

Article

« Représentations du sida et pratiques populaires à Kinshasa »

Brooke Grundfest Schoepf

Anthropologie et Sociétés, vol. 15, n°2-3, 1991, p. 149-166.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/015180ar>

DOI: 10.7202/015180ar

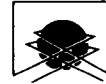
Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

REPRÉSENTATIONS DU SIDA ET PRATIQUES POPULAIRES À KINSHASA



Brooke Grundfest Schoepf*

Les sciences sociales investissent le terrain intellectuel des relations, parfois très complexes, entre les maladies, les malades et leurs milieux. La production sociale des maladies est l'objet, en Afrique, de nombreuses études historiques, surtout depuis les deux dernières décennies (Hartwig et Patterson 1978 ; Feierman 1985 ; Schoepf 1991 ; Cordell et Gregory 1987). L'éclosion du sida offre une occasion unique d'étudier par des méthodes ethnographiques les relations qui se tissent entre la société et la maladie (Schoepf 1991). Des recherches fondamentales en anthropologie médicale sur le changement social, les rapports entre les réponses à la maladie, l'économie politique et la culture, la persistance des structures sociales et des représentations populaires peuvent contribuer à la résolution des problèmes que pose la prévention. Elles sont indispensables pour éclairer la dynamique entre comportements individuels et rapports sociaux (Schoepf 1975, 1988).

En Afrique, au moins 80% des infections par le VIH sont transmises par voie hétérosexuelle (N'Galy *et al.* 1988). Dans les grandes villes du Zaïre, les taux d'infection parmi la population jeune et sexuellement active étaient estimés à 6 à 8% en 1986 (N'Galy *et al.* 1989). La monogamie mutuelle à vie, l'emploi correct et constant des préservatifs, sont les seuls moyens de se prémunir contre l'infection par voie sexuelle. Or, de tels moyens de prévention s'avèrent particulièrement difficiles à appliquer. En plus des contraintes affectives, le sang, le sperme et les rapports sexuels revêtent des significations cosmologiques dans la plupart des cultures centre-africaines. Il est essentiel de comprendre la construction culturelle du sida et ses liens avec les relations sexuelles, la procréation, le mariage et les croyances connexes pour mieux interpréter les réactions à la maladie. Leur analyse permet d'appréhender ces liens avec l'économie et la société¹. La crise prolongée

* Ce texte est basé sur la Bunting Lecture présentée au Radcliffe College, Harvard University, le 13 décembre 1989. Depuis 1987, les recherches dont nous faisons état ont été financées conjointement par le Conseil exécutif (Gouvernement) du Zaïre, la fondation Rockefeller, la fondation Wenner Gren, OXFAM/UK et Mother-Child International. Que tous ces organismes trouvent ici l'expression de nos vifs remerciements. L'auteure remercie aussi ses collaborateurs de l'équipe CONNAISSIDA, notamment le professeur Payanzo Ntsomo, actuellement commissaire d'État à l'Enseignement supérieur et à la Recherche scientifique, le Dr Rukarangira wa Nkera, consultant à l'OMS, la citoyenne Walu Engundu et M. Claude Schoepf. Cependant la responsabilité de cet article n'incombe qu'à son auteure.

1. Ces liens sont explicités davantage dans nos publications.

de l'économie politique zaïroise a fait l'objet de nombreux ouvrages². Sa compréhension peut servir à aider la population à faire face aux contraintes qui s'opposent à la prévention. Une méthodologie scientifiquement adéquate et responsable cherchera à établir des liens entre la société globale et la microsociologie (Stavenhagen 1971). Elle suggérera aussi des interventions aptes à induire des changements nécessaires pour limiter l'ampleur de la pandémie.

Épidémiologie sociale

La portée exacte de l'épidémie du VIH en Afrique reste à déterminer. Il existe très peu d'études de séroprévalence basées sur des échantillonnages aléatoires représentatifs des villes, et encore moins de pays entiers. La représentativité des échantillons basés sur la visite des unités domestiques est difficile à assurer. Les personnes à risque vivent au surplus d'activités irrégulières et sont souvent plus mobiles que le reste de la population. De plus, elles ont intérêt à échapper à la surveillance officielle (voir Ankrah 1989). Cependant, quelques études de populations « sentinelles » indiquent l'envergure du problème au Zaïre. On peut identifier certaines situations où les risques sont très élevés. Tel est le cas des femmes à partenaires multiples lors des rapports non protégés (Mann *et al.* 1988). Les risques augmentent en présence de maladies sexuelles non traitées, et celles qui vivent principalement de la vente des services sexuels à bon marché sont les plus exposées. Le taux de séropositivité d'une cohorte de prostituées à Kinshasa est monté de 27% en 1985 à 40% au milieu de l'année 1988 (Nzila *et al.* 1988). Le nombre de partenaires représente aussi un facteur de risque. Dans un réseau semblable d'un quartier périphérique, les femmes ont déclaré avoir servi de un à sept clients par journée de travail. Les jeunes femmes célibataires qui, occasionnellement, ont des partenaires anonymes et refusent l'identification professionnelle et l'emploi du préservatif, signe stigmatisant de celle-ci, sont elles aussi très exposées.

Des études de dépistage chez des travailleurs d'un grand hôpital ont permis de comparer l'évolution de la situation entre des cohortes différentes. En 1984 à Kinshasa, 6,4% de ceux-ci étaient séropositifs (Mann *et al.* 1986). Deux ans plus tard, la séroprévalence est passée à 8,7% (N'Galy *et al.* 1988). Parmi les médecins, le chiffre avait varié de 4 à 5,6%. Chez les femmes en dessous de trente ans, la plupart célibataires, 16,9% étaient séropositives en 1986. Dans des services de santé avoisinants, des taux de 8,4% ont été enregistrés pour des parturientes, la plupart mariées, et de 6,5% pour des hommes donneurs de sang en 1986 (N'Galy *et al.* 1989), tandis que dans les hôpitaux, les taux dans les maternités étaient de 4 à 6%. On estime qu'environ 32 000 Kinois, âgés de 20 à 40 ans, ont été infectés entre 1985 et 1986 (N'Galy *et al.* 1988). Des études épidémiologiques ultérieures suggèrent que la situation est restée stable par endroits à Kinshasa, de 1986 à 1988. Il en est ainsi dans les maternités hospitalières et dans deux grandes entreprises. Néanmoins, le danger persiste, surtout parmi la population jeune et sans emploi :

2. Par exemple, Gran (1979); Gould (1980); Schoepf et Schoepf (1981, 1987); Callaghy (1984); Jewswiewicki (1984); Schoepf (1985, 1987); Nzongola-Ntalaja (1986); Young et Turner (1985); MacGaffey (1987, 1991); Schatzberg (1988); Newbury et Schoepf (1989); Schoepf, Walu *et al.* (1991).

environ la moitié des séropositifs sont âgés de 15 à 25 ans. L'importance des populations à risque au Zaïre, quoique inférieure à celles d'autres régions d'Afrique centrale, indique l'urgence des campagnes de prévention.

