

# **Une étude anthropologique sur la perception et les facteurs de risque des "maladies sexuelles" et du sida en milieu rural sénégalais**

## **Réflexions en vue d'une prévention en pays de faible séroprévalence**

Charles Becker\*

### **RÉSUMÉ**

Une étude anthropologique a été menée, de 1989 à 1992, en pays sereer (Sénégal), pour comprendre la perception et les facteurs de risque des "maladies sexuellement transmises" et du sida dans un milieu rural, où l'on pouvait craindre une diffusion rapide de l'épidémie du VIH.

Grâce aux enquêtes réalisées auprès des thérapeutes, des jeunes adultes, et à des enquêtes épidémiologiques sur la prévalence des maladies sexuellement transmissibles (MST) et des infections à VIH; on a distingué les représentations populaires des "maladies sexuellement transmises" différentes de celles des thérapeutes traditionnels. Alors que les personnes affectées –surtout des femmes– soulignent le lien entre ces maux et des problèmes de fécondité, les thérapeutes invoquent des causalités variées pour expliquer la transmission des maladies entre homme et femme. Les recours thérapeutiques privilégiés restent toujours traditionnels.

Dans ce milieu rural, où la séroprévalence est encore faible, les modifications des comportements matrimoniaux et sexuels demeurent assez lents, même parmi les migrants urbanisés. Il est néanmoins urgent de penser aux modalités d'une prévention du sida et des MST, tenant compte de ces spécificités et de l'ambiguïté de la notion de "maladie sexuelle". Définir la manière d'impliquer tous les acteurs sociaux dans la prise en charge de la santé paraît essentiel.

### **MOTS-CLÉS**

Maladie sexuellement transmise, sida, facteur de risque, prévention, représentation de la maladie, médecine traditionnelle, tradithérapeute, Sereer, Sénégal, Afrique.

## Introduction

Quand les recherches de ce programme<sup>1</sup> ont été entreprises, en 1989, le développement de la pandémie du sida en Afrique subsaharienne laissait craindre une diffusion rapide de l'épidémie vers le milieu rural. En effet, beaucoup de sociétés rurales sénégalaises sont fortement engagées dans les processus migratoires vers la ville et vers l'étranger. Ainsi les principales ethnies du pays, –les Wolof, les Tukulër, les Soninke, les Sereer, les Joola–, sont fortement connues pour leur participation aux migrations urbaines et, pour les trois premiers groupes, aux migrations internationales vers des pays fortement touchés par le sida. Pour les Sereer, les migrations des jeunes adultes vers Dakar qui se sont rapidement généralisées, mais dont on ne connaissait qu'imparfaitement les caractéristiques, paraissaient susceptibles d'entraîner cette catégorie de la population à adopter des "comportements à risque". Par ailleurs, les régimes matrimoniaux des Sereer du Siin sont marqués par des taux de polygynie et des taux de divortialité<sup>2</sup> parmi les plus élevés en Afrique : on pouvait également voir là un facteur de risque d'une diffusion rapide du VIH en milieu rural. En commençant notre étude anthropologique chez les Sereer de la région de Niakhar, en même temps qu'une enquête épidémiologique, il apparaissait important de mieux connaître :

- **l'histoire de la santé et des politiques sanitaires**, en particulier dans la région du Sine-Saloum ;
- **les migrations** des jeunes adultes, leur histoire, leurs caractéristiques, leurs implications sociales et culturelles ;
- **les régimes matrimoniaux (nuptialité et divortialité), ainsi que les attitudes sexuelles** et leurs transformations induites ou non par les migrations urbaines ;
- **les représentations et les pratiques actuelles en matière de santé** ainsi que les **recours thérapeutiques**.

Nous présentons ici des résultats de cette étude, en insistant sur les données recueillies auprès des jeunes adultes, sur les représentations des maladies sexuelles et des recours thérapeutiques, puis en évoquant quelques implications pour améliorer la prévention et la prise en charge.

## L'histoire de la santé, les représentations des "maladies sexuellement transmises", les connaissances et recours thérapeutiques

### Enquêtes sur l'histoire de la santé

La richesse de la documentation publiée à propos de l'histoire sanitaire sénégalaise a été mise en évidence dans un ouvrage publié en 1989 (Collignon, Becker, 1989), puis par des travaux en archives et des recherches sur la législation sanitaire durant la période coloniale, sur les statistiques sanitaires et les dispositions budgétaires en matière de santé. Les épidémies spectaculaires et redoutées, comme celles de la peste, du choléra, de la variole et la fièvre jaune sont très documentées, alors que les maladies sociales comme la tuberculose et les "maladies sexuellement transmises" le sont moins (Becker, Collignon, 1996).

<sup>1</sup> Ce programme a été réalisé grâce à une convention entre l'ANRS et l'ORSTOM d'octobre 1989 à octobre 1992. Il s'est déroulé dans une zone d'étude de l'ORSTOM, située à 150 km de Dakar, dans le Siin, où des recherches sont menées depuis 1962 autour des problèmes de démographie et de santé.

