

25067

WHO/GPA/SBR/89.2  
Original: Anglais  
Distr.: Générale

---

PROGRAMME  
MONDIAL DE LUTTE  
CONTRE LE **SIDA**

---

RAPPORT D'UNE CONSULTATION  
SUR LES BESOINS DE RECHERCHE  
PSYCHOSOCIALE CONCERNANT  
L'INFECTION A VIH ET LE SIDA

GENEVE  
25-28 MAI 1987



ORGANISATION  
MONDIALE  
DE LA SANTE



RAPPORT D'UNE CONSULTATION SUR LES BESOINS  
DE RECHERCHE PSYCHOSOCIALE CONCERNANT  
L'INFECTION A VIH ET LE SIDA

25-28 mai 1987, Genève

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
I. INTRODUCTION .....	1
II. NATURE DU PROBLEME .....	2
III. ASPECTS SOCIAUX ET COMPORTEMENTAUX DE LA TRANSMISSION DU VIH .....	3
3.1 Comportement sexuel .....	4
3.2 Comportement homosexuel .....	4
3.3 Prostitution .....	5
3.4 Abus de certaines substances .....	5
3.5 Utilisation de seringues et d'autres instruments servant à percer ou inciser la peau .....	6
IV. PERCEPTIONS SOCIALES ET SYSTEMES EXPLICATIFS .....	7
4.1 Connaissances, attitudes, croyances et pratiques .....	7
4.2 Perception du risque et conduite à risque .....	8
V. STRATEGIES D'ADAPTATION .....	8
5.1 Famille .....	8
5.2 Les enfants .....	9
5.3 Expression psychosociale de l'infection à VIH .....	10
5.4 Conseils .....	10
5.5 Famille, mariage et reproduction .....	11
VI. RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE .....	12
6.1 Comportements à haut risque .....	12
6.2 Modèles/systèmes explicatifs .....	13
6.3 Réactions d'adaptation .....	13
VII. APPROCHES A L'EGARD DE LA RECHERCHE .....	14
7.1 Réseaux de chercheurs .....	14
VIII. PASSAGE DE LA RECHERCHE A L'ACTION .....	14
IX. GROUPES DE TRAVAIL TECHNIQUES .....	15
X. CENTRES COLLABORATEURS ET PARTICIPANTS .....	15
XI. COMITE DIRECTEUR DE LA RECHERCHE .....	16
XII. COMMUNICATION/INFORMATION .....	16
ANNEXE 1 Liste des participants .....	17

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced or translated, in part or in whole, but not for sale or use in conjunction with commercial purposes.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé ou cité sans aucune restriction, il ne saurait cependant être reproduit ni traduit, partiellement ou en totalité, pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

## I. INTRODUCTION

De toutes les maladies transmissibles, l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) sont peut-être celles qui présentent certains des problèmes biologiques et sociaux les plus complexes que la société moderne ait jamais eu à affronter. Pour le patient, les conséquences médicales de l'infection à VIH sont multiples et à longue portée, tout comme le sont, en vérité, ses répercussions sociales potentielles sur l'individu, la famille et la collectivité.

On sait que la transmission du VIH est liée à certains comportements, et peut-être aussi à certains changements dans les modes d'organisation sociale. Le succès dans la prévention primaire et secondaire du VIH/SIDA et la formulation et l'application de stratégies de prévention et de lutte contre le VIH dépendra de plus en plus du type de données dont pourront disposer les planificateurs concernant la fréquence et la répartition des comportements à risque et les facteurs sociaux qui y contribuent. De même, l'information sur la façon dont les gens, les groupes et les institutions réagissent et font face à l'infection individuelle et à l'épidémie sera d'une importance fondamentale pour la planification des programmes de santé et de protection sociale.

Comme cela est le cas pour de nombreuses maladies transmissibles et pour bien d'autres problèmes de santé publique, on ne dispose jusqu'ici que de données limitées sur les aspects comportementaux de la transmission du VIH, les facteurs sociaux qui lui sont associés et l'efficacité des mesures de lutte. Or, en raison de la nature même du SIDA et de l'ampleur de l'épidémie dans le monde, il faut de toute urgence rassembler des informations sur les aspects biosociaux de cette maladie et exploiter ces informations pour mieux la combattre.

Afin de faire le point de l'état des travaux en la matière et d'identifier les priorités de la recherche sociale et comportementale, une réunion a donc été organisée à Genève par le Programme spécial de l'OMS pour la lutte contre le SIDA (WHO/SPA), du 25 au 28 mai 1987. Elle a rassemblé 20 participants de 12 pays, appartenant à toute une série de disciplines, dont la psychologie, l'épidémiologie, l'économie, la sociologie médicale, l'anthropologie et la psychiatrie. Elle a été présidée par le Dr M. Carballo (SPA). Le Professeur A. Coxon, le Dr M. Micklin et le Dr D. Pitt ont servi de facilitateurs aux groupes de travail. La liste des participants figure en annexe (Annexe 1).

