secret médical. L'absence actuelle de procédures judiciaires face à la discrimination sur le lieu de travail des personnes infectées par le VIH relève essentiellement de la difficulté pour le plaignant d'apporter la preuve d'une malveillance. Face à cette situation, on constate que les autorités ivoiriennes favorisent l'approche préventive à la réglementation et la répression (Coffi et Ouattara 1994 :

126), peut-être dans le but d'établir une meilleure collaboration avec les milieux industriels qui participent au financement de la lutte contre le sida sous forme de dons au PNLS.

Par ailleurs on peut se demander quelles vont être les réactions à moyen terme des entreprises face aux contraintes posées par le VIH/sida, à savoir principalement l'absentéisme et le décès du personnel. L'épidémie peut-elle entraver le développement des entreprises ou simplement ralentir leurs efforts de compétitivité sur les marchés internationaux (Henry 1993 ; Barbier 1995) ? Il reste difficile de répondre à ces questions, mais on peut suggérer, comme Thébaud et Lert (1984 : 19), que l'amélioration permanente des performances d'entreprise et les exigences de la productivité ne favorisent pas l'acceptation des employés malades et l'absentéisme pour raison médicale qu'il génère. Dans la course à la performance économique, il est probable que les solutions d'entreprises face au VIH/sida s'orienteront vers une embauche sélective incluant illégalement le test VIH, comme cela a également été constaté en Zambie (Baggaley *et al.* 1995 : 567) ou au Zaïre (Musamba 1997 : 8), et affaibliront le système de prise en charge sociomédicale en entreprise. Les politiques de flexibilisation et d'adaptation, certes nécessaires pour faire face aux perturbations provoquées par les changements environnementaux (Etzioni 1987 : 177-179), pourraient inclure une externalisation de plus en plus massive de la main-d'œuvre (Davis-Blake et Uzi 1993 : 198-199) et accentuer gravement la précarisation de l'emploi pour les salariés atteints par le VIH.

Bibliographie

- AKKA M. F., 1995, *Impact du sida en entreprise*, Abidjan, Université d'Abidjan (Thèse de Médecine soutenue le 4 août 1995, sous la direction du professeur Jean Sylvain Bony).
- AVENTIN L., 1995, « Le sida en entreprise : position professionnelle du médecin d'entreprise, secret médical et logique économique », *Sociétés d'Afrique et Sida*, 10 : 7-8.
- AVENTIN L., GNABÉLI R. Y., 1996, « Organisation de la prise en charge médicale dans les entreprises abidjanaises », Colloque "Santé en capitales", Abidjan, Côte-d'Ivoire, 12-16 février 1996.
- BAGGALEY R., GODFREY-FAUSSET P., MSISKA R. *et al.*, 1995, « How have Zambian businesses reacted to the HIV epidemic ? », *Occupational and Environmental Medicine*, 52 (9) : 565-569.
- BAMBA N., CONTAMIN B., DIOMANDE K. *et al.*, 1994, « Crise économique et programmes d'ajustement structurel en Côte-d'Ivoire », in Actes de la table ronde *Crise, ajustements et recompositions en Côte-d'Ivoire : la remise en cause d'un modèle*. Colloque International GIDIS-CI / ORSTOM. Abidjan, Côte-d'Ivoire, 28 novembre - 2 décembre 1994 : 10-23.

- BARBIER J.-P., 1995, « Les entreprises subsahariennes dans la compétition internationale », in S. ELLIS et Y. A. FAURE (éds), *Entreprises et entrepreneurs africains*, Paris, Karthala / ORSTOM : 421-433.
- CAPRARA A., DEDY S., de GREGORIO G.C. et al., 1993, « The perception of AIDS in the Bété and Baoulé of the Ivory Coast », *Social Science and Medicine*, 36 (9) : 1229-1235.
- CNLS-CI, 1995, « Surveillance épidémiologique de l'infection à VIH : rapport de notification des cas de Sida, 1995 Abidjan - Côte-d'Ivoire », Note de synthèse du CNLS, Abidjan, Côte-d'Ivoire.
- COFFI J. P., OUATTARA N., SARASSORO H.C., 1994, « Droit et sida en Côte-d'Ivoire », in J. FOYER et L. KHAÏAT (éds), *Droit et sida. Comparaison internationale*, Paris, CNRS : 125-130.
- DAVIS BLAKE A., UZI B., 1993, « Determinants of employment externalization : a study of temporary workers and independent contractors », *Administrative Science Quarterly*, 38 (2) : 195-223.
- DE COCK M.K., BARRERE B., DIABY L. et al., 1990, « AIDS : the leading cause of adult death in the West African city of Abidjan, Ivory Coast », *Science*, 249 : 793-796.
- DEDY S., 1996, « Sécurité sociale, sida et médecine du travail en Côte-d'Ivoire », *Colloque International "Sciences sociales et sida en Afrique. Bilan et perspectives"*, Sali-Portudal, Sénégal, 4-8 novembre 1996, vol. 2 : 619-633.
- DIALLO M.O., ETTIEGNE-TRAORE V., MARAN M. et al., 1997, « Sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus infections in women attending an antenatal clinic in Abidjan, Côte-d'Ivoire », *International Journal of STD and AIDS*, 8 : 636-638.
- ETZIONI A., 1987, « Entrepreneurship, adaptation and legitimization », *Journal of Economic Behavior and Organisation*, 8 (2) : 175-189.
- FOTTORINO E., 1994, « Une économie sidéenne », *Le Monde*, 10 novembre 1994 : 4.
- HENRY A., 1993, « Les entreprises en Afrique : les progrès méconnus », *Problèmes économiques*, 2351 : 16-21.
- LABORDE J.-P., 1991, « Quelques observations à propos de la loi du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap », *Droit Social*, 7/8 : 615-618.
- LOPEZ-ESCRATIN N., 1992, *Données de base sur la population, Côte-d'Ivoire*, Paris, CEPED, 11 p. (Dossier n°18).
- MOCROFT A., YOULE M., MORCINEK J. et al., 1997, « Survival after diagnosis of AIDS : a prospective observational study of 2 625 patients », *British Medical Journal*, 314 : 409-413.
- MUSUAMBA N., 1997, « Ethique, droit et VIH/SIDA dans le milieu du travail au Zaïre », *Sociétés d'Afrique et Sida*, 15 : 8-9.
- OMS, 1997, « SIDA - Données au 30 juin 1997 », *Weekly Epidemiological Record*, 72 (27) : 197-200.
- OMS/BIT, 1988, « Programme mondial de lutte contre le SIDA. Consultation sur le sida et le lieu de travail : déclaration de Genève », 27-29 juin 1988.
- SORO B. N., GERSHY-DAMET G. M., COULIBALY A. et al., 1992, « The present and future course of the AIDS epidemic in Côte-d'Ivoire », *Bulletin of the WHO*, 70 (1) : 117-123.

- SYLLA-KOKO F., EZOUA-EHUI C., TRAORE-ANAKY M.F. *et al.*, 1995, « Séroprévalence de l'infection à VIH dans les consultations prénatales d'Abidjan, Côte-d'Ivoire », IX^e Conférence Internationale sur le sida et les MST en Afrique, Kampala, Ouganda : 289. TuC626.
- THEBAUD A., LERT F., 1984, « Absentéisme et santé : une revue critique de la littérature », *Sciences sociales et santé*, 2 (1) : 7-24.
- TINDALL B., TILLETT G., 1990, « HIV-related discrimination », *AIDS*, 4 (suppl.1) : S251-S256.
- UNESCO, 1990, *Sida et milieu du travail*, Paris, UNESCO, 144 p. (Rapport UNESCO, 25-26 avril 1990).
- WHO/GPA, 1994, « Projet de protocole pour identifier les discriminations à l'encontre des personnes infectées par le VIH », (indicateur ISS 3), WHO/GPA/TCO/SEF/94.1 - Section 8.
- YAO N'DRE P., 1992, « Les discriminations liées au sida en matière d'emploi en Côte-d'Ivoire », Séminaire sous-régional tripartite sur la promotion de l'égalité de chances et de traitement en matière d'emploi pour les pays francophones d'Afrique. BIT, Abidjan, Côte-d'Ivoire 26-30 octobre 1992.
- ZAJAC P., 1995, « La responsabilité civile et pénale du médecin du travail », *Archives des Maladies Professionnelles*, 56 (6) : 457-466.

Laurent AVENTIN, *Stratégies d'entreprises dans le dépistage et le licenciement des employés vivant avec le VIH à Abidjan (Côte-d'Ivoire)*

Résumé — Face à la prévalence élevée du VIH/sida dans la ville d'Abidjan en Côte-d'Ivoire, les employeurs du secteur privé sont confrontés aux problèmes de santé du personnel d'entreprise et aux conséquences que l'absentéisme médical et les décès provoquent, à savoir une baisse probable de la productivité et des performances. Certains employeurs choisissent donc de limiter le nombre de salariés infectés par le VIH dans leur établissement, d'une part en licenciant les agents vivant avec le VIH, d'autre part en dissimulant les tests VIH à l'embauche. Ces situations impliquent donc la participation du personnel médical et paramédical : les médecins d'entreprise ou certains responsables de laboratoire pharmaceutique et de structures hospitalières collaborent de plein gré ou à leur insu au dépistage du personnel d'entreprise sans le consentement de celui-ci. Les médecins d'entreprise sont parfois confrontés à un choix difficile : communiquer les informations médicales à la demande de l'employeur ou respecter le secret médical et risquer de perdre leur emploi s'ils n'exécutent pas la volonté du chef d'entreprise. Dans l'entreprise, les licenciements déguisés sous un autre motif que celui de l'infection à VIH ou le refus à l'embauche d'un postulant à l'emploi ne posent aucune difficulté tant il est difficile pour les victimes de prouver une pratique discriminatoire.

Mots-clés : VIH/sida • discrimination • dépistage • licenciement • entreprise • Côte-d'Ivoire

Laurent AVENTIN, *Company strategies pertaining to HIV antibody testing and the dismissal of employees living with HIV in Abidjan (Côte-d'Ivoire)*

Summary — In light of the high rate of HIV/AIDS prevalence in the city of Abidjan in Côte-d'Ivoire, private-sector employers must address serious issues relating to the health of company personnel and the consequences arising from medical absenteeism and deaths, namely a probable drop in productivity and performance. Some employers opt to limit the number of salaried staff members living with HIV in their companies, either by dismissing employees living with HIV or by carrying out secret HIV antibody tests at the moment of hiring. Such situations entail the participation of the medical and paramedical staff, company doctors or certain authorities in pharmaceutical laboratories and hospital structures collaborating in open agreement or unwittingly in the non-consensual testing of company personnel. Sometimes, company doctors are confronted with a difficult choice : pass on medical information at the request of the employer, or respect medical secrecy and run the risk of losing their jobs due to failure to execute the will of the company boss. Dismissal carried out for fraudulently concocted reasons other than HIV infection or the refusal to employ a given applicant do not pose any difficulties to the company, as it is extremely difficult for the victims to prove that they have been subjected to discrimination.

Keywords: HIV/AIDS • discrimination • HIV antibody testing • dismissal • company • Côte-d'Ivoire.

36. Les spécialistes non médicaux congolais et le problème de la connaissance scientifique du sida

Joseph Tonda

Une caractéristique fondamentale du sida a été de manifester une certaine impuissance des solutions biomédicales et d'en appeler aux solutions sociales. Or, les spécialistes non biomédicaux de la guérison ont la particularité d'occuper une position intermédiaire entre spécialistes des premières et acteurs des secondes : certains d'entre eux prodiguent des soins réputés efficaces contre des infections opportunistes et tous sont pressentis comme des agents susceptibles de jouer un rôle social décisif dans les politiques sociales de limitation de l'expansion du mal.

Cependant, le succès de l'investissement de ces spécialistes dans ces solutions sociales paraît dépendre au moins en partie de la manière dont ils se positionnent par rapport à la connaissance scientifique du sida. En effet, si selon le Dictionnaire, “connaître”, c'est “avoir la pratique, l'expérience de quelque chose”, autrement dit s'approprier intellectuellement ou pratiquement un objet social, il ne fait aucun doute que les spécialistes non médicaux sont, chacun dans son domaine, des gens de connaissance, et que leurs connaissances fondent leurs pouvoirs¹. Or, de manière générale, toute appropriation, intellectuelle ou pratique, d'un objet social caractérisant l'acte de connaître se réalise toujours dans le cadre d'un champ de rapports de pouvoir légitimant ou non les acteurs, énoncés, pratiques et profits qui en résultent. C'est la raison pour laquelle, face à la connaissance scientifique qui fonde le pouvoir des médecins, se pose la question de la légitimité des spécialistes non médicaux, de leurs connaissances, de leurs pratiques et des profits matériels qui s'y attachent. Comme David Lebreton l'a écrit pour un autre contexte, « le conflit entre médecins et guérisseurs est d'abord un conflit de légitimité, il oppose le savoir élaboré par la “culture savante”, incarnée par les instances universitaires et académiques, aux connaissances mises à jour par les guérisseurs traditionnels qui sont moins formalisables » (Lebreton 1990). Ainsi les rapports de pouvoir entre médecins et non médicaux ayant pour enjeu la légitimité sont, en un certain sens, des rapports de connaissance.

Or, en Afrique subsaharienne, et particulièrement au Congo, les rapports de connaissance posent les questions de légitimité et d'identité dans un champ beaucoup plus vaste que le champ des spécialistes de la

¹ Selon Didier Fassin (1992 : 263) : « la mise en jeu des pouvoirs dans les sociétés africaines... fait intervenir un champ beaucoup plus vaste que celui auquel on a l'habitude de penser sous le terme de pouvoir (au singulier, et parfois avec une majuscule), considéré de manière restrictive dans le champ politique ».

guérison. En effet, dans le “champ du pouvoir”, c'est-à-dire « l'espace des rapports de forces entre des agents ou des institutions ayant en commun de posséder le capital nécessaire pour occuper des positions dominantes dans les différents champs » (Bourdieu 1991 : 5), on peut difficilement nier le fait que ce “capital nécessaire” est, dans plusieurs champs, la connaissance écrite. Toutes les dichotomies qui sont au cœur des dynamiques sociales évoquent spontanément l'opposition entre connaissance lettrée ou écrite et connaissance orale : l'élite et la masse, la modernité et la tradition, la civilisation et la sauvagerie, le citadin et le villageois, etc., y compris celle qui en constitue le schème structurant de “base” : le Blanc et le Noir¹. Ainsi les luttes de connaissance dans le champ des spécialistes de la guérison que sont les médecins, les “travailleurs de Dieu”², les *nganga*³ et/ou tradipraticiens⁴, et tous les personnages intermédiaires⁵ (dont la caractéristique commune est d'être des lettrés) constituent une expression des rapports de connaissance structurant le champ du pouvoir.

Cette opposition explique tous les phénomènes de traditionalisation, de délégitimation et donc de dépossession et de destitution des *nganga* (spécialistes de la guérison) malgré leur “revalorisation”. C'est donc sous sa forme de connaissance scientifique, reconnue et protégée par l'Etat dont la puissance est elle-même fondée sur la “raison graphique” (Goody 1979) que le savoir écrit, en tant que “capital”, fonde le pouvoir des médecins aussi bien dans le champ du pouvoir que dans le champ des spécialistes de la guérison (ou champs des pouvoirs). Mais l'impuissance de cette connaissance face à son propre objet — le sida — fait de celle-ci un véritable problème. Cette impuissance conduit en effet les pouvoirs publics et les médecins à appeler à leur secours, pour le maintien de leurs

¹ Comme le souligne Marc Augé (1995 : 283), il est impossible pour les Africains de penser leur modernité « sans référence au passé d'une part, à l'Occident de l'autre » et le discours prophétique, dans sa crudité (en Côte-d'Ivoire) présente toujours le “Blanc” comme “l'avenir du Noir”. C'est dire le caractère structurant de l'opposition Blanc/Noir dans la modernité africaine.

² Dans les langues congolaises, le mot religion est méconnu et a été traduit par la notion de *zambe* ou *zambi*. Or *zambe* signifie “Dieu”, et ceux qui s'adonnent à cette nouvelle activité sont réputés “faire le travail de Dieu” (*mosala ya zambe*). Ainsi nous les avons qualifiés de “travailleurs de Dieu”.

³ *Nganga* est un terme générique très usité dans les langues bantu pour désigner toute sorte de spécialistes de la maladie (guérisseur, devin, chef de culte, etc.). Il désigne ici le spécialiste de la “médecine traditionnelle”.

⁴ Dans le contexte congolais, le tradipraticien est le spécialiste de la “médecine traditionnelle” qui, à l'époque du Parti unique marxiste-léniniste, était membre d'une de ses organisations de masse, l'Union nationale des tradipraticiens du Congo. C'était donc une notion idéologiquement connotée, comme le montrent d'ailleurs Marc-Eric Gruénais et Dominique Mayala (1988).

⁵ Nous appelons intermédiaires tous les “néo-tradipraticiens” et tous les “néo-chercheurs” producteurs de théories et de pratiques de guérison qui ne se classent pas dans les registres traditionnels : biomédecine, “médecine traditionnelle”, religion, etc., mais participent plus ou moins de tous ces registres à la fois.

positions dominantes, ceux dont les situations de dominés ont été produites par la magie de la connaissance scientifique¹.

Dans quelle mesure l'implication des spécialistes non médicaux dans les solutions sociales contre le sida est-elle liée à leurs positions respectives face au savoir écrit (en tant que capital) de manière générale, et à la connaissance scientifique du sida, de manière précise ? Autrement dit, dans quelle mesure la soumission totale ou relative des spécialistes non médicaux à la vérité de la connaissance scientifique du sida, et par conséquent au pouvoir commun de l'Etat et des médecins, dépend-elle de leurs positions, en tant que gens de connaissance, à l'endroit de la connaissance scientifique du sida ?

A titre d'hypothèse, nous postulons que les positions à l'endroit de la vérité de la connaissance scientifique sont plus ou moins informées par les positions et les trajectoires sociales des spécialistes non médicaux ; ces positions et trajectoires sociales sont liées au volume du capital de connaissance écrite possédé ou accumulé par les spécialistes, mais aussi selon les cas, par les institutions auxquelles ils appartiennent.

Pour essayer de vérifier cette hypothèse, nous nous appuyons sur des données diverses, dont, particulièrement, celles relevant d'enquêtes de terrain réalisées non seulement à Brazzaville, mais aussi à l'intérieur du pays, notamment dans le Nord-Congo².

Ces enquêtes ont permis de recueillir des biographies de spécialistes et d'étudier de manière assez exhaustive les caractéristiques sociologiques d'une centaine de spécialistes dans un quartier périphérique de Brazzaville appelé Mama Mbwalé. Elles nous ont amené aussi à interroger les responsables des centres de "médecine révélée" des paroisses protestantes, kimbanguistes et d'autres Eglises du réveil. Ont également été enquêtés des responsables des associations de tradipraticiens ou certains de leurs membres. Nous avons enfin enquêté chez un responsable de la "médecine naturelle", prodiguant des soins à base de produits "naturels" commandés en Europe, qui prétend guérir le sida. Cependant, malgré la quantité et la qualité d'informations recueillies, les développements suivants sont à considérer comme des pistes de recherche.

Les "travailleurs de Dieu"

Tant dans le champ religieux que dans celui du pouvoir, les Eglises chrétiennes membres du Conseil œcuménique occupent une position

¹ Le savoir écrit est source de fascination, tant il permet l'acquisition d'un pouvoir social important dans les champs religieux et profanes, en particulier dans le champ médical... De ce point de vue, son caractère magique s'impose.

² Nous avons enquêté à Brazzaville, à Etoumbi et à Mbomo dans la Cuvette-Ouest, dans le cadre du programme *Enjeux sociaux et politiques de la prise en charge du sida au Congo* financé par l'ORSTOM (Action incitative "Sciences sociales et sida") dont le coordinateur était Marc-Eric Gruénais. Une autre partie de ces enquêtes a été menée à Brazzaville, dans le cadre du projet *Se soigner à Maman Mbwalé*, financé par le CNRS (PIR-Villes) et coordonné par Marc-Eric Gruénais.

dominante¹. Cela explique que, face à l'Etat, elles s'imposent, au moins depuis la “démocratisation”, comme ses partenaires officiels dans le règlement des crises politiques. C'est aussi la raison pour laquelle elles sont des partenaires du Programme National de Lutte contre le Sida. Ces Eglises sont également celles dont les prises de position sont les plus fermes contre la vérité de la connaissance scientifique du sida et ses implications et applications sociales. Toutes récusent le préservatif comme solution sociale pour limiter l'expansion du sida et certaines affirment, par la voix de leurs membres spécialisés dans l'activité thérapeutique par les “plantes révélées”, la guérison du sida dans leurs paroisses. Ces prises de position sont les plus marquées au sein de l'Eglise Evangélique du Congo (Protestante)². Ainsi, dans des paroisses de Mayangui et de Ouenzé, d'obédience protestante, les responsables ou les membres des centres de “médecine révélée” affirment clairement la capacité qu'ils ont, grâce à Dieu, de guérir le sida.