Ont pris part à la réalisation du programme et à son exploitation :

R. Collignon (CNRS), A.M. Coll-Seck (Univ. de Dakar), V. Delaunay (ORSTOM), A. Diallo (ORSTOM), M.E. Ezan (ORSTOM), W.C. Faye (Univ. de Dakar), M. Garenne (ORSTOM), P. Lemardeley (ORSTOM), M. Mbodj (Univ. de Dakar), S. Mboup (Univ. de Dakar).

Étudiants : A. Mbodj, M. Sène, M. Thioune (Univ. C.A. Diop de Dakar).

Technicien : G. Faye.

Une bibliographie partielle des travaux réalisés est donnée plus loin. Les travaux cités se trouvent à la fois dans la bibliographie spécifique du texte et dans celle des travaux du programme.

<sup>2</sup> Le taux de divortialité mesure le nombre annuel des divorces, rapportés à l'effectif total de la population (taux brut), ou au nombre de couples mariés (taux de divortialité des mariés).

Les enquêtes sur l'histoire de la santé ont voulu répondre pour le cas du Sénégal à plusieurs interrogations sur la spécificité de l'épidémie du sida par rapport aux épidémies du passé (et aux autres épidémies actuelles) sur la spécificité de sa gestion, sur les raisons de sa plus rapide expansion dans certaines régions de l'Afrique subsaharienne. Des éléments historiques peuvent éclairer des débats actuels sur les origines et les raisons du développement de l'épidémie, en particulier les discussions autour de la spécificité des régimes sexuels africains et de la faiblesse des réactions africaines face à l'épidémie (Bibéau, Murbach, 1991 ; Caldwell *et al.*, 1989, 1992 ; Dozon, Fassin, 1989 ; Engelhard, Seck, 1989 ; Fassin, Dozon, 1989 ; Le Blanc *et al.*, 1991).

La connaissance historique sur la gestion de la santé et des épisodes épidémiques permet de comprendre que les crises sanitaires sont des révélateurs des inégalités sociales et n'atteignent pas de la même manière les divers groupes sociaux. Les inégalités devant la santé et la mort se sont fortement manifestées lors des périodes de crise, comme aujourd'hui. Pour le sida et pour beaucoup d'autres maladies épidémiques, le contexte social de leur apparition inclut des facteurs économiques : croissance urbaine accélérée, migrations de travail, pauvreté urbaine, délaissement des zones rurales, lacunes des systèmes de soins qui conduisent à l'éclosion des épidémies. L'étude des épidémies du passé est à cet égard intéressante : certaines présentent des analogies avec celle du sida (par exemple les épidémies à longue période d'incubation avant l'apparition de la maladie), alors que d'autres se manifestent de manière plus foudroyante, provoquant des attitudes individuelles et des réactions sociales diverses plus ou moins fortes selon les "peurs" suscitées. Ces études permettent de comprendre –même à travers les descriptions fournies le plus souvent par des médecins occidentaux– comment elles ont été vécues par les sociétés africaines et les divers acteurs sociaux et comment les politiques sanitaires ont tenté de les gérer. L'histoire des maladies sexuellement transmises est un champ assez neuf, que des travaux récents consacrés à d'autres maladies évoquent, à titre de comparaison, M. Lyons (1992) sur la trypanosomiase, R. Packard (1989) sur la tuberculose, M. Vaughan (1991).

### **Constitution d'un corpus de proverbes sur "le corps et ses états à travers des expressions langagières sereer"**

On sait que les proverbes sont un mode d'expression et d'éducation qui est privilégié dans les sociétés de tradition orale. Leur étude est instructive, car ils traduisent les représentations traditionnelles à propos de la santé et de la maladie, et ils reflètent des conceptions éthiques qui méritent d'être connues avant des interventions en matière de santé. Ils sont utilisés dans diverses circonstances, en particulier aux moments importants de l'éducation et de la vie sociale (initiation, mariage, par exemple). Un corpus a été constitué, pour suggérer d'éventuelles utilisations dans le cadre de l'éducation sanitaire et permettre ainsi une meilleure transmission des messages destinés à améliorer la santé.

### **Enquêtes auprès des thérapeutes**

Un travail d'inventaire a été réalisé auprès des thérapeutes traditionnels, en particulier de ceux qui sont spécialisés dans le traitement des "maladies sexuelles". Ainsi, un grand nombre de thérapeutes a été localisé et des renseignements sur leur âge, leurs spécialités, leur audience, leurs méthodes de soin ont été obtenus. Grâce aux informations fournies par les personnalités villageoises, mais aussi lors des enquêtes "jeunes adultes", on a identifié les spécialistes connus pour les différentes maladies traditionnelles sereer dont la transmission peut s'effectuer par voie sexuelle.

