

Chapitre 5

Les femmes africaines infectées par le VIH/sida sont-elles vulnérables ?



Fatoumata Ouattara

Anthropologue, IRD, LPED, UMR 151,
Aix Marseille Univ. - IRD

Vulnérabilité

Femmes

Processus

VIH/sida

Ce chapitre est paru dans :
Adjamagbo A., Gastineau B., Golaz V., Ouattara F. (2019). La vulnérabilité à l'encontre des idées reçues. Les Impromptus du LPED, n°6, Laboratoire Population-Environnement-Développement, UMR 151 (AMU – IRD), Marseille, 133 p.

La majeure partie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique subsaharienne a souligné la vulnérabilité des femmes comme étant une des principales raisons de leur exposition au VIH/sida. En raison des conceptions principalement culturelles, les femmes ne sont pas à meure d'inciter les hommes à utiliser le préservatif pendant les rapports sexuels. Elles subissent les rapports sexuels non protégés et sont vulnérables. Cela favoriserait donc la propagation du VIH. La teneur de ce présumé a finalement produit des situations de stigmatisation des femmes en les rendant responsables de la propagation du VIH.

Après un rappel des fondements de l'attribution d'une prétendue vulnérabilité des femmes africaines face à l'infection à VIH, je propose de nuancer ce postulat à la lumière de travaux anthropologiques que j'ai conduits dans des villes au Burkina Faso. Une vulnérabilité sociale et/ou économique peut favoriser l'infection en rendant ainsi la potentialité d'une stigmatisation provenant de l'entourage. En prenant en compte les trajectoires individuelles, les dynamiques relationnelles, les dimensions sociales, économiques et culturelles, on constate que la vulnérabilité est produite par un processus dynamique et qu'elle peut être variable.

Much of the social science research on AIDS in sub-Saharan Africa has highlighted women's vulnerability as one of the main reasons for their exposure to HIV/AIDS. Due to predominantly cultural conceptions, women are not able to encourage men to use condoms during sex. They experience unprotected sex and are vulnerable. This would therefore encourage the spread of HIV. The content of this presupposition has ultimately produced situations in which women are stigmatized by making them responsible for the spread of HIV.

After a reminder of the foundations of the alleged vulnerability of African women to HIV infection, I propose to qualify this postulate in the light of anthropological work that I have conducted in cities in Burkina Faso. Social and/or economic vulnerability can favour infection by rendering the potential for stigmatization from one's entourage. By taking into account individual trajectories, relational dynamics, social, economic and cultural dimensions, we can see that vulnerability is produced by a dynamic process and that it can be variable.

Introduction

Soutenir qu'une maladie met une personne dans une situation de vulnérabilité peut paraître de prime abord banal et par voie de conséquence difficilement contestable. Or l'argument de ce texte consiste précisément à remettre en question l'idée selon laquelle les femmes africaines infectées par le VIH/sida sont vulnérables.

Il y a une trentaine d'années, lorsque l'infection à VIH a été découverte, l'enregistrement des données cliniques et épidémiologiques des premiers cas de sida dans les villes de la côte ouest aux Etats-Unis a permis de définir la notion de « groupe à risque » basée sur « des facteurs hypothétiques de risque ». Ainsi, les héroïnomanes, les homosexuels masculins, les haïtiens, les hémophiles regroupés sous l'appellation les « 4H » en y ajoutant les *hookers* (pour prostituées) ont été regroupés sous l'appellation de « groupes à risque » (Farmer 1996). Sans grande surprise, cette expression (groupes à risque) a contribué à « des effets de désignation et de stigmatisation de « communautés » » (Delaunay 1999). Parallèlement, la propagation du sida a été qualifiée d'épidémie mondiale. Des grandes enquêtes socio-épidémiologiques ont mis en évidence le fait qu'il y avait des « comportements à risque » pour des individus ou des catégories de populations par rapport à l'infection à VIH et ont ainsi établi leur vulnérabilité (Delaunay 1999). Consécutivement, en posant des configurations culturelles d'un sida dans les pays du Sud qui serait différent d'un sida au Nord, on est venu à considérer que les femmes africaines infectées par le VIH/sida sont vulnérables.

Dans la première partie de ce texte, je reviendrai sur les explications qui ont sous-tendu cette prétendue vulnérabilité des femmes africaines séropositives. Puis dans la deuxième partie,

à la lumière de travaux anthropologiques conduits au Burkina Faso, il s'agira de revenir sur les postures méthodologiques qui ont permis d'ériger une telle assertion.