Pourtant, cette position, opposée à la vérité de la connaissance scientifique, est le fait d'acteurs sociaux s'organisant et organisant leurs centres sur le modèle des structures biomédicales. L'imitation du personnage du médecin et des cabinets ou centres médicaux est telle que, dans certaines paroisses protestantes, comme celle de Baongo décrite par Bidzimou (1993), on trouve dans le “centre thérapeutique” un “laboratoire” où sont fabriqués des “produits”, ainsi qu'un “magasin” où ils sont stockés dans des bocaux ayant contenu des produits pharmaceutiques. Les produits sont classés selon leurs “codes” : “M 105”, “M 175”, “P 4”, “G 26”, etc. Seuls les spécialistes recrutés sur la base d'un test réalisé par le Président “inspiré” sont en mesure d'interpréter ces codes. Dans leur travail, ces spécialistes portent des blouses blanches, qui renvoient, d'après les spécialistes, à la “pureté du serviteur de Dieu”, mais ne s'inscrivent pas moins dans un ensemble de symboles qui réfèrent objectivement aux matérialisations de la connaissance scientifique.

Comment comprendre alors que la connaissance scientifique, dans ses matérialisations, soit à la fois le modèle justifiant tous les mimétismes et l'objet d'une opposition à la vérité qu'elle énonce ? Il ne fait aucun doute que les spécialistes de guérison des centres de médecine révélée jouent au médecin. Mais, comme l'observe Aristote, si le jeu est puéril, le fait de jouer est sérieux. Cependant, ce qui donne tout le sérieux à ce jeu c'est le fait que l'identité des joueurs est légitimée par une institution religieuse moderne, l'Eglise Evangélique du Congo, dont la modernité, définie en opposition aux cultes traditionalistes, repose sur la reconnaissance sociale de la magie de la connaissance écrite (la Bible) qui fonde son pouvoir. Dans l'espace social congolais en effet, aucun culte traditionaliste dont la légitimité n'est pas en rapport avec la magie de l'écriture n'est reconnu par l'Etat comme une religion. Ainsi, ceux dont la légitimité sociale est confortée par le pouvoir de l'écriture, symbole de la puissance blanche et de la modernité, peuvent jouer sérieusement aux médecins tout en

¹ Sont membres du Conseil Ecuménique, les Eglises Catholique, Evangélique (Protestante), Salutiste, Kimbanguiste et Orthodoxe.

² L'Eglise Protestante est la première à avoir intégré depuis 1947 à Ngouédi (sud-Congo) les pratiques de guérison dans son ministère.

s'opposant avec fermeté à la vérité de la connaissance scientifique du sida.

Bien des Eglises dominées (les "sectes"), interrogées sur le préservatif ou sur leur capacité ou non de guérir le sida, se distinguent par la souplesse de leurs positions. Il y a certes, parmi ces Eglises, celles dont l'opposition à la vérité de la connaissance scientifique du sida est particulièrement forte, allant jusqu'à prôner le rejet de tout contact physique avec le préservatif, un objet habité par les "démons d'impudicité" ¹.

Cependant, le fait intéressant est qu'on rencontre parmi les Eglises dominées des prises de position souples à l'endroit de la vérité scientifique du sida. Ainsi, un responsable de ces Eglises a déclaré avoir pris part aux journées de lutte contre le sida organisées par le Programme National et avoir demandé des préservatifs aux pouvoirs publics. Son Eglise serait prête à participer à une campagne de promotion des préservatifs. De plus, dans ces Eglises on entend des discours les plus vagues sur le caractère guérissable du sida, revendiquant parfois des capacités de guérir le sida, mais n'affirmant presque jamais l'existence d'un remède précis, désigné par un nom, et destiné à traiter exclusivement le sida.

Dans une secte ngounziste, des étudiants (Louenidio *et al.* 1995) ont recueilli le discours suivant qui montre comment le sida ne constitue pas une préoccupation spéciale du service de la guérison : « Dieu ne nomme pas les maladies, mais nous révèle seulement que telle personne est malade, voilà le traitement qui lui convient. Si les gens arrivent à nommer les maladies, cela ne vient pas de Dieu ». Le pasteur qui parle ainsi signale qu'il a déjà traité un malade qui présentait des symptômes du sida, mais Dieu ne lui a pas révélé que ce malade était un sidéen.

En toute hypothèse, leur position de dominées explique l'opposition moins affirmée de ces Eglises vis-à-vis de la vérité de la connaissance scientifique du sida. Ce n'est peut-être pas non plus un hasard si bien des Eglises de la mouvance ngounziste se retrouvent dans le groupe des Eglises ayant des positions souples à l'égard de la connaissance scientifique du sida, car leur inflexion traditionaliste limite sans doute et dans une certaine mesure des tendances au fondamentalisme, c'est-à-dire à une référence exclusive à la vérité intemporelle des Ecritures. D'ailleurs, elles se définissent plus comme des Eglises de guérison, et ont ainsi par rapport à la maladie des interprétations persécutives plus proches de celles des *nganga*, que chez les Protestants où l'on s'efforce de ne pas trop souligner les pouvoirs des sorciers.

Ainsi le volume global du capital du savoir écrit possédé et le rôle du schème structurant de la puissance blanche symbolisée dans ce capital expliquent non seulement le caractère dominant ou dominé d'une Eglise, mais informent aussi les prises de position fortes ou molles à l'endroit des vérités de la connaissance scientifique du sida, tant il est vrai que les chances de s'approprier le sida en tant qu'objet de connaissance et enjeu

¹ C'est la position d'un mouvement particulièrement dynamique aujourd'hui à Brazzaville, la Communauté des Femmes Messagères du Christ, CFMC dont le cheval de bataille est la lutte contre Satan, omniprésent dans les objets de la vie quotidienne, et les "totems" propres aux traditions familiales indigènes. Il a pour origine les Etats-Unis.

de pouvoir sont plus grandes si le volume du capital du savoir écrit possédé est plus grand.

Cette observation est confortée par le fait que parmi ceux qui dans la société possèdent ce capital, beaucoup sont prédisposés à entrer dans le champ religieux. Surtout quand les espérances personnelles ou familiales d'ascension sociale ayant justifié des investissements financiers, psychologiques ou sociaux dans les études se soldent par des échecs et par une précarité matérielle et sociale. En effet, dans la mesure où, sans se réduire à cette fonction, le champ religieux constitue à bien des égards un champ où les insatisfactions, les désillusions, les ressentiments, les souffrances et les angoisses liées aux échecs caractéristiques de la modernité peuvent se convertir en vocations salvatrices et en un pouvoir social reconnu, sa vocation à recevoir des lettrés candidats à des positions de pouvoir (prophètes, pasteurs, chefs de groupes de prière ou d'Eglises) s'expose ici avec l'évidence des cas extrêmes.

Or ces gens de connaissance et de pouvoirs, qui ont de surcroît une conscience pratique d'appartenir au même univers symbolique que les médecins qui les fascinent, sont logiquement enclins à s'approprier le sida, produit de la connaissance scientifique des médecins et donc enjeu de pouvoir. Cette réalité est attestée par l'étude systématique des travailleurs de Dieu et des *nganga* réalisée à Mama Mbwalé. Dans ce quartier, en effet, presque tous les travailleurs de Dieu enquêtés sont des lettrés d'un niveau moyen largement au dessus de celui des *nganga* (parmi lesquels on rencontre même des gens qui n'ont pas été scolarisés). Ce niveau moyen d'instruction assez élevé se double d'un âge moyen relativement plus bas que celui des *nganga*. Mais les travailleurs de Dieu sont aussi ceux dont la précarité matérielle et sociale est la plus marquée : aucun d'eux n'était propriétaire de son logement dans le quartier où il habitait avant de s'installer à Mama Mbwalé ; ils sont aussi les plus nombreux à passer d'une situation de dépendance absolue (logés par les parents ou par les amis) à une situation de dépendance relative (locataires).

Mais si la possession du savoir écrit, l'état de jeunesse et la précarité sociale et matérielle prédisposent objectivement les travailleurs de Dieu à entrer dans le champ religieux pour y officier dans un quartier périphérique (sans structures officielles de santé), leur identité d'acteurs modernes ayant une conscience pratique ou explicite des enjeux de pouvoir constitués comme tels par la modernité s'illustre, par exemple, dans l'appréciation de leur situation sociale. En effet, invités à dire s'ils se considéraient ou non en situation de chômage tout en exerçant le "travail de Dieu", neuf travailleurs de Dieu ont déclaré qu'ils se considéraient comme chômeurs. Cette conscience du chômage, absente chez tous les *nganga* de Mama Mbwalé, traduit la disposition des travailleurs de Dieu à revendiquer et à s'approprier les statuts et objets sociaux caractéristiques de la modernité : le statut de salarié dans les secteurs privé ou public modernes, les objets de connaissance produits par le savoir scientifique.

S'agissant plus précisément du sida comme objet de connaissance, cette conscience du chômage est un indice de la prédisposition des "travailleurs de Dieu" à se l'approprier, c'est-à-dire à en faire un objet et un enjeu de leurs délibérations souveraines, c'est-à-dire instruites par le

caractère souverain des Ecritures saintes qu'ils opposent ainsi au pouvoir instruit par la connaissance scientifique dont l'aveu d'impuissance sur son propre objet rend problématiques les préentions hégémoniques. Ainsi, les travailleurs de Dieu de Mama Mbwalé, à l'instar des autres, malgré et à cause des différences sociales qui les caractérisent, sont voués par leur conscience pratique de l'analogie entre le pouvoir que confère la possession des Ecritures saintes dans le champ religieux (mais aussi dans le champ du pouvoir) et celui que confère la possession du savoir scientifique dans le champ médical, à délibérer de manière plus ou moins souveraine sur les vérités de la connaissance scientifique du sida. Ce pouvoir qu'ils ont de délibérer sur le sida les conduit non seulement à condamner la solution sociale instruite par la connaissance scientifique, analogiquement semblable à leurs connaissances religieuses, mais aussi à produire des élaborations symboliques à consonnance moderniste¹ plus ou moins sophistiquées sur la nature du mal.

C'est ce qui apparaît dans le discours de l'un d'eux sur les rapports entre sida et *mwandza*², sida et sorcellerie, ainsi que sur la transmission du mal.

Pasteur, âgé de 44 ans, instituteur, Nestor se définit comme pasteur-guérisseur. Il exprime une fine connaissance du *mwandza*, mais son discours est émaillé d'incohérences quand il se prononce sur le caractère guérissable ou non du sida, car il existe, pour lui, une complète identification du sida au *mwandza*, qui se complique par la double étiologie, en termes de sorcellerie et de punition divine qu'il attribue au sida. Tout compte fait, son discours sur les précautions et le mode de transmission ne peut se comprendre qu'à la lumière des liens établis entre le sida, le *mwandza*, Dieu et la sorcellerie.

Première affirmation péremptoire de Nestor : "le *mwandza*, c'est le sida". A l'appui de cette affirmation, Nestor raconte que, dans son village, existait un grand féticheur qui traitait des maladies identiques au sida. Les malades présentaient les symptômes suivants : "cheveux cassés, ils étaient squelettiques, et ressemblaient à un objet avalé par un boa". On disait d'eux qu'ils souffraient de la "maladie du serpent". Pour Nestor, la maladie du serpent n'est qu'une forme du *mwandza*, qui est un nom générique englobant plusieurs pathologies ; en effet, il y a plusieurs *mwandza* : "le *mwandza* proprement dit, avec brûlures sur le corps, la syphilis, la maladie du serpent (*yalendzo*), le *mwandza* de la gale, le *mwandza* des plaies, le *mwandza* qui fait maigrir, le *mwandza* qui rend aveugle, le *mwandza* de la grenouille, le *mwandza* de la tremblote, le *mwandza* qui provoque le courant dans le corps, et maintenant le *mwandza* du sida qui est populaire, parce que beaucoup de gens en souffrent". Sa culture religieuse l'amène à caractériser l'époque actuelle comme l'époque du déluge de feu et cette particularité est liée à la volonté divine. Ainsi, "même sans rapport sexuel, on peut attraper le sida si on ne respecte pas les lois du Seigneur".

¹ Jean François Bayart (1993) et Jean-Pierre Dozon (1995) expriment, entre autres, l'idée de la religion comme champ "d'invention" de la modernité en Afrique.

² Le *mwandza* est généralement décrit sous la forme d'une dermatose. Sur le *mwandza*, on peut lire Franck Hagenbucher-Sacripanti (1994).

On voit que la détermination de l'époque du feu et le respect des lois divines rendent dérisoire l'observation de précautions particulières pour se protéger du sida. Nestor établit même, implicitement, un lien entre personnes âgées et sida, car, dit-il, "si vous avez des relations sexuelles avec de vieilles personnes, dites-vous que vous n'êtes pas loin de ce *mwandza*". Les vieilles personnes sont-elles marquées par le feu du *mwandza* ? Et pourtant, d'après lui, le sida s'attrape par les "contacts sexuels". En effet, à la question de savoir s'il prend quand même des "précautions" pour éviter d'être infecté, Nestor répond : "le sida ne se transmet pas comme ça ! Il vous attrape si vous rentrez en contact sexuel avec un malade du sida. Autrement, on peut discuter, manger ensemble sans être atteint. Mais il faut éviter le contact avec le sang".

Si l'époque est marquée du sceau du "feu", si le sida est une forme du feu que représente le *mwandza* et si on peut l'attraper parce qu'on n'a pas respecté les "lois divines", on peut penser que le respect de ces lois préserve du sida, et que l'interdit du "contact avec le sang" (non connu comme une loi du Seigneur), ne serait pas à craindre comme moyen de contamination du sida. Il y a donc "contradiction" entre le principe général énoncé par le prophète et l'affirmation du danger du "contact du sang".

Le principe général — l'époque du feu comme punition divine — évoqué par le pasteur-guérisseur est cohérent avec son affirmation selon laquelle "le sida est une maladie qu'on peut guérir avec la volonté de Dieu". D'ailleurs, il y a deux sortes de sida : "le sida injecté par les sorciers et le sida contracté par les moyens connus". "Le sida qui peut se guérir 'facilement', c'est le sida attrapé par les moyens connus, tandis que le sida injecté par un sorcier a trop de complications. Il faut réussir à chasser le mauvais esprit qui a envoûté cette personne en faisant un désenvoûtement, lorsque le désenvoûtement est réussi, vous pouvez réussir le cas". Il n'y a aucun doute sur le caractère guérissable du sida pour le pasteur, qui pourtant (seconde incohérence), ne croit pas qu'on peut guérir le sida : "même pendant 30 ans, il n'y aura pas de médicaments capables de tuer ce virus !".

Issu d'une famille de *nganga*, très informé sur le *mwandza*, Nestor est *nganga*, mais surtout pasteur et instruit. En se définissant lui-même comme pasteur-guérisseur, il marque la double détermination de sa pratique, et donc l'hétérogénéité de son dispositif intellectuel pour appréhender le réel, que révèlent les incohérences de son discours. Cependant, malgré ces incohérences, les propos de Nestor traduisent sa volonté de s'approprier l'objet de connaissance qu'est le sida et donc d'affronter et de confronter sa connaissance à celle des médecins avec lesquels il partage symboliquement le même univers culturel. Cette prétention des travailleurs de Dieu n'est semblable, dans l'ensemble du champ des spécialistes de la guérison, qu'à celle des intermédiaires.

Les "intermédiaires"

Il n'est pas rare que la presse congolaise publie des articles ou des interviews de "foudrologues", de "biocosmétologues", de médecins "hygiénistes, naturopathes" dont la qualité est d'être des "intellectuels" et

des "chercheurs". Ces "chercheurs" dont les trajectoires sociales sont le plus souvent faites d'apprentissages de "sciences" parallèles aux sciences académiques, élaborent des théories et produisent des connaissances sur le corps ou la maladie. Convaincus de la pertinence et de l'efficacité de leurs savoirs et pratiques — qui se nourrissent de fragments de connaissances bibliques, chimiques, philosophiques, mathématiques, biologiques —, ils dénoncent souvent les "manques" de la biomédecine tout en recherchant la "collaboration" avec l'ORSTOM et l'OMS qui ratifieraient ainsi le sérieux de leurs travaux injustement méconnus.

C'est ainsi qu'ils s'approprient le sida, véritable défi à la connaissance scientifique. Ils annoncent des médicaments qu'ils ont découverts ou élaborent des théories singulières sur le mal. Ainsi, le "chercheur foudrologue" Itous-Ibara Ossoua écrit : « la règle d'or du sida : la fidélité devant son épouse. Le sida est une maladie liée au dixième degré de la Foudre ou dixième commandement de Dieu : "Tu ne convoiteras point la maison de ton prochain ; tu ne convoiteras point la femme de ton prochain, ni son serviteur, ni sa servante, ni son bœuf, ni son âne, ni aucune chose qui appartienne à ton prochain". Le sida comme la foudre n'est qu'une parole de Dieu envoyée pour appliquer les Dix Commandements de Dieu ... ». Il s'interroge : « Faut-il nous demander si le *mwandza* est contagieux comme le sida ? Il y a plus de 90 formes de *mwandza*. Les formes regroupées dans le 10^e degré échappent à l'homme aujourd'hui. Mais il y a des cas où le *mwandza* s'est révélé contagieux...»¹.

Cette appropriation du sida par les néo-chercheurs trouve dans la biographie, le discours et les pratiques d'un "médecin hygiéniste-naturopathe", chef d'un centre de "médecine naturelle", quelques éléments fondamentaux de sa logique sociale.

Né vers 1939, B. M. a une trajectoire sociale marquée par la volonté de s'arracher aux statuts et fonctions propres à la tradition pour acquérir celles qu'offraient les champs de la modernité. C'est pourquoi il ne se contente pas de son niveau d'étude primaire et se lance dans des scolarités par correspondance à l'étranger, en particulier en France et au Sénégal. Il finit par exercer la "médecine naturelle" à partir de 1987, après avoir exercé plusieurs métiers. Mais cette dernière fonction est aussi celle qui le situe dans le registre des "vocations" de type religieux : "J'étais atteint chroniquement de troubles de santé de 1974 à 1976 sans guérison malgré des soins de la "grande médecine" par-ci, par-là. J'avais donc choisi de me faire suivre par la médecine naturelle qui a réussi à restaurer ma santé sans rechute". Membre de l'association nationale des tradipraticiens du Congo, B. M. lie par ailleurs sa qualité de "Bon Citoyen" à son appartenance à l'Eglise Évangélique du Congo (Protestante). Se qualifiant lui-même comme "Docteur Hygiéniste-Naturopathe", B. M. décrit ainsi l'originalité de sa médecine : "La médecine naturelle enseigne que la santé est l'expression normale de la vie et résulte toujours des conditions naturelles non perturbées et que la maladie est la conséquence du non-respect des lois naturelles".

¹ *La Foudre*, 3 (avril - mai) 1993 : 3.

B. M. traite toutes les maladies, y compris le sida qu'il affirme guérir avec un médicament qui n'a pas de nom particulier, mais est composé de "plantes de désintoxication, de revitalisation" auxquelles il ajoute des "savons avec lesquels le patient doit se laver pendant le traitement". Pour le sida, comme pour d'autres maladies, il prescrit une alimentation obligatoire et des interdits. Tout compte fait, le "traitement contre le sida est le même pour les autres maladies, sauf qu'il va un peu plus loin en comprenant d'autres produits, car l'organisme du sidéen est complètement abîmé". Tous ses produits naturels proviennent des laboratoires de "produits médicinaux" occidentaux, sans que les laboratoires fournisseurs sachent que leurs produits servent à guérir les sidéens. En effet, déclare B. M., "J'ai mené une étude qui m'a permis d'établir une ordonnance capable de désintoxiquer, éliminer et revitaliser l'organisme dégénéré suite à une mauvaise vie menée par le patient lui-même".

A propos d'une participation éventuelle à une campagne de promotion du préservatif, il estime : "Notre profession, c'est la médecine naturelle et pour ceux qui la pratiquent, le préservatif est une erreur". Il illustre ce point de vue par le cas d'un de ses patients, "qui après chaque cure, faisait un test à Bioquick et dont la séropositivité était très faible et ne comprenait pas pourquoi ses démangeaisons au niveau du sexe ne passaient pas. A la fin, je lui ai dit : 'tu ne dois plus toucher ta femme'. Il était très déçu. Mais il se rachetait ailleurs, auprès d'une copine avec laquelle ils utilisaient des préservatifs. Je lui ai dit que c'est vrai que le préservatif arrête le microbe, mais nous ignorons quelque chose : le préservatif a des lubrifiants, quand vous introduisez votre verge, ça rentre, ça sort, ça respire et ça吸ce produit là qui va dans l'organisme et il dérègle tout, chez la femme comme chez l'homme". Après deux semaines de traitement dans l'abstinence, le patient est venu voir B. M. en lui montrant les résultats de son test révélant sa séronégativité.

B. M. dit avoir reçu depuis 1992 jusqu'au 1^{er} avril 1996, date de l'entretien, 121 malades du sida, (63 hommes et 58 femmes). Il souhaite une "collaboration" avec les médecins et l'ORSTOM pour "sauver l'humanité", mais ne cache pas sa grande déception devant le mépris affiché à son égard par les médecins du PNLS¹.

Ces discours révèlent, entre autres, le fait que les jeux d'imitation des médecins sont inséparables ici des enjeux de valorisation des joueurs dans un contexte d'aliénation où le modèle est en même temps le concurrent. Si le joueur, visiblement, a besoin de "collaborer" avec le modèle-concurrent, c'est parce que de cette "collaboration" dépendrait l'affirmation de son identité et de sa légitimité, avec cependant l'espoir implicite de renverser l'ordre des choses par l'administration de la preuve de l'efficacité méconnue des pratiques qu'informent ses connaissances.