Cherchant à identifier des pratiques sexuelles qui favorisent la transmission du virus, les épidémiologistes ont établi une série de catégories de personnes, qu'ils ont appelées « groupes à risque ». Il ne s'agit cependant pas de groupes sociaux dont les interactions ou l'identité seraient communes. Cette catégorisation aboutit à la stigmatisation et à des totalisations hâtives, tel le cas des « quatre H » aux États-Unis : homosexuels, hémophiles, Haïtiens et consommateurs d'héroïne par voie intraveineuse. La croyance populaire a attribué ainsi le danger de contagion à toutes ces catégories désignées. Cependant, un tel marquage est réducteur ; il est facile d'établir une distinction, nécessaire, entre un comportement et une identité. En revanche, nombre de personnes sont hors de portée de ce catalogage, bien que leurs pratiques sexuelles soient risquées ou non protégées (Parker 1987 ; Schoepf 1988). En Afrique, la contagiosité n'est pas limitée à une catégorie déterminée de gens (Quinn *et al.* 1986) ni à des pratiques sexuelles particulières. Par conséquent, une campagne qui viserait surtout les prostituées et leurs clients serait déficiente. Comme les risques augmentent avec le nombre de partenaires ou avec celui des contacts avec un seul partenaire séropositif, elle devrait viser tous ceux qui, actuellement ou dans les dix dernières années, ont eu des rapports sexuels non protégés.

Au Zaïre, comme ailleurs dans la région, le sida est surtout prévalent dans les milieux urbains. Mais, contrairement à la norme pour l'Afrique continentale, où de 75 à 90% de la population vit en milieu rural, la population zaïroise est fortement urbanisée. En 1986, 42% de celle-ci vivait dans des agglomérations de plus de cinq mille habitants. Quant aux milieux ruraux, ils ne seront pas épargnés dans l'avenir. Peu d'études existent, mais, selon les médecins, la situation évolue. Si les taux de séroprévalence des échantillons prélevés au village de Yambuku, situé sur l'équateur, en 1976 et 1986, sont restés similaires — 0,8% (Nzila *et al.* 1988) — cela nécessite une explication. En fait, le « village » de Yambuku n'est ni « traditionnel » ni typique³. Il s'agit d'une agglomération regroupée autour d'une mission religieuse avec son école, son hôpital et son commerce. Dans cette communauté, il est possible que le contrôle social et économique limite les risques d'infection.

Toutefois, ces faibles taux en milieu rural ne devraient pas conduire à la complaisance. On se rappellera que, de longue date, les petites agglomérations ont été des carrefours pour le commerce, des zones de passage et de brassage de populations itinérantes (voir Vail 1989). On peut compter sur les échanges et la crise économique pour propager l'infection à travers la région si les campagnes de prévention n'atteignent pas la population de manière efficace. Dès 1986, CONNAISSIDA a proposé d'animer des ateliers de sensibilisation sur les bateaux

3. Selon plusieurs interlocuteurs, la sexualité « traditionnelle » dans cette ethnie ne serait pas une barrière à la transmission du virus.

qui participent au commerce fluvial⁴. Au port de Bumba, à 110 kilomètres de Yambuku, 11 % des femmes non mariées dont le sang a été testé en 1986 étaient séropositives (Nzila *et al.* 1988). En 1987, des villages du Bas-Zaïre étaient notoires pour le nombre d'enterrements de femmes revenues de Brazzaville et réputées mortes du sida. La migration des femmes en quête de clients est un phénomène assez répandu. Les liens entre le sida et le commerce de longue distance résultent des relations sexuelles structurées aussi bien que des rapports occasionnels (Rukarangira et Schoepf 1991). Un tiers des camionneurs testés à Kampala en 1988 étaient séropositifs ; leur réseau s'étend à travers la région centre-africaine (Carswell *et al.* 1989). Dans la ville de Bandundu et dans un hôpital rural avoisinant de bonne réputation, des malades diagnostiquées à Kinshasa étaient revenues se faire soigner dans leurs familles d'origine (H. Makyla, rapport de terrain, avril 1990).

Il est difficile de prévoir l'impact futur du sida, tant sur les familles que sur la société. Piot *et al.* (1987) calculent que là où l'infection par le VIH atteint 5 % de la population, la mortalité (due non seulement au sida proprement dit mais aussi aux maladies opportunistes) serait d'environ 5 000 par million d'habitants. À Kinshasa, avec une population estimée à trois millions et demi, cela représente plus de 15 000 morts par an. Étant donné la pénurie et le coût des services biomédicaux, la plupart de ces malades ne sont pas hospitalisés. Leur charge incombe aux femmes, souvent assez âgées et sans ressources (Schoepf 1988). Les conséquences de tant de décès de personnes adultes sur les sociétés et cultures africaines dépasseront de loin les effets économiques qui sont l'objet de la plupart des analyses⁵. L'histoire des épidémies en Afrique et le contexte actuel suggèrent une vision plus sombre de l'avenir (Schoepf 1991).

Représentations populaires

Entre 1985 et 1990, les chercheurs du projet CONNAISSIDA ont mené des enquêtes ethnographiques à Kinshasa, la capitale du Zaïre, qui compte près de trois millions et demi d'habitants. À Lubumbashi, la deuxième ville, capitale du cuivre, dont la population est estimée à plus d'un demi-million, des entrevues dirigées ont été réalisées en 1987 et 1988. Les enquêteurs ont interrogé plus de 800 personnes : des membres de leurs réseaux sociaux mais aussi des ouvriers d'une grande entreprise ou des femmes d'un quartier populaire, ne négligeant pas l'observation participante, quand elle fut possible. D'autres entrevues ont été menées en 1989, dans la ville de Bandundu et dans des villages avoisinants, au cours d'une enquête socio-économique⁶. Ces recherches en équipe ont permis de mieux fonder les dimensions socio-économique, politique et affective de la maladie. De plus, à

-
4. Durant les 10 à 15 jours du trajet, les passagers vivent en contact intime, commerçant entre eux et avec les riverains. Un de nos collaborateurs a étudié la faisabilité de vente de préservatifs pour le Projet de Marketing Social. Comme la plupart des femmes offrant leurs services sexuels à bord ont refusé de répondre à ses questions, cela suggère que le sida a provoqué de nouvelles occasions de harcèlement des commerçantes par les agents de l'État, une tendance déjà évidente en réponse à la crise économique (Schoepf et Schoepf 1987).
 5. L'optique purement technique de certaines analyses démographiques et économiques, qui tend à minimiser les effets de la mortalité due au sida, semble peu réaliste (Schoepf 1991).
 6. Enquête menée en 1989 par la citoyenne Makyla Hatayana.

Kinshasa, des recherches-actions ont permis d'associer les participants à la résolution des problèmes que pose la prévention du sida dans des milieux différents. L'étude en profondeur a clarifié tant les changements que les résistances.

Au début, pour la plupart des Zaïrois, le sida n'était qu'un « Syndrome Imaginaire pour Décourager les Amoureux ». Il aurait été inventé par des Européens pour qui les Africains jouissent trop de leur sensualité légendaire. On peut voir dans ce refus une défense culturelle contre « l'exotisme » construit par le racisme occidental et la menace que représente une maladie sexuellement transmissible, fatale et sans remède (Schoepf 1991, 1992). La campagne nationale menée dans les médias de masse en 1987 et le disque d'un musicien renommé, le feu Franco (Luambo Makadi), ainsi que le nombre croissant de décès, réussirent à convaincre la plupart des citoyens sceptiques de la réalité pénible du sida. Presque tous savaient que l'infection est transmise par le contact sexuel et par le sang, qu'il faut réduire le nombre de partenaires et éviter les prostituées. La transmission verticale et le phénomène de porteurs d'infection apparemment sains étaient moins connus. Mythes et malentendus existaient, comme partout ailleurs.