Photo 1 : Accompagnement Psycho-social des enfants au Burkina Faso. 2006
(© IRD – Fabienne Heojaka – www.indigo.ird.fr).

I. De la vulnérabilité des femmes africaines face à l'infection à VIH/sida...

La découverte du virus s'est rapidement accompagnée par la mise en place de grandes enquêtes épidémiologiques qui mettent en évidence une forte concentration des personnes infectées par le VIH dans les pays africains, où la diffusion importante de l'infection marque sa dimension épidémique dont la transmission, principalement hétérosexuelle, est facilitée par la fragilité des muqueuses vaginales. Dans les populations africaines fortement touchées par l'infection, les enquêtes épidémiologiques indiquent une forte séroprévalence féminine parmi des échantillons quasi-exclusivement composés de femmes enceintes et de prostituées. La vulnérabilité physiologique des femmes s'établit ainsi solidement sur des enquêtes quantitatives. Notons que cela a d'ailleurs induit rapidement une distinction binaire distinguant un sida du Nord et un sida du Sud (Vidal, 1999).

Consécutivement à ces grandes enquêtes épidémiologiques, des explications d'ordre socio-anthropologique renvoyant aux postures culturelles ont abondé dans le lien entre sida, femmes et vulnérabilité, en considérant les femmes africaines incapables de contrôler les risques face à l'infection à VIH et par conséquent vulnérables. Là aussi, pour ces enquêtes quantitatives de type CAP (Connaissances, attitudes, pratiques), les femmes africaines sont représentées comme femmes enceintes ou prostituées, les seules catégories de femmes concernées par les enquêtes vastes et rapides.

Selon ces études, les femmes (enceintes ou en devenir de l'être) ne peuvent obtenir de leur partenaire l'usage du préservatif pour des raisons culturelles associées à leur reconnaissance sociale (reposant essentiellement sur le mariage et la procréation) et parfois économique (la crainte

de perdre le soutien financier de l'homme). Les prostituées quant à elles ne peuvent contrôler le risque d'être infectées par le virus parce que l'échange sexuel serait à caractère monétaire. Or, il a été par exemple reconnu et démontré que contrairement aux idées reçues, les prostituées avaient des connaissances et des pratiques de prévention par rapport à l'infection à VIH bien meilleures que d'autres catégories de personnes. Leur prétendue vulnérabilité au VIH découlait de leur stigmatisation en dehors du contexte de l'infection à VIH (Desclaux, 2003 ; Le Palec, 1999). Une grande part des chercheurs en sciences sociales n'ont pas dévié des pistes des épidémiologistes pendant une période de l'histoire du sida. Comme le souligne Annie Le Palec (1999 : 350) «...en s'inscrivant dans les modèles épidémiologiques concernant le sida en Afrique, [ces travaux] ont largement participé à forger certaines représentations locales du sida. Ils en sont aussi très vite devenus le produit et ils n'ont cessé de les renforcer. » Impliqués différemment dans la lutte contre l'infection à VIH/sida, des chercheurs, des acteurs d'institutions internationales et d'associations de lutte contre le sida se sont d'ailleurs mis à utiliser invariablement des notions telles que celles de vulnérabilité, de stigmatisation, d'*empowerment* tout en l'attribuant à un dénominateur singulier : les femmes africaines. En admettant l'idée que les femmes africaines sont vulnérables parce qu'exposées au risque d'infection au VIH, des actions sont promues pour leur faire acquérir de l'*empowerment*, terme anglais que l'on peut traduire par « renforcement du pouvoir » (ICW, 1995). Apparue au début des années 1970 sous l'égide des discours féministes, cette notion renvoie à trois dimensions de pouvoir : individuelle (par l'acquisition de compétences dans l'estime de soi, dans

II. ...à une nécessaire décomposition de la vulnérabilité

la construction d'une conscience critique), collective (le fait qu'un groupe soit reconnu) et politique (par une action transformatrice). La notion d'*empowerment* à l'aune de l'infection à VIH a été réduite au domaine de la sexualité, autour de l'idée implicite d'une difficulté des femmes à faire accepter l'usage du préservatif par les hommes (Giffin, 1998). Sans m'étendre sur les critiques à l'égard de la notion d'*empowerment*, je noterai simplement que son usage prétend une passivité des femmes, caractéristique contestable à l'épreuve d'enquêtes de terrain intensives et rigoureuses.