C'est cette espérance qui, perçue par le modèle concurrent comme une prétention ridicule, rend problématique toute soumission de l'imitateur-concurrent à la vérité de la connaissance scientifique du sida au nom de laquelle le modèle-concurrent le méprise et le rejette. Pourtant, cette

¹ Un signe des temps, exprimant les ambiguïtés des rapports entre le PNLS et les "chercheurs", a été le fait que celui-ci semble intéressé par la "découverte" d'un "médicament" par une équipe de "chercheurs", comme le rapporte le journal *Le Savoir*, 2 juin 1996.

prétention ne serait pas si grande et ne provoquerait sans doute pas tant le mépris de la part des modèles si le joueur-imitateur et le modèle-concurrent ne partageaient pas des connaissances reposant sur le pouvoir de l'écriture¹ qui, ainsi, les situe dans le même univers culturel ou symbolique. C'est ce que semble attester *a contrario* la position des *nganga*.

Les *nganga*

Les travailleurs de Dieu et les intermédiaires ou “néo-chercheurs” relèvent du même univers culturel que les médecins, du moins sur le plan symbolique. Cette attitude générale trouve son contraire paradigmique dans l'attitude de *nganga* responsables d'un culte traditionaliste appelé *ndjobi*, subissant l'agressivité des mouvements prophétiques dirigés par des jeunes lettrés à Etoumbi. Ceux-ci déclarent en effet ne rien savoir du sida et donc ne posséder aucun remède pour le guérir. L'accusation de “pratiquer la magie” qu'ils portent contre les jeunes prophètes ou pasteurs subsume toutes les considérations liées à leur exclusion du champ de la connaissance lettrée et des pouvoirs de la modernité. En effet, dans les représentations ordinaires, la magie est liée à l'écriture, à la modernité et au personnage du Blanc (Tonda 1994).

Une autre expression de la position d'extériorité des *nganga* par rapport au sida est l'opinion selon laquelle celui-ci est une “maladie d'intellectuels”, une “maladie de médecin” ou de “Blancs” — position qui situe ainsi l'origine du sida dans l'espace social et culturel propre à la connaissance scientifique. A titre de comparaison, aucun travailleur de Dieu enquêté n'a dit que le sida est une maladie d'intellectuels, de Blancs ou de médecins. Ainsi, contrairement à une idée assez répandue dans les milieux médicaux, tous les “tradipraticiens” ne s'approprient pas le sida. Les tradipraticiens qui ont tendance à le faire sont davantage lettrés et jeunes qu'illettrés et vieux. Un exemple de tradipraticien affirmant avoir des connaissances sur le sida est donné par Victor Ngongo, Président de l'Association des Tradipraticiens à Etoumbi. Il affirme ainsi : “Un jour, j'ai appris qu'un homme de ma connaissance était atteint du sida. Il avait deux femmes dont l'une était enceinte. Celle qui n'était pas enceinte est morte du sida. En étudiant ce cas, je me suis dit la chose suivante : la femme enceinte provoque de la répulsion chez plusieurs hommes. Aussi il est fort possible que notre homme ait pu éviter d'avoir des rapports sexuels avec la femme enceinte. Cependant, cet homme ayant repris des rapports sexuels avec cette femme après l'accouchement, il a certainement attrapé le “microbe” de *tchenga*, une maladie qui frappe ceux qui ont des relations sexuelles avec des femmes qui viennent d'accoucher. Ainsi il a pu transmettre ce microbe à la femme qui n'était pas enceinte en couchant avec elle”. Ngongo insiste bien sur le fait qu'il s'agit là d'une “réflexion”

¹ Certes les *nganga* ou tradipraticiens sont aussi rejetés pour motif “d'escroquerie” par les médecins qui condamnent ainsi les profits financiers illégitimes que réaliseraient ceux-là en proposant aux malades des traitements inefficaces. Mais l'argent n'est un enjeu de pouvoir ici que chez ceux qui partagent le même espace de pouvoir. En cela il est analogue à l'écriture.

qu'il a faite et se demande s'il ne serait pas possible de soigner les sidéens avec les plantes qui “tuent le microbe de *tchenga*”.

On constate bien que la “réflexion” de Victor Ngongo, les hypothèses qu'elle enferme, les notions comme “microbe” ou “étude” qu'elle décline (en français) situent l'intéressé dans le registre de la modernité. Elles traduisent des dispositions mentales différentes de celles des *nganga ndjobi* qui se refusent à discourir sur ce qu'ils ne “savent pas”, à savoir le sida.

C'est cette disposition inséparablement intellectuelle et affective qui fonde les opinions des *nganga* de Mama Mbwalé sur le préservatif, les rapports entre sida et sorcellerie, sida et pathologies locales, etc. Ceux-ci évoquent en effet le préservatif, produit de la science et de la technique occidentales, comme quelque chose qu'ils ne “connaissent pas” et se refusent par conséquent à le conseiller.

Ainsi aucun *nganga* enquêté n'établit de lien d'identité entre sida et *mwandza*. D'ailleurs, disent certains, plus particulièrement les spécialistes de *mwandza*, ce sont des médecins ou des personnels biomédicaux qui leur ont dit que le sida ressemblait au *mwandza*, mais eux savent que le *mwandza*, non seulement se guérit, mais ne se transmet pas par voie sexuelle, ni par le sang. Pour cette raison ils pensent que le sida est une maladie des médecins — comme le *mwandza* est la leur — au sens d'une maladie construite par le savoir médical.

Conclusion

La question initiale était de savoir si le volume du capital de connaissance écrite possédé par des spécialistes non médicaux ou accumulé par les institutions auxquelles certains d'entre eux appartiennent ne commande pas les chances de voir ceux-ci se soumettre ou non à la vérité de la connaissance scientifique du sida et ainsi de s'investir ou non dans les solutions sociales qu'elle fonde.

On constate donc des difficultés objectives de mobilisation, pour trouver des solutions sociales contre le sida fondées par la connaissance scientifique :

1° des spécialistes appartenant à des institutions dont la forte légitimité sociale ou la position dominante dans les champs du pouvoir et des spécialistes de la guérison est fondée par la magie de l'écriture ;

2° des spécialistes instruits et des jeunes que les trajectoires et les situations sociales précaires vouent à entrer dans le champ religieux pour régler des questions d'identité en occupant des positions de pouvoir ;

3° des spécialistes imitateurs-concurrents des médecins que leur qualité “d'intellectuels” en quête de reconnaissance et d'identité situe dans un rapport conflictuel avec les modèles-concurrents ;

4° des spécialistes dominés et marginalisés dont la fonction de thérapeutes n'est pas légitimée par la possession du capital de connaissance écrite et dont l'extériorité ainsi définie par rapport à la vérité de la connaissance scientifique du sida, et aux solutions sociales qu'elle instruit et justifie des attitudes plus ou moins avouées de défi aux médecins et aux pouvoirs publics.

Ainsi, les uns, pour s'être approprié le sida en tant qu'enjeu de pouvoir, et les autres, par leur rapport d'extériorité à cet enjeu ou ressource de pouvoir, rendent problématique leur mobilisation dans les solutions sociales tant que les problèmes de pouvoir, d'identité, de légitimité ou de dignité que posent, de manière générale, leur rapport à l'écrit, et de manière précise, leur rapport à la connaissance scientifique du sida ne seront pas intégrés dans l'ensemble des problèmes à résoudre par les pouvoirs publics et les médecins.

Bibliographie

- AUGE Marc, 1995, « La leçon des prophètes », in J.-P. DOZON, *La cause des prophètes*, Paris, Seuil : 278-295.
- BAYART J.-F., 1993, « Conclusion », in J.-F. BAYART (éd), *Religion et modernité politique en Afrique*, Paris, Karthala : 299-310.
- BIDZIMOU F., 1993, *Le centre thérapeutique de la paroisse évangélique de Baongo*, Rapport de recherche, Université de Brazzaville, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Département de Sociologie.
- BOURDIEU P., 1991, « Le champ littéraire », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 89 : 4-46.
- DOZON J.-P., 1995, *La cause des prophètes*, Paris, Seuil, 300 p.
- FASSIN D., 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, PUF, 359 p. (Coll. Les champs de la santé).
- GOODY J., 1986, *La raison graphique : la domestication de la pensée sauvage*, Paris, Minuit, 275 p. (1^{ère} édition en anglais, 1979).
- GRUENAIS M.-E., MAYALA D., 1988, « Comment se débarrasser de l'efficacité symbolique de la médecine traditionnelle », *Politique africaine*, 31 : 51-61.
- HAGENBUCHER-SACRIPANTI F., 1994, *Représentations du sida et médecines traditionnelles dans la région de Pointe-Noire (Congo)*, Paris, ORSTOM, 110 p.
- LEBRETON D., 1990, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, 263 p.
- LOUENIDIO D., MOUANGA E., BACKEKOLO BACKERT A., 1995, *Les pratiques de guérison dans la communauté Ndunzi à Mpungu Boulamananga de Simon Kimbangu*, Rapport de recherche, Université de Brazzaville, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Département de Sociologie.
- TONDA J., 1994, « Pouvoirs de guérison, magie et écriture », in J.-M. DEVESA (éd), *Magie et écriture au Congo*, Paris, L'Harmattan : 186 p.

Joseph TONDA, *Les spécialistes non médicaux congolais et le problème de la connaissance scientifique du sida*

Résumé — Le volume du capital de connaissance écrite possédé par des spécialistes non médicaux ne commande-t-il pas les chances de voir ceux-ci se soumettre à la vérité de la connaissance scientifique du sida et ainsi de s'investir ou non dans les solutions sociales qu'elle fonde pour prévenir la maladie ? Une étude menée au Congo a permis de montrer la très grande diversité de l'appropriation de la maladie par les différents types de spécialistes non médicaux de la maladie, selon leur âge, mais surtout selon que leurs pratiques relèvent du religieux d'inspiration chrétienne ou de celles des devins guérisseurs, et selon le type de légitimité plus ou moins traditionnel dont ils se réclament.

Mots-clés : tradipraticiens • religieux • écriture • Congo.

Joseph TONDA, *Congolese non-medical specialists and the problem of scientific knowledge of AIDS*

Summary — Is it not true that there is a direct link between the amount of written knowledge in the hands of non-medical specialists and the probability that such people submit themselves to the truth about AIDS-related scientific knowledge and also whether or not they contribute to the derived social solutions to prevent the illness? A study carried out in Congo shows that there is great diversity in the level of appropriation of the illness by the different types of non-medical specialists in the illness. This variation depends on their age, but above all on the extent to which their practices are the product of Christian religious figures or of traditional healers/soothsayers, as well as on the type of legitimacy —more or less traditional— to which they lay claim.

Keywords: traditional practitioners • religious figures • scripture • Congo.

37. Livelihood mobility and AIDS prevention in West Africa. Challenges and opportunities for social scientists

Thomas M. Painter^{1, 2}

Introduction

The relationship between population mobility and the spread of diseases has been noted numerous times by social scientists, historians and medical epidemiologists (Gellert 1993). Since the 1980s increased attention has been given to the links between various forms of population mobility and the spread of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa and other world areas (Quinn 1994). To date however, the contribution of the social sciences to clarifying the dynamics of the relationship between forms of livelihood mobility and the spread of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa has been limited (Amat-Roze 1993; Amat-Roze *et al.* 1990; Hunt 1989). More important, the contribution of the social sciences to HIV/AIDS prevention interventions for persons engaged in mobile livelihoods has been even more limited. This paper argues for change in this situation and suggests possible approaches for increasing the engagement by the social sciences with HIV/AIDS prevention initiatives among people on the move and their sexual partners.

¹ The views expressed in this paper are the author's views alone and do not necessarily reflect the views of the Centers for Disease Control and Prevention, the U.S. Public Health Service or the U.S. Department of Health and Human Services.

² These notes are from an ongoing project to examine aspects of uneven development in sub-saharan Africa and their impacts on the livelihood strategies used by members of African households to gain access to, exercise a degree of control over, and benefit from the utilization of resources which they define as critical for their well-being. Earlier elaborations of the concepts used herein have been presented elsewhere (Painter 1985, 1987, 1994b, 1994c, Painter *et al.* 1992, Painter *et al.* 1994). To a significant degree, this conceptual development builds on perspectives earlier developed by Berry (1989, 1993), but also by others who have addressed issues of opportunity structures, uneven development and regional dynamics.

Uneven socioeconomic development and livelihood mobility in West Africa

Uneven development, human actions, mobility and the creation of action spaces

Markedly uneven development is a defining characteristic of societies and economies in West Africa. This is the result of several factors, two of which we will consider here.

First, natural resource endowments vary considerably in West Africa. Soil quality and fertility vary although it is fair to poor overall. The region is subject to pronounced variations and seasonality of rainfall alternating with long dry periods, sometimes combined with longer-term processes of desertification. Proximity to ground water tables and access to other sources of water varies. Historically, diseases such as onchocerciasis have infested large river valley areas, thereby limiting human access to more desirable habitats. Deposits of valuable minerals such as gold, diamonds, bauxite, are distributed unevenly within the region, etc. This uneven natural resource endowment affects the possibilities throughout West Africa for agricultural and non-agricultural production for domestic consumption and/or sale and profit. It shapes opportunities and constraints associated with livelihoods in important ways.

The second factor is the cumulative impact over time and across geographic space in West Africa of uneven development. This results from choices made by individuals, groups, communities, by private capital, governments, international development assistance organizations, and finally, the impact of market forces within a global economy, on features of social reproduction, production, investment and profitability (Painter *et al.* 1994). We find examples of this in the uneven distribution of investment in on-farm and off-farm production and marketing and the uneven development of transport and communications infrastructure education, health and other social services throughout sub-saharan Africa.

Uneven and inequitable socioeconomic development affects the *livelihood opportunities and constraints* of millions of people in West Africa —an estimated 197 million people in 1993 (World Bank 1995), both urban and rural dwellers, across an immense region of the continent. The opportunities and constraints that result from uneven development influence in turn, the kinds of *livelihood strategies* that are possible for individuals as they pursue the resources they need for their well-being (Painter 1985, 1987; Painter *et al.* 1994; Berry 1989).

By virtue of the multiple linkages that humans have produced and reproduced through their enterprises over time and across geographic space, they have created a coherent regional entity that may be accurately described as a *regional economy* or a *regional action space* (Painter 1985; 1987; Painter *et al.* 1994). This regional economy includes the societies and economies of a dozen countries¹ in relation

¹ These countries include Senegal, The Gambia, Guinea Bissau, Guinea, Côte-d'Ivoire, Ghana, Togo, Benin, Nigeria, Mali, Burkina Faso, Niger, and to a lesser extent,

to which rural and urban household members organize their livelihoods year in and year out, elaborating distinctive livelihood strategies.

Patterns of livelihood mobility in West Africa

Historically, rural and urban dwellers in West Africa have exploited this dynamic regional action space through mobility. Livelihood mobility of West African populations has been remarkable and has been given considerable attention by social scientists, historians, economists and planners. Forms of livelihood mobility among people on the move in West Africa often involve trans-national or trans-border travel, affecting individuals many times over the course of their lifetimes and affecting households, families and communities over the course of several generations of lives and livelihoods. Another feature of this widespread mobility is its cyclical or 'seasonal' character. As seasons change during the year, so do the livelihood constraints and opportunities within the West Africa region. Seasonality thus promotes and helps sustain intra-regional mobility ... massive intra-regional mobility.

What produces such remarkable movement? Individual and collective decisions repeated many thousands of times over by West Africans to:

- seek extra-local opportunities for obtaining needed income;
- flee or mitigate constraints, be they permanent or related to seasonality, on local income-generating opportunities;
- 'manage,' that is, *spread* recurrent risks to individual / family well-being by looking for opportunities for securing multiple sources of real income, often at multiple locations and during different times of the year.

Coerced population movements have also contributed importantly to mobility in West Africa and other areas of sub-saharan Africa and deserve more attention, particularly in relation to the current and changing geography of HIV/AIDS in Africa. Notable examples of coerced displacement prior to the advent of HIV/AIDS include the

Mauritania. While Sierra Leone and Liberia are very much a part of West Africa, their economic linkages with other countries in the region, in the form of major highway systems and flows of people and commodities, are less developed. Within this large region, several subclusters of countries can be identified in terms of significant socioeconomic linkages, as reflected in large cyclical population movements or migrations and commodity flows. Thus Senegal draws large numbers of temporary workers from nearby Guinea Bissau, The Gambia and Mali. In addition, Senegal also has important transcontinental linkages. The northern areas of Senegal are an important source of male migrants who travel for extended periods of time to cities in European countries (particularly in France, where they work as laborers in industry, but also to other cities where they are often engaged in trade) and in North America (particularly New York, where they have been actively engaged in urban petty trade and export to West Africa). Côte-d'Ivoire and Ghana historically have drawn large numbers of migrants from Mali, Burkina Faso, Niger, Benin, Togo and Guinea. Nigeria draws migrants from Togo, Benin and Niger as well as from countries such as Chad and Cameroon.

Atlantic slave trade during the pre-colonial period and the widespread practice of forced labor recruitment and displacement during the colonial period, particularly in French territories and colonies (Cordell and Gregory 1994; Cordell *et al.* 1996). Civil war and strife are major factors contributing to current forms of coerced population mobility that are associated with increased risk of infection by HIV.

The persistence of livelihood mobility on West Africa

Widespread livelihood mobility has been sustained as households throughout the West Africa region construct their livelihoods in relation to changing structures of opportunity and constraint that affect their access to resources they need for their well-being. Mobility has been a hallmark of livelihood strategies among members of West African societies for nearly a century. Some students of society and economy in West Africa have gone so far as to describe this mobility as an 'immemorial' or 'natural' feature of West African societies. While we strongly disagree with the 'timeless' image of African mobility, this is not the place to critique these interpretations (*cf* Amin 1974; Cordell *et al.* 1994; Painter 1985; 1987; 1990; 1994a). Suffice it to say that if opportunities and constraints vary significantly through space and time and if livelihood mobility is useful as a means of coping with these situational features, many members of many West African households *can and do move*.

Patterns of population movement in West Africa often consist of cyclical mobility —recurrent travel— between areas having limited and greater opportunities respectively for obtaining needed income. The most noteworthy patterns of cyclical or two-way migrations in West Africa occur *between* the land-locked Sahelian countries of Mali, Niger, Burkina Faso after the rainy season and harvests, and the coastal countries of Côte-d'Ivoire, Ghana, Togo, Benin and Nigeria (Amin 1974; Gervais 1994; Painter 1985; 1994a; Painter *et al.* 1992; Rouch 1956; 1957). Cyclical migrations also occur over shorter distances between less advantaged northern areas and more developed southern areas *within* coastal West African countries. In all cases these movements are oriented toward areas where livelihood opportunities are greater. Figure 1¹ shows the directions and relative importance of major, largely cyclical migration flows in West Africa.

HIV/AIDS in West Africa

The first cases of AIDS were reported in West Africa in 1985. Shortly thereafter small numbers of AIDS cases were reported in other countries scattered throughout the West Africa region (Painter, forthcoming). Coastal urban and periurban areas have had higher HIV

¹ I wish to thank Jean Smith of the Visual Information Unit, Division of HIV/AIDS Prevention, CDC, for preparing the maps for the original presentation on which this paper is based. I accept full responsibility for any inaccuracies depicted therein.

seroprevalence levels and more reported cases of AIDS than the sahelian area in West Africa's interior (De Cock *et al.* 1990). While indicators point to higher HIV risk and greater impact of AIDS in coastal urban areas, the number of AIDS cases has continued to increase in rural areas of Côte-d'Ivoire and nearby countries —Ghana, Burkina Faso and Togo (De Cock *et al.* 1989; 1990).

Figure 2 depicts the uneven impact of HIV/AIDS in West Africa. The data presented are based on the numbers of AIDS cases reported by National AIDS programs in West Africa to the Global Programme on AIDS of the World Health Organization, now UNAIDS, through the end of 1995 (WHO 1995; 1996a; 1996b). The figure shows the total number of reported AIDS cases for each country and the AIDS case rate calculated by UNAIDS as the number of known cases per 100,000 population. The UNAIDS data may be subject to some criticism and debate. For example, the number of actual AIDS cases is probably several times greater than the reported number of cases in each country; national AIDS rates do not reflect differences in seroprevalence or the impacts of AIDS related to the geographical distribution of populations that face higher risk of HIV infection.

Despite their limitations, these data are useful in showing the relative magnitude of intraregional differences in the impacts of AIDS in West Africa. These include increased morbidity and mortality, reduced life expectancy and changes in the structure of affected households, families and communities. More specifically, these translate into increasing numbers of AIDS orphans (Preble and Fouumbi 1991), potential losses of generations of productive person-power and declining agricultural and off-farm production and economic productivity. Additional socioeconomic impacts of AIDS include negative effects on health services and community coping capacities and on the ability of African governments to respond to HIV/AIDS during a time when external development and investment resources are increasingly scarce.

Studies to date of the localized impacts of AIDS are very few in number and have been done in Eastern Africa (Barnett and Blaikie 1992; FAO 1995). No social science research has been done on the socio-economic impacts of AIDS in West Africa or on the coping strategies of individuals, households and communities that are affected by HIV/AIDS.

Livelihood mobility and the spread of HIV/AIDS in West Africa

A mortal threat to health is juxtaposed on a longstanding and widespread pattern of livelihood strategy

Mobility has assumed a new and problematic significance due to the juxtaposition of increasing risks of HIV/AIDS since the mid-1980s on well-established and fairly effective livelihood strategies in West Africa. Population mobility continues between areas having lower and higher opportunities within the region, but with the advent of AIDS,

destination areas having greater earning opportunities have become areas of high risk of HIV infection.