La réunion a été ouverte par le Dr J. Cohen, Conseiller pour la politique sanitaire, au Bureau du Directeur général de l'OMS, qui a rappelé qu'en dépit de la rapidité des progrès accomplis dans le domaine de la virologie et de l'immunologie du SIDA, il fallait bien admettre que la mise au point d'un vaccin efficace restait un objectif à long terme. Dans le court terme, il fallait étudier beaucoup plus attentivement les aspects comportementaux de la transmission du VIH et les répercussions du SIDA sur la vie de l'individu comme de la collectivité. Dans ce domaine, les recherches devaient viser à fournir rapidement la base voulue pour des stratégies d'intervention à la fois pratiques, scientifiquement fondées, socialement acceptables et économiquement réalisables.

Le Dr J. Mann, Directeur du Programme spécial OMS de Lutte contre le SIDA, a ensuite évoqué les trois épidémies parallèles bien que consécutives, à savoir l'épidémie silencieuse d'infections à VIH, l'épidémie plus évidente de SIDA et l'épidémie de réactions sociales, politiques et économiques devant le SIDA. Cette dernière épidémie, a dit le Dr Mann, réunissait toutes les conditions voulues pour exacerber un problème médical et social déjà difficile.

En définissant la portée de la réunion, le Dr M. Carballo a rappelé les motifs qui avaient présidé à sa convocation et les objectifs visés, lesquels étaient:

- de passer en revue les connaissances existantes et le travail en cours sur les facteurs psychosociaux dans la transmission du VIH;
- d'identifier les priorités par rapport aux besoins actuels et anticipés de recherche dans le cadre de l'élaboration de programmes d'intervention visant à prévenir et combattre le SIDA au niveau national;
- de proposer des méthodes d'étude des domaines prioritaires retenus;
- d'identifier un réseau de chercheurs à qui faire appel dans ce domaine et de déterminer la meilleure façon pour les "biosociologues" d'aider à renforcer les activités nationales de recherche.

## II. NATURE DU PROBLEME

Les premiers cas de SIDA ont été décrits en 1981 chez des homosexuels masculins aux Etats-Unis d'Amérique. Depuis lors, ce que l'on avait pensé n'être, au départ, qu'une épidémie restreinte et démographiquement circonscrite, a rapidement progressé et revêtu les proportions d'une pandémie. En mai 1987, 46 628 cas de SIDA avaient été signalés à l'OMS dans plus de 100 pays, soit une augmentation de 14% par rapport aux deux mois précédents. En outre, dans bien des pays où les moyens de diagnostic et l'infrastructure de santé étaient relativement peu développés, un grand nombre de cas de SIDA restaient sans doute à la fois non diagnostiqués et non déclarés aux autorités centrales.

En Amérique du Nord, en Europe occidentale, en Australie et en Nouvelle-Zélande, le VIH a été transmis surtout par des homosexuels et des toxicomanes qui s'injectaient leur drogue, bien que certains indices donnent à penser que le nombre des femmes infectées par le VIH à la suite de contacts hétérosexuels progresse aussi. Dans la région de l'Afrique et dans certaines parties des Caraïbes et de l'Amérique du Sud, en revanche, la transmission du VIH a été essentiellement hétérosexuelle. En Asie, la prévalence du SIDA reste faible puisqu'elle est inférieure à 1% du nombre des cas signalés dans le monde.

Le SIDA ne respecte aucune frontière socio-économique ou ethnique et touche en premier lieu la population des jeunes adultes sexuellement actifs.

Ses conséquences, du point de vue de la vie des familles et de la productivité économique, sont sensibles. Les plus exposés au risque sont ceux qui entrent en âge de procréer ou qui sont déjà en pleine période d'activité sexuelle et qui sont en même temps indispensables à toute une série d'activités d'une importance fondamentale pour le bon fonctionnement de la société. Toute épidémie qui menace ce groupe d'âge est forcément de nature à saper immédiatement les structures sociales, économiques, démographiques et politiques de la société.

Le SIDA pourtant n'est que la manifestation finale de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Pour chaque cas de SIDA, on estime qu'il peut y avoir entre 50 et 100 séropositifs. Les données épidémiologiques concernant l'infection à VIH étant encore en voie d'émergence et incomplètes, on ne sait pas très bien quel sera le pourcentage d'individus infectés qui développeront un SIDA, mais, en l'état actuel des choses, il semblerait qu'il faille s'attendre à un chiffre de 40 à 50% dans les 5 à 7 ans faisant suite à l'infection initiale.