L'augmentation des connaissances ne suffit pas à changer les comportements⁷ : les êtres humains ne sont pas des récipients vides dans lesquels il suffit de verser le vin nouveau de l'information sanitaire (Polgar 1962). Ils possèdent déjà des connaissances, adoptent des attitudes et vivent dans des situations historiquement déterminées qui orientent leurs comportements. Les nouvelles informations, parfois contradictoires, en demeurent marquées. L'analyse fait ressortir des contraintes cognitives, culturelles, socio-économiques et émotionnelles qui entravent les changements. Quelques blocages cognitifs tiennent à des notions pré-existantes sur la maladie. Parfois ils sont basés sur des conceptions locales des fluides corporels, dont voici un exemple : le sida se transmettrait par les urines, bien que cette notion étiologique ne figure pas dans les réponses aux questions directes. Elle ressort des entretiens en profondeur, lorsque des gens peu instruits en biomédecine posent des questions en toute confiance. Cette conception est similaire à celle de la transmission de la blennorragie, souvent attribuée au fait d'avoir marché à l'endroit où a uriné une personne infectée. Cette croyance semble à son tour dérivée de la pratique de déposer à la croisée de chemins un objet attirant (actuellement un billet de banque) qui aurait été frotté sur le corps de la personne affligée. Celle qui ramasse l'objet endosse le malheur : la première victime se trouve ainsi soulagée. Cette conception de la guérison de l'un liée à la contagion de l'autre est assez répandue dans la région (voir aussi Ngubane 1976 ; Prins 1979), en ville et dans les campagnes. De plus, pour certains hommes, les symptômes de MTS sont une preuve de virilité. Bénigne chez l'homme, l'infection sera transmise au partenaire féminin, chez laquelle elle peut causer l'avortement ou la stérilité.

L'effet prophylactique du préservatif est connu d'une minorité des citoyens, mais son emploi n'est pas très apprécié. On le condamne parce qu'il empêche la conception et ne serait pas « naturel ». De telles résistances ont aussi des significations affectives. Même ceux qui ne l'ont jamais essayé sont convaincus que le préservatif diminue le plaisir de l'homme et encourage les femmes à la liberté

7. Un grand nombre d'études CAP menées par sondage présentées au 1^{er} SIECS en octobre 1988 s'accordent sur ce point.

sexuelle. On dit que ce serait comme « manger une banane avec la peau »⁸. Certaines femmes aussi ont mentionné que l'emploi du préservatif limitait leur jouissance, par exemple l'émotion forte ressentie lors de l'éjaculation du partenaire⁹. Pour ceux qui désirent une progéniture nombreuse, l'effet contraceptif du préservatif le rend peu attrayant. Comme la procréation est le but des mariages officiels et coutumiers, ceci est une affaire de famille qui dépasse le couple. Hommes et femmes pensent que son emploi peut entraîner des conséquences fâcheuses pour la femme, par exemple la maladie et la stérilité. En effet, beaucoup estiment que la femme a besoin de rapports réguliers avec dépôt de sperme, une force vitale assimilée aux « vitamines », pour la maintenir en bonne santé¹⁰. Certains craignent que si le préservatif glisse pendant le coït, il reste dans le vagin et, tel un serpent, remonte dans l'utérus et provoque la maladie. Nombreux sont ceux qui croient encore que l'apport du sperme paternel durant toute la grossesse est nécessaire à la bonne croissance du fœtus. Finalement, l'association du condom avec les programmes de contrôle de la population prônée par des gouvernements occidentaux a provoqué un refus politique chez plusieurs (Schoepf 1988 ; Schoepf, Rukarangira *et al.* 1988). Ce sont autant de croyances qui ne transparaissent que lorsque les interlocuteurs se sentent à l'aise. Pour ceux-là, le préservatif n'est pas seulement une technologie à maîtriser, mais un obstacle dans le processus du développement humain.

Il serait pourtant erroné de conclure que les significations de ces réactions populaires sont un frein permanent aux changements (Schoepf, Rukarangira *et al.* 1988). Une fois conscients du danger et placés dans une situation qui leur permet d'explorer des solutions appropriées, les gens tendent à réorienter leurs idées. Toutefois le folklore qui entoure le préservatif confirme que les transferts de technologie ne sont jamais neutres. Ils sont vite réinterprétés dans un sens déterminé, pouvant entraîner des conséquences psychologiques et sociales. D'autres difficultés résultent de fausses informations. Par exemple, en 1986-1987, nous avons entendu à la radio que les moustiques et les baisers transmettent le VIH ; que les préservatifs ne protègent pas ; que tel praticien traditionnel guérit le sida ; qu'il existe un vaccin, voire un médicament efficace. À la fin de novembre 1987, le Gouvernement a annoncé la découverte d'un médicament efficace, le MMI. Certains ont cru que le sida était désormais équivalent des autres MTS et ont cessé de le redouter et de se protéger. D'autres malentendus proviennent de la rumeur, plus puissante que les ondes officielles dans les villes où les familles qui possèdent des postes de radio (et a fortiori de télévision) sont minoritaires¹¹. Leur ténacité n'est pas vaincue par la pédagogie des médecins du Comité National de Lutte Contre le SIDA. Lorsque les gens sont persuadés qu'il n'existe pas de protection effective

8. Les expressions équivalentes en anglais sont : « manger un bonbon avec le papier d'emballage » ou « prendre une douche vêtu d'un imperméable ».

9. Excitantes pour certaines, tendres pour d'autres, parfois les deux à la fois, ces émotions et l'expressivité post-coïtale qu'opère la femme par ses muscles vaginaux (Schoepf 1988) sont réprimés par l'emploi du préservatif.

10. Ainsi, dans plusieurs ethnies, on acceptait qu'une femme délaissée par son mari, divorcée ou veuve, ait des partenaires occasionnels ou réguliers à des fins hygiéniques.

11. Ce problème est encore plus aigu en milieu rural.

contre l'infection du VIH, ils deviennent « fatalistes » et tendent à réduire ou à refuser les changements de comportements.