À partir d'une série d'entretiens réalisés par René Collignon auprès des thérapeutes sereer autour de thèmes spécifiques relatifs à la santé, à la maladie et aux thérapies, une nouvelle série de 30 entretiens enregistrés, transcrits en langue sereer et traduits en français a été effectuée. Les recueils constitués sont utiles pour la compréhension des catégories descriptives et interprétatives utilisées par les Sereer à propos des "maladies sexuelles" et des modes de transmission de celles-ci.

## Enquêtes auprès des jeunes adultes

Les représentations des "maladies sexuellement transmises" ont été étudiées auprès d'un échantillon représentatif de près d'un tiers des jeunes adultes de la zone d'étude de l'ORSTOM aux environs de Niakhar<sup>3</sup>. Ainsi on a demandé systématiquement aux 2 022 enquêtés, âgés de 15 à 40 ans (parmi lesquels 1 767 ont répondu au questionnaire), quelles maladies sexuelles étaient connues, quels étaient leurs symptômes et leurs modes de transmission, les manières de l'attraper ou de l'éviter. Si une personne a été atteinte, il lui a été demandé si elle estime être guérie, et quels ont été ses recours thérapeutiques éventuels. Ces enquêtes ont donné lieu à une exploitation statistique, mais ont aussi fourni des données plus qualitatives.

Le questionnaire spécifique utilisé auprès des jeunes adultes a permis de connaître également les recours thérapeutiques choisis antérieurement par les malades.

## Enquêtes épidémiologiques sur la prévalence des "maladies sexuelles" et des personnes séropositives en milieu rural

Les études épidémiologiques ont eu pour objectif de connaître la situation en milieu rural, où les observations sont encore très rares. Elles ont été réalisées sous la direction de Pierre Lemardeley, qui a suivi trois groupes :

- les femmes enceintes qui se rendent à la visite prénatale (environ 80% des femmes enceintes de la zone d'étude des environs de Niakhar se sont présentées à ces consultations) ;
- les touseurs chroniques et les malades suspects de tuberculose ;
- les personnes se déclarant atteintes de "maladies sexuelles" lors des enquêtes "jeunes adultes" ou venues consulter spontanément.

La plupart des 493 consultants pour "maladies sexuelles" ont été vus après l'enquête anthropologique au cours de laquelle un billet de consultation avait été remis aux personnes déclarant une maladie sexuelle ; ainsi 333 ont eu recours aux consultations gratuites après l'enquête. Seize personnes ont consulté pour des préoccupations de stérilité, 109 se sont présentées spontanément pour des symptômes de "maladie sexuelle", et 35 sont des contacts de malades venus en traitement. Cependant on note la forte disproportion entre les hommes, qui n'ont recours au médecin qu'en cas grave où les symptômes sont visibles, et les femmes qui ont été beaucoup plus nombreuses à ces consultations : 412 femmes pour 81 hommes.

Pour tous les consultants souffrant de "maladie sexuelle", le médecin a rempli un questionnaire médical. À l'occasion de ces consultations a été fait un prélèvement sanguin, pour recherche du VIH et des tréponèmes. Les malades ont été soignés et leurs partenaires ont été convoqués pour consultation et soins. Cinq prélèvements ont été VIH-2 positifs au Western blot, soit un taux de séroprévalence de 1% [0,32% - 2,32%] (Lemardeley *et al.*, 1995).

## Les représentations des "maladies sexuelles" et contagieuses chez les jeunes adultes sereer et chez les thérapeutes

Le discours des thérapeutes "spécialisés" est diversement élaboré. Il mêle souvent des connaissances et terminologies d'origines variées pour parler des "maladies transmises entre homme et femme" –*jiir ndeer o koor fo o tew*– lors de relations sexuelles. Il est parfois dramatisant, insistant sur la gravité de ces maux, mais ne l'est pas excessivement, car ces maladies sont assez peu connues et répandues chez les Sereer.

Ces maladies *jiir ndeer o koor fo o tew* sont aussi appelées couramment *jiir no koor*, ou "maladies de l'homme" : cette désignation indiquerait que le principal agent de transmission de cette maladie est l'homme, et que la femme le serait secondairement. Elles surviennent pendant les relations sexuelles ou à la suite de celles-ci. Leur origine est recherchée dans une

<sup>3</sup> Rappelons que cette zone d'étude comptait 31 villages et environ 25 000 habitants lors de la réalisation des enquêtes (Becker, 1991a).

causalité naturelle ou divine (*Roog Seen*), soit dans l'hérédité, soit dans un acte maléfique. Cependant plusieurs causalités peuvent être invoquées ensemble à propos de la transmission de la maladie.

On remarque l'utilisation assez fréquente de termes d'origine étrangère –wolof ou française par exemple– pour évoquer ces maladies : cela correspond à l'idée que le mal, inconnu autrefois, est venu de l'étranger, mais indique aussi que les savoirs de la maladie se sont souvent constitués auprès de guérisseurs d'autres régions.