Bien qu'il ne soit pas encore possible d'apprécier dans toute leur ampleur les répercussions sociales, économiques et politiques à long terme du SIDA, il y a eu des exemples de réactions négatives à l'encontre de personnes infectées par le VIH. Dans divers domaines - emploi, logement, éducation, assurances - des cas de discrimination à l'encontre d'individus infectés, ou soupçonnés d'être infectés par le VIH, ont été relevés. Et l'on entend de plus en plus souvent réclamer que soit institué le dépistage obligatoire, malgré l'efficacité douteuse de pareille mesure. Les déplacements transfrontières des individus présumés atteints d'une infection à VIH, et certainement ceux des individus porteurs du SIDA, s'en sont également trouvés affectés.

Devant de telles réactions, les personnes qui ont des comportements à haut risque peuvent hésiter à se manifester et à participer volontairement à des programmes de réduction du risque de contamination par le VIH. De nombreuses formes de comportement intervenant dans la transmission du VIH (toxicomanie par voie intraveineuse, prostitution et homosexualité, par exemple) font, en outre, l'objet d'interdits sociaux, ce qui rend difficile d'obtenir une participation soutenue à des programmes de traitement ou à d'autres initiatives visant à réduire les risques.

### III. ASPECTS SOCIAUX ET COMPORTEMENTAUX DE LA TRANSMISSION DU VIH

Dans les études épidémiologiques menées en Europe, en Amérique, en Afrique et en Australie, trois modes seulement de transmission du VIH sont attestées:

1. La transmission par rapports sexuels (hétéro- ou homosexuels);
2. La transmission par le sang ou les produits du sang ou par des organes ou du sperme provenant de dons; c'est surtout à la transfusion de sang non testé ou à l'utilisation de seringues et d'aiguilles non stérilisées (chez les toxicomanes par voie intraveineuse) que l'on peut attribuer la transmission par le sang;
3. La transmission de la mère infectée à son enfant - avant, pendant ou peu après l'accouchement (transmission périnatale).

### 3.1 Comportement sexuel

Un certain nombre de caractéristiques du comportement sexuel sont connues pour être associées à la transmission du VIH: partenaires multiples, relations sexuelles fréquentes (anales ou vaginales) sans protection, etc. Les individus et groupes d'individus chez qui ce type de comportements est habituel ont des taux démontrés d'infection à VIH supérieurs à la moyenne, bien qu'à des degrés différents selon le pays et le contexte social; la répartition et la fréquence de ces comportements à risque ne sont toutefois pas connues pour la plupart des populations.

A la question de savoir dans quelle mesure, dans une société donnée, il est courant que les individus aient des partenaires multiples, il n'y a toujours pas de réponse. Dans certaines parties de l'Afrique urbaine et, à un moindre degré, dans certaines parties de l'Amérique latine urbaine, cette pratique a semblé être due à une réaction devant l'évolution rapide de la société qui, d'une structure sociale bien établie est passée à des situations nouvelles, plus mouvantes et moins bien définies, dans lesquelles le mariage ou l'union ne sont plus conformes au mode traditionnel et se trouvent privés des sanctions et du soutien habituels dans toute société rurale. Un important courant de migration des zones rurales vers les zones urbaines s'est manifesté ces dernières années; il a été sélectif et a concerné la plupart du temps des sujets jeunes du sexe masculin. Venus habiter seuls en ville, loin de leur famille et privés des mécanismes traditionnels de soutien et de contrôle, ceux-ci ont parfois adopté des coutumes et des pratiques sociales nouvelles, mélangeant certains aspects des deux cultures, traditionnelle et "moderne", pour créer quelque chose de nouveau qui leur paraît convenir à leur situation et répondre à leurs besoins immédiats.

En Amérique du Nord et en Europe occidentale, l'urbanisation est un phénomène plus ancien et les problèmes qui sont généralement associés à toute migration massive sont maintenant moins nombreux. Là aussi pourtant, on a pu relever les signes d'une évolution récente des comportements sexuels. Dans les années 60 et 70, des mouvements de "libéralisation" ont, entre autres choses, insisté sur la liberté dans le choix et le nombre des partenaires sexuels, dans le mariage ou en dehors. Les comportements sexuels des jeunes sembleraient avoir été sensiblement influencés par cette évolution.