A comparison of figures 1 and 2 provides a better idea of the relationship between patterns of livelihood mobility and the geography of HIV/AIDS in West Africa (*cf* Amat-Roze *et al.* 1990; Amat-Roze 1993). The impact of AIDS, hence the risk of HIV infection, is much greater in destination areas than in the countries of origin of persons engaged in migrations and other forms of livelihood mobility in West Africa. Data on the number of reported AIDS cases and AIDS rates per 100,000 population (Figure 2), strongly suggest that the impact of AIDS in destination areas of people on the move is three to fifteen times greater than in areas of origin. Currently Côte-d'Ivoire has the highest seroprevalence levels and the largest number of declared AIDS cases in West Africa (U.S. Bureau of the Census 1995; WHO 1995). It is important to appreciate, therefore, that we are dealing not only with a national-level problem but also with multiple national-level problems as well as a larger regional problem of spreading HIV/AIDS.

While this pattern of disease spread, linked as it is to livelihood mobility, is relatively new to West Africa, it has been recorded earlier in central and eastern Africa (Hunt 1989) and in southern Africa (Jochelson *et al.* 1991) and in other parts of the world. This is particularly true of areas having markedly different levels of socio-economic development and linked through human mobility.

Social mechanisms of HIV transmission

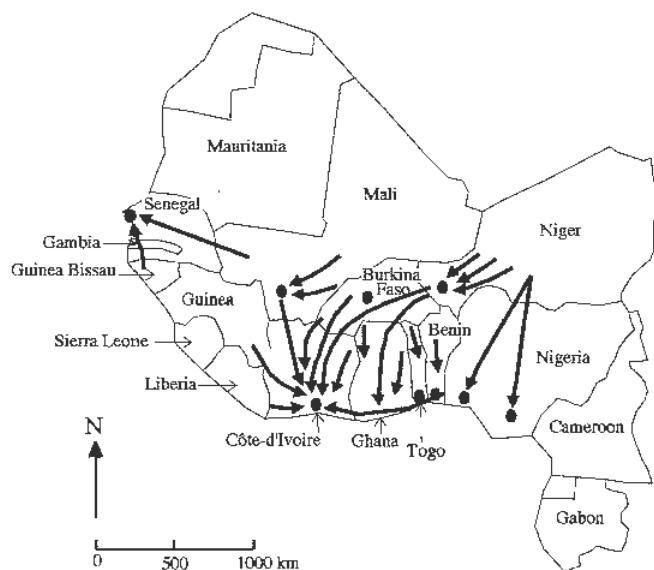
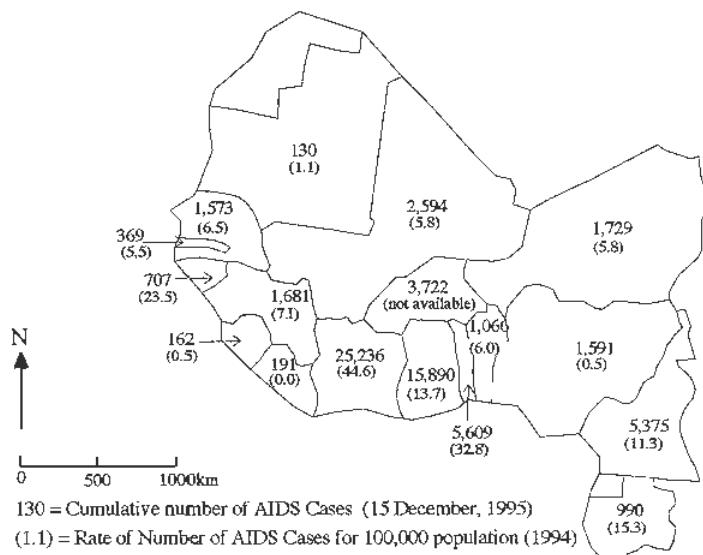
What are the social mechanisms of HIV risk and infection? Studies indicate that high-risk sexual networking is common in the urban and periurban areas of coastal West Africa (Caldwell *et al.* 1993; Orubuloye *et al.* 1994; Painter *et al.* 1992). Studies also indicate that HIV seroprevalence and the frequency of reported AIDS cases are greater among persons in a variety of social categories that are frequently labeled 'high risk' by epidemiologists and AIDS-prevention specialists. Individuals and groups in these categories are known to frequently engage in sexual networking that places themselves and their partners at risk of HIV infection.

The issue is not simply one of identifying and targeting 'high risk' groups or categories, although we do need to know what kinds of livelihood patterns are most conducive to high risk sexual networking (Painter 1995b; Seidel 1996; Taverne 1995). In addition, we need to focus on high-risk behavior *and* the contexts (settings) in which risky sexual networking typically occurs. We also need to recognize that this risky sexual networking is directly linked to the processes and contexts of mobility that have become necessary for livelihoods in West Africa.

Examples of livelihood patterns that are often combined with mobility and high-risk sexual networking include prostitution (commercial sex work) and also a multitude of more casual encounters where women, particularly younger women and girls, engage in sexual contacts in exchange for some form of material or monetary gesture

Livelihood mobility and AIDS prevention in West Africa

651

Figure 1 : Major Migration Flows in West Africa**Figure 2 : AIDS Cases in West African Countries**

130 = Cumulative number of AIDS Cases (15 December, 1995)
 (1.1) = Rate of Number of AIDS Cases for 100,000 population (1994)

Source : WHO / GPA. AIDS Cases Reported to WHO by Country / Area through 15 December, 1995
The Current Global Situation of the HIV / AIDS Pandemic. Geneva. 15 December, 1995

from their sexual partners. Other examples include working as waiters, barmaids and waitresses; driving trucks and buses over long-distances, often internationally; and ambulant petty trading, involving sales of everything from drinking water in plastic bags to fruit, cola nuts and cooked food to clothing and electrical gadgets. Finally, migrating is included here insofar as it is linked to income-generating activities and social conditions that are conducive to high-risk sexual networking.

The changing geography of HIV/AIDS in West Africa

A review of data from annual reports by WHO/GPA and UNAIDS for the years prior to and including 1995 (WHO 1995, 1996a, 1996b) suggests that:

— The marked differences between lower seroprevalence levels in Sahelian countries and higher seroprevalence levels in coastal/urban areas of West Africa are gradually decreasing as time passes. For example, AIDS rates in Mali and Niger continue to increase, albeit slowly, when compared with higher rates in Ghana or Côte-d'Ivoire. In other words, differential seroprevalence levels, unlike the diverging trends we observe in socio-economic development in West Africa, seem gradually to be converging. This is due to intra-regional spread of HIV and the dynamics of HIV transmission within individual countries and communities.

— The overall HIV/AIDS 'numbers' are increasing throughout the region. The West Africa region as a whole is increasingly affected by HIV/AIDS.

What more can be said about the social categories that are associated with high risk sexual networking, particularly in higher HIV seroprevalence areas of West Africa? Certainly there is considerable diversity, but these categories include:

- Individuals who are more or less long-term residents (it's all quite relative, in fact) of coastal destination areas of West Africa (Togo, Ghana and Côte-d'Ivoire) where the risks of HIV infection are considerably greater.
- Individuals who are not longer-term residents and who travel periodically between lower opportunity/lower HIV risk hinterland areas of West Africa and coastal urban and periurban areas where the opportunities for earning needed income *and* for becoming infected with HIV are greater. Typically, these persons are from:

* less advantaged Sahelian countries to the north of the West African coastal zone (as we see in the instances of long-distance truckers, commercial sex workers and migrant laborers and traders from Mali, Niger and Burkina Faso) or

* less advantaged northern areas of the coastal countries themselves, *eg* northern Côte-d'Ivoire, Ghana, Togo.

Typically these individuals are men, often married, who spend 3-9 months each year in coastal areas having higher risks of HIV infection (CERPOD 1991; Painter 1987). They spend this time unaccompanied by female partners from their home communities and frequently engage in unprotected sexual networking in their destination areas. As

a result, increasing numbers of these men are returning home with HIV infections. Once home, some men infect their spouses and other sexual partners, contributing thereby both to heterosexual HIV transmission and to eventual mother-to-child HIV transmission.

- Individuals who are not necessarily permanent residents of higher HIV/AIDS risk coastal destination areas, who originate from nearby countries. Examples include women from southeastern Ghana who have long accounted for most of the commercial sex workers in Abidjan, and have thus played an important role in sexual networking, in being infected with HIV and in infecting their sexual partners with HIV in turn (Anarfi 1990; 1993). What is perhaps less well-known about these women from Ghana, who have been blamed in the past as a major source of HIV infection in southern Côte-d'Ivoire, is the extent to which they have been affected by HIV/AIDS themselves. Increasing numbers of these women have been returning to their home communities in Ghana, sick and dying of AIDS (Anarfi 1990). Of particular interest and concern in this regard are recent observations that younger women from Côte-d'Ivoire are moving in to fill the gap left by departing and dying women from Ghana.

A new and deadly dimension has been added to the widespread practice of intra-regional livelihood mobility in West Africa

- Cyclical ('seasonal') migrations involving hundreds of thousands of men (and, therefore, hundreds of thousands of household members in their home communities) and increasing numbers of women (David 1995) occur every year in West Africa.
- This widespread mobility occurs between lower opportunity/lower HIV-risk areas and greater opportunity/higher HIV-risk coastal urban and periurban areas of West Africa.
- Combined with high levels of sexual networking in high HIV risk destination areas, widespread livelihood mobility has become a significant contributing factor to the spread of HIV/AIDS between coastal and interior areas of West Africa (Amat-Roze 1993; Amat-Roze *et al.* 1990; Lalou and Piché 1994; Painter 1995a; Painter *et al.* 1992; Pison *et al.* 1993; Kim Vanden Hengel, SIM Projet SIDA/AIDS Project, Niger, personal communication; World Bank 1994a; 1994b; Yéo-Ouattara and Sawadogo 1994; Hunt 1989).

For social scientists who are concerned with the spread of HIV/AIDS, the challenges and opportunities created by this situation are multiple and significant.

Challenges and opportunities for social scientists in relation to livelihood mobility and the spread of HIV/AIDS in West Africa

Ensuring that the right messages are delivered effectively to appropriate persons, groups and communities

A great deal of HIV/AIDS prevention communication has been generated in West Africa following the creation of national AIDS

programs in the mid-1980s. These HIV/AIDS prevention communications have been disseminated in three major ways: electronic media, printed media, and direct and interactive approaches.

Electronic media (radio and to a lesser degree, TV) are widely used. While fairly effective in terms of increasing public awareness about AIDS, this approach suffers from several limitations:

— Access to the electronic media, particularly TV, is limited outside urban and periurban areas.

— The impact of national-level programs using post-colonial 'administrative' languages such as English or French is limited due to poor understanding among persons who never mastered these languages. Worse still, persons coming from a different post-colonial background (e.g., Anglophone Ghanaians in Francophone Côte-d'Ivoire) may be largely excluded from access to media-based information of this kind.

— The impact can be even more limited when 'maternal' or national ethnic languages are used for these communications in a particular country, excluding foreigners from the benefits of HIV/AIDS prevention messages (Painter *et al.* 1992; Painter 1994b).

— The one-way flow of information provided by the electronic media limits their impact by precluding the possibility of dialogue and clarification, both of which are needed and desired by recipients of HIV/AIDS communications. The persistence of widespread erroneous understandings about how HIV infection occurs and can be prevented is particularly striking, given the considerable investments that have been made to date in HIV/AIDS communications in Western and sub-Saharan Africa (Cohen and Trussel 1996; Painter *et al.* 1992; Rosensvard and Campbell 1996).

Printed media such as newspapers, magazines, brochures, posters, billboards, are also used for HIV/AIDS prevention communications. The effectiveness of printed media is constrained due to widespread illiteracy, particularly among poorer segments of mobile populations, effectively excluding large numbers of people from printed information (Painter *et al.* 1992; World Bank 1994b). Low literacy levels affect persons in urban as well as rural areas.

Some HIV/AIDS communications strategies involve *direct and interactive approaches* for disseminating information. We find examples in some social marketing campaigns. In many cases messages are undifferentiated in terms of the life situations or the particular concerns of would-be target populations.

Messages may be tailored to particular audiences, however, and disseminated by individuals ('peer educators') recruited from the target audience population who are specially trained to deliver HIV/AIDS prevention messages to their peers.¹ The following target

¹ In West Africa, Population Services International (PSI) has been particularly innovative in its approach to communications strategies for social marketing campaigns. In Burkina Faso, PSI has initiated several interventions that work through long-established community-based organizational forms. In Côte-d'Ivoire PSI has produced a televised film series *Sida dans la cité* which has become extremely popular in Côte-

groups in sub-saharan Africa have benefited from HIV/AIDS prevention messages delivered by peer educators: taxi, truck and bus drivers; migrants (of various kinds); commercial sex workers; bar and hotel staff; sorghum beer brewers; religious leaders; traditional medical practitioners; soccer players; military personnel.

Despite the accomplishments of HIV/AIDS communications in increasing AIDS awareness, there is a pressing need to improve AIDS prevention messages in terms of form, content and targeting. A large part of the challenge consists of ensuring prevention messages are adapted to the socioeconomic and cultural contexts, the concerns and priorities of message recipients. Typically, however, insufficient attention is given to these issues in the preparation and dissemination of HIV/AIDS prevention messages (Cohen and Trussel 1996).

Better communications strategies are needed to effectively reach persons and groups that engage in and provide collective (normative) support for high-risk sexual networking among people on the move in Africa. HIV/AIDS prevention messages must also create opportunities for dialogue and questions involving deliverers and recipients of messages.

In summary, social science has an important opportunity to help ensure that the content and form of HIV/AIDS prevention communications fit with the everyday realities, concerns and contexts of target groups, particularly those involved in mobile livelihood strategies and who are also prone to participation in high-risk sexual networking. Finally, it is important to realize that target groups have their own stories to tell. Once again, social scientists have an important role to play in ensuring that these voices are heard and integrated as appropriate within HIV/AIDS communications.

Building stronger linkages between research and action

General considerations

The link between social science research and HIV/AIDS prevention actions in sub-saharan Africa needs to be strengthened. This is particularly true for interventions designed for persons and groups that practice mobile livelihoods. The linkage between social science research and HIV/AIDS prevention actions must ensure a two-way, not simply a one-way flow of information. While prevention actions need to be informed by pertinent social science perspectives and knowledge, research needs to be informed by action and action-based learning. In other words, HIV/AIDS prevention actions must generate as well as apply relevant social science knowledge and concepts.

Occasionally we hear terms such as 'action research' being used in connection with the elaboration and implementation of AIDS-prevention programs in West Africa but not often enough (CCIP 1995; World Bank 1994a; 1994b; Schoepf 1993; 1995; Painter 1994b;

d'Ivoire and in nearby francophone countries. The film series captures very nicely the dynamics of sexual networking and everyday life within couples that lead to opportunities for high-risk or safe sex contacts.

Painter *et al.* 1992). Approaches are urgently needed where selected information is obtained on specific issues and problems and where there is a strong and rapid *feedback link* to prevention interventions. A stronger link between information gathering and action in the form of *pilot initiatives* is also needed.

The complex and changing socio-economic contexts where people carry out their mobile livelihood strategies including sexual networking require approaches to data collection and analysis that are more flexible and process-oriented than the cross-sectional survey approaches that have been widely used for social-behavioral issues related to HIV risk and spread (Painter 1994b; Painter *et al.* 1992).

Innovative HIV/AIDS prevention initiatives with people on the move

Despite the importance of livelihood mobility to life throughout West Africa and an increasing recognition of a linkage between livelihood mobility and the spread of HIV/AIDS, the number and scope of HIV/AIDS prevention interventions for people on the move have been limited. National and regional-level responses to these challenges and opportunities for HIV/AIDS prevention have developed very slowly.

In the meantime, non-governmental organizations (NGOs) have stepped in to help fill the gap. Of interest are several projects undertaken by CARE-International in conjunction with national AIDS programs in West Africa. This NGO was among the first to develop approaches for working with mobile populations. The AIDS and migration project, implemented by CARE in Niger, is the only intervention to date that targets people on the move (male migrants) in more than one country. It includes prevention activities in the migrant's home communities in Niger, at points of departure and border areas, and in the migrant's destination areas in Abidjan, Côte-d'Ivoire (CARE International/Niger 1995; Painter 1994b; Painter *et al.* 1992; Purves 1994).

The CARE International project offers valuable lessons concerning the strengths and weaknesses of 'trans-border' AIDS prevention interventions. Strengths include a range of innovative approaches to contacting and working with migrants, including peer education and audio and video techniques. Weaknesses include a lack of follow-up of migrants in their destination areas where the men are commonly involved in high-risk sexual networking. Ensuring high quality follow-up at multiple sites, particularly in distant destination areas, is a major challenge to all HIV/AIDS interventions with people on the move in sub-Saharan Africa.

In addition to the project in Niger and Côte-d'Ivoire, CARE International is implementing AIDS prevention projects with people on the move in Cameroon (initially youth; now long-distance truckers), Ghana (commercial sex workers and laborers in gold mines) and Togo (taxi drivers, truckers and commercial sex workers) (Purves 1994).

Burkina Faso provides a final example of an NGO country-level intervention in West Africa. The 'Union des Routiers Burkinabè de

Lutte contre le SIDA' (URBLS) and the 'Association Française des Volontaires du Progrès' (AFVP) have supported peer education activities for several years among long-distance truckers who ply the international highway between Burkina Faso and Côte-d'Ivoire (AFVP 1995; Naigeon and Pourrat 1994; URBLS 1995). Following an interruption of activities during 1995/96, the project has started again, this time as part of a trans-border component of a regional health project for Western and Central Africa funded by USAID.

It is critical that lessons be learned from experiences and evaluations of HIV/AIDS initiatives such as these. Social scientists have a potentially important role to play in facilitating the assessment and analysis of these experiences and ensuring that lessons learned are disseminated in a form that is easily accessible to program staff and donor agencies.

*Adding a new dimension? Recent efforts to introduce
a regional approach to HIV/AIDS interventions in West Africa*

A recent UNAIDS/World Bank sponsored initiative, the 'West Africa HIV/AIDS Initiative,' is another promising approach to HIV/AIDS prevention. This regional initiative endeavors to work with individuals and groups that practice mobile livelihoods (migrants and commercial sex workers). The approach focuses on social settings near major commercial and crossroads areas along international highways where people on the move carry out their livelihoods and engage in high-risk sexual networking. The initiative also aims to strengthen the links between problem-focused social science research and HIV/AIDS prevention actions.

Country-based teams trained in action research will implement HIV/AIDS prevention activities at selected crossroads sites along highways that link Senegal, Mali, Guinea, Niger and Burkina Faso with Abidjan, Côte-d'Ivoire. Recall that Abidjan is (a) a major West African terminus for people on the move, (b) the area of highest HIV infection risk in the West Africa region and (c) provides numerous settings for sexual networking that places people on the move and their sexual partners at risk of HIV infection (CCIP 1995; Painter and Bagassa 1995; Schoepf 1995; World Bank 1994b; 1996).

The innovative feature of this initiative consists of its aim to introduce a regional dimension to HIV/AIDS organizational and action capacity in West Africa by linking and coordinating several country-based activities in relation to the same target groups and similar settings of sexual networking and HIV risk. Despite the real need for a regional intervention, implementation of the West Africa HIV/AIDS initiative has been slow. Delays appear to be the result of the slow pace at which existing organizational structures can adapt or new structures be developed to implement a novel intervention strategy.

This is an important initiative worthy of support and careful assessment as it implements prevention activities. It deserves particular attention to ensure that, perhaps for the first time in the West Africa region, the potential for developing pertinent social science input is integrated from the very beginning of prevention interventions. Of

additional interest is the initiative's potential for maintaining a strong link between research and action throughout the life of the program.

In summary, social scientists have an important opportunity to assist with:

- generating pertinent knowledge relative to HIV-risk and risk management among persons and groups involved in mobile livelihood strategies in West Africa;
- ensuring that this knowledge is accessible to non-social scientists who work in HIV/AIDS prevention and, insofar as feasible, is translated into action either in the form of policy or concrete interventions;
- encouraging, cajoling or doing whatever else is needed to ensure that commitments by NGOs, national, bilateral and multilateral organizations for support of innovative AIDS prevention interventions are maintained and that important actions such as those we have described here move ahead, learn from their own practice (and the practice of others), and are able to improve the quality of interventions on the basis of practice.

Identifying existing community-based organizations for mutual assistance among groups involved in livelihood mobility for their potential contribution to HIV/AIDS prevention

Local organizational forms that embody a concern for the well-being of community members are as ubiquitous in Western and other areas of sub-saharan Africa as they are poorly understood. These community-based organizations among persons with mobile livelihoods may lend themselves as locally accepted, legitimized local structures for the incorporation of AIDS-related actions. These could range from dissemination of prevention information to follow-up and support of prevention efforts, to assistance with community-based care and social reintegration of persons living with HIV/AIDS within their home communities.

Examples of these local organizations were identified by a 1992 study of migrants from Mali and Niger in Abidjan, Côte-d'Ivoire (Painter *et al.* 1992). The description of these community-based organizations echoed earlier reports by observers of social organization among communities of migrants living and working far from their home communities in West Africa (Painter 1985; Rouch 1956; 1957; Schildkrout 1978). To date, however, national and international organizations involved in HIV/AIDS prevention efforts in West Africa appear not to have explored the potential for incorporating these local social structures in HIV/AIDS actions among migrants and their sexual partners.