La sur-information peut aussi constituer un frein. La transmission sexuelle étant de loin la plus fréquente, l'égle insistance sur les autres voies de transmission (surtout les seringues) et la pléthore d'informations biologiques (sur l'action du virus et les symptômes) sont autant de « bruits » dans le système de communication. Ils tendent à détourner l'attention des messages principaux. De même, les lames tranchantes utilisées par les thérapeutes traditionnels ne semblent pas être une source notable d'infection. La presse étrangère a mis en vedette ces pratiques « exotiques » alors que d'autres, journalières, telles que le partage des lames de rasoir, seraient de loin plus fréquentes. Dans plusieurs dispensaires, l'hygiène est rudimentaire et l'équipement insuffisant ; ainsi des seringues et aiguilles non stérilisées sont souvent employées. Cependant, par comparaison avec la transmission sexuelle, les autres voies de transmission ne semblent pas très importantes (Mann *et al.* 1986 ; N'Galy *et al.* 1988)¹². Parmi ceux qui en ont les moyens, l'achat de seringues jetables était le changement le plus fréquemment mentionné. Souvent, c'était le seul, même parmi ceux qui avaient plusieurs partenaires sexuels. L'un des conseils diffusés à partir de l'Europe : procréer uniquement avec une « personne sûre », soulève des frustrations. Comment déceler une personne sûre ? Même pour ceux qui peuvent s'offrir ce luxe, les tests de séropositivité ne sont pas une solution facile¹³. Le dialogue entre partenaires se révèle difficile bien qu'essentiel, car lorsque le taux d'infection s'élève à 5%, l'emploi du préservatif est conseillé (Fineberg 1988). En effet, la conscience du risque personnel est nécessaire pour déclencher des comportements protecteurs. Un tiers environ de nos interlocuteurs disent ne pas craindre la transmission sexuelle. Ils sont soit célibataires et s'abstiennent de relations sexuelles, soit monogames et convaincus de la fidélité de leur partenaire. Parmi ceux qui sont exposés, les femmes se montrent en général plus conscientes du danger. Certaines savent que leur mari a plusieurs partenaires ou l'en soupçonnent. Elles craignent l'infection éventuelle de leur mari, puis la leur. Ces épouses ne peuvent aborder le sujet du préservatif par peur d'une réaction défavorable du mari. C'est dire que la conscience du risque, nécessaire, n'est pas suffisante. Il faut aussi avoir le pouvoir d'agir, ce qui n'est pas le cas pour beaucoup de femmes, mariées ou non (Schoepf 1988, 1992 ; Schoepf, Walu *et al.* 1991)¹⁴.

-
12. Il existe très peu de malades parmi les enfants de 5 à 14 ans, qui reçoivent souvent des piqûres dans des dispensaires de quartier. Ceci s'explique par le fait qu'à l'encontre de la pratique commune parmi les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, on ne fait pas remonter le sang dans la seringue mais on injecte le médicament directement et le plus souvent dans un muscle et non dans un vaisseau sanguin.
 13. Certains médecins occidentaux recommandent les tests de VIH avant le mariage. Ce conseil n'est applicable que par les gens aisés car le prix actuel des tests de séropositivité avec confirmation par Western Blot le rend hors de portée de la grande majorité. Pour être certain de la validité d'un résultat négatif, le test doit être renouvelé après six mois, période durant laquelle les deux partenaires doivent soit s'abstenir, soit employer fidèlement le préservatif lors de tous les rapports sexuels.
 14. Plusieurs communications du V^e Congrès international sur le sida ont relevé la même situation en Occident comme dans le tiers monde.

Parmi les hommes aux partenaires multiples, le refus du préservatif est assez net chez les plus âgés et les moins instruits. Pour les hommes jeunes et assez instruits, son emploi avec des partenaires occasionnelles semble se généraliser à Kinshasa. Malgré les inconvénients, la conscience du risque et la grande disponibilité d'un produit assez fiable et de prix abordable a mis cette pratique à la mode (Rukarangira et Schoepf 1989). Moins d'une année après son introduction et à la suite d'une campagne publicitaire vigoureuse dans les quartiers, la marque d'un préservatif, Prudence, a fini par désigner l'objet lui-même parmi les étudiants de l'université et ensuite parmi les femmes pauvres qui leur prodiguent des services sexuels à bon marché (interviews juillet 1988¹⁵). Si beaucoup de femmes savent que leurs maris ont des rapports extra-maritiaux ou les en soupçonnent, les hommes aussi ont de tels doutes. Ils peuvent, par contre, imposer l'emploi du préservatif même au foyer et quelques-uns le font. D'autres y ont recours à l'extérieur, mais hésitent à aborder le sujet avec l'épouse par crainte de récriminations du genre : « Comment ! Tu me soupçonnes d'infidélité ? » Peu envisagent la possibilité qu'ils pourraient déjà être infectés. D'autres méprises sont à noter. Par exemple, les hommes qui disent, malgré leurs multiples partenaires : « Je fais attention ; je ne vais pas avec n'importe qui. » « Faire attention » signifie maintes choses, notamment : je connais mon partenaire ; je vais avec d'anciennes copines ; je choisis des femmes bien en chair ; je cherche des femmes en banlieue ; je choisis de très jeunes filles. De telles déclarations sont assez fréquentes. Mais plusieurs hommes affirment avoir moins de partenaires. Cela témoigne que les recommandations d'éviter les prostituées ont été entendues, mais sont parfois interprétées d'une manière qui diverge de l'intention des autorités. Beaucoup d'hommes sont encore au stade du marchandage. Ils cherchent un compromis qui diminue les risques sans pour autant éliminer la fréquentation. La grande valeur attribuée à la variété des partenaires sexuels rend la fidélité peu attirante. Rester fidèle est appréhendé comme « une entrave aux droits de l'homme », pour citer un informateur ; « le sommet de l'ennui », selon un autre. Quelques femmes partagent cet avis ; cependant, ne peuvent agir ouvertement dans ce sens que celles qui disposent de ressources matérielles sans l'aide d'un partenaire stable et pour qui le mariage n'offre pas assez d'avantages pour compenser ses inconvénients. Ainsi, une femme médecin âgée de 32 ans avait refusé le mariage et n'avait pas encore changé ses habitudes, en 1988 :

J'aime les beaux gosses ; ils m'excitent et mon travail offre des occasions. Je fréquente aussi quelques magnats (hommes importants et fortunés) car ils m'aident lorsque j'ai besoin d'équipement pour mon cabinet particulier (entrevue, juillet 1988).

Son attitude reflète des pratiques communément attribuées à sa profession — à prédominance masculine — ainsi que la possibilité qu'ont les femmes de recevoir des cadeaux de valeur. Éviter de penser aux risques faisait partie intégrante de son style de vie. Certaines femmes, surtout des épouses de bourgeois, essaient d'attirer leurs maris dans les groupes de prière pour soutenir, grâce à la religion et à la pression sociale, la monogamie. Pour celles des classes moyennes et populaires, cette stratégie représente aussi une tentative de ramener le salaire au foyer principal. À part les privilégiés, peu d'hommes sont capables de supporter

15. Le Projet de Marketing Social du Département de santé publique a suivi les conseils de l'auteure (juin 1986) en basant sa stratégie publicitaire sur la prévention du sida au lieu de promouvoir le contrôle des naissances.

les dépenses de plusieurs ménages en cette période d'hyperinflation, et les apports monétaires de la plupart des femmes sont de moins en moins suffisants (Schoepf 1988, 1991 ; Schoepf, Walu *et al.* 1991).