L'ampleur et la portée réelles des changements qui se sont produits sont néanmoins, pour l'instant, difficiles à apprécier. Les études sur le comportement sexuel ont été peu nombreuses ces dernières années; et depuis l'étude entreprise par Kinsey et ses collaborateurs aux États-Unis d'Amérique dans les années 40 et 50, les modes de vie sexuelle n'ont fait l'objet d'aucune enquête de vaste ampleur. En dépit de ses imperfections dues à la méthode adoptée et au choix trop étroitement ciblé des échantillons de population, le rapport Kinsey reste le seul ouvrage important de référence concernant la société d'Amérique du Nord et, par extrapolation, la société d'Europe occidentale.

### 3.2 Comportement homosexuel

En Europe occidentale et en Amérique du Nord, la majorité des cas de SIDA se sont produits chez des homosexuels du sexe masculin. Dans ces régions, depuis quelques années, l'homosexualité est plus ouvertement reconnue et des mouvements "gay" ont fait leur apparition dans un certain nombre de grandes villes. Sans refléter en aucune façon la distribution véritable de l'homosexualité masculine, ces mouvements n'en sont pas moins un indicateur indirect de la distribution géographique des pratiques homosexuelles.

Il y a sans nul doute beaucoup plus d'homosexuels que ne le suggèrent ces mouvements et/ou ces communautés. La franchise avec laquelle certains hommes déclarent être homosexuels correspond à une tendance relativement récente et peut ne concerner qu'une petite fraction seulement de ceux qui éprouvent ce type de penchant.

Dans le cas des homosexuels de sexe masculin infectés par le VIH, on constate le plus souvent qu'il s'agit de sujets qui ont eu de très nombreux partenaires, qui en changeaient fréquemment et dont les pratiques sexuelles comportaient par exemple des rapports anaux. L'incidence et la prévalence relativement élevées des maladies sexuellement transmises chez les homosexuels masculins ont également été citées comme cofacteur possible dans la transmission du VIH.

Il y a eu peu d'études sur le comportement des homosexuels qui aient abordé la question de la répartition des pratiques à haut risque. La réaction des homosexuels à l'épidémie de VIH/SIDA n'a pas été décrite et on ignore de quelle façon ils ont pu entreprendre de diminuer le risque ou si des informations, une éducation et des conseils appropriés leur parviennent sous une forme acceptable. Et l'on ne sait pas non plus grand chose de la mesure dans laquelle les groupes d'auto-assistance se montrent capables d'apporter un appui efficace, avant et après l'infection.

### 3.3 Prostitution

En raison de la multiplicité et du renouvellement fréquent de partenaires sexuels, les hommes et les femmes qui se prostituent courent également un risque élevé de contracter une infection à VIH. Dans certaines villes d'Afrique centrale et d'Amérique du Nord, les enquêtes sur la séroprévalence chez les prostituées ont révélé des taux d'infection à VIH beaucoup plus élevés que dans les autres groupes de population. Ayant souvent affaire à des clients nouveaux et anonymes, il est néanmoins fréquemment difficile aux prostituées d'insister sur l'emploi de préservatifs. C'est notamment le cas lorsque la prostitution est leur principale ou leur unique source de revenus et lorsque les clients manifestent leur préférence pour des relations sexuelles à haut risque.

Il est difficile de définir la prostitution. Le chômage et la pauvreté conduisent les hommes aussi bien que les femmes à faire commerce de leur corps en échange d'argent, de logement, de cadeaux ou de nourriture. Les relations sexuelles rétribuées sont souvent irrégulières et dépendantes des besoins financiers du moment. Les attitudes culturelles qui admettent la multiplicité des partenaires pour les hommes ou l'octroi de faveurs sexuelles par les femmes peuvent également contribuer à brouiller la ligne de démarcation entre la prostitution et ce qui peut être considéré comme une conduite normale et peuvent rendre la structure d'intervention plus complexe.

Il faut entreprendre l'étude systématique du comportement des prostitués, hommes et femmes, afin notamment d'arriver à connaître l'organisation de leur travail, les caractéristiques de leur comportement, leur degré de conscience des risques auxquels ils sont exposés, leur attitude à l'égard de la réduction de ces risques et leur capacité à prendre les dispositions voulues à cet égard, ainsi que le nombre et le choix de leurs clients.

### 3.4 Abus de certaines substances

En Amérique du Nord, en Europe occidentale, dans certaines régions de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, la toxicomanie "à la seringue" est devenue l'une des formes les plus apparentes et les plus notables de comportement à risque associé à l'infection à VIH et au SIDA, par suite du partage des aiguilles et des seringues.