Ces maladies ne sont pas déclarées aux thérapeutes d'une même manière par les hommes ou les femmes. Alors que les premiers consultent lorsque la maladie est visible avec des symptômes externes nets, les secondes viennent se soigner même si elles ne présentent que des signes apparents bénins, parfois sans rapport avec le sexe : ainsi le recours a lieu dès que des problèmes de fécondité ou de stérilité se posent. La conscience d'être atteinte par une maladie de ce type naît en cas de difficulté à avoir un enfant et, donc, de mariage infécond.

Enfin, les thérapeutes soulignent volontiers le caractère évolutif de certaines de ces maladies, en particulier de celle qui est le plus souvent citée : le *kurfeteng*.

Dans les enquêtes auprès des jeunes adultes, on a constaté que les femmes se déclarent beaucoup plus souvent atteintes par une des "maladies sexuelles" connues traditionnellement par les Sereer (*socet*, *mboot* et surtout *kurfeteng*), alors que les hommes avouent assez rarement une "maladie sexuelle". À l'examen clinique et sérologique, il s'agissait manifestement rarement, pour ces femmes venues en grand nombre aux consultations proposées, de "maladies sexuelles" au sens biomédical. En fait, elles considèrent leurs maladies comme responsables d'un problème de fécondité (stérilité, avortements). Par contre, pour les hommes, la déclaration d'une telle maladie suivie par une consultation correspond très souvent à une "maladie sexuelle" au sens biomédical.

À travers les réponses au questionnaire, les discours des patients sur la "maladie sexuelle" paraissent divers. Les maladies connues ne sont pas très nombreuses. Elles sont souvent très vaguement connues. Il n'y en a qu'une –*kurfeteng*– à être citée fréquemment, par de nombreuses personnes qui déclarent en avoir été atteintes ou l'être jusqu'à présent.

Les maladies suivantes sont citées :

### ***Kurfeteng***

Cette maladie est connue par la plupart des enquêtés, jeunes adultes, qui décrivent des symptômes très variés. On la considère généralement comme une maladie héréditaire (57% des répondants), 38% la connaissant de nom mais sans savoir décrire les symptômes et le mode de transmission. Les symptômes évoqués sont surtout des démangeaisons ou des gerçures (721 cas), des toux persistantes (700), apparaissant parfois durant la grossesse, des boutons, des taches sur le corps (654), un blanchissement de la peau ou une dépigmentation (112), des douleurs articulaires (186), des plaies (336). On évoque aussi souvent des avortements ou des stérilités provoqués par la maladie (249). Beaucoup d'autres symptômes, concernant la plupart des parties du corps, sont mentionnés, en particulier des boutons dans la bouche ou sur la tête, des maux du corps mal définis, allant du mal à une partie du corps à la "fatigue générale", un amaigrissement, des fièvres, des cicatrices ou un assèchement de la peau, des œdèmes.

### ***Mboot***

Le nom de la maladie est connu par la quasi-totalité des répondants. Sa transmission aurait lieu lors des rapports sexuels selon la moitié des répondants, mais très peu évoquent des symptômes précis. Par contre, elle a été très rarement et difficilement déclarée lors de l'enquête : trois personnes seulement ont dit être encore atteintes lors de l'enquête, tous les autres répondants (1 762) affirment ne pas avoir été affectés par la maladie.

Les symptômes évoqués sont des plaies (349 cas) ou des boutons aux parties sexuelles (118 cas), des maux de ventre (351 cas), des constipations (54 cas). Les écoulements ou les pertes sont fréquemment cités.

### **Socet**

Le nom est également connu par la majorité des enquêtés, mais on ne connaît que très mal le mode de transmission de la maladie. On considère *socet* comme héréditaire (12% des répondants) et moins souvent comme transmis par rapport sexuel (5%). Les personnes déclarant avoir été atteintes par cette maladie sont nombreuses (17% des répondants), la plupart n'étant pas guéries (15% des répondants).

Les symptômes évoqués sont surtout des boutons sur le sexe (588 cas), des manifestations cutanées diverses : démangeaisons au sexe (308), boutons (89), démangeaisons (107), boutons à la bouche (81), brûlures à la miction (105). Beaucoup d'autres symptômes sont également cités et concernent la plupart des parties du corps.

### **Syphilis**

La connaissance de la syphilis est presque nulle et à peine une centaine d'enquêtés ont entendu parler de cette maladie. Quatre personnes seulement ont déclaré avoir été atteintes par la maladie.

### **Sida**

Plus de personnes ont entendu parler du sida que de la syphilis : presque la moitié des répondants connaissent le nom de la maladie, mais la description des symptômes et des modes de transmission est très vague. Seuls les rapports sexuels sont cités comme mode de transmission et l'amaigrissement comme symptôme principal de la maladie.

Pratiquement aucune autre maladie n'a été citée spontanément, trois répondants seulement ont évoqué un autre nom de maladie, celle-ci est cependant mal connue et décrite.

