

Introduction

Evelyne Micollier, Marie-Eve Blanc, Laurence Husson

▶ **To cite this version:**

Evelyne Micollier, Marie-Eve Blanc, Laurence Husson. Introduction. Marie-Eve Blanc, Laurence Husson, Evelyne Micollier (eds.), auteures listées par ordre alphabétique. Sociétés asiatiques face au sida, L'Harmattan, pp.9-20, 2000, Recherches asiatiques. ird-00439943

HAL Id: ird-00439943
https://ird.hal.science/ird-00439943

Submitted on 9 Dec 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Introduction

Le présent ouvrage fait suite à trois jours de table ronde qui s'est tenue à Aix-en-Provence, à la fin du mois de novembre 1998, et dont l'objectif principal était d'appréhender les dimensions sociales, économiques et culturelles de l'épidémie du sida dans différentes sociétés du sud-est asiatique, tout comme de tenter une première évaluation des moyens de prévention, des réponses institutionnelles et communautaires face au fléau.

La publication de ces actes intervient au moment où, d'une part, l'Onusida diffuse son rapport annuel et où d'autre part, à Kuala Lumpur (Malaisie), s'achève la cinquième conférence internationale du sida dans la région Asie-Pacifique (ICAAP). Ce hasard du calendrier permet de rappeler la situation globale de la pandémie, étayée par quelques chiffres et données clés. À l'échelle mondiale d'abord, l'Onusida estime qu'à la fin de ce siècle 33,6 millions de personnes ont contracté le virus du sida et que, parmi elles, 30 millions de séropositifs n'ont pas accès aux traitements de cette maladie. C'est ainsi que près de 95 % des personnes infectées par le VIH à travers le monde vivent dans les pays en voie de développement où l'épidémie ne cesse de progresser, creusant d'année en année les inégalités croissantes entre le Nord et le Sud.

Alors que dans les pays industrialisés la généralisation des polythérapies antivirales s'est traduite par un recul spectaculaire de la mortalité liée au sida, au point de changer dangereusement la perception de cette maladie désormais « domestiquée », dans les pays du Sud, les traitements sont encore rarement accessibles et les taux de contamination augmentent. Cette situation épidémiologique, avec un nombre de sujets contaminés déjà considérable et des possibilités de prévention beaucoup plus limitées que dans les pays du Nord pour des raisons à la fois économiques et culturelles, laisse craindre que l'épidémie sera infiniment plus difficile à enrayer ou à stabiliser qu'elle ne l'est dans les pays riches. Des disparités notoires, à différentes échelles spatiales, existent entre les zones de progression active de l'épidémie et les zones où elle stagne.

L'Afrique subsaharienne continue d'être la plus durement affectée. Après elle, le continent asiatique, qui semblait pourtant avoir été épargné jusqu'en 1988, est le plus sévèrement touché. L'Onusida annonce le nombre de 7 millions d'Asiatiques infectés à la fin de

l'année 1999. Plus grave encore, les cas de contamination en Asie ont progressé de 70 % entre 1996 et 1998, les pays du bassin du Mékong étant ceux qui connaissent la plus forte progression.

L'Asie se révèle en effet très vulnérable. Plusieurs facteurs contribuent à la très rapide transmission du virus sur le continent : l'intégration des économies asiatiques entre elles et avec l'économie mondiale, les changements sociaux extrêmement rapides au sein même des pays concernés, la jeunesse des populations, leur très grande mobilité sur le plan national et international. Précisons que ces migrations se caractérisent désormais par une féminisation croissante et par un grand nombre de clandestins : deux facteurs qui renforcent encore la vulnérabilité déjà notoire de tout migrant. À cette longue liste s'ajoute souvent la difficulté des pays à reconnaître la réalité de l'épidémie, l'ignorance des populations, les rapports non protégés, l'essor du commerce du sexe, le développement de la toxicomanie par voie intraveineuse. Par ailleurs, les difficultés économiques qui ont contraint les pays de la région à de sévères coupes budgétaires, y compris dans le domaine de la santé, ont d'ores et déjà provoqué un recul de la prévention et une augmentation des risques d'infection. Il faut également souligner que, si le très prospère commerce du sexe asiatique a fait flamber la maladie, on assiste à une augmentation exponentielle des contaminations par injection de drogue — cette pratique étant reconnue plus rapidement contaminante que la précédente.