La consommation de stupéfiants ou d'alcool diminue l'aptitude à prendre des décisions et à passer à l'acte, une fois ces décisions prises. S'agissant du comportement sexuel, il semblerait que la capacité à utiliser efficacement les préservatifs et à opérer un choix entre les partenaires sexuels soit influencée par l'usage de ce genre de produits.

Pour toute une série de raisons, dont la marginalisation sociale, les sanctions juridiques et l'échec des tentatives antérieures pour mettre sur pied des interventions efficaces et acceptables, l'injection de drogue reste une activité hautement clandestine. Aussi n'a-t-on que très peu d'informations sur le profil de ce genre de toxicomanes, leurs pratiques et les types de comportement associés à l'injection de drogue. Bien que le partage des aiguilles et des seringues (et peut-être aussi d'autres objets) ait été impliqué dans la transmission de l'infection entre toxicomanes, rares sont les données qui pourraient être efficacement exploitées par les planificateurs sanitaires et sociaux afin de concevoir des interventions visant à réduire le risque de contamination. Les habitudes des toxicomanes, y compris en ce qui concerne le partage des seringues, ses raisons et sa fréquence, la façon de nettoyer ce matériel et l'efficacité et l'acceptabilité des diverses méthodes de nettoyage restent relativement inconnues.

Bien que l'on estime que certains individus n'appartiennent au milieu des drogués qu'épisodiquement et sont une source potentielle de transmission sexuelle du VIH à d'autres membres de la communauté qui, eux, n'utilisent pas de drogues, on ne dispose que de très peu de données pour confirmer ou infirmer cette hypothèse. On ne sait pas grand chose non plus de la mobilité des individus qui s'injectent de la drogue, et l'on ignore, en particulier, s'ils se déplacent pour pouvoir s'adonner plus facilement à leur penchant ou si la toxicomanie est seulement le corollaire occasionnel d'un voyage. Il est essentiel d'en savoir davantage sur ces questions pour arriver à comprendre comment le VIH se transmet et se propage par et entre les toxicomanes qui utilisent la voie intraveineuse.

Tous les toxicomanes ayant besoin d'argent pour acheter de la drogue, il est connu que les hommes comme les femmes recourent parfois à la prostitution comme moyen de financement. Peut-être aussi sont-ils plus enclins que d'autres à accéder à la demande de certains clients qui exigent d'eux des rapports sexuels non protégés et des pratiques à haut risque.

L'injection de drogues à des fins non médicales ou récréatives est une pratique relativement répandue de nos jours dans la plupart des villes d'Amérique du Nord et d'Europe occidentale. Et il semble de plus en plus qu'elle pose également un problème de santé publique de première grandeur dans certaines villes d'Asie, du Pacifique et d'Amérique centrale et du Sud.

### 3.5 Utilisation de seringues et d'autres instruments servant à percer ou inciser la peau

Dans les pays pauvres en ressources, la pratique d'injections à des fins médicales peut également poser des problèmes. Lorsque la couverture par les services officiels de soins reste limitée ou est mal acceptée, les injections sont souvent pratiquées par des personnes étrangères au système de santé. En certains endroits, le nombre des injections administrées de cette façon est estimé supérieur ou égal au nombre pratiqué par du personnel de santé qualifié. Cela est encore plus fréquemment le cas lorsque les populations préfèrent l'injection à l'administration d'un médicament par voie orale parce qu'elles croient que ce mode d'administration est à la fois plus facile et plus efficace. Il se peut que, dans ces régions, le matériel soit mal stérilisé et abusivement réutilisé. Mais l'on ne sait toujours pas vraiment à ce jour qui sont les personnes chargées d'administrer ces injections, qui elles ont pour clients, dans quelle mesure elles-mêmes ou leurs clients comprennent le danger qu'il y a à utiliser des aiguilles contaminées et la nécessité de stériliser le matériel d'injection, ou si ces personnes pourraient être disposées à diminuer le risque d'infection par le VIH en réduisant leur dépendance à l'égard des injections ou en s'assurant que les aiguilles et les seringues sont convenablement stérilisées.

Il importe également se demander dans quelle mesure d'autres pratiques qui lésent la peau peuvent jouer un rôle dans la transmission du VIH: telles sont notamment les séances de circoncision de groupe, la scarification rituelle et la scarification pratiquée à des fins médicales. Bien que les anthropologues nous fournissent quelque information sur certaines de ces pratiques, il nous faut en savoir bien davantage sur les circonstances exactes dans lesquelles elles se situent, sur le contexte social des praticiens concernés, sur la manière dont sont traités les instruments servant à percer ou inciser la peau et sur l'éventualité d'une évolution de ces coutumes.