Nos interlocuteurs parlent de situations qui limitent le plaisir sexuel. Ces situations dépassent de loin l'effet des coutumes dites « traditionnelles » dans la persistance de la pluralité sexuelle. Comme dans d'autres milieux où la contraception efficace manque, beaucoup de femmes craignent les grossesses rapprochées. Les pauvres sont surchargées de travaux domestiques, auxquels s'ajoute la recherche d'argent pour la nourriture (Schoepf et Walu 1991). À la fatigue et au trac, il faut ajouter l'exiguïté des logements qui ne favorise pas l'épanouissement de l'amour conjugal ou la satisfaction sexuelle de la femme. Ce sont autant de facteurs qui inhibent l'intimité du couple, prêtent à la mésentente et conduisent le mari, et parfois la femme, à chercher ailleurs le plaisir, la gaieté et la douceur. Pour ceux qui maintiennent « qu'en restant avec une seule personne la vie perd de sa saveur », les messages doivent être explicites sur les risques qu'ils courent et font courir à leurs familles, surtout aux enfants. Puisque la progéniture signifie l'accès à l'immortalité, le respect social et le statut honorable d'ancêtre, les réseaux lignagers et claniques offrent des possibilités de sensibilisation. Frères et sœurs, même classificatoires, ne peuvent aborder la sexualité qu'indirectement ; les thérapeutes traditionnels sont des interlocuteurs privilégiés dans ce domaine ; ils peuvent « réinventer » des traditions pour légitimer le préservatif.

Pour maintes personnes, la situation socio-économique bloque les changements. Les effets de la crise économique sont la préoccupation primordiale de la vaste majorité. La situation des femmes pauvres et peu scolarisées qui vivent de la vente des services sexuels est particulièrement dramatique. Sans qualifications adéquates pour obtenir du travail salarié et sans capitaux et autres ressources indispensables pour le commerce, la plupart se voient contraintes de continuer malgré les dangers. Au début, elles ont fui la réalité amère, mais depuis la campagne de prévention, elles savent que le sida tue. Néanmoins, elles sont souvent « fatalistes », car leur problème immédiat de survie les empêche de suivre la solution préconisée : cesser leur métier. Quelques-unes connaissaient le préservatif mais ne savaient pas qu'il pouvait protéger contre le VIH. D'autres l'ont appris, mais en abandonnèrent l'usage lorsque des clients, mal informés, mirent en doute son efficacité. La situation est cependant en pleine évolution : à la fin de 1989, deux femmes d'un réseau *mingando*, des professionnelles du sexe commercial, sont mortes. Depuis, la plupart disent employer les préservatifs régulièrement. Celles qui ne sont pas des professionnelles sont acculées par les conséquences de la crise à chercher des « pneus de rechange » lorsque leurs partenaires réguliers ne fournissent pas l'argent nécessaire à leur entretien. De même, la plupart des salariées, surtout les célibataires, sont obligées de trouver un supplément. D'ailleurs, n'étant que trop visible en 1988, le sida a été re-baptisé « Salaire Insuffisant Depuis des Années ». Le refus du préservatif par ces femmes va de pair avec leur refus du statut tant dénigré de prostituée professionnelle. Ces remarques montrent qu'il faut analyser les comportements, au lieu de regrouper artificiellement les individus dans

des « catégories à risque », et étudier les situations concrètes qui mettent les gens en danger¹⁶.

La pratique des partenaires multiples est soutenue par la sociabilité des groupes informels d'amis et les relations de clientèle. L'amant reconnaissant peut offrir non seulement de l'argent, mais aussi des avantages dûs à son rang et à son milieu, pour obtenir des autorisations, des produits à vendre, un emploi dans le secteur formel, etc. Ces situations témoignent d'une société en crise. Quoique beaucoup de femmes seraient prêtes à abandonner la multiplicité des partenaires dès qu'elles comprennent le danger du sida, les circonstances socio-économiques extrêmement défavorables les en empêchent. Aussi, y a-t-il lieu de créer pour elles des emplois. Des campagnes préconisant l'abstinence ont peu d'écho. Dans ces milieux, le moralisme (voir Mvumbi 1987) est contre-productif car, au lieu d'augmenter les sentiments d'efficacité, il conduit au fatalisme. Tous ont pourtant besoin d'apprendre à utiliser des préservatifs avec régularité et d'en disposer à très bas prix et ce tant dans les grandes villes que dans les petites agglomérations.

Des résistances légitimées par la tradition sont repérables, par exemple certains hommes disent que les jeux érotiques ne sont pas admis avec la première épouse, argument contesté par les femmes qui y voient un prétexte justifiant les partenaires multiples. Ainsi en est-il de la polygamie, associée presque partout au haut rang social, à la richesse et au pouvoir politique. En dépit des discours moraux durant la période coloniale, la polygynie a pris un essor considérable. Elle était favorisée par l'imposition des cultures obligatoires et le renforcement de la domination masculine par les tribunaux « coutumiers » locaux présidés par les hommes chefs et notables. Elle persiste actuellement en milieu rural où les femmes continuent à fournir la majeure partie de la main-d'œuvre agricole et domestique. En ville, la sociabilité, le respect et l'affirmation de l'identité masculine reposent d'une manière générale sur la domination des femmes. La sexualité en tant qu'expression du pouvoir inégal est assez répandue. Les coutumes du groupe au pouvoir auraient, selon certains, donné le ton à la société entière. Cette situation est trop générale en Afrique et ailleurs pour que l'ethnicité soit une explication suffisante ; néanmoins, endiguer l'extension du VIH demande non seulement l'augmentation des ressources économiques des femmes mais aussi celle de leur pouvoir socio-politique.

Croyances, culture et action sociale

Nous avons vu que des valeurs anciennes : le désir d'engendrer beaucoup d'enfants, les liens entre la sexualité, la santé et la procréation et le caractère des relations sociales actuelles entre hommes et femmes rendent difficile l'emploi du préservatif parmi les couples stables, dont une proportion importante est déjà séropositive. Beaucoup d'observateurs sont d'avis que les Africains n'adopteront pas le préservatif, peu apprécié, et parce que la maladie est imputée à la sorcellerie, à Dieu ou aux esprits. Les gens ont une vision pluraliste (voir par exemple Foster et Anderson 1978) des notions étiologiques, contrairement aux affirmations simplistes

16. Les « groupes à risque » des épidémiologistes sont en fait des catégories sociales et non des groupes socialement constitués par l'interaction structurée des membres, qui en acquièrent une identité.

de certains anthropologues. On croit à la sorcellerie mais aussi à l'infection microbienne ou encore à la prédestination, tout en mesurant les risques. Souvent, on conjugue le recours aux diverses traditions médicales, africaine et occidentale¹⁷. Une littérature abondante atteste de ce pragmatisme des Africains (voir Gillies 1976; Frankenberg et Leeson 1976; Ngubane 1976; Schoepf 1976; Bibeau *et al.* 1977; Janzen 1978). Les praticiens traditionnels conseillent la prévention, y compris les préservatifs. Ils ont même réinterprété la cosmologie traditionnelle pour justifier leur recours dans la famille.

Les modèles de « sexualité africaine » (Caldwell *et al.* 1989; Larson 1989) ne sont pas en mesure de rendre compte de la diversité des pratiques sexuelles dites « traditionnelles »¹⁸. Au Zaïre, cette diversité s'étend notamment aux normes sexuelles prémaritales, aux relations permises aux personnes mariées, à la manière de faire l'amour. De plus, le renouvellement des pouvoirs d'un chef, la réglementation des pluies, la sortie du deuil pour une veuve, la naissance et le mariage des enfants, l'hospitalité entre hommes et les relations de clientèle étaient accompagnés de rapports sexuels, obligatoires dans bien des cas. Des rites appropriés de purification s'imposaient quand on estimait des rapports sexuels polluants ou dangereux. Plusieurs groupes avaient des périodes de liberté quasi totale dans des circonstances désignées. D'autres faisaient grand cas de la virginité prénuptiale des filles et de la fidélité des épouses.