In summary, social scientists have an opportunity to contribute to the elaboration of sustainable HIV/AIDS prevention and support actions by:

- identifying existing community-based (sometimes termed 'traditional') forms of organization for mutual assistance among persons on the move;

- assessing and initiating pilot activities for incorporating these organizations in AIDS-prevention actions (information dissemination, support and follow-up; even training);
- playing a more proactive role in calling the attention of HIV/AIDS prevention initiatives with people on the move to opportunities of this kind, and badgering them if need be to ensure that appropriate actions are taken.

Considering possibilities for modifying contexts of high-risk sexual networking by persons engaged in livelihood mobility

The final challenge and opportunity for social scientists appears to be so formidable that it is rarely mentioned within the context of HIV/AIDS prevention initiatives among people on the move. This entails the engagement of social scientists in efforts to modify the structures of opportunity and constraint that contribute in important ways to widespread livelihood mobility in West Africa, to high-HIV risk sexual networking in destination areas, and to the spread of HIV/AIDS. Greater attention needs to be given to the possibilities for modifying socioeconomic factors which reinforce high-risk sexual comportment. These factors shape the situations within which large numbers of people in West Africa organize their livelihoods and deal with risks of HIV infection (Lurie *et al.* 1995; Tawil *et al.* 1995; *cf.* Painter 1994b; Painter *et al.* 1992).

What should be done?

Social scientists need to give attention to issues having salience of a broader structural nature in addition to issues that are relevant for specific situations or levels such as individual/small group/community-level structures, contexts and processes. It is necessary to deal with multiple 'levels' in description, analysis, translation of research into action and finally, in prevention efforts. Focusing attention on the possibilities for changing individual behavior without an equally serious effort to focus on, and possibly modify the socio-economic settings of choices and decision-making, including decisions relative to HIV risk management in everyday life, is a luxury that we cannot afford.

If we are to believe the results of the many knowledge, attitudes, beliefs and practice (KABP) surveys that are published and presented at international AIDS conferences, there are too many people in sub-Saharan Africa who are aware of AIDS but who continue to engage in high risk sexual networking. This persistent and dangerous gap between awareness, attitudes, knowledge and human action is very probably sustained by contextual factors that influence individual actions. We need to address these issues. This will require greater commitment by the international community to identifying opportunities for modifying contextual or structural features that are linked —often causally— to high risk sexual networking and the spread of HIV/AIDS.

What is to be done if we cannot change these socioeconomic structures? The challenge here is for social scientists to identify and propose options that will potentially assist individuals and groups in identifying and practicing livelihood strategies that are less vulnerable to the deadly risks of infection by HIV.

In summary, social scientists have an opportunity to critically examine and explicate the relationships between mobile livelihood strategies, high-risk sexual networking and the socio-economic contexts in which these occur in West Africa. Furthermore, social scientists need to engage themselves at the level of structural modification and transformation of these contexts and processes on the basis of their analysis, their critical reflections and through contributions to policy development. If, finally, structural transformation does not appear to be a feasible option, social scientists then need to assist with the identification of strategies for better equipping people on the move and their sexual partners to pursue their livelihoods without placing their lives at risk due to HIV infection.

From analysis to action

The aim of this paper has been to identify areas where challenges and opportunities exist for social scientists to become more engaged with efforts to slow the spread of HIV/AIDS in relation to livelihood mobility in West Africa and sub-Saharan Africa more generally. For each challenge and opportunity presented, there is a need for social scientists to produce sound scientific knowledge but also to move beyond the production of social science knowledge. Stronger linkages are needed between social science research and HIV/AIDS prevention actions. Finally, social scientists need to examine the possibilities for modifying or transforming existing conditions that are conducive to high-risk sexual networking and the spread of HIV/AIDS, linked as these are to widespread livelihood mobility in sub-saharan Africa.

Bibliography

- AFVP. 1995. *Programme de lutte contre le sida ciblé sur les routiers Burkinabè, 1995-1998*. Document de Projet, Ouagadougou: Association Française des Volontaires du Progrès, Délégation du Burkina Faso.
- AMAT-ROZE J.-M. 1993. "Les inégalités géographiques de l'infection à VIH et du sida en Afrique sud-saharienne", *Social Science and Medicine*, 36 (10): 1247-1256.
- AMAT-ROZE J.-M., COULAUD J.-P. and CHARMOT G. 1990. "La géographie de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en Afrique noire. Mise en évidence de facteurs d'épidémisation et de régionalisation", *Bulletin de la société de pathologie exotique*, 83: 137-148.
- AMIN S. 1974. "Introduction", in S. AMIN (ed), *Modern migrations in Western Africa*, London: International African Institute/Oxford University Press: 65-124.

- ANARFI J.K. 1990. "The socioeconomic implication of Ghanaian women in international migration: the Abidjan case study", in Union pour l'Etude de la Population Africaine / Union for African Population Studies, *Conference on the role of migration in African development: issues and policies for the 90s*, Nairobi, February, 24-28: 717-739.
- 1993. "Sexuality, migration and AIDS in Ghana", *Health Transition Review*, Supplement to Vol.3: 45-67.
- BARNETT T. and BLAIKIE P. 1992. *AIDS in Africa: its present and future impact*, London: Belhaven Press and London, Guilford Press: IX-193 p.
- BERRY S.A. 1989. "Social institutions and access to resources", *Africa*, 59 (1): 41-55.
- 1993. *No condition is permanent: the social dynamics of agrarian change in sub-saharan Africa*, Madison: University of Wisconsin Press.
- CALDWELL J.C., SANTOW G. and ORUBULOYE I.O. (eds). 1993. *Sexual networking and HIV/AIDS in West Africa*. *Health Transition Review*, Supplement to Vol.3: I-191 p.
- CARE International/Niger. 1995. *Projet pilote 'sida et migration au Niger'*, Niamey: CARE International au Niger.
- CCIP. (Comité de Coordination Inter-pays du Programme régional sur la prévention du sida en Afrique de l'ouest). 1995. *Rapport final de la réunion du Comité de coordination inter-pays du Programme régional sur la prévention du sida en Afrique de l'ouest*, Ouagadougou, 10-11 avril.
- CERPOD. 1991. *La migration comme stratégie de survie*, n° spécial *PopSahel*, 16, (avril), Bamako: Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population et le Développement, Institut du Sahel-CILSS.
- COHEN B. and TRUSSEL J. (eds). 1996. *Preventing and mitigating AIDS in sub-saharan Africa: research and data priorities for the social and behavioral sciences*, Washington, D.C.: National Academy Press.
- CORDELL D.D. and GREGORY J.W. (eds). 1994. *African population and capitalism: historical perspectives*, 2nd ed., Madison: University Wisconsin Press: 304 p.
- CORDELL D., GREGORY J.W. and PICHE V. 1994. "African historical demography: The search for a theoretical framework", in D.D. CORDELL and J.W. GREGORY (eds), *African population and capitalism: historical perspectives*, 2nd ed., Madison: University Wisconsin Press: 14-32.
- 1996. *Hoe and wage: a social history of a circular migration system in West Africa*, Boulder, Colorado: Westview Press.
- DAVID R. 1995. *Changing places? women, resource management and migration in the Sahel*, London: Economic and Social Resource Council/SOS Sahel U.K.
- DE COCK K.M., PORTER A., ODEHOURI K. et al. 1989. "Rapid emergence of AIDS in Abidjan, Ivory Coast", *The Lancet*, 2 (8660): 408-411.
- DE COCK K.M., BARRERE B., DIABY L. et al. 1990. "AIDS — The leading cause of adult death in the West African city of Abidjan, Ivory Coast", *Science*, 249 (4970): 793-796.
- FAO. 1995. *The effects of HIV/AIDS on farming systems in Eastern Africa*, Rome, FAO (Farm Management and Production Economics Services).
- GELLERT G.A. 1993. "International migration and control of communicable diseases", *Social Science and Medicine*, 37 (12): 1489-1499.

- GERVAIS R. 1994. "Creating hunger: labor and agricultural policies in Southern Mosi, 1919-1940", in D.D. CORDELL and J.W. GREGORY (eds), *African population and capitalism: historical perspectives*, 2nd ed., Madison: University of Wisconsin Press: 109-121.
- HUNT C.W. 1989. "Migrant labor and sexually transmitted disease: AIDS in Africa", *Journal of Health and Social Behavior*, 30 (4): 353-373.
- JOCHELSON K., MOTHIBELI M. and LEGER J.-P. 1991. "Human Immunodeficiency Virus and migrant labor in South Africa", *International Journal of Health Services*, 21 (1): 157-173.
- LALOU R. and PICHE V. 1994. *Migration et sida en Afrique de l'ouest. Un état des connaissances*, Québec, Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement, Faculté de Médecine, Université Laval.
- LURIE P., HINTZEN P. and LOWE R.A. 1995. "Socioeconomic obstacles to HIV prevention and treatment in developing countries: the role of the International Monetary Fund and the World Bank", *AIDS*, 9: 539-546.
- NAIGEON J. and POURRAT V. 1994. *Rapport final 1991-1994: Projet de prévention du sida auprès des chauffeurs routiers*, Ouagadougou, Association Française des Volontaires du Progrès, Délégation du Burkina Faso.
- ORUBULOYE I.O. CALDWELL J.C. CALDWELL P. and SANTOW G. (eds). 1994. *Sexual networking and AIDS in sub-saharan Africa: behavioural research and the social context*, Canberra, Health Transition Centre, The Australian National University: X-275 p. (Health Transition Series No.4).
- PAINTER T. M. 1985. *Peasant migrations and rural transformations in Niger: a study of incorporation within a West African capitalist regional economy, c. 1875 to c. 1982*, Ph.D. Dissertation, State University of New York, Binghamton, Department of Sociology, Ann Arbor and London, University International Microfilms.
- 1987. *Migrations, social reproduction and development in Africa: critical notes from a case study in the West African Sahel*, Development Policy and Practice Research Group Working Paper No.7, Walton Hall, Milton Keynes, The Open University.
- 1990. "Kurmizay: Une transition historique chez les Zarma du Niger", *Africa* (Roma), XLV (2): 218-235.
- 1994a. "Making migrants: Zarma peasants in Niger, 1900-1920", in D.D. CORDELL and J.W. GREGORY (eds), *African population and capitalism: historical perspectives*, 2nd edition, Madison: University of Wisconsin Press: 122-133.
- 1994b. "Promoting AIDS prevention among people on the move in West Africa: issues, initiatives, lessons learned and challenges from work with migrant men in Niger, Mali and Côte-d'Ivoire", in National Council for International Health, *Crossing borders: HIV/AIDS and migrant communities*, NCIH HIV-AIDS Workshop, Arlington, Virginia, NCIH, 30 June: 11-19.
- 1994c. "Situating user-based governance: people's livelihood strategies and natural resource management in West Africa", in H.S. MARCUSSEN (ed), *Improved natural resource management. The role of the State versus that of the local community*, Roskilde University International Development Studies Occasional Paper no. 12, Roskilde, Denmark, Roskilde University: 119-136.
- 1995a. "AIDS may kill, but we need the money." Manuscript.
- 1995b. "Les stratégies de vie mobile: un défi aux programmes de lutte contre le VIH/sida en Afrique", *Sociétés d'Afrique et Sida*, 10: 5-6.
- Forthcoming. "West Africa", in R.A. SMITH (ed), *Encyclopaedia of AIDS*. New York: Garland Publishing Co.

- PAINTER T. and BAGASSA B. 1995. *Regional Initiative for AIDS prevention in West Africa: component for major crossroads and people on the move. "Report on the CARE international mission to Niger, Burkina Faso and Côte-d'Ivoire from 10 September to 07 October 1995 for start-up of Regional Initiative"*, Atlanta, CARE-USA, Southern and West Africa Regional Management Unit. 10 November.
- PAINTER T.M., SOUMANA O., KAMPO S. and DOUCOURE S.A. 1992. *Migrations and AIDS in West Africa. A study of migrants from Niger and Mali to Côte-d'Ivoire: Socio-economic context, features of their sexual comportment and implications for AIDS prevention initiatives*, CARE Primary Health Care Publication Series, New York, CARE-USA, July.
- PAINTER T., SUMBERG J. and PRICE T. 1994. "Your terroir and my 'action space': implications of differentiation, mobility and diversification for the 'approche terroir' in sahelian Africa", *Africa*, 64 (4): 447-463.
- PISON G., LE GUENNO B., LAGARDE E. et al. 1993. "Seasonal migrations: a risk factor for HIV infection in rural Senegal", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 6: 196-200.
- PREBLE E.A. and FOUMBI J. 1991. "The African family and AIDS: a current look at the epidemic", *AIDS*, 5 (suppl.2): S263-S267.
- PURVES M. 1994. "Enquête sur les migrants maliens et nigériens en Côte-d'Ivoire: Approche, identification, résultats et aperçu des actions de CARE en matière de prévention du SIDA en Afrique Occidentale", in F. KANE and M. TRUDELLE (eds), with France GALARNEAU, *Actes du Symposium "Sida et migrations"*, VIII^e Conférence internationale sur le Sida en Afrique, Marrakech, 1993, Québec, Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement, Faculté de Médecine, Université Laval: 4-12.
- QUINN T.C. 1994. "Population migration and the spread of types 1 and 2 Human Immunodeficiency Viruses", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 91: 2407-2414.
- ROSENSVARD C. and CAMPBELL T. 1966. "A review of sexual behaviour change studies from sub-saharan Africa: what lessons can we learn for the future?", XIth International Conference on AIDS, Vancouver, Canada, 7-12 July [Abstract Mo.D.1831], 11(1): 196.
- ROUCH J. 1956. "Migrations au Ghana (Gold Coast; Enquête 1953-1955)", *Journal de la Société des Africanistes*, 26 (1-2): 33-196.
- 1957. *Rapport sur les migrations nigériennes vers la Basse Côte-d'Ivoire, Mission ORSTOM-IFAN*, Abidjan, mimeo.
- SCHILDKROUT E. 1978. *People of the Zongo: the transformation of ethnic identities in Ghana*, Cambridge: Cambridge University Press.
- SCHOEPF B.G. 1993. "AIDS Action-Research with women in Kinshasa, Zaïre", *Social Science and Medicine*, 37 (11): 1401-1413.
- 1995. *Sida et migrations: le projet 'grands carrefours'*, Rapport d'une mission effectuée en Côte-d'Ivoire, Mali et Burkina Faso, du 22 mars au 11 avril.
- SEIDEL G. 1996. "Les migrants, le VIH et les risques de 'sous-conceptualisation'", *Sociétés d'Afrique et Sida*, 11: 1-4.
- TAVERNE B. 1995. "Stratégie de communication et groupe-cible: sida et migrants au Burkina Faso", *Sociétés d'Afrique et Sida*, 10: 2-4.
- TAWIL O., VERSTER A. and O'REILLY K. 1995. "Enabling approaches for HIV/AIDS prevention: can we modify the environment and minimize the risk?", *AIDS*, 9: 1299-1306.

- URBLS. 1995. *Projet de sensibilisation des routiers à la prévention du VIH dans les cinq gares routières, cinq garages, cinq sociétés de transport de Ouagadougou*, Ouagadougou, Union des Routiers Burkinabè de Lutte contre le Sida.
- U.S. Bureau of the Census. 1995. *Recent HIV seroprevalence levels by country: July 1995*, Research Note No.17, Washington, DC, Health Studies Branch, International Programs Center, Population Division, US Bureau of the Census.
- World Health Organization. 1995. *The current global situation of the HIV/AIDS pandemic*, Geneva, World Health Organization, Global Programme on AIDS, 15 December.
- . 1996a. *Estimated 1994 adult HIV prevalence and cumulative reported AIDS cases (as of 31 December 1995) by country*, Geneva: World Health Organization and United Nations Population Division, UNAIDS Country Support, 01 February.
- . 1996b. *Reported AIDS cases as of 31 December 1995*, Geneva: Global Programme on AIDS, World Health Organization, UNAIDS Country Support, 01 February.
- World Bank. 1994a. *Regional AIDS strategy for the Sahel*, Report No.13411AFR, Population and Human Resources Division, Sahel Department, The World Bank, 28 June.
- . 1994b. *Rapport final de l'atelier régional sur la prévention et le contrôle des MST/SIDA dans les pays du Sahel, Ouagadougou, Burkina Faso, 11-15 septembre 1994*, Washington, DC: Population and Human Resources Division, West Africa Department, The World Bank.
- . 1995. *World development report 1995: Workers in an integrating world*, Oxford and New York: Oxford University Press.
- . 1996. *West Africa HIV/AIDS initiative*, Draft Project Document.
- YEO-OUATTARA S. and SAWADOGO R.C. 1994. *Migration et sida en Afrique de l'ouest. Etude socio-anthropologique du comportement des migrants burkinabè de Côte-d'Ivoire et des attitudes des populations du village d'origine des migrants de Nariou au Burkina Faso*.

Thomas M. PAINTER, *Livelihood mobility and AIDS prevention in West Africa. Challenges and opportunities for social scientists*

Summary — This paper reviews patterns and causes of widespread livelihood mobility in West Africa, describes the relationship between livelihood mobility and the spread of HIV/AIDS, and identifies several areas where social scientists can —and should— play an active role in current efforts to slow the spread of HIV/AIDS in relation to livelihood mobility. While social scientists have been involved in HIV/AIDS prevention in West Africa and other areas of sub-saharan Africa, the challenges and opportunities are such that social scientists must increase their levels of engagement and contribution. We make several recommendations concerning opportunities for social scientists to contribute to HIV/AIDS prevention in relation to widespread livelihood mobility in sub-saharan Africa.

Keywords: HIV/AIDS prevention • livelihood mobility • migrations • socio-economic development • West Africa.

Thomas M. PAINTER, *Déplacement des populations et prévention du sida en Afrique de l'ouest. Défis et opportunités pour les sciences sociales*

Résumé — Cette étude examine les modèles et les causes des intenses mobilités migratoires développées partout en Afrique de l'ouest et décrit la relation entre cette mobilité et la propagation du VIH/sida. Elle identifie différents domaines où les sciences sociales peuvent et doivent jouer un rôle actif dans les efforts actuels en vue de ralentir la propagation du VIH/sida liée aux mobilités migratoires. Pendant que les sciences sociales s'impliquent dans la prévention du VIH/sida en Afrique de l'ouest et dans d'autres zones de l'Afrique subsaharienne, les défis et les opportunités sont tels que les chercheurs en sciences sociales doivent augmenter leur niveau d'engagement et de contribution. En conclusion, plusieurs recommandations sont faites à propos des opportunités offertes aux sciences sociales pour contribuer à la prévention du VIH/sida en liaison avec les fortes mobilités migratoires en Afrique subsaharienne.

Mots-clés : prévention du VIH/sida • déplacement des populations • migrations • développement socio-économique • Afrique de l'ouest.

Des appropriations sociales et culturelles du sida à sa nécessaire appropriation politique : quelques éléments de synthèse

Jean-Pierre DOZON

Mises en causes et mises en sens du sida : jeux croisés des points de vue externe et interne

Une des principales contributions qu'attendent des sciences sociales les sciences biomédicales et les programmes nationaux de lutte concerne le vaste sujet des causes et des ressorts de la dynamique du sida en Afrique. Vaste sujet et légitime attente puisqu'à n'en point douter de multiples facteurs socioculturels et économiques président à la croissance exponentielle de l'infection par le VIH et à sa transmission majoritairement hétérosexuelle, et cela au point de faire dire à certains représentants des sciences biomédicales qu'ils agissent comme des "cofacteurs", le social et le biologique démultipliant ensemble leurs funestes effets.

Dans cette perspective, il est fréquemment admis que dans l'ordre des facteurs de risque, certains facteurs proprement culturels, en l'occurrence certaines règles sociales traditionnelles comme la polygynie, le lévirat, le sororat (qui renvoient toutes au statut dominé de la femme africaine) joueraient un rôle important dans la diffusion du VIH, cet ensemble étant toutefois tempéré par d'autres "coutumes", comme les interdits sexuels post-partum ou la circoncision qui, inversement, pourraient la freiner (Caldwell et Caldwell 1993). On ne saurait dire que les communications qui ont précisément traité de tels facteurs aient véritablement corroboré ce point de vue courant. A propos de nombre de ces règles ou de ces coutumes, y compris celles présumées servir de frein, des études de cas plus nuancées, voire contraires, ont été proposées qui rendent lesdits facteurs culturels passablement incertains quant à leur fonction explicative dans l'épidémiologie du sida. A tout le moins paraissent-ils devoir y jouer un rôle probable mais très variable, dépendant lui-même d'autres facteurs non proprement culturels, c'est-à-dire qui ressortissent à la diversité des contextes sanitaires et sociaux (Mann et Tarantola 1996 ; Raynaut 1997).

Outre cette focalisation sur les traditions africaines qui, au delà d'un culturalisme sommaire, appelle à l'évidence une élucidation plus tangible des facteurs de risque et de leur enchaînement (Packard et

Epstein 1991), nombre de communications du colloque de Sali ont plus ou moins conforté le point de vue suivant lequel les changements fréquemment chaotiques de l'Afrique contemporaine sont particulièrement propices à la diffusion du VIH. Dérégulations des ordres sociaux et familiaux anciens, processus conjoints d'urbanisation rapide et de paupérisation, crises économiques et politiques, autant de phénomènes qui génèrent des stratégies de survie, notamment au sein d'une population grandissante de jeunes où se multiplient diverses formes de "délinquance" et de "prostitution", et qui se traduisent souvent par d'importants mouvements migratoires ou d'intenses mobilités humaines.