Il apparaît à travers les entretiens et les questionnaires que, pour les jeunes adultes enquêtés, les maladies transmises par voie sexuelle ne sont pas particulièrement redoutées, car leur occurrence ne serait pas très forte.

Les symptômes décrits sont très variés et ne concernent souvent pas directement les organes sexuels. Il est très fréquent d'associer ces maladies à des manifestations cutanées diverses :

Les femmes sont toutefois beaucoup plus concernées que les hommes, et les maladies sont mises en relation avec des problèmes pour avoir des enfants, ou lors des grossesses ou des accouchements.

La stérilité est crainte en premier lieu aussi bien chez les hommes que chez les femmes, mais sans doute plus chez les secondes.

L'hérédité est invoquée davantage que la transmission par voie sexuelle : les maladies sexuelles auraient été assez rares avant les migrations urbaines.

L'explication d'une transmission par voie de "sorcellerie" n'est pratiquement jamais avancée par les patients, alors qu'elle est privilégiée par les guérisseurs.

Grâce aux questionnaires sur la connaissance des "maladies sexuelles" (de l'enquête anthropologique et de la consultation médicale), sur les représentations des maladies, sur leurs modes de transmission, et sur les possibilités de prévention, on a pu noter la grande variété des symptômes et des manifestations somatiques ou psychosomatiques décrits pour des "maladies sexuelles" traditionnelles. L'interprétation de ces maladies, comme celles d'autres maladies contagieuses, se fait dans des catégories *sereer*, où les causalités suggérées sont souvent du même ordre que celles évoquées par les thérapeutes.

On retiendra surtout la complexité des représentations autour de la maladie, de la stérilité et de la fécondité. Pour les maladies qu'on qualifie de manière très insatisfaisante de "sexuelles" ou "sexuellement transmises", on a observé une grande variété dans le vocabulaire et dans les conceptions exprimées par les thérapeutes et par les jeunes adultes. Il ressort de la lecture des entretiens avec les thérapeutes et des réponses aux questionnaires que la tentative d'une recherche d'équivalence des termes utilisés par les thérapeutes ou les patients *sereer* avec ceux du langage biomédical s'avère illusoire. Les étiologies et les causalités mises en avant sont différentes et il importe d'en tenir compte lorsqu'on veut parler des maladies spécifiques telles celles que les médecins appellent MST. La traduction de certains termes traditionnels désignant des maladies pouvant parfois, mais pas toujours, être

transmises lors de relations sexuelles –comme par exemple *kurfeteng* ou *socet* pour syphilis– est en particulier très inadéquate.

## Les thérapies traditionnelles des "maladies sexuelles"

Le premier recours thérapeutique est très souvent traditionnel, selon la suggestion de l'entourage ou suivant l'interprétation personnelle de la maladie et de ses causes. On a donc remarqué, lors de l'enquête, que les premiers soins sont en général prodigués par un guérisseur, ou sur les conseils d'un spécialiste traditionnel, susceptible de déceler les causes ou les agents de la maladie, et donc de proposer les traitements les plus efficaces. L'appel à d'autres formes de soins intervient dans la plupart des cas dans un second temps, après l'instauration et éventuellement l'échec avéré d'une thérapie traditionnelle. On a cependant enregistré des cas où les malades ont eu immédiatement recours à des soins dans un dispensaire ou un centre de soins.

Auprès des thérapeutes traditionnels, nous avons également recueilli des informations sur les recours et les modes de soins. Malgré certaines réticences à communiquer leur savoir sur les méthodes et les médications utilisées, les thérapeutes ont parfois fourni des indications très intéressantes sur les plantes, racines, feuilles utilisées dans le cadre des cures traditionnelles.

Les renseignements recueillis permettent également de suggérer une typologie en distinguant surtout des thérapies "naturelles" (à l'aide de plantes, racines ou poudres) et des thérapies "rituelles" ou "religieuses", dans lesquelles se manifeste l'interprétation de la maladie et de ses causes. Cependant, il apparaît que de telles distinctions ne sont pas toujours pertinentes : en effet, certaines maladies sont soignées à l'aide de plantes qui peuvent avoir une efficacité "mystique" en protégeant contre les agents surnaturels ou humains intervenant dans la transmission de la maladie.

### Les types de recours thérapeutiques

Parmi les 1 767 répondants au questionnaire, 682 (plus du tiers) ont déclaré être atteints d'une des maladies sexuelles et ne pas être guéris à la date de l'enquête. Les 1 085 autres répondants affirment n'avoir jamais été affectés.

La moitié des billets distribués lors de l'enquête anthropologique a entraîné une consultation. Ainsi 330 consultants se sont présentés avec le billet de consultation, soit 35 hommes et 295 femmes. D'autres sont venus spontanément : 163 personnes, en majorité des femmes (114) mais avec proportionnellement plus d'hommes (49).