Concernant des « groupes à risques », composés de personnes vulnérables parce que potentiellement contaminantes, le sida a été vite associé à une maladie des femmes (Le Palec, 1999). Et c'est sans grande surprise qu'elles font l'objet de stigmatisation dans les discours sur les représentations de l'infection et de la maladie ainsi que dans les pratiques dès lors que leur séropositivité est connue ou soupçonnée par l'entourage (Le Palec, 1999 ; Ouattara et al., 2004). Lorsque la nuance fait défaut dans l'utilisation des catégories pour le moins englobantes de maternité et de prostitution, les rapports de négociations par exemple pendant les rapports sexuels ne sont guère mis en évidence (Ouattara et al., 2004). Face au sida, il se joue des négociations entre acteurs par rapport à des enjeux différents (la survie, la sécurité, les projets de vie...) et c'est de ces négociations que découlent les différentes conduites face au risque (Ouédraogo, 2012).

Évoquer la vulnérabilité des femmes africaines en contexte de sida sous un angle articulant des dimensions biologiques et culturelles est pour le moins généralisateur et produit *in fine* des conséquences en termes de prise en charge des malades du sida et de prévention

de la séropositivité (Vidal, 1999, Le Palec, 1999 ; Gruénais et Ouattara, 2008).

Au début des années deux mille un certain nombre de travaux de chercheurs en sciences sociales proposent des analyses alternatives de la notion de vulnérabilité au regard de l'infection à VIH à partir d'enquêtes anthropologiques se démarquant des enquêtes CAP¹.

Du point de vue des représentations, il a fallu considérer la variété des acteurs et les lieux de recueil de données. Pour ce faire, outre les prostituées et les femmes à la maternité pour le suivi de grossesses, les espaces d'enquêtes ont concerné d'autres populations. Dans la ville de Bobo-Dioulasso située au sud-ouest du Burkina Faso, les *grins* en tant qu'espaces de sociabilité des hommes de classes d'âge différentes sont des lieux de discussion sur des sujets variés et les échanges sur la réputation des filles tiennent une bonne place. Les discours dans les *grins* sont de nature souvent morale. On y parle de la réputation des filles de la ville ou du quartier et des types de relations sexuelles. Si pour les hommes en général, « les filles ne sont pas sérieuses » parce « matérialistes » (c'est-à-dire vénales), néanmoins il en existe certaines qui peuvent être des « titulaires² » et d'autres des « occasionnelles » qui veulent dépenser juste l'argent pour « se faire belles », « se montrer » avec des habits ou des objets de valeur (motocyclettes, téléphones portables...). Pour les jeunes hommes, ce manque de sérieux justifierait la pratique du multipartenariat par les filles. Mais pour les filles, rencontrées aussi dans des *grins*, « les hommes d'aujourd'hui ne sont pas sérieux ». Ils sont infidèles et ne tiennent pas les promesses de mariage ou de responsabilité d'une grossesse. Il s'avère

difficile d'associer la marchandisation des relations sexuelles à la prostitution.

Tout travail d'enquête qui se fixe pour objectif d'essentialiser la prostitution peut donc s'avérer réducteur et stigmatisant. Mes enquêtes dans plusieurs villes du Burkina Faso ne permettent pas de définir la prostitution à partir de l'unique critère de la rétribution financière ou de l'absence de projet d'union (Ouattara, 2003). Ici, la morale condamne la qualité de la transaction financière et non pas le fait que la transaction monétaire soit présente dans la relation car « La dimension matérielle et économique est toujours présente dans les relations sexuelles et amoureuses » (Castro, 2012).

Catégoriser les femmes en lien avec la prostitution est en soi source de vulnérabilité. Certains chercheurs en sciences sociales et en épidémiologie tentent de dresser des catégories de prostituées ; par exemple les tabourets, les trotteuses, les vendeuses de fruits et légumes, les élèves et étudiantes, les serveuses de bars et les *dolotières*³ dans la ville de Bobo-Dioulasso (Berthe et al., 2008). Sans surprise, de telles déclarations consolident la culpabilité des femmes dans la propagation de l'infection à VIH quand bien même les auteurs de l'enquête s'empressent d'induire une différence en notant : « Seules les deux premières catégories sont de véritables professionnelles du sexe [et que] la sexualité lucrative étant plus occasionnelle pour les autres catégories de femmes qui ont par ailleurs une activité principale autre que la prostitution » (Huygens, 1999). De fait, il y a là l'idée que les professionnelles parce que plus visibles, seraient aisément accessibles par les

1 Pour ne citer que quelques-uns de ces travaux novateurs : Becker et al., 1999 ; Vidal, 2000 ; Fay, 2000 ; Desclaux, 2011.