Finalement, tout se passe comme si l'expansion de l'épidémie sidéenne en Afrique ressortissait à un processus cumulatif de facteurs, c'est-à-dire un processus par lequel la tradition et la modernité, dans leurs croisements et tensions multiples, faciliteraient la diffusion rapide du VIH. En d'autres termes, elle résulterait de connexions ou de perméabilités particulièrement fortes entre les divers groupes, catégories sociales, types de populations qui composent la trame des sociétés africaines contemporaines : entre la ville et la campagne, entre les pauvres et ceux qui le sont moins, entre les jeunes et les moins jeunes — notamment entre les jeunes filles et les hommes d'âge mur (Brouard 1994) —, entre les migrants et les sédentaires (Painter 1994). Autant de connexions donc qui produiraient une fluidité globale des rapports sociaux et dont profiterait, si l'on peut dire, le VIH.

D'une certaine façon, on pourrait affirmer qu'en mettant ainsi en lumière la multiplicité des facteurs culturels, sociaux, économiques, et tout particulièrement leurs connexions ou leurs enchaînements, notamment sous forme de systèmes d'échanges sexuels (ou de réseaux sexuels) qui en seraient la manifestation exemplaire par le fait de mettre en relations des personnes appartenant à des groupes distincts, les sciences sociales participent effectivement à l'intelligibilité objective, quasi-épidémiologique de la diffusion du VIH, à ce qu'on pourrait appeler sa "mise en causes". Nombre de communications du colloque sont allées incontestablement et à juste titre dans cette direction.

Reste cependant qu'en dépit de cette "mise en causes" utile et propice au travail interdisciplinaire avec les sciences biomédicales, d'importantes interrogations ou réserves subsistent, lesquelles ont été tout particulièrement formulées par les démographes lors du colloque. Ceux-ci ont en effet exprimé avec force qu'actuellement on dispose d'éléments encore nettement insuffisants pour expliquer la dynamique de l'épidémie et pour évaluer son impact, notamment sur l'évolution de la mortalité et de la fécondité en Afrique. Certes, cela fut affirmé en la quasi-absence d'épidémiologistes qui ont peut-être, sur ce point essentiel, un point de vue différent. Mais on ne peut, semble-t-il, qu'apporter un certain crédit au propos des démographes compte tenu de l'hétérogénéité des situations épidémiques du sida en Afrique. Cette hétérogénéité (Amat-Roze 1993) relativise en effet le schéma explicatif de l'expansion du sida en terme de cumul de facteurs sociologiques et économiques puisque, tout en étant commun à de nombreuses régions et à de nombreux pays, il paraît se traduire pour l'heure par une

grande diversité des taux de séroprévalence qui, du même coup, en atténue la validité (Tarantola *et al.* 1997).

Ne serait-ce pas, malgré l'apport des sciences sociales, que l'épidémiologie du sida en Afrique est encore bien davantage descriptive qu'explicative ? Ne faut-il pas concevoir que d'autres facteurs, plus "naturels", d'ordre pathologique, biologique, voire génétique, président aussi à la diffusion du VIH ? Et, bien qu'on puisse espérer des analyses plus probantes qui viendront d'études mieux circonscrites — comme celles portant sur les réseaux sexuels —, ne doit-on pas constater pour le moment un net hiatus entre ce qu'il faut bien appeler un trop-plein de facteurs ou de "causes" possibles et une insuffisance d'explications réellement tangibles ?

A l'évidence, quels que puissent être leurs résultats présents et futurs, les sciences sociales ne peuvent pas répondre seules à de telles interrogations. Plus que tout autre thème relatif au sida, l'élucidation des facteurs présidant à la dynamique de l'épidémie en Afrique requiert la mise en œuvre de programmes de recherches résolument interdisciplinaires. Assurément difficile, quand on connaît par exemple les différences majeures de méthodologie entre l'épidémiologie et l'anthropologie, cette mise en œuvre est certainement conditionnée au rôle central ou médiateur que devrait y jouer la socio-démographie ; mais elle est en tout état de cause nécessaire si l'on veut démêler un peu mieux l'écheveau des facteurs en jeu et leur donner une valeur plus nettement explicative.

Une seconde contribution des sciences sociales en matière de recherche sur le sida en Afrique est généralement très attendue. Assez différente de la première qui se situait schématiquement en amont de l'épidémie, du côté de "causes" objectivables scientifiquement, celle-ci s'inscrit plutôt en aval, c'est-à-dire sur le terrain des modes d'appréhension de l'infection à VIH par les populations africaines. On voit ici très bien ce qui est vivement attendu des sciences sociales, notamment de la part des programmes nationaux de lutte, à savoir des évaluations concernant l'impact des campagnes d'information et de prévention. En fait, et le nombre de communications consacrées à cet important thème l'atteste, les sciences sociales, au premier chef la sociologie et l'anthropologie, paraissent sensiblement plus à l'aise pour le prendre à leur compte que pour entrer dans la complexité des facteurs épidémiologiquement explicatifs du sida. On est même assez tenté de dire qu'elles sont d'autant plus promptes à s'en saisir que leurs études outrepassent généralement le cadre d'une simple évaluation, mettant en avant le fait que le "phénomène sida" donne lieu à diverses constructions sociales qui ne résultent pas mécaniquement des campagnes sanitaires officielles. Ici encore du reste, on pourrait parler de cumul, mais d'un cumul qui concerne non point, comme précédemment, des facteurs tels que l'épidémiologie souhaiterait les identifier de concert avec les sciences sociales, mais de multiples productions de sens émanant de contextes sociaux particuliers. Que la sociologie et surtout l'anthropologie soient dans cette affaire assez à l'aise, au point d'apparaître parfois quelque peu complaisantes, n'a rien pour surprendre : au travers du "phénomène sida" elles étudient leurs objets de prédi-

lection, à savoir les logiques qui président à l'ordonnancement et à la transformation des institutions et des représentations sociales.

Mais ce qui pourrait signifier un excès de banalisation, ou un désintérêt pour les problèmes spécifiques posés par le sida, veut dire en fait que celui-ci, notamment parce qu'il affecte le lien social et métamorphose des substances de vie (sang, sperme, lait) en vecteurs de mort, travaille en profondeur les sociétés africaines (Héritier 1992). Il s'agit là d'un constat sans doute assez élémentaire, mais qu'il fallait que ces disciplines, qui revendentiquent la connaissance et la pratique du terrain, énoncent avec force, ne serait-ce que pour démentir toute vision d'une Afrique insouciante des méfaits de l'épidémie. Elles l'ont tout particulièrement fait à l'occasion de ce colloque en y ajoutant un point essentiel, en l'occurrence que les messages d'information et de prévention sont d'une certaine façon passés, y compris parfois dans des régions reculées ou qui connaissent des faibles taux de séroprévalence. Dire cela constitue à certains égards un premier niveau d'évaluation, c'est-à-dire que quantité d'Africains peuvent restituer tout ou partie des "messages" relatifs aux modes de transmission, au préventif, etc., et en tirer certaines conséquences pratiques sur le plan de la prévention. Mais ce premier niveau est à l'évidence insuffisant ; car s'il y a eu passage de l'information et s'il convient assurément de l'amplifier, celle-ci ne laisse pas d'être prise dans des réseaux de significations émanant des sociétés africaines elles-mêmes, notamment de certains de leurs acteurs — tels les tradithérapeutes et les institutions religieuses — qui sont amenés à être confrontés aux personnes atteintes et à prendre peu ou prou position sur le sida (Gruénais 1994). Ces significations, ou ce qu'on pourrait appeler ces "mises en sens", sont d'autant plus foisonnantes qu'elles se nourrissent d'une affection singulièrement complexe comme l'indiquent ses trois modes de transmission — parmi lesquelles la transmission materno-fœtale se révèle particulièrement complexe (Vidal 1998) —, la notion de séropositivité asymptomatique, ses divers tableaux cliniques, un pronostic mortel qui renvoie à une médecine localement impuissante, ou encore l'objet préconisé pour s'en protéger qui peut servir aussi de moyen contraceptif. De sorte qu'elles sont également à leur manière des "mises en causes" qui peuvent tantôt recouper certains facteurs mis en avant pour expliquer l'expansion de l'épidémie, tantôt leur être étrangères, ou encore qui peuvent signifier plus littéralement une contestation des explications et des messages officiels, proposant par exemple une autre version des "raisons" de l'épidémie ou des façons différentes de s'en prémunir.

A cet égard, trois grands types de "mises en sens" ou de "mises en causes", non exclusifs les uns des autres — qu'on pourrait qualifier d'internes ou d'émiques pour les distinguer de celles qui ressortissent à une explication scientifique de l'épidémie —, se sont assez nettement dégagés.

Le premier type est celui où le sida est aligné sur des catégories nosologiques et étiologiques locales. Il s'agit là de traitements proprement culturels, tout à la fois intellectuels et pratiques, par lesquels

l'infection à VIH est en quelque sorte délestée de son caractère nouveau, inédit, et *a fortiori* de sa définition biomédicale, pour être rabattue sur des taxinomies traditionnelles toujours en vigueur, celles-ci engageant une lecture aussi bien par les symptômes (comme celui de la maigreur ou ceux qui indiquent une maladie persistante) que par les causes, dont les agressions en sorcellerie constituent un modèle privilégié (Deluz 1998). En fait, ces "traitements" s'inspirent assez souvent de certaines informations ressortissant au "sida biomédical", comme celles qui indiquent que celui-ci n'est pas guérissable par la médecine moderne, renvoyant du même coup à des affections que les tradithérapeutes ont toujours eu des difficultés à soigner, ou celles qui, parlant de maladie sexuellement transmissible, font sens avec le registre des interdits et des transgressions, notamment avec l'adultère.

Le second type regroupe des interprétations du sida qui s'ajustent aux transformations des sociétés africaines, particulièrement à leurs lignes de tension, voire à leurs lignes de fracture. Ici, le sida est effectivement perçu comme une maladie nouvelle, mais sa nouveauté est conçue et interprétée comme étant précisément la résultante des multiples désordres et dérèglements qui affectent les relations sociales, notamment les relations entre les sexes et les générations (Seidel 1993). Ce type se construit autour d'un certain modèle de la "contagiosité" du sida en ce qu'il associe l'idée de contamination à la perte accélérée et mimétique des normes et valeurs traditionnelles ou à la multiplication sans frein des conflits intrafamiliaux et intergénérationnels. A certains égards, il recoupe certains explications épidémiologiques de l'infection à VIH en Afrique dont on a vu qu'elles faisaient des déséquilibres sociaux, avec leur cortège de prostitution et de délinquance, des facteurs ou des "cofacteurs" non biologiques de sa transmission. Mais en étant ainsi considéré par les acteurs eux-mêmes comme une "maladie du désordre", le sida est doté d'une puissance métaphorique — c'est-à-dire d'une capacité à ramasser sur son nom des problèmes qui se jouent sur une toute autre scène que biologique et sanitaire —, qui en appelle à des mesures et à des protections nettement différentes de celles que préconisent les programmes d'information et de prévention ; et, sous ce rapport, ce second type d'interprétations recoupe fréquemment le premier en rattachant le sida à une autre figure du désordre, celle des agressions et des causalités sorcellaires qui, à l'image de l'infection à VIH, prolifèrent le long des lignes de fracture des rapports sociaux et d'une modernité chaotique et peuvent tout autant qu'elle se formuler en terme d'épidémie.

Un troisième type d'interprétations met en cause diverses constructions de l'altérité ou, plus précisément, des rapports du soi à l'autre ; celui-ci peut prendre la forme de l'étranger proche, de l'alloène venu d'une région voisine ou, plus largement du migrant et de l'individu mobile qui, par rapport au sida, constitue une possibilité de menace pour les populations autochtones ou sédentaires mais, parfois aussi, pour sa propre société d'origine dont il devient un élément sinon étranger du moins suspect. Un tel type, ici encore, recoupe certaines explications épidémiologiques qui font des migrations et de la mobilité

des gens l'un des principaux facteurs sociologiques de la diffusion du VIH en Afrique. Et s'il les recoupe, c'est peut-être parce que ces constructions de l'altérité se sont à leur manière appropriées le discours épidémiologique, mais c'est plus sûrement parce qu'elles ont "durci" des représentations qui étaient déjà là, concentrant et déplaçant sur le sida et sa propagation des enjeux et des tensions avec l'étranger ou le migrant qui se jouaient sur d'autres scènes qu'épidémiologique ou sanitaire. Toutes choses qui peuvent avoir des implications sociopolitiques délicates, mais qui, en conduisant à des pratiques d'évitement de l'étranger au nom d'une certaine prévention, sont plus généralement susceptibles de laisser croire que les milieux autochtones en tant que tels ne sont aucunement concernés par le sida et par les moyens de s'en préserver.

Mais la figure de l'altérité c'est aussi celle de l'Européen, du "blanc", dont la médecine, prolixe en inventions, a donné le ou les noms à cette maladie nouvelle (séropositivité, VIH, sida, AIDS, etc.) et ne cesse de vouloir mobiliser contre elle en proposant le préservatif comme seule parade ou comme unique "médicament". C'est elle qui est perçue comme parlant au premier chef du sida, c'est elle — et le monde dont elle émane — d'où tout part (la "découverte" du sida, de ses modes de transmission, des groupes et des comportements à risque, du "sang contaminé", ainsi que l'aveu d'une impuissance durable à le guérir) et vers qui tout peut être rabattu. "Maladie des blancs", telle est donc aussi la métaphore tranchée par laquelle le sida met en scène et en cause une autre et imposante figure de l'altérité. Et bien qu'elle puisse s'entendre en un sens minimal comme l'attribution à ceux qui ont inventé le néologisme "sida" de tout ce qui se dit sur le plan médical et sanitaire à son sujet, cette métaphore signifie surtout que les blancs, au-delà des mots et des discours, pourraient être les vrais créateurs et propagateurs de l'épidémie. S'appuyant certainement sur quelque mécanisme sorcellaire, c'est-à-dire sur une manière d'imputer à l'autre ce dont on est soi-même victime ou accusé, elle se nourrit, en les inversant, des discours occidentaux relatifs au sida et à l'Afrique, particulièrement à ceux qui font du continent tout à la fois l'alpha et l'oméga de l'épidémie, son berceau et sa terre d'élection en forme de catastrophe humanitaire (Bibeau 1991 ; Dozon et Fassin 1989). Mais elle s'en nourrit d'autant mieux que d'autres discours occidentaux sur l'Afrique, notamment sur le plan économique et politique, paraissent orchestrer une stigmatisation plus générale ; c'est ce qu'évoque à sa façon cette autre métaphore du sida comme "maladie du développement" (Miller et Carballo 1989), mais qui se trouve ici précisément inversée en en imputant la responsabilité au monde développé. De sorte que cette formule, "maladie des blancs", peut prendre un tour plus "intellectualisé" et plus politique en s'étayant d'arguments qui mettent en relation objective le sida avec l'afro-pessimisme des Occidentaux et l'appel à l'usage du préservatif avec leur peur d'une explosion démographique du continent et leurs mesures draconiennes contre l'immigration (Dozon 1991).

Les programmes de lutte contre le sida : entre pragmatisme et volonté politique

Finalement, l'ensemble de ces interprétations indique que le "phénomène sida" en Afrique déborde de toutes parts le champ médical et sanitaire auquel il est censé assez naturellement appartenir. Elles constituent des réponses éminemment sociales à un problème pathologique et épidémique qui, plus que tout autre, se laisse à l'évidence difficilement canaliser par ce qu'en disent les disciplines biomédicales et les programmes d'informations et de prévention. Non exclusives l'une de l'autre, interférant parfois entre elles, ces interprétations sont bien plutôt de l'ordre d'une production excessive de sens, d'un trop-plein, comme si le sida n'était pensable qu'en étant associé à la quasi-totalité des problèmes et des tensions qui agitent les sociétés africaines.

A ce compte, on pourrait dire qu'un tel trop-plein de sens est propice à entretenir une certaine confusion, à parasiter en quelque sorte les messages qui visent à enrayer l'épidémie ; et cela d'autant mieux qu'il laisse place en point d'orgue à tout un ensemble d'interrogations et de suspicitions. D'où vient vraiment le sida ? Pourquoi la médecine propose-t-elle un moyen de protection qui empêche aussi de faire des enfants ? Pourquoi les médicaments du sida ne viennent-ils pas en Afrique ? Les préservatifs vendus ou donnés en Afrique sont-ils fiables ? Autant de questions émanant diversement des populations africaines (que reprennent du reste souvent à leur compte certains guérisseurs ou certaines institutions religieuses pour y répondre à leur manière et proposer d'autres "traitements" du sida) qui laissent entendre que les discours officiels sur le sida cachent des choses importantes ou qu'ils servent à d'autres fins que ce pour quoi ils sont conçus.

Face à cette quantité d'interprétations et d'interrogations, les sciences sociales, comme on peut le découvrir dans plusieurs communications, sont tout à fait dans leur élément pour expliquer plus précisément leurs raisons d'être, pour montrer comment une société, un groupe social, un contexte donné, invente des réponses tant intellectuelles que pratiques au problème du sida. Et ce que l'on pourrait croire assez éloigné des préoccupations des programmes de prévention, les sciences sociales paraissant n'avoir d'autre intérêt ici que de produire des connaissances sans souci d'application, leur est en fait fort proche.

En effet, ce qu'indiquent au premier chef ces diverses réponses, c'est qu'en Afrique le sida est devenu un fait social majeur et que, comme on l'a déjà dit, les campagnes d'informations et de prévention ont largement contribué à lui donner une telle dimension. Que les résultats de ces dernières ne soient pas exactement conformes à leurs objectifs, que les informations se mélangent à d'autres, nettement moins fiables, qu'elles soient éventuellement contestées pour justifier des attitudes de non-protection, n'empêche pas, au contraire, que le sida fait penser et réagir, qu'il intervient de plus en plus souvent dans les interactions sociales de la vie courante. D'une certaine façon donc, on peut affirmer sans détour que ces campagnes doivent se poursuivre, qu'elles doivent s'amplifier pour atteindre des populations encore sous-informées.

Cependant, il est tout aussi patent qu'elles ne peuvent se poursuivre et s'amplifier sans précisément tenir compte de cette "réalité" que constitue l'ensemble diversifié des interprétations et des réponses qui sont données au sida. Il leur faut donc trouver un nouveau régime d'intervention qui soit délesté de ce caractère trop rigide ou trop uniforme par lequel la délivrance des messages était conçue dans un rapport mécanique allant du savoir à l'ignorance. Plus exactement, il leur faut prendre un tour pragmatique, c'est-à-dire s'appuyer sur les "mises en sens" et les "mises en cause" qui sont contextuellement produites par les populations. Et cela, non point pour que les programmes de prévention leur donnent quelque légitimité, mais bien plutôt pour qu'ils instaurent un rapport dialogique avec elles. En d'autres termes, ces programmes pragmatiques consistent non seulement à enrichir et à diversifier les messages, mais à faire en sorte que ceux-ci comportent des réponses adaptées aux multiples constructions du "phénomène sida", instaurant ainsi autour de lui ce qu'on pourrait appeler des arènes publiques.

Par exemple en Côte-d'Ivoire, où je travaille sur la dynamique des médecines traditionnelles dans le contexte du sida, nombre de tradithérapeutes, et parfois des mouvements religieux de facture syncrétique (c'est-à-dire mélangeant des composantes des religions révélées comme le christianisme à des composantes des paganismes locaux), considèrent que la prévention par le préservatif pour les personnes atteintes n'est pas efficace (Dozon 1995). Ils proposent comme alternative un autre type de prévention qui consiste, d'une part à forcloré pour ces personnes la référence à la séropositivité et au sida (qui équivalent selon eux à la mort), donc au préservatif, d'autre part à leur interdire, suivant une logique traditionnelle, tout rapport sexuel, de telle façon que la moindre infraction à cette injonction soit perçue par elles comme un risque majeur de mort. Nous sommes ici en présence d'un mode de prévention dont les ressorts essentiellement magico-religieux se distinguent assez nettement de ceux qui président à la prévention moderne, articulés à la science biomédicale et à la sollicitation du "consentement éclairé" de la population, notamment en ce qui concerne l'usage du préservatif. De prime abord, on pourrait considérer que les programmes de lutte contre le sida n'ont pas à prendre en compte ce mode alternatif de prévention puisque, pour les personnes concernées, il entretient la confusion sur ce dont ils sont atteints, et qu'il préconise une abstinence fort éloignée du consentement éclairé. Mais dans la mesure où il s'est constitué dans un rapport polémique avec les messages officiels de prévention en se plaçant précisément sur leur propre terrain, c'est-à-dire sur celui de l'efficacité, il paraît au contraire vivement souhaitable de proposer que des confrontations aient lieu. Plutôt que d'abandonner cette prévention alternative au monde des pratiques informelles, il convient que les autorités sanitaires en fassent état, discutent publiquement avec ses défenseurs ou ses propagateurs, non forcément pour les stigmatiser mais pour démontrer que l'usage du préservatif conserve dans tous les cas de figure une efficacité supérieure.