En raison de l'étiologie évoquée, certains recours thérapeutiques sont considérés comme obligatoires pour espérer une guérison, la biomédecine étant jugée incapable de traiter ces maladies. Les recours aux services de santé de type occidental ne sont pas privilégiés, sauf pour les maladies spectaculaires qui correspondent aussi à des maladies sexuelles de la classification biomédicale.

Dans le cas du *kurfeteng*, 189 répondants environ, n'ont demandé aucun soin, 242 ont fait appel à un guérisseur ou à un parent en mesure de soigner, 118 à un infirmier ou à des soins hospitaliers, 62 à un guérisseur et à un infirmier.

Pour la seconde maladie déclarée, *socet*, la plupart des répondants atteints déclarent n'avoir pas eu recours à des soins. 58 personnes ont vu un guérisseur, 17 sont allées dans un dispensaire, 7 ont reçu les deux types de soins.

Les autres maladies sexuelles ne sont pas déclarées et semblent assez rares. On ne peut ainsi pas constater de préférences thérapeutiques, car les personnes atteintes sont trop peu nombreuses.

Cependant, l'acceptation d'un recours "secondaire" aux soins dispensés par un médecin n'a pas été négligeable. Plus de la moitié des personnes atteintes sont venues dans les dispensaires pour analyses et soins.

## Les comportements sexuels. Contraception, limitation des naissances

Le principal résultat de l'enquête, aussi bien en milieu rural qu'en ville, montre que les comportements sexuels restent fortement régulés par des normes traditionnelles (Becker, 1991a, b et c ; Garenne *et al.*, 1992 ; Delaunay, Becker, à paraître ; Delaunay, 1994). Les relations sexuelles avant mariage semblent assez fréquentes, mais elles précèdent souvent un mariage formel avec le partenaire, presque toujours originaire du village ou d'un village voisin, que ces relations aient lieu en ville ou au village.

La connaissance et l'utilisation des méthodes de contraception ou de limitation des naissances sont encore très peu répandues. Si l'utilisation passée reste assez rare, il semble toutefois exister une certaine demande de la part des femmes qui se disent prêtes à employer, dans des cas précis, des méthodes contraceptives.

L'enquête anthropologique a tenté de cerner les comportements des jeunes adultes en milieu urbain. Il est important de valider certains de ces résultats auprès des jeunes adultes installés en ville lors de migrations temporaires ou de séjours de plus longue durée. Dans un contexte différent de celui du village, quelles sont leurs pratiques et les normes acceptées ? Il semble que les comportements et les représentations changent assez peu durant les migrations, et que les innovations sociales induites par les séjours urbains sont encore assez limitées dans le domaine des attitudes en matière de sexualité et de fécondité, le seul changement important étant sans doute un recul de l'âge au mariage des femmes.

## Conclusions

Les résultats de l'enquête en milieu rural, menée de 1989 à 1992 en pays sereer, sont à comparer à ceux qui ont été proposés à la suite d'études menées dans d'autres zones rurales au Sénégal (Énel, Pison, 1988 et 1992 ; Charbit, 1990 ; Mané, 1991 ; Delaunay, 1995), mais aussi aux données des travaux anthropologiques récents menés en diverses régions africaines sur ces thèmes, qui ont montré des constantes et des particularités régionales assez accusées à propos des comportements sexuels. Ces études indiquent que les modifications des comportements, relatives aux migrations et séjours en ville, revêtent de grandes spécificités selon les pays, les villes et les appartenances d'origine des personnes enquêtées, ethniques ou religieuses par exemple.

Chez les Sereer, ces changements de comportements, pouvant entraîner en particulier une augmentation ou diminution des risques de contamination par le VIH, sont peut-être adoptés moins souvent que par d'autres migrants. Cela a été confirmé par ailleurs lors d'une enquête réalisée à Dakar, auprès de jeunes migrants sereer dont les séjours sont souvent de longue durée, pour déceler des modifications dans les comportements matrimoniaux et sexuels (Thioune, 1991). Dans une large mesure, nos constats à propos de la lenteur des processus de changements concernant les connaissances et les comportements ont été retrouvés dans cette enquête urbaine.

Soulignons que les réponses obtenues lors de nos enquêtes sont assez fiables, comme le suggèrent les résultats de la surveillance épidémiologique : en effet, la diffusion des "maladies sexuelles" et du sida vers le milieu rural sereer du Siin n'a pas connu d'accélération notable au cours des trois années d'étude (Lemardeley *et al.*, 1991, 1995). Cette relative stabilité de la situation épidémiologique peut être mise en relation avec les types de comportements décrits lors de notre enquête et avec les normes sociales largement acceptées par les jeunes adultes sereer, même durant ou après de longs séjours migratoires en ville.

Ces constats sur les comportements sexuels, la connaissance et l'utilisation des moyens contraceptifs méritent d'être pris en considération lorsqu'on envisage la définition de modes de prévention et d'éducation efficaces dans un pays et dans des zones rurales où la prévalence est considérée comme faible. Ces modes devraient sans doute différer selon

qu'ils sont mis en œuvre en milieu rural ou en ville (par exemple auprès des groupes sociaux les plus exposés).