Une catastrophe sanitaire «à l'africaine» peut donc advenir en Asie, même si, pour l'instant, aucun pays de cette zone n'a encore atteint les taux de prévalence couramment rencontrés en Afrique subsaharienne. Tous les pays de la zone ne sont pas affectés au même degré par l'épidémie, et même souvent au sein d'un même pays, les taux d'infection ou le mode de contamination varient considérablement en fonction des différences culturelles, des communications, de la circulation de l'information, des pratiques sexuelles ou toxicomaniaques, elles aussi très variables. Alors que les pays africains sont désormais bien couverts, les pays d'Asie manquent de groupes sentinelles et de systèmes de surveillance épidémiologique. La mise en place de ces réseaux dans la région ainsi qu'une contribution renforcée des sciences sociales permettraient non seulement d'expliquer les fortes variations des taux de prévalence entre pays et régions d'un même pays, mais aussi l'inégale répartition

de l'épidémie sur l'ensemble de l'Asie. De nouvelles études permettraient d'analyser plus précisément les relations entre le contexte social et la dynamique de l'épidémie, la perception sociale et culturelle de cette maladie et les différents types de réponses individuelles et collectives élaborées.

Notre ouvrage, à travers ses dix-sept contributions, s'inscrit pleinement dans cette perspective. Il s'insère dans des problématiques récurrentes en anthropologie de la santé articulées autour de trois axes : les interactions et les contradictions entre le pouvoir politique et le champ de la santé, les enjeux socio-politiques de la santé publique ; l'efficacité des politiques et de l'éducation sanitaires ; l'intégration et le rôle des médecines traditionnelles ou populaires dans le système de santé publique et ou dans le système médical local. Comme le soulignent H. Brummelhuis et G. Herdt (1995 : 15), le travail de contextualisation culturelle est une condition nécessaire au développement «d'interventions culturellement appropriées». Confrontant des modèles d'interventions et d'interprétation de la maladie selon un axe géographique Sud-Sud (Afrique-Asie) et trans-asiatique (Asie du Sud et Asie orientale), ce livre est une contribution originale aux études qui portent sur le «sida du Sud». Cet ouvrage est le premier en langue française qui traite du sida et de ses implications sociales, économiques, démographiques, psychologiques dans le contexte culturel asiatique. Il faut souligner également qu'il est le fruit d'une collaboration pluridisciplinaire entre anthropologues, ethno-psychologues, sociologues, géographes et historiens. Cette pluridisciplinarité nous a permis d'aborder des problématiques complémentaires, montrant l'épidémie de sida comme cause et/ou comme conséquence d'un changement social rapide. En outre, à fin de comparaison, l'ouvrage dévolu à l'aire culturelle sud-est asiatique présente trois recherches conduites en Asie du Sud et trois contributions d'africanistes.

Au cours des dernières années et principalement dans le monde anglo-saxon, l'analyse des «cultures sexuelles» et de leurs implications sur la santé des individus et des communautés a pris un essor certain, en particulier l'étude de la négociation sexuelle, de la formation des identités sexuelles, la santé reproductive et de la vulnérabilité aux maladies sexuellement transmissibles, notamment l'infection par le VIH. Nombre de pays asiatiques, qu'ils soient de

tradition bouddhique, musulmane ou confucéenne, sont secoués par un débat culturel opposant valeurs traditionnelles familiales et libertés individuelles. La première partie de l'ouvrage, «La sexualité en Asie du Sud-Est», tente d'approcher ce vaste champ d'investigation, dans lequel la prostitution occupe une place clé. La tendance épidémique actuelle dans cette région du monde est, rappelons-le, une contamination par voie hétérosexuelle. Les articles de F. Dikötter, L. Husson et I. Wolffers traitent des MST et du débat sur les contraintes imposées par la culture en matière d'éducation et de prévention à propos du sida. F. Dikötter expose l'histoire épidémiologique des MST en Chine et démontre une constante : la gestion de la sexualité importe finalement plus que le contrôle des maladies dans l'empire du Milieu.