Par contre, parler de sexualité était inconsideré dans maints contextes. Le sujet demeure tabou en Afrique, bien plus qu'il ne l'est sous l'emprise du puritanisme en Amérique du Nord. On peut attribuer cette attitude à l'idéologie chrétienne fondamentaliste (doublée comme ailleurs d'hypocrisie), mais aussi à la construction raciste de l'Africain opérée par nombre de discours depuis plusieurs siècles¹⁹.

Tout en reconnaissant les résistances aux changements, nos interlocuteurs ne partagent pas l'idée que la culture soit une entrave permanente. Certains citent les pratiques médicales où des solutions pluralistes sont possibles. D'autres notent le brassage des coutumes sexuelles dont ils ont l'expérience. Ils sont persuadés que les craintes associées au préservatif peuvent être surmontées, grâce à une meilleure exposition des risques encourus et de la protection qu'offre le condom. Parmi ceux-ci figurent des ouvriers, des femmes à partenaires multiples, des femmes mariées à l'église, des thérapeutes traditionnels et des étudiants. Voici, par exemple, ce que pense un groupe d'ouvriers :

Il ne faut pas croire que l'homme africain ne peut pas changer ! Mais il ne faut pas nous demander l'impossible. On ne deviendra pas monogame de sitôt, mais on peut apprendre à employer le préservatif. On ne l'aime pas mais entre la vie et le risque d'une mort effroyable,

17. Parfois le choix est fait par l'individu ou sa famille ; parfois ce sont les médecins qui renvoient soit le malade, soit la famille avec le conseil : « Allez régler vos affaires en famille. » Parfois aussi on a recours d'abord, voire exclusivement, aux thérapeutes traditionnels, surtout dans le domaine des troubles sexuels. Même les médecins ont recours aux guérisseurs lorsqu'ils sont affligés de problèmes de santé que la biomédecine locale ne peut résoudre.
18. Pour un parcours exotique de l'Afrique, voir Hrdy (1987); Pellow (1990) offre une vision plus cohérente de cette diversité à l'échelle continentale.
19. Voir Schoepf (1992) et Watney (1989) pour des exemples de cette construction et ses applications au sida en Afrique.

les hommes comme nous vont choisir la vie. Dire que l'homme africain ne peut pas changer, c'est faux ! Nous voulons tous avoir des descendants, donc il faut vaincre le sida (mars 1989).

À leur avis, la stratégie appropriée est le *safe sex* et non la monogamie à vie, bien que le sida puisse transformer la vie des couples. Or, la campagne officielle de prévention a raffiné les messages, depuis la fin de 1989, en les adaptant à la réalité vécue. Les informations demeurent malgré tout difficiles à suivre. Nos interlocuteurs souhaitent des renseignements supplémentaires et éprouvent le besoin de poser des questions directes, de tester la compréhension nouvellement acquise dans diverses situations. Les parents aimeraient que la prévention atteigne leurs enfants. Ils expliquent par ailleurs le peu de changements par le manque d'éducation interactive, le prix des préservatifs, leur qualité souvent mauvaise et le quasi-silence officiel à leur sujet.

Au Zaïre comme ailleurs, la contrainte majeure tient au conservatisme de ceux qui prônent la monogamie comme seul moyen de prévention, sans reconnaître que tous ne peuvent se protéger ainsi du sida (voir Mvumbi 1987). Les premiers messages influencés par l'Occident misaient sur la responsabilité individuelle. Certains affirmaient que le sida est une punition divine : les « innocents » n'ont rien à craindre et seront épargnés. Ce discours d'hygiène morale qui rend coupable les « victimes » (Brandt 1988 ; Fee et Fox 1988 ; Bateson et Goldsby 1988) limite la prévention. Cependant, le diocèse de Kinshasa s'est montré assez souple, en conseillant aux « pécheurs », dès le milieu de l'année 1987, d'employer le préservatif afin de se prémunir contre la mort (voir Schoepf, Rukarangira *et al.* 1988). Plus tard, devant l'évolution de l'épidémie, des cadres de l'Association des Moralistes modifièrent leur position (Walu E., comm. pers., janvier 1990). Néanmoins, plusieurs pasteurs de sectes protestantes, ainsi que des intellectuels de toutes confessions, restaient encore sur leurs positions. Selon eux, informer le public sur l'effet prophylactique du préservatif serait encourager les jeunes à la sexualité « précoce » et les femmes à la « débauche ». Leur pouvoir social continue à imposer le silence dans bien des milieux²⁰.

Dès 1985, CONNAISSIDA a proposé une communication appropriée qui tient compte des perceptions locales. À cette fin, une approche de communication interpersonnelle a été adaptée. Les participants ont jugé efficace cette méthode basée sur les expériences et connaissances populaires (Freire 1978 ; Hope, Timmel et Hodzi 1984). Dotés d'informations adéquates, leur motivation soutenue par leurs semblables, les participants élaborent leurs propres solutions. Cela entraîne parfois une redéfinition de soi et des relations sociales. Notre hypothèse sur la complémentarité nécessaire entre les campagnes de médias de masse et l'action pédagogique locale a été confirmée. Une telle pratique peut être adaptée par des organismes et réseaux sociaux actifs dans des communautés, afin de catalyser des mutations comportementales (Schoepf, Walu *et al.* 1991). La méthodologie élaborée par CONNAISSIDA au Zaïre, dont les frontières sont communes avec neuf pays qui constituent l'épicentre actuel de la pandémie en Afrique, est à la base d'une stratégie de recherche-action plus générale dans la région²¹.

20. Brandt (1988) et Fineberg (1988) signalent ce problème aux États-Unis.

21. Un réseau d'anthropologues et d'autres chercheurs africains tiendra une conférence de travail à la fin de 1991.

Conclusion

En Afrique comme ailleurs, le sida a de multiples significations qui influencent la prévention. Les recherches ethnologiques éclairent certaines contraintes ainsi que les liens entre le sida, l'économie, la culture et la société. Parmi ces contraintes, notons les conceptions antérieures de la santé, de la maladie, de la procréation, de la sexualité et des rapports hommes-femmes, tandis que d'autres sont liées à la pauvreté et à la crise économique. Le sida est aussi une maladie du développement et du sous-développement de l'Afrique, où le passé colonial pèse encore sur les structures néo-coloniales.

Les enquêtes en profondeur et la recherche-action ont permis d'expérimenter des solutions culturellement appropriées avec divers groupes sociaux. La culture ne constitue pas seulement un frein aux changements, elle représente aussi une ressource précieuse. Ces résultats ont conduit à des recommandations pour orienter les politiques de prévention. L'apport à l'anthropologie des recherches sur le sida est potentiellement varié. Celles de CONNAISSIDA ont éclairé le rôle et l'impact des déterminations de l'économie politique sur la production de l'épidémie. Elles ont aussi clarifié le pouvoir des partenaires dans les relations sexuelles, tout en montrant leur relative autonomie dans les familles et les communautés.