Les résultats sur les représentations de la maladie permettent également de mieux cerner certaines difficultés à faire accepter des messages de prévention lorsqu'ils sont formulés dans des langages étrangers, en des termes biomédicaux ou moraux qui ne correspondent pas aux conceptions et aux normes socialement acceptées. Une réflexion approfondie devrait être engagée afin de mieux comprendre les raisons pour lesquelles les recours thérapeutiques s'orientent encore souvent prioritairement, sinon exclusivement, vers les thérapeutes traditionnels. Cela peut engager à connaître davantage les fondements des thérapies traditionnelles et à chercher des voies de coopération honnêtes avec ces thérapeutes encore en marge des systèmes de soins officiels, mais déjà en mesure de participer à une prévention.

Un autre résultat, ayant des implications pour définir les modalités d'une prévention acceptable, a mis en évidence l'ambiguïté de la notion de "maladie sexuelle". Dans une situation épidémiologique où la prévalence des "maladies sexuelles" et du sida est encore faible, la perception de la gravité ou du danger de ces maladies reste encore limitée. On évoque, avec une multitude de symptômes, des maladies qui portent essentiellement atteinte à la reproduction. À ce titre, il est significatif de constater que les personnes se déclarant atteintes sont surtout des femmes, et que la gravité de la maladie est moins fonction de symptômes visibles (comme ceux de la nosographie biomédicale) que de symptômes plus diffus portant atteinte aux fonctions reproductrices. Dans ce contexte, le problème des "maladies sexuelles" est très largement un problème de fécondité.

Enfin, on peut suggérer une réflexion à propos de la réalisation d'études en sciences sociales, en vue de la prévention. Ces études, aussi bien pour la prévention du sida que pour celle des autres maladies majeures en Afrique, restent beaucoup trop rares. Le très faible nombre de références dans les bibliographies spécialisées consacrées à la prévention en Afrique illustre cette situation. Une réflexion sur les messages de prévention et leur spécificité, en fonction des contextes sociaux, surtout dans les zones où une maladie comme le sida fait encore peu partie du vécu social, apparaît nécessaire. Une prévention ne peut être centrée exclusivement sur cette maladie, alors que d'autres maladies, beaucoup plus familières, restent les principales causes de morbidité et de mortalité et devraient faire l'objet principal des campagnes préventives. Il est urgent de penser davantage aux modalités d'une prévention globale –des maladies présentes et d'une maladie comme le sida qui peut survenir très rapidement– ainsi que sur la manière d'impliquer tous les acteurs sociaux dans la prise en charge de la santé.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bibeau G., Murbach R. éds (1991). *L'univers du sida*. Numéro spécial de *Anthropologies et sociétés*, 15, 2-3 : 125-147.
- Caldwell J.-C., Pat C., Quiggin P. (1989). The social context of AIDS in Sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, 15, 2 : 185-234.
- Caldwell J.-C., Orobulo I.-O., Pat C. (1992). Underreaction to AIDS in Sub-Saharan Africa. *Social Science and Medicine*, 34, 11 : 1169-1182.
- Charbit Y. (1990). *Démographie, I.E.C. et planification familiale en milieu rural sénégalais. Monographies de villages (Région de Thiès)*. Paris, CERPAA : 82 p.
- Dozon J.-P., Fassin D. (1989). Raison épidémiologique et raisons d'état. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique. *Sciences Sociales et Santé*, 7, 1 : 21-36.
- Énel C., Pison G. (1988). Migrations et évolution de la nuptialité. L'exemple d'un village joola du Sud du Sénégal, Mlomp, Communication au Séminaire UIESP. *La nuptialité en Afrique au sud du Sahara. Évolutions en cours et impact sur la fécondité*, St Lambert-des-Bois, 14-17 septembre.
- Énel C., Pison G. (1992). Sexual Relations in the Rural Area of Mlomp (Casamance, Sénégal), in : Tim Dyson éd., *Sexual Behaviour and Networking : Anthropological Studies on the Transmission of HIV*. Liège, Derouaux-Ordina : 249-267.
- Engelhard P., Seck M. (1989). Comportements sexuels et contexte culturel. Une approche méthodologique de la prévention du sida. *Plurale*, 1, 1 : 83-108.

- Fassin D., Dozon J.-P. (1989). Les États africains à l'épreuve du sida. *Politique Africaine*, 32 : 79-85.
- Le Blanc E. M.-N., Meintel D., Piché V. (1991). The African Sexual System : Comment on Caldwell et al. *Population and Development Review*, 17, 3 : 497-505.
- Lyons M. (1992). *The Colonial Disease. A social history of sleeping sickness in northern Zaire : 1900-1940*. Cambridge, Cambridge University Press, XVI : 335 p.
- Mané B. (1991). Démographie, IEC et planification familiale en milieu rural (Monographies de villages). Région de Thiès et de Fatick. Rapport du séminaire de Thiès, 8 janvier 1991. Dakar-Paris : 51 p. multigr.
- Packard R. M. (1989). *White Plague, Black Labor. Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa*, J. Berkeley, Univ. California Press, XXII : 389 p.
- Vaughan M. (1991). *Curing their Ills. Colonial Power and African Illness*. Stanford, Stanford University Press, XII : 224 p.