Les articles de L. Husson, A. Y. Guillou, et D. Seddon contribuent à une meilleure connaissance du phénomène de la prostitution dans trois pays asiatiques, — respectivement Indonésie, Cambodge, et Népal —, un aspect encore peu exploré par la recherche académique. L. Husson dresse un état sanitaire de la prostitution aux Indes néerlandaises puis dans l'Indonésie contemporaine, montrant que les tentatives d'éradication des MST sous la période coloniale trouvent un écho dans les mesures prises pour lutter contre le sida ; mesures qui demeurent ambiguës et inefficaces et qui ne s'attaquent qu'au sommet de l'iceberg. A. Y. Guillou nous procure un autre regard sur la prostitution en s'appuyant sur une étude ethnologique des rôles des sexes au sein des familles cambodgiennes, dans la société la plus touchée par l'épidémie de sida en Asie. La sexualité est abordée sous l'angle du rapport dialectique entre sexualité conjugale et extra-conjugale et se concentre sur l'action de prévention des épouses auprès des hommes mariés et des professionnelles du sexe. D. Seddon, après avoir dressé un bilan de l'épidémie au Népal, s'attache au commerce du sexe à une échelle internationale et nationale, et aux mouvements migratoires de la population, deux phénomènes sociaux qui s'avèrent en étroite interaction. L'auteur évoque aussi la vulnérabilité accrue à l'infection par le VIH de certaines minorités ethniques montagnardes, un fait attesté dans toute l'Asie de Sud-Est continentale, en Chine du Sud et à Taiwan.

F. Bourdier appréhende la sexualité sous l'angle des formes de sociabilité générées par les contraintes des stratégies matrimoniales de la société indienne traditionnellement structurée par le système des castes et de l'alliance. Insistant sur les «marges oubliées» incluant les

minorités sexuelles, les migrants en situation d'isolement social, familial et marital, les prostitué(e)s, ignorées par les milieux officiels nationaux et internationaux, et par des chercheurs formés à des sciences sociales «politiquement correctes», l'auteur plonge le lecteur dans l'univers souterrain d'une société indienne habile à dissimuler ses dysfonctionnements, et en montre la face cachée. Il aborde également le problème des applications de l'anthropologie confrontée à la prévention du sida : quelle contribution apporte cette science à l'élaboration et à la conduite des projets ? I. Wolffers fait le point sur les problèmes qui entravent le développement de stratégies efficaces de lutte contre le sida à partir d'études de cas en Malaisie, en Indonésie, au Vietnam, au Cambodge et en Thaïlande et décrit les obstacles rencontrés par le chercheur sur le terrain. Il évoque également les contraintes culturelles liées à la sexualité provoquant des réticences locales, officielles et populaires, à l'éducation sexuelle, ce qui limite toute intervention appropriée face au risque épidémique.

La deuxième partie de l'ouvrage, «Les réponses institutionnelles à la maladie», illustre le constat que la maîtrise relative de la maladie, la production d'informations et de techniques de prévention par les pays occidentaux ont eu des effets idéologiques variés dans les pays en développement. En effet la gravité, le coût, comme le mode de transmission de cette maladie ont des conséquences particulières sur l'information et la prévention et pèsent sur la manière dont les gouvernements réagissent pour mettre ou non en œuvre les mesures efficaces. Cette partie permet donc de voir comment et en quoi les réponses institutionnelles varient selon les contextes culturels, économiques et politiques locaux. Ainsi, trois articles analysent les campagnes officielles de prévention au Vietnam, en Malaisie et à Taiwan à travers les discours publics (textes et images) émanant des médias et des institutions gouvernementales en charge de la campagne. M.-È. Blanc montre l'institutionnalisation progressive de la campagne au Vietnam, processus en trois phases de réappropriation par l'État d'interventions sanitaires initiées par un réseau associatif dépendant largement des organismes onusiens et des ONG internationales : ce processus est un modèle exemplaire de la récupération politique d'un problème urgent de santé publique. Cette réappropriation de la maladie à des fins politiques est également bien mise en évidence dans le contexte malaysien : le gouvernement