#### IV. PERCEPTIONS SOCIALES ET SYSTEMES EXPLICATIFS

Pour arriver à élaborer des stratégies efficaces en vue d'actions d'information et d'éducation, il faut réunir des renseignements sur: les attitudes locales à l'égard du SIDA, la connaissance que divers groupes peuvent avoir du SIDA, les modes de transmission du VIH, l'aptitude à évoluer ou à changer de comportement, le cas échéant, et la priorité donnée au SIDA dans la hiérarchie perçue des maladies. Il faut également savoir comment les travailleurs de santé réagissent devant le SIDA et parviennent à s'acquitter de toutes les tâches que l'on attend d'eux.

##### 4.1 Connaissances, attitudes, croyances et pratiques

L'axiome de W.I. Thomas selon qui "si une situation est définie comme réelle, elle est réelle dans ses conséquences" est d'une actualité particulière si on l'applique à la conception des stratégies visant à prévenir et combattre le SIDA. Les stratégies d'intervention contre le SIDA demandent à être tout spécialement ciblées sur les besoins et les potentialités de divers groupes qui, tous, peuvent avoir des façons différentes de définir la réalité. Il faut donc que ces stratégies soient fondées et alignées sur ce que différentes personnes savent et croient de l'infection à VIH et de ses incidences pour la santé et le bien-être, tout en tenant compte de la mesure dans laquelle ces personnes estiment que cette maladie peut être prévenue et qu'il est en leur pouvoir de faire quelque chose pour la prévenir.

Il est absolument indispensable de disposer de données sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les pratiques concernant le SIDA pour pouvoir veiller à l'exécution des stratégies d'intervention et procéder à leur évaluation. Les tendances enregistrées dans l'évolution des croyances et des connaissances des individus au sujet du SIDA et la façon dont ces individus réagissent sont d'importants indicateurs de l'impact des stratégies d'information et d'éducation. Mais elles peuvent aussi refléter d'autres facteurs tels que l'exposition grandissante des individus à des cas de SIDA dans leur entourage et à des articles consacrés dans la presse à cette maladie. A moins d'inclure des questions précises sur ce sujet, il ne faudrait donc pas utiliser ces enquêtes pour parvenir à des conclusions sur le progrès des stratégies d'information et d'éducation.

Il n'est pas facile d'essayer de se renseigner sur les perceptions et les croyances des individus concernant la santé et la maladie. Le contexte propre à l'individu, son milieu culturel et socio-économique et ses penchants sexuels, par exemple, peuvent influencer sur ses connaissances, ses attitudes et ses croyances, tout comme le peuvent les profils ethniques et éducationnels. Il a également été démontré que les conceptions en matière de santé, l'utilisation des services de santé, l'emploi des médicaments et l'attitude à l'égard de la douleur variaient d'un groupe à l'autre. Il faut, par conséquent, étudier l'influence des facteurs socio-culturels et autres sur les perceptions des individus et leurs réactions devant l'infection à VIH et le SIDA.

#### 4.2 Perception du risque et conduite à risque

Il convient d'étudier la façon dont les individus perçoivent le risque et se comportent face à lui. Dans d'autres domaines en rapport avec la santé, comme la conduite d'un véhicule et la consommation d'alcool ou de tabac, il est apparent qu'il existe des individus qui ont une conception erronée de ce en quoi consiste un comportement à risque ou qui, une fois informés, n'en continuent pas moins à se comporter comme s'ils n'avaient pas été avertis du danger. Bien souvent, les individus ont aussi tendance à refuser de reconnaître l'existence d'un lien entre leur comportement et la santé ou la maladie. Lorsqu'il s'agit, en particulier, de pratiques et de comportements qui font plaisir ou qui sont socialement valorisants, la tendance à nier le risque est courante. C'est ainsi, par exemple, que les adolescents peuvent refuser d'admettre ce qui leur est dit concernant les liens entre la consommation de tabac et la maladie, sous prétexte que ces mises en garde ne sont valables que pour les gens âgés, lesquels sont de toute évidence, plus sujets aux maladies des voies respiratoires. A l'arrière-plan de cette réaction, il peut y avoir aussi le fait que fumer confère un certain prestige et est considéré entre adolescents comme un signe de maturité.

La place dominante qu'occupe le sexe dans la vie de la plupart des gens, notamment les jeunes, peut, elle aussi, jouer un rôle dans le refus de reconnaissance du risque. Il est donc indispensable, pour pouvoir planifier et cibler les stratégies d'intervention, d'entreprendre des recherches sur la perception du risque et la prise de risque dans le comportement sexuel et dans l'injection de drogue par voie intraveineuse.