Par ailleurs, sexualité, procréation et identité sont tramées par les rapports de genre, l'économie domestique, les relations de clientèle et le pouvoir politique. C'est donc dire que la sexologie doit sortir des sentiers battus : le voyeurisme et l'exotisme dont l'anthropologie occidentale est encore prisonnière. L'enquête a permis de dépasser les questions naïves sur la fréquence des pratiques sexuelles pour provoquer des dialogues qui tiennent de la complexité culturelle de celles-ci. L'ethnographie révèle la surdétermination des conditions économiques et socio-politiques qui influe sur la dynamique socio-culturelle. Par conséquent, le contrôle du sida exige non seulement des modifications de comportements, mais aussi une redistribution de la richesse et du pouvoir. Des recherches d'épidémiologie sociale qui excluent l'économie politique risquent d'absolutiser la différence, alors que celles qui occultent les pratiques et contestations culturelles arrivent parfois au résultat inverse, minimisant la dépendance et le mal-développement. Par contre, des recherches qui évitent ces écueils permettront à l'anthropologie de saisir les multiples déterminations entre l'action sociale, les pratiques symboliques et l'économie politique.

Références

ANKRAH E.M.

1989 « AIDS : Methodological Problems in Studying its Prevention and Spread », *Social Science and Medicine*, 29 : 265-276.

BATESON M.C. et R. Goldsby

1988 *Thinking AIDS : The Social Response to the Biological Threat*. Reading, MA : Addison-Wesley.

- BIBEAU G. *et al.*
 1977 *La médecine traditionnelle au Zaïre. Fonctionnement actuel et contribution potentielle aux services officiels de la santé.* Ottawa : Centre de recherche pour le développement international.
- BONGAARTS J.
 1988 « Modeling the Demographic Impact of AIDS » : 85-94, in R. Kulstad (dir.), *AIDS 1988 : Symposium Papers from the AAAS.* Washington, DC : American Association for the Advancement of Science.
- BRANDT A.M.
 1988 « The Syphilis Epidemic and its Relation to AIDS », *Science*, 239 : 275-280.
- CALDWELL J., P. Caldwell et P. Quiggin
 1989 *Disaster in an Alternative Civilization : The Social Dimension of AIDS in Sub-Saharan Africa.* Australia : Health Transition Centre, Working Paper 2.
- CALLAGHY T.
 1984 *The State Society Struggle in Zaire.* New York : Columbia University Press.
- CARSWELL W., G. Lloyd et J. Howell
 1989 « Prevalence of HIV-1 in East African Lorry Drivers », *AIDS*, 3 : 759-761.
- CORDELL D.D. et J.W. Gregory (dir.)
 1987 *African Population and Capitalism : Historical Perspectives.* Boulder : Westview Press.
- DECOCK K.M. et J.B. McCormick
 1989 « Reply to Vail. Letter », *New England Journal of Medicine*, 319, 5 : 309.
- FEE E. et D.M. Fox
 1988 *AIDS : The Burdens of History.* Berkeley : University of California Press.
- FEIERMAN S.
 1985 « Struggles for Control : The Social Roots of Health and Healing in Modern Africa », *African Studies Review*, 28, 2-3 : 73-147.
- FINEBERG H.V.
 1988 « Education to Prevent AIDS : Prospects and Obstacles », *Science*, 239 : 592-596.
- FOSTER G. et B. Anderson
 1978 *Medical Anthropology.* New York : Wiley.
- FRANKENBERG R. et J. Leeson
 1976 « Disease, Illness and Sickness : Social Aspects of the Choice of a Healer in a Lusaka Suburb » : 223-258, in J. Loudon (dir.), *Social Anthropology and Medicine.* Londres : Academic Press.
- FREIRE P.
 1978 *Pedagogy in Process.* New York : Seabury Press.
- GILLIES E.
 1976 « Causal Criteria in African Classifications of Disease » : 358-395, in J. Loudon (dir.), *Social Anthropology and Medicine.* Londres : Academic Press.
- GILMAN S.L.
 1988 *Disease and Representations : Images of Illness From Madness to AIDS.* Ithaca : Cornell University Press.

GOULD D.

1980 *Bureaucratic Corruption in the Third World : The Case of Zaire*. New York : Pergamon.

GRAN G. (dir.)

1979 *Zaire : The Political Economy of Underdevelopment*. New York : Praeger.

HARTWIG G.W. et D.K. Patterson (dir.)

1978 *Disease in African History : An Introductory Survey and Case Studies*. Durham, NC : Duke University Press.

HOPE A., S. Timmel et P. Hodzi

1984 *Training for Transformation : A Handbook for Community Workers*, 3 vol. Gweru (Zimbabwe) : Mambo Press.

HRDY D.B.

1987 « Cultural Practices Contributing to the Transmission of Human Immunodeficiency Virus in Africa », *Reviews of Infectious Diseases*, 9, 8 : 1109-1119.

JANZEN J.M.

1978 *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Berkeley : University of California Press.

JEWSIEWICKI B. (dir.)

1984 « Collection d'articles sur le Zaïre », *Revue Canadienne des Études Africaines*, 18, 1 : 5-161.

LARSON A.

1989 « Social Context of Human Immunodeficiency Virus Transmission in Africa : Historical and Cultural Bases of East and Central African Sexual Relations », *Reviews of Infectious Diseases*, 11, 5 : 716-731.

MACGAFFEY J.

1987 *Entrepreneurs and Parasites : The Struggle for Indigenous Capitalism in Zaire*. Cambridge : Cambridge University Press.

MACGAFFEY J. (dir.)

1991 *The Real Economy of Zaire*. Londres : James Currey et Philadelphie : University of Pennsylvania Press.

MANN J. *et al.*

1986 « HIV Seroprevalence among Hospital Workers in Kinshasa, Zaire : Lack of Association with Occupational Exposure », *Journal of the American Medical Association*, 256, 22 : 3099-3102.

MANN J. *et al.*

1988 « HIV Infection and Associated Risk Factors in Female Prostitutes in Kinshasa, Zaire », *AIDS*, 2 : 249-254.

MERRITT G., W. Lyerly et J. Thomas

1988 « The HIV/AIDS Pandemic in Africa : Issues of Donor Strategy » : 115-129, in N. Miller et R. Rockwell (dir.), *AIDS and Society : Social and Policy Impact*. Lewiston, NY : Edwin Mellen Press.

MVUMBI N.

1987 « Anarchie sexuelle, SIDA et discipline de l'instinct sexuel », *USAWA, Revue Africaine de Morale*, 2 : 27-36 (n° spécial *Le SIDA est là, quoi faire ?*).