## TRAVAUX ET PUBLICATIONS LIÉES À LA RÉALISATION DU PROGRAMME

- Becker C. (1991a). *Étude anthropologique sur les migrations, la nuptialité et les comportements sexuels chez les Sereer du Sénégal*, rapport à l'ANRS. Dakar, ORSTOM, 4 fascicules.
- Becker C. (1991b). *Nuptialité et comportements sexuels chez les Sereer du Sénégal*. Communication au colloque Sciences sociales de la santé en Afrique de l'Ouest, Bamako, 2-4 juillet 1991. Dakar, ORSTOM : 25+6 p. multigr.
- Becker C. (1992a). Caractéristiques de la zone d'étude et de la population: In : A. Chahnazarian éd., *Population et santé à Niakhar : niveaux et tendances des principaux indicateurs démographiques et épidémiologiques de la zone d'étude, 1984-1991*, Dakar, ORSTOM : 76 p.
- Becker C. (1992b). *Vocabulaire sereer du corps et de la santé*. Dakar, ORSTOM : 102 p.
- Becker C. (1993a). L'apparition du sida et la gestion des épidémies du passé au Sénégal [ : 71-98]. In : Dozon J.-P., Vidal L. éd., *Les Sciences Sociales face au sida en Afrique. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*. Abidjan, Gidis-CI - ORSTOM : 391 p.
- Becker C. (1993b). L'apparition du sida et la gestion des épidémies du passé au Sénégal. Communication à l'atelier *Sciences sociales face au sida en Afrique. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*. Bingerville 15-17 mars 1993. Dakar, ORSTOM : 22 p. ; Annexe : *Le sida à travers la presse sénégalaise 1987-1992* : 60 p.
- Becker C., Collignon R. (1996). *Éléments pour une histoire des MST et du sida au Sénégal*. Dakar, ORSTOM : 18 p.
- Becker C., Collignon R., Thioune M. (collab. Faye G.) (1993a). *L'inclination amoureuse est comme une écuelle de farine : à force d'y plonger la main, on rencontre une épine*. Entretiens sur la sexualité et la maladie en pays sereer. Dakar, ORSTOM : II-251 p. (Documenta sereer, vol.7).
- Becker C., Collignon R., Thioune M. (collab. Faye G.) (1993b). *Que votre lit de mariage devienne sale ! Entretiens sur le mariage, la fécondité et la stérilité en pays sereer*. Dakar, ORSTOM : II-186 p. (Documenta sereer, vol.8).
- Collignon R., Becker C. (1989). *Santé et Population en Sénégal des origines à 1960. Bibliographie annotée*. Paris, INED : 9+ 554 p.
- Delanay V. (1994). L'entrée en vie féconde. *Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais*. Paris, Ceped, XXII : 326 p.
- Delanay V., Becker C. (à paraître). *Vers une demande réelle de contrôle de la fécondité en milieu rural sénégalais*. Paris, ORSTOM : 29 p. Communication aux 5<sup>èmes</sup> Journées démographiques de l'ORSTOM, Paris 28-30 septembre 1994.
- Garenne M., Becker C., Cardenas R. (1992). Heterogeneity, life cycle and the potential demographic impact of AIDS in a rural Area of Africa. In : Tim Dyson éd., *Sexual Behaviour and Networking : Anthropological Studies on the Transmission of HIV*. Liège, Derouaux-Ordina, 269-282. [Version multigr. parue en 1990, dans les Actes du Séminaire IUSSP *Anthropological Studies Relevant to the Sexual Transmission of HIV*, Sonderberg, Denmark, 19-22 november 1990 : 22 p.]
- Lemardeley P., Diallo A., Becker C. et al. (1991). *Maladies sexuellement transmissibles en zone rurale au Sénégal. Rapport d'une année de surveillance épidémiologique. Novembre 1989- Novembre 1990*. Niakhar. Dakar, ORSTOM, 3 fascicules : 35 p., 41 p., 53 p.
- Lemardeley P., Diallo A., Gueye A., Sarr E., Becker C., Mboup S., Rey J.-L. (1995). Évaluation en 1991 des risques de MST et d'infection par VIH en zone rurale sénégalaise. *Cahiers Santé*, 5, 1 : 43-48.
- Thioune M. (1991). *Représentations, réseaux et recours thérapeutiques. Maladies sexuellement transmises et infécondité chez les Sereer Siin du Sénégal*. Dakar, Ucad : 73 p. (Mémoire de DEA d'Anthropologie).