2 La copine « titulaire » (par opposition à une relation « occasionnelle ») est perçue comme étant une fille sérieuse et avec laquelle un mariage peut être envisagé.

3 Il s'agit de femmes qui fabriquent la bière de mil.

messages de sensibilisation contrairement aux clandestines, difficilement saisissables et donc plus vulnérables.

L'affirmation de la vulnérabilité des femmes africaines face au VIH/sida émane de la visibilité des personnes séropositives, du fait du secret qui entoure le sida. Les échantillons des enquêtes épidémiologiques et anthropologiques étaient composés de femmes enceintes « recrutées » pendant les consultations prénatales au sein des structures de soins publiques et/ou de membres d'associations de lutte contre le sida majoritairement composées de femmes. La plupart des femmes séropositives recrutées dans les maternités ou dans les associations ont en commun une caractéristique : leurs difficultés économiques. On peut comprendre aisément comment « le sida, maladie des femmes devient maladie de la pauvreté » et par contraction implicite est définie comme une maladie des femmes déjà vulnérables (parce que pauvres) qui les rend encore davantage vulnérables. C'est par un tel raccourci aux apparences incontestables que les veuves, socialement soumises au l'évirat dans des sociétés patriarcales, ont été victimes de stigmatisation parce que perçues comme des vecteurs de contamination des hommes et des autres épouses (Taverne, 1996).

François Delor et Michel Hubert (2003) ont proposé un cadre théorique de la vulnérabilité à l'aune de l'infection à VIH/sida. Selon ces auteurs, pour saisir le concept de vulnérabilité, il est nécessaire de prendre simultanément en compte trois niveaux : le contexte, les interactions sociales et la trajectoire individuelle. De fait, le contexte social influence les rencontres inter-individuelles qui sont composées de trajectoires variées. C'est en considérant ces niveaux qu'il est alors possible de saisir a) le risque pour un



Photo 2 : Accompagnement Pyscho-social des enfants au Burkina Faso. L'annonce du VIH aux enfants est un défi de santé publique en Afrique. Il y a un grand dénuement en matière d'accompagnement psychologique des enfants, des parents et des soignants. 2006. (© IRD - Fabienne Heojaka - www.indigo.ird.fr).

Conclusion

individu d'être exposé à des « situations de risque » (exposition) ; b) le risque de ne pas disposer des ressources nécessaires pour y faire face (potentialité) ; et c) le risque de subir des conséquences.

Selon Marc-Henry Soulet (2005) le risque de vulnérabilité est potentiellement élevé dans des mondes sociaux où les dynamiques interindividuelles sont intenses. En cela, toutes les personnes infectées par le VIH/Sida ne sont pas vulnérables de la même manière. Les discours et les pratiques induisent à la fois des rapports au risque à travers la perception des dangers et associent également des formes pratiques de négociations entre les acteurs. Par exemple, pour les femmes la volonté d'acquiescer une autonomie financière nécessite parfois d'être soutenue par un homme, un partenaire, pour financer le projet d'activité génératrice de revenus. Implicitement, en a découlé l'idée selon laquelle une vulnérabilité individuelle en amont rendait possible/probable l'infection par le virus du VIH, qui elle-même est susceptible de mettre l'individu dans une situation de stigmatisation.

Pour saisir la vulnérabilité en contexte d'infection à VIH, il semble nécessaire de porter une attention à la notion de stigmatisation. Il faut d'ailleurs reconnaître que vulnérabilité et stigmatisation apparaissent dans l'histoire du sida à la même période. Les deux notions se nourrissent l'une et l'autre dans le contexte du sida. Au Burkina Faso, nos enquêtes socio-anthropologiques ont permis de mettre en évidence le fait que le sida représente une maladie perçue (dans les familles, les associations de lutte contre le sida, les structures de santé) comme honteuse et stigmatisante. La personne atteinte reste potentiellement discréditable et tente de ce fait d'adopter des comportements singuliers pour préserver le « secret sidéen ».