impose des messages éducatifs véhiculant une représentation sociale de la maladie qui renforce l'idéologie étatique et qui éclaire les rapports entre le pouvoir et l'islam (S. Vignato). À Taiwan, au contraire, un réseau associatif local relativement indépendant de toute organisation étrangère, mais soutenu par l'État, prend en charge la campagne de prévention. Une collusion étroite se produit entre les réponses institutionnelles à la maladie et celles qui sont organisées hors institutions : l'État est bailleur de fonds plutôt qu'opérateur engagé dans des actions sur le terrain, un fait qui s'explique par les enjeux électoraux de cette jeune démocratie qui doit tenir compte d'une opinion publique qui préfère nier la réalité de la maladie (É. Micollier). L'appropriation politique de la maladie, de la santé et du corps humain, se situe au cœur des problématiques développées par l'anthropologie de la santé (D. Fassin, 1996) : elle apparaît sous des formes multiples modelées par les contextes culturels, en particulier dans les réponses institutionnelles au risque épidémique, une épidémie étant toujours et avant tout perçue comme un fléau social (S. Sontag, 1993).

La troisième partie, «Les réponses spontanées ou organisées hors institutions», montre, à travers plusieurs recherches conduites dans des pays aussi divers que le Cambodge, l'Indonésie, la Thaïlande, que la société civile et les tradipraticiens s'organisent progressivement face à l'épidémie. Dans un système d'interactions réciproques, le sida est à la fois révélateur et moteur du changement social : un problème de santé publique aussi grave et aussi sensible contribue à l'affirmation d'une société civile naissante, en révèle le dynamisme ou au contraire la faiblesse. En effet, des minorités sexuelles ou sociales sont contraintes à s'organiser face au sida en créant ou en adhérant à des associations, en dialoguant avec les autorités sanitaires et en œuvrant pour l'accès à l'information et à l'éducation pour la santé si toutefois des enjeux socio-politiques n'étouffent pas leur voix. Les travaux proposés contribuent à une meilleure connaissance du pluralisme médical à un niveau local, une connaissance indispensable pour élaborer et appliquer des programmes d'éducation sanitaire efficaces, en particulier quand l'objectif est de prévenir une maladie qui touche à l'intimité de la personne.

F. Grange et M. Eisenbruch montrent avec la finesse d'une analyse micro locale comment une maladie émergente, le sida, trouve

sa place dans une nosologie et un système thérapeutique traditionnel ou «néo-traditionnel». À partir d'un cadre de recherche et d'une problématique aujourd'hui classique en anthropologie de la santé portant sur le pluralisme médical (le premier ouvrage de référence étant celui de Kleinman, 1980), F. Grange analyse les représentations et les pratiques thérapeutiques liées au sida d'une catégorie de «soignants», les guérisseurs locaux dans le contexte balinais. M. Eisenbruch se penche plus particulièrement sur les représentations populaires khmères du sida partagées par la population locale et les guérisseurs traditionnels. Le sida est intégré à la nosologie locale par son assimilation à la syphilis «mangue». La discussion porte sur les similitudes entre syndromes indigènes et aspects cliniques du sida chez l'enfant. M. Eisenbruch tout comme A. Desclaux (partie IV) se penchent sur l'épidémie de sida chez l'enfant dont les composantes sociales, biologiques et cliniques sont peu connues. Ils apportent des contributions de qualité dans un domaine de recherche encore peu exploré.