Dans un autre ordre d'idée, mais toujours sur le terrain d'une démarche résolument pragmatique, le colloque a abordé, croyons-nous fort heureusement, la question du préservatif féminin. Des enquêtes auprès de femmes (Le Palec 1995) ont en effet montré qu'elles étaient assez réceptives à cet autre objet de protection, voyant en lui un instrument plus adapté que le préservatif "usuel" pour négocier des rapports protégés avec leurs partenaires ainsi que la possibilité de l'employer aussi comme moyen de contraception. Sans doute ces enquêtes demanderaient à être corroborées par des investigations approfondies et diversifiées. Mais en tout état de cause, on est en droit de s'interroger sur la façon dont le préservatif féminin fut mis presque partout hors-jeu, et plus particulièrement en ce qui concerne l'Afrique, c'est-à-dire là où les femmes sont très exposées à l'infection par le VIH, son coût financier relativement élevé ne pouvant suffisamment servir d'argument à un tel manquement. C'est pourquoi, loin de vouloir promouvoir le préservatif féminin aux dépens du préservatif masculin, ne devrait-on pas envisager, au moins à titre expérimental, des programmes de lutte contre le sida qui mettent en avant la possibilité de recourir à l'un ou l'autre des deux préservatifs? Ne serait-ce pas là, au-delà de l'intérêt que pourraient y trouver plus spécifiquement les femmes, une manière de rendre plus explicite le principal mode de transmission du VIH ?

Au total, nombre d'intervenants du colloque se sont accordés pour dire que le "phénomène sida" en Afrique, compte tenu de l'importance de l'épidémie et de ses "mises en sens", mérite de bien plus amples mobilisations que celles qui ont été entreprises jusqu'à présent. Mais leur accord a aussi porté sur le fait que ces mobilisations devaient largement dépasser le cadre strictement sanitaire dans lequel elles sont communément conçues et mises en œuvre. Car, en s'installant au cœur de la vie sociale de l'Afrique contemporaine, en suivant ses principales lignes des tensions, entre les sexes, les générations, entre autochtones et allophones, etc., le phénomène sida est devenu une affaire éminemment politique. Mais une telle affirmation est à l'évidence propre aux sciences sociales, lesquelles ne peuvent que constater que si elle fait l'objet de multiples appropriations sociales et culturelles, l'infection par le VIH reste, pour l'heure, très en deçà d'une appropriation politique (Fassin 1994). Ce qui veut dire plus précisément qu'il appartient aux Etats africains, en particulier ceux qui évoluent dans une certaine stabilité, mais aussi, dès lors qu'ils existent, aux partis, aux syndicats, aux diverses associations issues des sociétés civiles (notamment aux associations de personnes atteintes), de donner ce supplément de volonté et d'action politique aux programmes nationaux de lutte contre le sida.

Cependant, une telle volonté politique ne saurait dépendre des seuls Etats africains et de leur capacité interne de mobilisation. Elle concerne à l'évidence aussi les relations Nord/Sud et doit se traduire très précisément par un refus d'accepter l'instauration durable de deux types de sida : l'un au Nord qui se stabiliseraient peu ou prou et qui ne serait plus pris dans un diagnostic de mort, l'autre au Sud qui continuerait à multiplier ses pandémies et ses annonces de maladie incurable. C'est

pourquoi la question du transfert à l'Afrique des progrès des prises en charge thérapeutiques du sida est tout à fait centrale. Quelle que puisse être l'importance des difficultés d'un tel transfert, sur le plan financier ou sur celui du suivi médical des nombreux patients africains, il faut y répondre d'abord sur le terrain des principes et admettre comme un impératif tout à la fois éthique et politique la nécessité dudit transfert (Dozon 1998). C'est à ce prix certainement que les Etats africains pourront à leur tour se mobiliser et que s'estomperont les suspicions, largement répandues sur le continent et propices à compromettre les programmes de prévention, suivant lesquelles le sida constitue pour le Nord une manière de stigmatiser l'Afrique ou de se décharger sur elle de ses propres iniquités.

From the social and cultural appropriations of AIDS to necessary political appropriations : some elements towards a synthesis

Jean-Pierre DOZON

Problematisation of AIDS and signifying process : interplay of internal and external points of view

One of the main contributions which biomedical science and national campaigns against AIDS expect from social sciences concerns the very wide subject of the causes and the spread of the AIDS dynamic in Africa. This subject is indeed wide and the expectation is justified, because there is no doubt that many sociocultural and economic factors are responsible for the exponential growth of HIV infection and for its mainly heterosexual transmission, to the extent of provoking certain representatives of biomedical sciences to say that social and biological factors operate as 'co-factors' by multiplying together their deadly effects.

From this perspective, it is often admitted that in the order of factors of risk, some factors which are, strictly speaking, cultural, namely certain traditional rules of society, such as polygyny, levirate and sororate (which all relate to the subordinate status of African women) play an important role in the spread of HIV, although this set of factors is offset by other 'customs' which can act to slow down this spread, such as circumcision or the ban on sexual intercourse after a birth (Caldwell and Caldwell 1993). One cannot say that the papers which deal with these precise factors have really confirmed this generally accepted point of view. In connection with these rules and customs, including those that are supposed to slow down the spread of AIDS, studies of varying and even contradictory cases were put forward, which make these cultural factors somewhat uncertain as a means of explaining the epidemiology of AIDS. At the most, they seem to play a likely but a very variable role, and one which is dependent on other factors that are not, strictly speaking, cultural, but spring rather from the diversity of social and health conditions (Mann and Tarantola 1996; Raynaut 1997).

In addition to this concentration on African traditions, which goes beyond a narrow culturalism, and calls for a more convincing explanation of the risk factors and their relationships (Packard and Epstein 1991), a number of papers at the Sali symposium more or less

confirmed the point of view that the often chaotic changes in present-day Africa have been particularly favourable to the spread of HIV. The deregulation of former family and social orders, the combination of rapid urbanisation and of impoverishment, the economic and political crises are so many developments which create new strategies for survival, notably among an increasing population of young people, where various forms of 'delinquency' and of 'prostitution' develop, which often lead to widespread instability and to significant migrations of people.

Finally, everything takes place as if the spread of the AIDS epidemic in Africa depends on an accumulation of factors, or in other words a process where tradition and innovation, in mutual tension and conflict, facilitate the rapid spread of HIV. Put another way, this is the result of connections or of strong interpenetration between the various groups, social categories and types of population that make up the patchwork of present-day African societies: between town and country, between those who are poor and those who are less so, and between those who are young and those who are less so —particularly between young girls and mature men (Brouard 1994)— and between migratory and sedentary populations (Painter 1994). All these connections can lead to a general fluidity of social relationships, to the benefit, if one can put it that way, of HIV.

In one way, one can say that the social sciences, by shedding light on the multiplicity of cultural, social and economic factors, and particularly on their connections or links, notably in the form of systems of sexual exchange systems (or of sexual networks), which are their clearest manifestation because they bring together people belonging to distinct groups, effectively contribute to an objective and quasi-epidemiological understanding of the spread of HIV, to what one can call its problematisation. Many of the papers presented at the symposium clearly and rightly followed this direction.

Nevertheless, in spite of this problematisation, which is helpful to and supportive of interdisciplinary work with the biomedical sciences, there remain significant reservations or questions, particularly those put forward by demographers at the symposium. They argued forcefully that we do not so far possess sufficient information to explain the epidemic's dynamic and to evaluate its impact, notably on changes in mortality and fertility in Africa. It has to be admitted that this opinion was expressed in the near-absence of epidemiologists, who might have had a different point of view on this vital matter. But it seems that one can only accept to a certain degree the arguments of demographers, after taking into account the great diversity of epidemic situations involving AIDS in Africa. This diversity (Amat-Roze 1993) makes somewhat relative any schematic explanation of the spread of AIDS in terms of a combination of sociological and economic factors, since although this combination of factors is the same in many regions and countries, it is reflected at present by a great diversity in the levels of seroprevalence, which in itself reduces the validity of the argument (Tarantola *et al.* 1997).

Is it still the case that, despite the contribution made by social sciences, the epidemiology of AIDS in Africa is still more descriptive than explanatory? Should one not also consider that other more 'natural' factors of a pathological, biological or genetic type might be taking a lead in the spread of AIDS? And even though one could hope for more conclusive analyses resulting from more closely defined studies —such as those concerned with sexual networks— do we not have to accept for the time being a clear gap between what we can only call a surfeit of factors or possible 'causes' and a lack of really convincing explanations?

It seems clear that social sciences, whatever the present or future results of their work, cannot provide answers by themselves to such questions. More than with any other theme relating to AIDS, the explanation of the factors leading to the dynamic of the epidemic in Africa calls for research programmes that are fully interdisciplinary. This work will certainly not be easy. One only has to consider, for example, the major differences in methodology between epidemiology and anthropology. Carrying out this work will certainly depend on the central or mediatory role which will have to be played by social demography. But this work will in any case be necessary, if we want to unravel more of the skein of factors at issue and make them more capable of explaining the situation.

A second contribution to research on AIDS in Africa is also widely expected from the social sciences. This is quite different from the first, which takes its schematic place upstream of the epidemic, in trying to establish scientific 'causes'. This second contribution can more usefully be regarded as coming downstream from the epidemic and being concerned with the ways in which African populations themselves perceive HIV infection. One sees here something that is keenly awaited from the social sciences, notably by national Stop-AIDS programmes, in the way of evaluations of the impact of information and prevention campaigns. Indeed, as is shown by the number of papers devoted to this important topic, the social sciences, particularly sociology and anthropology, seem more at ease in tackling this question than they do when grappling with the complexities of epidemiological factors which could explain AIDS. One is almost tempted to say that they are the more ready to deal with this question, as their studies generally go beyond the stage of simple evaluations, putting forward the fact that the 'AIDS phenomenon' gives rise to various social structures, which are not automatically the result of official health campaigns. Here again one can talk of an accumulation of factors, but this time not, as previously, of factors which epidemiology would like to identify in concert with social sciences, but more of multiple productions of significations emanating from specific social contexts. The fact that sociology and, above all, anthropology should feel so at ease in this matter, even to the point of appearing somewhat complacent, is not surprising. Through the 'AIDS phenomenon' they study their favourite subjects, the logical systems that govern the ordering and the transformation of institutions and social representations.

But what could indicate an excess of the commonplace or a lack of interest in the specific problems created by AIDS, means in reality that because AIDS affects the bonds of society and transforms the substances of life (blood, sperm and milk) into vectors of death, it deeply undermines African societies (Héritier 1992). This is no doubt a fairly obvious observation, but it is necessary that these disciplines, which claim to have knowledge and experience of the field, should express themselves forcefully, if only to remove any impression of an Africa that does not care about the damage which the epidemic has caused. They certainly did so at this symposium, and added the essential point that messages of information and prevention have somehow hit home, even in remote regions or regions where there are but low levels of seropositivity. To say this constitutes in a way a first level of evaluation, that is to say that many Africans can retain part or the whole of 'messages' concerning methods of transmission or condoms, etc. and can draw some practical conclusions from them about prevention. But this first level is evidently not enough. Even if some information has passed and certainly if it has to be amplified, this cannot be left to the networks of explanations of African societies themselves, particularly not to some of their participants —such as traditional therapists or of religious institutions— who are brought face to face with infected people and are thus obliged to take up some position regarding AIDS (Gruénais 1994). These networks of explanations, or what one can call these signifying processes, are all the more flourishing because they are sustained by a singularly complex infection, as is shown by the three ways of transmission —among which the transmission from the mother to the child in the womb has been found to be particularly complex (Vidal 1998)— by the idea of asymptomatic seropositivity, by its various clinical presentations, by a fatal prognosis which confronts a medicine locally powerless, or again where the object accepted as a protective device also serves as a contraceptive. So that these significations are also in their way problematisations which can bring together certain factors put forward to explain the spread of the epidemic, but can also be alien to them, or which can also signify more literally a conflict between different explanations or official statements, putting forward for example an alternative version of 'reasons' for the epidemic or different ways of protecting oneself against it.

In this respect, three main types of signifying processes or problematisation emerged, and can fairly clearly be discerned, although they are not mutually exclusive. One can describe them as internal or *emic*, to distinguish them from those which aim to provide a scientific explanation for the epidemic.

The first type is where AIDS is regarded as a part of local nosologic or etiological categories. It involves a treatment that is really cultural, both intellectual and practical at the same time, by which the novel and unheard of character of HIV infection is taken away, and even more so its biomedical character, so that its treatment is entrusted to a still active traditional taxonomy. This involves investigating both

the symptoms (such as loss of weight or those which suggest a chronic illness) and the causes, among which witchcraft has a preferred place (Deluz 1998). In fact this 'treatment' is often based on information from 'biomedical AIDS', such as that which suggests that AIDS is not curable by modern medicine. This puts it with other conditions which traditional therapists have always had problems in treating, or those, such as sexually transmitted diseases, which figure on the list of actions that are banned or represent transgressions, notably adultery.

The second type covers interpretations of AIDS which relate to the changes in African societies, particularly along their lines of tension or of breakdown. Here, AIDS is perceived as a new illness, but its novelty is conceived and interpreted as being precisely the result of manifold disorders and licentiousness that affect social relations, notably between the sexes and between different generations (Seidel 1993). This type is built around a certain model of 'contagiousness' of AIDS, which associates the idea of contamination with the increased loss of traditional norms and values or the unbridled multiplication of conflicts within the family or between different generations. In some ways, it fits with certain epidemiological explanations of HIV infection in Africa, which we have seen make social disorder, with its train of prostitution and delinquency, into non-biological factors or 'co-factors' of the transmission of AIDS. But by being considered by the actors themselves as an 'illness of disorder', AIDS is provided with a metaphorical power—that is to say the power to take under its own name problems that are concerned with quite other areas of activity than the biological or that of health—which call for measures and protection clearly different from those put forward by programmes of information or prevention. In this connection, this second type of interpretation often covers the first type, in linking AIDS to a different aspect of disorder, that of attacks on the person or of acts of witchcraft, which like the HIV infection, proliferate along the lines of breakdown of social relations and of a chaotic modernity, and which, like AIDS, can be described in terms of an epidemic.

A third type of interpretation considered various structures of otherness, or more precisely, the relations between oneself and others, who could be near neighbours or people from a neighbouring region but of a different community, or more generally, migrants or roaming individuals, who as far as AIDS is concerned, represent a possible threat to autochthonous or settled populations and sometimes also a threat to their own society of origin, to whom they become if not a foreign element at least a suspect one. Such a type brings us back, once again, to those epidemiological explanations which argue that migration and mobility of people is one of the main sociological factors in the spread of HIV in Africa. And if they fit those explanations, it is perhaps because these constructs of otherness have in their own way taken over epidemiological discourse, but more precisely because they have 'hardened' their existing presentation, concentrating and focussing onto AIDS and how it is spread the problems and tensions over relations with outsiders and migrants, which are present in other

theatres than those of health and epidemiology. Anything which might have sensitive socio-political implications, but which can lead to the practice of avoiding contact with outsiders on grounds of prevention, can lead one to believe that the autochthonous inhabitants are not at all concerned with AIDS or how to protect themselves from it.

But the figure of otherness is also that of the European, the 'white man', whose medical science is so full of discoveries and has given a name or names to this new illness (seropositiveness, HIV, AIDS, etc.), and endlessly tries to organise a campaign against it, by putting forward the condom as the only defence or only 'medicine'. It is he who is perceived as having talked about AIDS in the first place, and from whom —together with the world from which he comes— it all originated (the 'discovery' of AIDS, how it is transmitted, the groups and types of people at risk, the problem of 'contaminated blood' and the admission of a lasting impossibility of curing it), and on whom everything can be blamed. The 'white man's disease' is the harsh metaphor with which AIDS brings forward and condemns another striking example of otherness. Although this can be read in a minimalist sense as the attribution to those who invented the neologism AIDS all that can be said on the medical and health aspects of the subject, the metaphor implies above all that the white man, whatever his words and speeches, could be the veritable creator and propagator of the epidemic. A reliance on some kind of magical machinery, that is to say the technique of blaming another person for whatever one is accused of or is victim of oneself, has contributed in a reverse way to some Western accounts of AIDS and Africa, particularly those which make the African continent the alpha and omega of the epidemic, as well as being both its cradle and its promised land in terms of human catastrophe (Bibeau 1991; Dozon and Fassin 1989). This view gains all the more momentum because other Western accounts of Africa, notably on economic and political subjects, seem to be orchestrating a more general stigmatization. This has led to another metaphor on AIDS as being the 'disease of development' (Miller and Carballo 1989), where the thrust is, however, exactly the reverse, by imputing to the developed world the responsibility for AIDS. In this way, the formula 'white man's disease' can be read in a more 'intellectualised' and political fashion, in support of arguments which see an objective relationship between AIDS and Western Afro-pessimism and between the encouragement to use condoms and Western fears of a demographic explosion in Africa and draconian measures against immigration (Dozon 1991).

Campaigns against AIDS: between pragmatism and political will

Finally, all these interpretations taken together show that the 'AIDS phenomenon' in Africa cannot be treated only as a medical or health matter, which it might naturally seem to be. They provide highly social responses to a problem of pathology and epidemics. More than

any other such problem, it is difficult to confine it to what can be said by the biomedical disciplines and by programmes of information and prevention. These interpretations are not mutually exclusive, although they have an effect on each other, and they lead to the creation of an excessive amount of significations—a real overflow—as if AIDS could only be considered in conjunction with the totality of problems and tensions which affect African society.

So one can say that this overflow of signification is all too likely to produce a certain confusion, a sort of over-dependence on the messages which are intended to staunch the epidemic—all the more so because it leaves in suspense a whole range of questions and suspicions. Where does AIDS really come from? Why does medical science put forwards a method of protection which also stops one from procreating children? Why are drugs for AIDS not available in Africa? Are the condoms sold or given away in Africa really reliable? All these questions which are asked by various African populations (and are also asked for their own ends by certain traditional healers or by religious organisations, who then give their own replies and propose other 'treatments' for AIDS) and leave the impression that official statements on AIDS conceal something of significance or are meant to serve other ends than those to which they are addressed.

In the face of this great quantity of interpretations and of questions, the social sciences, as one can see in many of the papers, are in their element, in order to justify more precisely their existence, and to show how a society, a social group or a given context, devises intellectual and practical replies to the problems of AIDS. And although one might think that the social sciences would have as their only interest the production of information, without worrying about how it could be usefully applied, they are in fact found to be close to the preoccupations of programmes of prevention.

In fact, what these various responses show above all is that AIDS has become a major social fact in Africa, and that, as has already been noted, it is the campaigns of information and prevention that have given it this important dimension. Even if the results of these campaigns do not correspond exactly with their aims, or if some of the information is mixed up with material from other less reliable sources, and may possibly be challenged in order to justify arguments against protection, it still remains true that AIDS makes people think and react, and that it figures more and more often in social interactions during daily life. In a way, therefore, one can argue without hesitation that these campaigns should continue and should be extended, so as to reach people who are still inadequately informed.

Nevertheless, it is also clear that these programmes cannot continue and be extended, without taking precisely into account the 'reality' made up by the diverse complexity of interpretations of and responses to AIDS. New campaign techniques are needed that are free from too rigid or uniform a character, where the conveying of a message is conceived of only as a mechanical affair of imparting knowledge to the ignorant. More precisely, they should have a more pragmatic approach, that is to say they should be based on the signifying

processes and problematisation, which are produced in their own context by the populations. This should be done, not so that the programmes of prevention should give them some legitimacy, but more that they should institute a dialogue with the people. In other words, these pragmatic programmes would not only enrich and vary the messages, but ensure that they should contain responses to the multiform structures of the 'AIDS phenomenon', thus setting up around it what one can call a public forum.

For example, in Côte-d'Ivoire, where I work on the dynamic of traditional remedies in the context of AIDS, a number of traditional therapists and sometimes syncretist religious movements (which mingle aspects of revealed religions, such as Christianity, with aspects of local paganism) hold that prevention by the use of condoms by infected people is not effective (Dozon 1995). They propose as an alternative another type of prevention, which involves, on the one hand, forbidding any reference by these people to seropositiveness or to AIDS (which they argue is equivalent to death), and thus any reference to condoms, and on the other hand, in keeping with traditional logic, a ban on any sexual relations, so that any breach of this injunction should be understood by those concerned as a major risk of death. We are here in the presence of a system of prevention, based essentially on magico-religious principles, which are very clearly different from those on which modern methods of prevention are based in terms of biomedical science and an appeal to the 'informed consent' of the population, particularly over the use of condoms. At first sight, one could argue that campaigns against AIDS should not take into account this alternative system of prevention, because it leads to confusion among the people involved about what their illness is, and because it imposes sexual abstinence which is far removed from any informed consent. But to the extent that it sets itself up in opposition to the official messages about prevention, and does so on their own ground, that is to say on the grounds of effectiveness, it seems on the contrary highly desirable to propose that confrontations should take place. Rather than leave this alternative method of prevention to the world of informal activities, it would be better for the health authorities to accept its existence, and to discuss it openly with its supporters and propagators, not necessarily to stigmatize them, but to show that the use of condoms has a greater effectiveness in all cases.

In another area, but still adopting a firmly pragmatic approach, the symposium took up, believe me with great enthusiasm, the question of a condom for women. Enquiries of women (Le Palec 1995) have shown that they would be sufficiently receptive to this further protective tool, seeing in it a means better adapted to their protection during their relations with their partners than the 'usual' condom, besides giving them the possibility of using it as a means of contraception. These enquiries will no doubt need to be confirmed by more thorough and wider investigations. But in any case, one has the right to ask why the condom for women has been ruled out almost everywhere, and to ask this particularly as concerns Africa, where women are highly exposed to infection by HIV, and its relatively high

cost is not sufficient argument to justify such an omission. Far from wanting to promote condoms for women at the expense of those for men, should we not envisage, at least as an experiment, anti-AIDS campaigns that would put forward the possibility of choosing either the one or the other of the two condoms? In addition to the interest which women might find in this, might this not also be a way of making clearer the main mode of transmission of HIV?