Dans ces conditions, la confidentialité représente un enjeu crucial. Le risque de découverte de la séropositivité était plausible dans les contextes des villes burkinabè où l'interconnaissance entre les individus est importante (Ouattara et al., 2004).

Il existe certes des situations de vulnérabilité en raison de situations sociales et économiques susceptibles de faciliter l'infection au virus. Mais il existe néanmoins des expériences de vulnérabilité consécutives à l'infection découlant notamment du risque de stigmatisation. On pourrait parler de vulnérabilité-stigmatisation caractérisée par des expériences individuelles dans un monde local (Kleinmeier, 2002) où les individus risquent d'être confrontés à la honte. Et c'est justement à ce titre que la vulnérabilité se situe entre l'intégration et la désaffiliation sociale et fragilise les liens sociaux (Cohen, 1997). C'est pour cela que la vulnérabilité et la stigmatisation ne sont pas des catégories figées.

La vulnérabilité s'opère par le biais de contextes et d'expériences singulières, d'où une variété de « vulnérabilités ». Dans les contextes sociaux minés par des situations de faibles ressources, l'infection à VIH vient cristalliser des rapports interindividuels où règnent un paradoxe et une tension entre une nécessité des liens sociaux et un processus d'individualisation (Bouju 1999; Marie 1997). Cette tension crée ainsi pour certains individus l'incertitude d'accès à l'entraide intrafamiliale qui est sélective, notamment en situation d'infection à VIH (Attané et Ouédraogo 2011). La déclinaison de ces différentes dimensions montre que la vulnérabilité des femmes s'associe moins à un état statique qu'à un processus. Il y a autant de vulnérabilités qu'il y a de trajectoires de femmes. Les femmes africaines ne sont pas vulnérables de la même façon face à l'infection à VIH/sida.

La vulnérabilité sociale et/ou économique en amont facilitatrice de l'infection des femmes africaines infectées par le VIH/sida est une conséquence dommageable de leur exposition au risque d'infection. La vulnérabilité peut advenir également en aval, après l'infection par le VIH/sida et être prégnante dans une politique publique du risque défaillante (difficulté d'accès aux soins, qualité de l'offre de soins défaillante). Il s'en suit la potentialité de subir les conséquences au niveau physiologique (risque de la maladie et de la mort) et social (risque de honte).

La vulnérabilité recèle certes des composantes individuelles, mais il n'en demeure pas moins que les conditions et les situations biographiques de fragilisation sont générées par une dimension politique.

L'analyse de la vulnérabilité en appelle aussi à la matérialité de l'action publique à faire face à la prévention et à la prise en charge des personnes infectées par le VIH. Dans les pays d'Afrique de l'Ouest, la problématique de la prise en charge des personnes infectées par le VIH inclut la mauvaise qualité des soins publics (aussi bien en termes d'offre que d'accessibilité). Bien souvent, les univers de soins publics ont été aussi des lieux générant de la vulnérabilité sociale émanant des discours et des pratiques de stigmatisation des prestataires de soins à l'égard des malades du sida (Gruénaï et Ouattara, 2008 ; Desclaux, 1995). Les inégalités économiques couplées aux conditions socio-culturelles ont ainsi justifié une forte concentration de femmes pauvres dans ces associations.



Photo 2 : Statuettes, 26 septembre 2016 (© photo : Jacky Bouju).

Attané A. et R. Ouédraogo.

- 2011, « Lutter au quotidien : effets de genre et de génération sur l'entraide intrafamiliale en contexte de VIH au Burkina Faso. In A. Desclaux, Ph. Msellati et K. Sow (dir.), *Femmes et VIH dans les pays du Sud*, Sciences sociales et sida. Paris: 207-16.

Becker Ch., Dozon J.-P., Obbo Ch., Touré M.

- 1999, *Vivre et penser le sida en Afrique/Experiencing and Understanding AIDS in Africa*, Paris, Karthala et Codesria.

Berthe A., Huygens P., Ouattara C., Ouédraogo A., Nagot N.

- 2008, « Comprendre et atteindre les jeunes travailleuses du sexe clandestines du Burkina Faso pour une meilleure riposte au VIH », *Cahiers Santé*, 18 (3) : 163-173.

Bouju J.