Alors que la plupart des articles portent sur les majorités ethniques des pays asiatiques, P. V. Symonds propose avec le sien une fine analyse ethnologique qui nous plonge au cœur de l'univers culturel de la population minoritaire Hmong du nord de la Thaïlande, et se penche sur le problème plus global de la vulnérabilité au VIH des ethnies minoritaires : «La perte de pouvoir en termes de sexe, de classe, de race, d'ethnie, etc., conduit à son tour à l'inégalité dans d'autres domaines tels que l'éducation, la participation politique, et les soins de santé, ce qui complique les efforts de prévention... » (P. V. Symonds). Les populations montagnardes d'Asie du Sud-Est continentale et de Chine du Sud partagent des traits linguistiques et culturels, et passent les frontières étatiques construisant en commun des espaces : elles sont négligées et dénigrées par les gouvernements nationaux et les populations dominantes. Elles ne sont pas ciblées par une campagne de prévention spécifique alors que leur vulnérabilité est aujourd'hui reconnue à une échelle globale. Le récent ouvrage de C. Beyrer (1998) illustre magistralement et sur un mode comparatif ce problème régional. Apportant sa contribution à un débat crucial qui a lieu dans le champ de la «recherche-action», S. Crochet pose le problème de la définition de la «communauté» chère aux «développeurs» en évoquant l'histoire et l'application du concept dans les projets et dans les interventions de développement, l'usage concret

du terme étant décrit dans le contexte de l'épidémie de sida au Cambodge. Elle remet ainsi en question l'utilité d'une notion souvent floue, réinterprétée par divers acteurs sociaux au profit de stratégies personnelles ou clientélistes plutôt que «communautaires» !

À l'aide d'une méthodologie géographique, E. Éliot met en évidence la répartition spatiale des populations infectées par le VIH en Inde, et ainsi, des «relais spatiaux de l'épidémie». La polarisation religieuse de la société indienne apparaît avec la représentation de l'Autre comme vecteur privilégié de la transmission du virus : dans ce contexte, les hindous des hautes castes accusent les musulmans d'en être les propagateurs au nom de leur «impureté» originelle. L'étude des aspects sociaux du sida contribue à une meilleure compréhension des constructions interculturelles de l'altérité (C. Fay, éd., 1999). Aujourd'hui, la mobilité est reconnue comme un facteur de risque favorisant la contraction du VIH (Herdt, 1997 ; *Migrations et Santé*, 1998) comme les approches géographiques ou démographiques le démontrent plus particulièrement.

Les pays occidentaux, et l'Afrique noire dans une moindre mesure, disposent d'une avance considérable en matière d'information, de prévention et de soins. Quant aux pays asiatiques, trop peu étudiés, ils ne bénéficient pas des mêmes efforts. On constate qu'un ensemble de facteurs se combine négativement pour faire obstacle à une prise en charge officielle de la maladie. Les idéologies, les pratiques culturelles locales, mais aussi les priorités politiques et économiques définies par les États sont à prendre en compte dans l'analyse pour comprendre et évaluer le retard de certains pays de l'Asie du Sud-Est vis-à-vis de l'épidémie. La quatrième partie, «Les leçons de l'expérience africaine», en tentant une comparaison entre la situation de l'épidémie sur les deux continents, vise à évaluer ce que l'expérience africaine pourrait apporter à l'Asie. Des spécialistes de l'Afrique s'interrogent en effet sur les spécificités de la pandémie en Asie pour nous offrir un regard croisé Sud-Sud sur ce problème urgent de santé publique. Des connaissances accumulées depuis une quinzaine d'années et une expérience de recherche plus approfondie que celles des «asiatistes», leur permettent d'avoir un regard distancié sur les sociétés asiatiques confrontées au sida et d'élargir l'analyse à un contexte épidémique global. Les connaissances sociales, épidémiologiques, biologiques et cliniques sur le sida, résultat d'un effort de recherche et d'actions considérable, se sont accumulées sur