In sum, many of those who intervened in the symposium agreed that, when one takes into account the importance of the epidemic and of its signifying process, the 'AIDS phenomenon' in Africa would justify much more mobilization than that which has so far been undertaken. But they also agreed that this mobilization should extend well beyond the framework of organisations concerned only with health, for which it is normally conceived and put into practice. Because of its presence at the heart of social life in contemporary Africa, its closeness to the principal lines of tension between the sexes and generations, between autochthonous and allogenic peoples, etc., the 'AIDS phenomenon' has become a highly political matter. It is proper for such a statement to be made by those engaged in social sciences, who can only note that if AIDS infection is the subject of many appropriations in the social and cultural fields, it remains for the time being well outside the scope of any appropriations in the field of politics (Fassin 1994). More precisely, this means that it is incumbent on African states, particularly those which enjoy some stability, but also, where these exist, on political parties, trades unions, and the various associations that have been formed within civil society (notably associations of people living with HIV) to give an extra amount of will and political action to national Stop-AIDS programmes.

Nevertheless, such political will cannot depend only on African States and their internal capacity to mobilise activity. It clearly also concerns North/South relations and ought to transform itself into a refusal to accept the permanent institution of two types of AIDS: one in the North, which will somehow reach a level of stability and will no longer be taken as a death sentence, and the other in the South, which will continue to extend its pandemics and its status as an incurable disease. This is why the question of making available to Africa the progress in the field of therapeutic treatment of AIDS is such a central one. Whatever the scale of difficulties in the way of this, either from the financial point of view or that of the medical follow-up of great numbers of African patients, it is necessary to deal with this question as a matter of principle and to accept as both an ethical and political imperative the need to make such treatment available in Africa (Dozon 1998). Working towards this goal is something that African States themselves can strive for and something that will dissipate the widespread suspicion in Africa, which is likely to compromise programmes of prevention, that the North regards AIDS as a means to stigmatize Africa or dump on her the North's own iniquities.

Bibliographie / Bibliography

- AMAT-ROZE Jeanne-Marie, 1993, « Les inégalités géographiques de l'infection à VIH et du sida en Afrique sub-saharienne », *Social Science and Medicine*, 36 (10) : 1247-1256.
- BIBEAU Gilles, 1991, « L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes », *Anthropologie et Sociétés*, 15 : 125-147.
- BROUARD Nicolas, 1994, « Aspects démographiques et conséquences de l'épidémie de sida en Afrique », in Jacques VALLIN (éd), *Populations africaines et sida*, Paris, La Découverte/CEPED : 120-174.
- CALDWELL John, CALDWELL Pat, 1993, « The nature and limits of the sub-saharan african AIDS epidemic », *Population and Development Review*, 19 (4) : 817-848.
- DELUZ Ariane, 1998, « Sida, femme et sorcellerie en pays Gouro (Côte-d'Ivoire) », *Gradhiva*, 23 : 121-126.
- DOZON Jean-Pierre, 1991, « D'un tombeau l'autre », *Cahiers d'Etudes Africaines*, XXXI (1-2) : 135-157.
- 1995, « Médecine traditionnelle et sida. Les modalités de sa prise en charge par un tradipraticien ivoirien », in Jean-Pierre DOZON et Laurent VIDAL (éds), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM-GIDIS : 187-193. (Colloques et Séminaires).
- 1998, « Une nécessaire politisation du sida en Afrique », *Journal du sida*, 102 : 18-21.
- DOZON Jean-Pierre, FASSIN Didier, 1989, « Raison épidémiologique et raisons d'Etat. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique », *Sciences sociales et Santé*, 7 (1) : 21-36.
- FASSIN Didier, 1994, « Le domaine privé de la santé publique. Pouvoir, politique et sida au Congo », *Annales. Histoire et Sciences sociales*, 49 (4) : 745-775.
- GRUENAIS Marc-Eric, 1994, « Qui informer au Congo : malades, familles, tradipraticiens, religieux ? », *Psychopathologie Africaine*, XXVI (2) : 189-209.
- HERITIER-AUGE Françoise, 1992, « Ce mal invisible et sournois », in Claude THIAUDIERE (éd), *L'homme contaminé. La tourmente du sida*, Paris, Autrement : 148-157. (N° spécial Autrement, Série mutations 130).
- LE PALEC Annie, DIARRA Tiéman, 1995, « Révélations du sida à Bamako. Le "traitement" de l'information », in Jean-Pierre DOZON et Laurent VIDAL (éds), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM-GIDIS : 109-121. (Colloques et Séminaires).
- MANN Jonathan, TARANTOLA Daniel (eds), 1996, *AIDS in the World II*, New-York, Oxford University Press, 616 p.
- MILLER Norman, CARBALLO Manuel, 1989, « AIDS : a disease of development ? », *AIDS and Society*, I (1).
- PACKARD Randall, EPSTEIN Paul, 1991, « Epidemiologists, social scientists and the structure of medical research on AIDS in Africa », *Social Science and Medicine*, 33 (7) : 771-794.
- PAINTER Thomas, 1994, *Migrations and AIDS in West Africa. A study of migrants from Niger and Mali to Côte d'Ivoire*, New-York, Primary Health Care Publications Series, Care, 98 p.

- RAYNAULT Claude, 1997, « L'Afrique et le sida : questions à l'anthropologie, l'anthropologie en question », *Sciences Sociales et Santé*, 15 (4) : 9-36.
- SEIDEL Gill, 1993, « The competing discourses of HIV/AIDS in sub-saharan Africa : discourses of rights an empowerment vs discourses of control and exclusion », *Social Science and Medicine*, 36 (3) : 175-194.
- TARANTOLA Daniel *et al.*, 1997, *The status ans trends of the HIV/AIDS/STD epidemics in sub-saharan Africa. Provisional report*, Abidjan, Côte-d'Ivoire, December 3-4, 1997. *Official Satellite Symposium of the Xth International Conference on STD and AIDS in Africa*, 34 p.
- VIDAL Laurent, 1999, « La transmission. Le sida et ses savoirs », *L'Homme*, 150 (sous presse).

Les auteurs / Authors

- Akosua ADOMAKO AMPOFO, Institute of African Studies, University of Ghana - Legon, Ghana
- Beth M. AHLBERG, Department of International Health and Social Medicine, Unit of International Health Care Research (IHCAR), Karolinska Institute, Stockholm, Sweden; Department of Sociology, Uppsala University, Sweden
- Edlyne ANUGWOM, Department of Sociology, University of Nigeria, Nsukka, Nigeria
- Laurent AVENTIN, IRD, Laboratoire des Rétrovirus, Montpellier, France
- Carolyn BAYLIES, University Lecturer, University of Leeds, School of Sociology of Social Policy, Leeds, United Kingdom
- Charles BECKER, IRD - CNRS, Dakar, Sénégal
- Madeleine BOUMPOTO, Université Marien Ngouabi, FLSH, Brazzaville, Congo
- Nicolas BROUARD, Institut National d'Etudes Démographiques, Paris, France
- Joseph BRUNET-JAILLY, IRD, Abidjan, Côte-d'Ivoire
- Margaret BUCKNER, Department of Sociology & Anthropology, Southwest Missouri State University, USA
- Janet BUJRA, Department of Peace Studies, University of Bradford, United Kingdom
- Desmond COHEN, Senior Economist, PNUD/UNDP; Former Director of the "HIV and Development Programme", New York, USA
- René COLLIGNON, CNRS, Université de Nanterre-Paris X, France
- Nigel CRAWHALL, Socio-Linguist, Cape Town, South Africa
- Alice DESCLAUX, Réseau "Sociétés d'Afrique et Sida", Université de Bordeaux, France
- Jean Pierre DOZON, IRD - Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Centre d'Etudes Africaines, Paris, France
- Gladys EFFA-HEAP, Oxford, United Kingdom
- Atta EL BATTAHANI, Department of Political Science, University of Khartoum, Sudan
- Paul Edward FARMER, Partners in Health, Department of Social Medicine, Harvard Medical School, Cambridge, USA
- Didier FASSIN, Université Paris Nord, Bobigny, France - Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Centre d'Etudes Africaines, Paris, France
- Claude FAY, IRD - Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Centre d'Etudes Africaines, Paris, France
- Benoît FERRY, IRD - CEPED (Centre français sur la population et le développement), Paris, France

- Michel GARENNE, IRD - CEPED (Centre français sur la population et le développement), Paris, France
- Marc-Eric GRUENAIS, IRD - Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, SHADYC, Marseille, France
- Nancy Rose HUNT, Department of Obstetrics and Gynecology, Women's Hospital, Ann Arbor, USA
- Pierre HUYGENS, Université Libre de Belgique, Bruxelles, Belgique
- M.W. KAARA, Centre for the Study of Adolescence, Nairobi, Kenya
- Sarah D. KAMBOU, Projects Manager Community Family Planning - Whole Child Health, Zambia
- V.N. KIMANI, Department of Community Health, Nairobi University, Kenya
- L.W. KIRUMBKI, Reproductive Health Research Unit, Clinical Research Centre, Kenya Medical Research Institute, Nairobi, Kenya
- I. KRANTZ, Department of International Health and Social Medicine, Unit of International Health Care Research (IHCAR), Karolinska Institute, Stockholm, Sweden / Skaraborgsinsitutet, Skovde, Sweden
- Annie LE PALEC, Anthropologue, Université de Tours - LAST, Tours, France
- Humphrey P.B. MOSHI, Economic Research Bureau, Dar Es Salam, Tanzania
- Philippe MSELLATI, IRD, Abidjan, Côte-d'Ivoire
- Christine OBBO, Université de Bordeaux, GRID, Bordeaux, France
- Felicia A.D. OYEKANMI, University of Lagos, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Akoka, Lagos, Nigeria
- Thomas PAINTER, Centers for Disease Control and Prevention, Division HIV/AIDS Prevention, Atlanta, Georgia, USA
- Elisabeth REID, UNDP/PNUD, UNDP Representative in Papua New Guinea, Former Director of the "HIV and Development Programme"
- Damien RWEGERA, OPALS, Paris, France
- Mburano RWENGE, IFORD, Yaoundé, Cameroun
- Gill SEIDEL, University of Bradford, United Kingdom
- Femi SOYINKA, Obafemi Awolowo University, Department of Dermatology, College of Health Sciences, Ile-Ife, Nigeria
- Bernard TAVERNE, IRD, Ouagadougou, Burkina Faso
- Joseph TONDA, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Département de Sociologie, Libreville, Gabon
- Moriba TOURE, Sociologue, Enseignant-Chercheur à l'Université de Cocody-Abidjan, Côte-d'Ivoire
- Laurent VIDAL, IRD, Abidjan, Côte-d'Ivoire
- Robert VUARIN, Université de Provence/Aix-Marseille, Aix-en-Provence, France

Les éditeurs scientifiques / Scientific Editors

Charles Becker est anthropologue et historien, du Centre National de la Recherche Scientifique français. Il a étudié les dynamiques sociales et démographiques dans l'espace sénégambien. Il a coédité récemment des ouvrages sur l'histoire de la colonisation française *AOF, réalités et héritages. Sociétés uest-africaines et ordre colonial*, et sur le *Développement durable au Sahel*. Il poursuit des recherches sur l'histoire de la santé en Afrique de l'ouest et sur la gestion sociale des épidémies, dans le cadre du Programme “Sida en milieu tropical” de l’Institut de Recherche pour le Développement.

Charles Becker is a French anthropologist and historian, at the National Centre for Scientific Research. He studied the social and demographic dynamics in the Senegambian area. He co-edited recently books on the history of French colonization, *AOF, réalités et héritages. Sociétés uest-africaines et ordre colonial*, and on *Développement durable au Sahel*. He is carrying on studies about the history of health in West Africa and the social management of epidemics, within the context of the ‘AIDS in tropical environment’ Programme at the French ‘Institut de Recherche pour le Développement’.

Jean-Pierre Dozon est Directeur de Recherche à l’Institut de Recherche pour le Développement et Directeur d’Études à l’École des Hautes Études en Sciences Sociales, à Paris. Il est anthropologue, spécialisé en anthropologie médicale et en anthropologie religieuse. Il a publié notamment en 1995 *La cause des prophètes. Politique et religion en Afrique contemporaine* (Seuil). Il est l'auteur de plusieurs articles sur le sida en Afrique et a coédité en 1995, avec Laurent Vidal, *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien* (ORSTOM-GIDIS).

Jean-Pierre Dozon is a ‘Directeur de Recherche’ at the French ‘Institut de Recherche pour le Développement’ and ‘Directeur d’Études’ at the ‘Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales’, Paris (EHESS). Anthropologist, specialized in medical and religious anthropology, he is in particular author of *La cause des prophètes. Politique et religion en Afrique contemporaine* (Seuil, 1995). He has published several articles about AIDS in Africa and co-edited with Laurent Vidal *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien* (ORSTOM, 1995).

Christine Obbo is an Ugandan anthropologist, was professor at many American Universities and is currently a Research Associate at the Centre of African Studies at the SOAS at London. She has written a book *African Women*, and many other articles on gender and social change; and gender and AIDS. She is writing a book on *Gender, knowledge and ownership of the HIV Epidemic*.

Christine Obbo est une anthropologue ougandaise, qui a enseigné dans plusieurs Universités américaines. Elle est chercheur associé au Centre d'Etudes Africaines de la SOAS à Londres. Elle est l'auteur d'un ouvrage sur les *Femmes africaines* et de nombreux articles sur les thèmes “genre et changement social”, et “genre et sida”. Elle écrit un livre sur “Genre, savoir, et appropriation de l'épidémie du VIH”.

Moriba Touré a été Directeur de l’Institut d’Ethno-sociologie de l’Université d’Abidjan (1982-1984), puis Secrétaire Exécutif Adjoint du Codesria (1991-1997). Il est actuellement enseignant et chercheur à l’Université de Cocody-Abidjan. Il a écrit sur l’urbanisation et les migrations en Côte-d’Ivoire et en Afrique. Il a également publié une étude sur “Les facteurs anthropologiques de la propagation du sida en Afrique” et a coordonné le Comité d’organisation du Colloque de Sali (1996).

Moriba Touré was Director of the Institute of Ethno-sociology at the University of Abidjan (1982-1984) and the former Deputy Executive Secretary of Codesria (1991-1997). He presently serves as Research Fellow and Associate Professor at the University of Cocody, Abidjan. He has written on urbanization and migration in Ivory Coast and Africa. He published also a study on “Anthropological factors of AIDS dissemination in Africa” and coordinated the Organizing Committee of the Sali Symposium (1996).

Table des matières / Contents

| | |
|--|-----|
| Avant-propos / Foreword | 5 |
| Introduction, par Charles BECKER, Jean-Pierre DOZON, Christine OBBO et Moriba TOURE | 11 |
| Foreword, by Charles BECKER, Jean-Pierre DOZON, Christine OBBO et Moriba TOURE | 21 |
| | |
| Première partie / <i>Part One</i> | |
| Questions de discipline et de méthodes. De l'intérêt des approches disciplinaires pour la compréhension du sida <i>Methodological and disciplinary issues. Importance of disciplinary questionnings for understanding AIDS</i> | 31 |
| 1. Paul FARMER — <i>AIDS and social scientists. Critical reflections</i> | 33 |
| 2. Didier FASSIN — <i>L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique</i> | 41 |
| 3. Christine OBBO — <i>Social science research : understanding and action</i> | 67 |
| 4. Laurent VIDAL — <i>De quelques lieux de rencontre de disciplines et concepts communément mobilisés par la recherche sur le sida</i> | 79 |
| 5. Elizabeth REID — <i>Epidemic logic and its alternatives</i> | 99 |
| 6. Nancy Rose HUNT — <i>STDs, suffering, and their derivatives in Congo-Zaire : notes towards an historical ethnography of disease</i> | 111 |
| 7. Charles BECKER et René COLLIGNON — <i>Politiques démographiques et sanitaires face aux "maladies sexuellement transmises" en Afrique de l'ouest. Perspective historique</i> | 133 |
| 8. Michel GARENNE — <i>Impact démographique du sida en Afrique : données et interprétation</i> | 151 |
| 9. Nicolas BROUARD — <i>Acceptabilité d'un prélèvement salivaire lors d'un recensement démographique. Résultats d'une préenquête dans la région de Mfou (Cameroun)</i> | 167 |
| 10. Joseph BRUNET-JAILLY — <i>Peut-on faire l'économie du sida ?</i> | 179 |
| 11. Nigel CRAWHALL — <i>Using a sociolinguistic approach to safe sex promotion in Cape Town : the challenges of multiculturalism</i> | 201 |
| 12. Mburano RWENGE — <i>Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du sida en Afrique subsaharienne : une synthèse</i> | 217 |

| | |
|--|-----|
| 13. Benoît FERRY — <i>Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/sida dans le contexte africain</i> | 237 |
| 14. Philippe MSELLATI — <i>Essais thérapeutiques pour diminuer la transmission mère-enfant du VIH. Questionnement au quotidien et légitimité scientifique</i> | 257 |
| 15. Femi SOYINKA — <i>Physician's dilemma in the management of HIV/AIDS in Africa</i> | 265 |
| Deuxième partie / Part Two | |
| Les constructions et les implications sociales du sida <i>Social constructions and implications of AIDS</i> | 275 |
| 16. Claude FAY — <i>Du "culturel", de "l'universel" ou du "social" ? Penser le sida et la prévention au Mali</i> | 277 |
| 17. Atta EL-BATTAHANI — <i>AIDS and politics in Sudan : some reflections</i> | 301 |
| 18. Carolyn BAYLIES, Janet BUJRA <i>et al.</i> — <i>Rebels at risk : young women and the shadow of AIDS in Africa</i> | 319 |
| 19. Annie LE PALEC — <i>"Le sida, une maladie des femmes"</i> | 343 |
| 20. Madeleine BOUMPOTO — <i>Sida, sexualité et procréation au Congo</i> | 363 |
| 21. Desmond COHEN and Elizabeth REID — <i>The vulnerability of women : is this a useful construct for policy and programming?</i> | 377 |
| 22. Margaret BUCKNER — <i>Village women as town prostitutes : cultural factors relevant to prostitution and HIV epidemiology in Guinea-Bissau</i> | 389 |
| 23. Pierre HUYGENS — <i>Mode et sexualité : la "bonne conduite" à l'épreuve de la mode chez les adolescents du Buganda</i> | 405 |
| 24. Humphrey P.B. MOSHI — <i>The impact of AIDS on the national economy : the case of women labour force in Tanzania</i> | 419 |
| 25. Robert VUARIN — <i>"Le chapeau utile n'est pas dans le vestibule"</i> | 433 |
| 26. Marc-Eric GRUENAI — <i>Les dispositifs de lutte contre le sida à l'heure d'ONUSIDA et de la démocratisation</i> | 455 |
| Troisième partie / Part three | |
| Sciences sociales, prise en charge et prévention du sida <i>Social sciences, support and AIDS prevention</i> | 473 |
| 27. Gill SEIDEL — <i>Seeking to optimise care for HIV positive women and extending the gendered rights' discourse —Conceptualising the dilemmas, with illustrations from fieldwork in rural South-Africa</i> | 475 |

| | |
|---|-----|
| 28. Felicia A. Durojaiye OYEKANMI — <i>Socio-cultural relations in the Nigerian family : implications for AIDS in Africa</i> | 493 |
| 29. Bernard TAVERNE — <i>Valeurs morales et messages de prévention : la “fidélité” contre le sida au Burkina Faso</i> | 509 |
| 30. Gladys EFFA-HEAP — <i>The attitude of nurses to HIV/AIDS patients in a Nigerian University Teaching Hospital</i> | 527 |
| 31. Alice DESCLAUX — <i>Des infirmières face au sida. Impact de l'épidémie sur les rôles professionnels dans un service de pédiatrie du Burkina Faso</i> | 541 |
| 32. Akosua ADOMAKO AMPOFO — <i>Nice guys, condoms, and other forms of STD protection : sex workers and AIDS protection in West Africa</i> | 559 |
| 33. Edlyne E. ANUGWOM — <i>Perception of AIDS among University students in Nigeria. Implications for AIDS prevention programmes</i> | 589 |
| 34. Beth M. AHLBERG, V.N. KIMANI, L.W. KIRUMBI, M.W. KAARA, I. KRANTZ — <i>Male circumcision : practice and implication for transmission and prevention of STD/HIV in Central Kenya</i> | 599 |
| 35. Laurent AVENTIN — <i>Stratégies d'entreprises dans le dépistage et le licenciement des employés vivant avec le VIH à Abidjan (Côte-d'Ivoire)</i> | 613 |
| 36. Joseph TONDA — <i>Les spécialistes non médicaux congolais et le problème de la connaissance scientifique du sida</i> | 631 |
| 37. Thomas M. PAINTER — <i>Livelihood mobility and AIDS prevention in West Africa. Challenges and opportunities for social scientists</i> | 645 |
| 38. Damien RWEGERA — <i>Le sida en situation extrême</i> | 667 |
| Conclusion | 677 |
| Jean-Pierre DOZON — <i>Des appropriations sociales et culturelles du sida à sa nécessaire appropriation politique : quelques éléments de synthèse</i> | 679 |
| Jean-Pierre DOZON — <i>From the social and cultural appropriations of AIDS to necessary political appropriations : some elements towards a synthesis</i> | 689 |
| Note sur les auteurs / Note on Contributors | 701 |
| Note sur les éditeurs / Note on Editors | 703 |
| Table des matières / Contents | 705 |