#### V. STRATEGIES D'ADAPTATION

L'une des préoccupations cruciales des planificateurs de la santé concerne l'appui à apporter aux malades atteints du SIDA et à leur famille. Les renseignements recueillis donnent à penser que le stress physique et psychosocial est peut-être différent et plus accentué dans le cas de l'infection à VIH et du SIDA que dans celui d'autres maladies pour lesquelles il n'existe pas de traitement. Ce stress peut se traduire par l'adoption d'un comportement agressif, le repli sur soi ou le refus ou encore, au niveau de la famille, par des conflits et la désorganisation de la vie en commun. Les individus et les familles ne sont pas tous capables de faire face au VIH/SIDA de manière constructive ni de trouver les moyens de minimiser la morbidité psychologique. Et, dans tous les cas, il peut être difficile d'encourager et d'aider les intéressés à changer de comportement et à s'adapter de façon positive à l'infection à VIH et à la maladie.

##### 5.1 Famille

De tout temps, c'est auprès de leur famille que les individus ont trouvé un soutien en cas de maladie et c'est également la famille qui bien souvent prendra soin des personnes atteintes du SIDA. Chez les homosexuels masculins, la famille d'élection peut être composée d'hommes ayant des préférences sexuelles semblables; le fait d'avoir une même perception du risque et la cohésion même du groupe peuvent, d'ailleurs, avoir une influence positive, dans la mesure où ils suscitent le désir de venir en aide aux amis malades et où ils permettent de mieux comprendre tout ce dont ces malades ont besoin. Le fait que de nombreux homosexuels masculins soient déjà touchés par le SIDA peut néanmoins finir par restreindre le nombre des individus disposés et aptes à prendre soin de leurs semblables. D'un autre côté, les homosexuels masculins qui ont bien souvent quitté leur famille ou rompu leur mariage, peuvent être peu désireux, ou même se trouver dans l'incapacité, de retourner chercher des soins et un appui auprès de ceux qu'ils ont abandonnés.

Quant aux hétérosexuels infectés par le VIH, ils hésitent parfois à aller chercher un soutien auprès de leur famille parce qu'ils ne savent pas comment ils seront reçus ou parce qu'ils éprouvent un sentiment de culpabilité. Admettre l'existence de l'infection à VIH suppose que l'on admette des comportements qui auront peut-être été dissimulés à la famille et qui peuvent être source de conflit et de rejet. Il se peut que les familles ne soient pas non plus vraiment capables de répondre aux besoins de celui de leurs membres qui aura contracté une infection à VIH par crainte de la contagion ou faute de connaissances médicales ou de moyens matériels de prendre en charge un malade chronique qui a besoin de soins constants ou encore, s'il s'agit de familles réduites à leur plus simple expression, faute de personnes qui puissent assumer leur part du fardeau des soins.

Si l'on cite des familles qui savent faire face à la situation et fournir le type de soins physiques et psychosociaux qui contribuent à réduire les problèmes psychologiques et qui assurent la qualité de la vie du malade, on signale aussi des familles qui ne sont pas capables de s'adapter de façon constructive.

Les groupes d'auto-assistance et les autres groupes à base communautaire se sont souvent montrés capables de fournir à la fois un abri, un soutien psychosocial et des soins médicaux aux malades. Aux Etats-Unis d'Amérique et en Europe occidentale, si des groupes ont commencé à prendre les choses en mains au niveau de la communauté, c'est parce que les programmes prévus dans un contexte hospitalier n'étaient pas toujours à même de dispenser le type de soins, ni l'appui psychosocial dont les personnes atteintes du SIDA avaient besoin. L'action de ces groupes traduit peut-être aussi le fait que bien des sidéens proviennent de groupes marginalisés dont le comportement est parfois mal vu par le personnel soignant. Les agents de santé eux-mêmes éprouvent souvent des craintes ou des doutes à l'égard de ces malades; ils peuvent se montrer peu enclins à s'exposer à des contacts répétés avec eux, ce qui est de nature à contribuer à compliquer encore les relations entre les patients et le personnel soignant.

Aucune tentative systématique n'a été faite pour tâcher d'apprécier dans quelle mesure les programmes de soins dits "alternatifs" ont ou non, amélioré la qualité de la vie des sidéens et de leurs familles. Le fait que de tels programmes aient fait leur apparition et continuent à se multiplier donne toutefois à penser que des témoignages de satisfaction des services rendus, attestant le maintien de la qualité de la vie, leur attirent peut-être de nouveaux clients.

Puisqu'il est probable que le nombre des sidéens va aller en augmentant dans les 5 à 10 années à venir et fera peser des exigences nouvelles sur les systèmes de soins de santé, il importe de chercher à mieux savoir comment et pourquoi ces programmes de soins "alternatifs" se développent et s'organisent et quel est leur impact sur la santé et le bien-être des patients.