une vingtaine d'années. Des leçons tirées de l'expérience africaine et ces progrès scientifiques ont contribué à infléchir la prévalence de certaines épidémies asiatiques (celles de la Thaïlande en particulier). Inversement, dans quelle mesure la gestion socio-politique de la prévention et des soins des pays asiatiques peut servir de modèle à l'Afrique ? En effet, dans les domaines des moyens mis en œuvre, du dynamisme et de l'efficacité des réponses face à la maladie, l'Afrique peut bénéficier à son tour de l'expérience asiatique. Selon une perspective comparative et qui s'inscrit dans le champ de la géographie de la santé, J. M. Amat-Roze procède à un état des lieux des épidémies de sida en mettant en évidence leur évolution dans le temps et dans l'espace. S'appuyant sur ce bilan, elle s'interroge sur les apports réciproques de deux «sida du Sud» eux-mêmes pluriels au regard de la diversité des situations qui apparaissent sur les continents asiatique et africain. Alice Desclaux a une approche plus relativiste (notion de «relativisme culturel») en centrant la discussion sur la «transmissibilité» d'une expérience d'un groupe social à l'autre, d'une culture à l'autre, d'une région à l'autre, d'un pays à l'autre (sans parler d'un continent à l'autre) ! Chaque population construit son «épidémiologie populaire» souvent très éloignée de l'épidémiologie biomédicale. Cette question est d'ailleurs cruciale — la première à se poser pour l'élaboration et l'application des programmes de lutte contre le sida pourtant souvent conçus d'avance comme «interculturels» : «Quel système de référence peut permettre des comparaisons prenant pour objet des sociocultures différentes ? » Par l'étude de cas qu'elle développe (le sida chez l'enfant en Thaïlande et au Burkina-Faso), A. Desclaux montre la pertinence mais aussi les limites d'une comparaison portant sur des aires culturelles aussi éloignées l'une de l'autre. En comparant les situations asiatiques et africaines, M. É. Gruénais pose la question de l'existence de plusieurs «sida du Sud» qui se distinguent de l'épidémie européenne et nord-américaine, plutôt que d'un monolithique «sida du Sud». Il constate par exemple que certains pays d'Asie ont construit le sida en objet «politique» alors que les pouvoirs publics africains ont plutôt pris des positions fortes sur des aspects «techniques» de la lutte contre le sida : dans le contexte asiatique, des discours officiels à un niveau national ou international, qui malheureusement «vont parfois dans le sens d'une marginalisation et d'une stigmatisation accrues de certaines populations», associent volontiers l'épidémie à des changements

sociaux ou économiques. Dans le domaine des ONG, des expériences menées en Asie sont aujourd'hui tentées sur le continent africain. Les apports réciproques de l'Afrique et de l'Asie en matière de lutte contre le sida ne peuvent être qu'esquissés au regard du relatif manque de connaissances sur les épidémies asiatiques autres que celle de la Thaïlande. Cette dernière apparaît comme un cas modèle à un niveau international et exceptionnel en Asie par l'application de mesures préventives volontaristes avec une efficacité déjà prouvée par un infléchissement de la prévalence (M. É. Gruénais).

La somme des contributions présentées dans cet ouvrage est loin de brosser un tableau exhaustif de la situation. Il reste de nombreux aspects à traiter, comme par exemple établir un bilan sur les systèmes de santé publique, par ailleurs débordés par des maladies plus visibles telles que le paludisme, la tuberculose, les hépatites, le choléra et la typhoïde et leurs capacités à gérer la maladie, les relations entre patients et corps médical, la prévention en termes d'éducation, l'attitude et le discours des chefs religieux, etc. Les réponses institutionnelles à la maladie pourraient être mieux évaluées et adaptées si les systèmes de santé publique locaux étaient étudiés dans une perspective comparative. La qualité, la nature, le contexte de la relation thérapeutique ont une incidence importante sur l'accès aux soins, et cet aspect, nécessitant entre autres une étude des pratiques et des représentations du personnel médical face à l'épidémie de sida, n'a pas été abordé. Les interactions entre les réponses institutionnelles, les réponses organisées hors institutions, et les réponses locales informelles non organisées, gagneraient à être observées sur le terrain et analysées pour améliorer les stratégies de prévention et de soins à partir d'un contexte précis de relations préexistantes et de réseaux déjà opérationnels.