- N'GALY B. *et al.*
 1988 « Human Immunodeficiency Virus Infection Among Employees in an African Hospital », *The New England Journal of Medicine*, 319, 17 : 1123-1127.
- N'GALY B., R.W. Ryder et T.C. Quinn
 1989 « Letter », *New England Journal of Medicine*, 320, 24 : 1625.
- NEWBURY C. et B.G. Schoepf
 1989 « State, Peasantry and Agrarian Crisis in Zaire : Does Gender Make a Difference ? » : 91-110, in J.L. Parpart et K.A. Staudt (dir.), *Women and the State in Africa*. Boulder, CO : Lynne Rienner.
- NGUBANE H.
 1976 *Body and Mind in Zulu Medicine*. Londres : Academic Press.
- NZILA N. *et al.*
 1988 « Prevalence of Infection with Human Immunodeficiency Virus over a 10-year Period in Rural Zaire », *New England Journal of Medicine*, 318, 5 : 276-279.
- NZONGOLA-NTALAJA (dir.)
 1986 *The Crisis in Zaire : Myths and Realities*. Trenton, NJ : Africa World Press.
- PARKER R.
 1987 « Acquired Immunodeficiency Syndrome in Urban Brazil », *Medical Anthropology Quarterly*, NS, 1, 2 : 155-175.
- PELLOW D.
 1990 « Sexuality in Africa », *Trends in History*, 4,4 : 71-96.
- PIOT P. et M. Carael
 1988 « Epidemiological and Sociological Aspects of HIV Infection in Developing Countries », *British Medical Bulletin*, 44, 1 : 58-88.
- PIOT P., R. Colebunders, M. Laga *et al.*
 1987 « AIDS in Africa : A Public Health Priority », *Journal of Virol. Meth.*, 17, 1-2 : 1-10.
- POLGAR S.
 1962 « Health and Human Behavior : Areas of Common Interest to the Social and Medical Sciences », *Current Anthropology*, 3,2 : 159-205.
- PRINS G.
 1979 « Disease at the Crossroads : Towards a History of Therapeutics in Bulozzi Since 1876 », *Social Science and Medicine*, 13B, 4 : 285-315.
- QUINN T.C., J.M. Mann, J.W. Curran et P. Piot
 1986 « AIDS in Africa : An Epidemiologic Paradigm », *Science*, 234 : 955-963.
- RUKARANGIRA W.N. et B.G. Schoepf
 1989 « Social Marketing of Condoms in Zaire », *AIDS Health Promotion Exchange*, 3 : 2-4.
 1991 « Unrecorded Trade in Shaba and Across Zaire's Southern Borders » : in J. MacGaffey (dir.), *The Real Economy of Zaire*. Londres : James Currey et Philadelphie : University of Pennsylvania Press.
- SCHATZBERG M.G.
 1988 *The Dialectics of Oppression in Zaire*. Bloomington : Indiana University Press.

SCHOEPF B.G

- 1975 « Human Relations versus Social Relations in Medical Care » : 99-120, in S.R. Ingman et A.E. Thomas (dir.), *Topias and Utopias in Health : Policy Studies*. La Haye : Mouton.
- 1976 « Recherches en anthropologie médicale : théorie et perspectives méthodologiques », *Bulletin d'Anthropologie Médicale* (Lubumbashi), 1, 2 : 20-36.
- 1979 « Breaking Through the Looking Glass : The View from Below » : 325-342, in G. Huizer et B. Mannheim (dir.), *The Politics of Anthropology*. La Haye : Mouton.
- 1985 « Food Crisis and Class Formation : An Example from Shaba », *Review of African Political Economy*, 33 : 33-43.
- 1987 « Social Structure, Women's Status and Sex Differential Nutrition in the Zairian Copperbelt », *Urban Anthropology*, 16,1 : 73-102.
- 1988 « Women, AIDS and Economic Crisis in Zaire », *Canadian Journal of African Studies*, 22,3 : 625-644.
- 1991 « Ethical, Methodological and Political Issues of AIDS Research in Central Africa », *Social Science and Medicine*, 33,7 : 749-763.
- 1992 « Women at Risk : Case Studies from Zaire » : 259-286, in G. Herdt et S. Lindenbaum (dir.), *Social Analysis in the Time of AIDS*. Newbury Park, CA : Sage Publications.

SCHOEPF B.G. et C. Schoepf

- 1981 « Zaire's Rural Development in Perspective » : 243-257, in B.G. Schoepf (dir.), *The Role of U.S. Universities in International Agricultural and Rural Development*. Tuskegee Institute, AL : Center for Rural Development.
- 1987 « Food Crisis and Agrarian Change in the Eastern Highlands of Zaire », *Urban Anthropology*, 16,1 : 5-37.

SCHOEPF B.G., N. Payanzo, wN. Rukarangira *et al.*

- 1988 « AIDS, Women and Society in Central Africa » : 175-181, in R. Kulstad (dir.), *AIDS 1988 : AAAS Symposium Papers*. Washington, D.C. : American Association for the Advancement of Science.

SCHOEPF B.G., wN. Rukarangira, C. Schoepf *et al.*

- 1988 « AIDS and Society in Central Africa : A View From Zaire » : 211-235, in N. Miller et R. Rockwell (dir.), *AIDS and Society : Social and Policy Impact*. Lewiston, NY : Edwin Mellen Press. (Repris dans D. Koch-Weser et H. Vanderschmidt (dir.), *The Heterosexual Transmission of AIDS in Africa*. Boston, Abt, p. 265-280.)

SCHOEPF B.G. et E. Walu

- 1991 « Women's Trade and Contribution to Household Budgets in Kinshasa », in J. MacGaffey (dir.), *The Real Economy of Zaire*. Londres : James Currey et Philadelphie : University of Pennsylvania Press.

SCHOEPF B.G., E. Walu, D. Russell et C. Schoepf

- 1991 « Women and Structural Adjustment in Zaire » : 153-168, in C. Gladwin (dir.), *Structural Adjustments : African Women Farmers*. Gainesville : University of Florida Press.

SCHOEPF B.G., E. Walu, wN. Rukarangira, N. Payanzo et C. Schoepf

- 1991 « Gender, Power and Risk of AIDS in Central Africa » : 187-203, in M. Turshen (dir.), *Women and Health in Africa*. Rutgers, NJ : Africa World Press.

STAVENHAGEN R.

1971 « Decolonizing Applied Social Sciences », *Human Organization*, 30,4 : 333-357.

VAIL L.

1989 « HIV Infection in Zaire. Letter », *New England Journal of Medicine*, 319,5 : 309.

WATNEY S.

1989 « Missionary Positions : AIDS, Africa and "Race" », *Differences : A Journal of Feminist Cultural Studies*, I : 83-100.

YOUNG C. et T. Turner

1985 *The Rise and Decline of the Zairian State*. Madison : University of Wisconsin Press.

RÉSUMÉ/ABSTRACT

Représentations du sida et pratiques populaires à Kinshasa

Le sida offre aux anthropologues un terrain riche en connaissances nouvelles. En contrepartie, les chercheurs peuvent mettre leurs analyses des représentations populaires et des structures sociales au service de la prévention. Cet article examine les connaissances et pratiques populaires qui se développent rapidement autour du sida dans la capitale du Zaïre.

AIDS Representations and Popular Practices in Kinshasa

AIDS provides anthropologists with a rich new field of knowledge. In exchange, researchers can use their analysis of popular representations and social structures in aid of disease prevention. This article examines knowledge and responses to AIDS in the process of rapid development in Zaire's capital city.

*Brooke Grundfest Schoepf
Projet CONNAISSIDA
Woods Hole, Maine
02543 U.S.A.*