- 1999, « Solidarités urbaines en crise en Afrique de l'ouest. Entre les défaillances de la réciprocité familiale et la concurrence cérémonielle tout le monde "se cherche!" » P. 325-53 in *Le pain, le pouvoir, la grâce. Anthropologie et histoire de l'amitié, In Ravis-Giordani Georges (Dir.)*. Publications de l'Université de Provence.

Castro J.

- 2012, « Les filles sont trop matérialistes ». Tensions et soupçons dans les transactions sexuelles au Mali » in D. Fassin et J.-S. Eideliman (eds), *Économies morales contemporaines*, Paris, La Découverte : 309-330.

Cohen V.

- 1997, « La vulnérabilité relationnelle. Essai de cadrage et de définition », *Socio-anthropologie*, 1 : 12 pages.

Desclaux A.

- 2003, Stigmatisation, discrimination : que peut-on attendre d'une approche culturelle? », *Les classiques des sciences sociales*, bibliothèque numérique, 21 pages.

Delaunay K.

- 1999, « Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines, discours sur une pandémie ». *Autrepart* (12):37-51.-

Delor F. et Hubert M.

- 2003, « Un ré-examen du concept de « vulnérabilité » pour la recherche et la prévention du VIH/Sida », *Observatoire du sida et des sexualités*, 33 pages.

Desclaux A., Msellati Ph., Sow Kh.

- 2011, *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud*. Paris, ANRS (collection Sciences sociales et sida).

Farmer P.

- 1996, *Sida en Haïti: la victime accusée*. Paris, Karthala.

Giffin K.

- 1998, "Beyond Empowerment : Heterosexualities and the Prevention of Aids", *Social Science and Medicine*, 46 (2) : 151-6.

Gruénais M.-É. et Ouattara F.

- 2008, « Des malades comme les autres » ou comment les soignants traitent les malades du sida et la question de la stigmatisation au Burkina Faso ». *Science et technique. Revue burkinabè de la recherche*. Spécial hors série n°1 : 93-100.

Huygens P.

- 1999, « Mode et sexualité : la « bonne conduite » à l'épreuve de la mode chez les jeunes adolescents du Buganda. » in Becker Ch., Dozon J.-P., Obbo Ch., Touré M., 1999. *Vivre et penser le sida en Afrique/ Experiencing and Understanding AIDS in Africa*, Paris ; Karthala et Codesria : 405-418.

ICW

- 1995, International Community of Women Living with HIV and Aids, Pre Conference III, Cape Town, South Africa.

Kleinman A.

- 2002, « Santé et stigmaté. Notes sur le danger, l'expérience morale et les sciences sociales de la santé. », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143 : 97-99.

Le Palec A.

- 1999, « 'le sida, une maladie des femmes' », in Becker Ch., J.-P. Dozon, Ch. Obbo et M. Touré, *Vivre et penser le sida en Afrique. Experiencing and understanding AIDS in Africa.*, Éd. Codesria-Karthala-IRD : 343-362.

Marie A. (éd.)

- 1997, *L'Afrique des individus*. Paris: Karthala.

Ouattara F., Gruénais M.-É., Huygens P., Traoré A.

- 2004, Sida, stigmatisation. Étude anthropologie au Burkina Faso (Bobo-Dioulasso, Banfora, Niangoloko, Orodara). Projet ANRS 1258. IRD-SHADEI.

Ouattara F.

- 2003, Les associations de personnes séropositives et la gestion du risque de stigmatisation à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). In : *Vih/sida, stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique*. Paris : Unesco, 2003, (20), p. 21-37. (Etudes et Rapports : Série Spéciale - Unesco ; 20). Vih/Sida, Stigmatisation et Discrimination : une Approche Anthropologique : Table-Ronde, Paris (FRA), 2002/11/29.

Soulet M.-H.

- 2005, « Reconsidérer la vulnérabilité ». *Empan* 60(4):24-29.

Taverne B.

- 1996, « Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et Sida au Burkina Faso », *Sciences sociales et santé*, 14 (2) : 87-106.

Vidal L

- 1999, « Anthropologie d'une distance : le sida, de réalités multiples en discours uniformes ». *Autrepart*, 12 : 19-36.

Vidal L.

- 2000, *Femmes en temps de SIDA : expériences d'Afrique*. Paris, Presses Universitaires de France.

Zarowsky Ch., Haddad S. et Nguyen V.-K.

- 2013, «Behond 'vulnerable groups' : contexts and dynamics of vulnerability», *Global Health Promotion*, 20: 3-9.