La prévention a été traitée sous plusieurs angles de recherche, mais l'étude précise des programmes d'éducation sexuelle au niveau de leur élaboration, de leur mise en place, de leurs contenus et des réactions qu'ils génèrent est encore peu développée. Les contraintes culturelles face à la prévention ont été discutées. Cela dit, il faut tout de même se garder de toute surinterprétation des facteurs culturels en les rendant omniprésents dans les représentations et responsables des conduites humaines. Le lien de causalité entre un élément culturel et un comportement peut toujours être l'objet de controverses. La rationalité des comportements humains peut être parfois très éloignée

d'une logique «culturelle» et ne relève donc pas toujours d'un système de pratiques et de représentations traditionnelles en transition sous l'effet du changement social. Les tâtonnements, l'ignorance et les contradictions donnant lieu à des phénomènes de tension ou de polarisation, peuvent tout simplement expliquer les conduites. Comme le souligne F. Bourdier dans le présent ouvrage, «les recherches sur la sexualité et le sida gagneraient à se débarrasser des a priori, des déterminismes simplistes en accordant davantage de place, en tout cas dans un premier temps, au recueil d'informations, à l'expérience ethnographique qui seule peut rendre compte de la complexité des événements, quitte à opérer par la suite un travail de déconstruction et de reconstruction théorique reposant sur une actualisation des faits sociaux observables dans les sociétés complexes en pleine recomposition».

I. Wolffers propose d'inviter les groupes de population les plus vulnérables (femmes pauvres, adolescents, travailleurs(euses) du sexe, toxicomanes, migrants) à prendre la parole pour décrire leurs conditions de vie et leurs expériences ; une méthodologie qui reposerait sur l'analyse biographique. En effet, la recherche manque cruellement de données qualitatives concrètes sur le vécu des personnes. Cependant, en dépit de l'apport incontournable de la méthode ethnologique souvent négligée dans la conception et la mise en place de projets de développement, les données de l'ethnologie sont nécessaires mais en aucun cas suffisantes pour garantir l'efficacité d'un projet, car rappelons-le, «tout projet de développement est nécessairement une sorte de pari sur le comportement des acteurs sociaux concernés» (Olivier de Sardan, 1998 : 196).

Soulignons enfin que la prostitution masculine et enfantine est un phénomène très peu exploré, tout comme les pratiques homosexuelles, et d'une importance méconnue quand on estime qu'environ un tiers des travailleurs du sexe sont des hommes selon une moyenne internationale globale (Davis, 1993). Dans le présent ouvrage, l'étude de la prostitution s'est limitée à la prostitution féminine qui demeure, il est vrai, largement majoritaire, et dont l'expansion et la visibilité dans les pays d'Asie relèvent simultanément de traditions se rapportant aux rôles sexués, aux rapports de genre, aux structures sociales étroitement associées à la famille, aux contraintes des stratégies matrimoniales et de transitions comme les changements socio-économiques, politiques

et démographiques, l'inégalité du développement, les mouvemen migratoires et les phénomènes d'acculturation.

Décembre 199

Références bibliographiques

BEYRER, C., 1998, *War in the blood. Sex, politics and AIDS i Southeast Asia*, Zed Books, Londres.

BRUMMELHUIS, H. & HERDT, G. (eds), 1995, *Culture an Sexual Risk. Anthropological Perspectives on AIDS*, Amsterdam an Philadelphia, Gordon/Breach ed.

DAVIS, N. J. (ed.), 1993, *Prostitution. An Internationa Handbook on Trends, Problems, and Policies*, Greenwood Press Londres.

FASSIN, D., 1996, *L'Espace politique de la santé*, PUF, Paris.

FAY, C. (éd.), numéro thématique «Le sida des autres constructions locales et internationales de la maladie», *Autrepar (Cahiers des Sciences Humaines)* n° 12 (4-99), IRD-L'Aube, Paris.

HERDT, G. (ed.), 1997, *Sexual Cultures and Migration in th Era of AIDS. Anthropological and Demographic Perspectives* Clarendon Press, Oxford.

KLEINMAN, A., 1980, *Patients and Healers in the Context o Culture*, University of California Press, Berkeley.

OLIVIER DE SARDAN, J.-P., 1998, *Anthropologie e Développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, APAD-Karthala, Paris.

SONTAG, S., 1993, *La Maladie comme métaphore. Le sida et ses métaphores*, Bourgois éd., Paris.

Numéro thématique «Migrations et sida», 1998, *Migrations et Santé*, n° 94-95, Paris.