Dans bien des pays en développement, le rôle potentiel des soins traditionnels mérite aussi d'être davantage pris en considération. Les connaissances, l'expérience et le savoir-faire éventuellement accumulés pourraient peut-être s'avérer utiles pour répondre aux besoins, au sens large, des malades du SIDA; la contribution que de telles pratiques pourraient faire au maintien de la santé et à la réduction du nombre des malades à la charge des systèmes officiels de soins reste toutefois à évaluer.

## 5.2 Les enfants

Dans les communautés où l'infection à VIH est transmise par voie hétérosexuelle, il peut y avoir transmission du virus de la mère infectée à l'enfant, avant, pendant ou peu après l'accouchement. Le soin des nourrissons peut-être porteurs d'anticorps anti-VIH, mais chez qui l'infection peut ne pas se révéler avant longtemps, est une source de stress pour les familles. La capacité des parents à faire face et à donner à leurs

enfants les soins et la stimulation dont ils ont besoin s'en trouve parfois compromise. Et les enfants eux-mêmes, lorsqu'ils arrivent à l'âge de comprendre la signification de la maladie et de la mort, doivent, à leur tour, supporter leur part de ce stress.

Les enfants de familles où l'un des parents ou un autre enfant a contracté l'infection et pour qui la maladie et la mort sont une crainte constante, ou même une pénible réalité, sont soumis à un stress égal, même s'il est moins reconnu. Ces enfants risquent de se trouver orphelins, d'être mal soignés et mal nourris et de manquer de stimulation psychosociale. En outre, il s'est parfois avéré difficile de placer les enfants venant de familles connues pour avoir été touchées par le VIH et le SIDA. L'autre solution consiste à hospitaliser ces enfants, ce qui les condamne aussi, dans une certaine mesure, à l'abandon, tout en coûtant fort cher au système de santé.

Si l'on veut élaborer des plans et des programmes pour répondre aux besoins des enfants placés dans ce genre de situation, il faut en savoir davantage sur la psychodynamique du processus d'adaptation, la façon dont on peut le favoriser et le type d'appui que peuvent fournir la collectivité et les familles de substitution.

### 5.3 Expression psychosociale de l'infection à VIH

Les conséquences psychologiques et comportementales de l'infection à VIH et du SIDA - agressivité, repli sur soi, passivité, honte, culpabilité, anxiété, incapacité à faire face à la maladie due au VIH ou à la perspective de cette maladie - ont été amplement décrites. Mais l'on ignore si, et dans quelle mesure, ces réactions sont influencées par le contexte socio-économique, la culture, la situation familiale, le soutien social disponible ou le stade clinique de l'infection et de la maladie.

Si l'on veut mieux cibler les soins et répondre efficacement aux besoins particuliers des individus comme des groupes, il faut en savoir davantage sur la question. Dans la gestion des cas et dans les initiatives de santé publique, il faut étudier la façon dont diverses personnes réagissent au VIH et au SIDA, les moyens de prévoir ces réactions et les mesures à prendre devant les répercussions qu'elles peuvent avoir. Une telle étude est particulièrement nécessaire lorsque des troubles neurologiques et les modifications du comportement qui s'ensuivent risquent d'affecter la capacité du malade à fonctionner au sein de sa famille et de la société.

### 5.4 Conseils

Les problèmes et besoins psychosociaux associés au SIDA viennent s'ajouter aux problèmes médicaux. Dans bien des cas, ils ont des répercussions contraires sur la capacité des individus infectés à faire face à la situation et peuvent diminuer l'aptitude de ces individus à assumer la responsabilité de prévenir la transmission secondaire.

Prévenir l'acquisition ou la transmission du VIH fait partie des priorités dans tous les programmes d'octroi de conseils. Pour améliorer les chances de succès des conseils à caractère préventif, il faut mettre l'accent sur le travail auprès des familles, des amis et des partenaires ainsi qu'auprès du sujet infecté lui-même. En donnant au patient une série de conseils fondamentaux, on l'aide à prendre des décisions en ce qui concerne la réduction du risque et on contribue à mobiliser le type et la qualité d'appui social nécessaire pour que ses décisions puissent se traduire en action. Ces conseils ont notamment pour objectif principal de réduire la morbidité psychologique, de prévenir la transmission du VIH, d'améliorer ou de maintenir la qualité de la vie et de minimiser la nécessité d'une hospitalisation et d'autres soins dispensés dans des établissements de santé.

La demande de conseils s'accroîtra à mesure qu'augmentera le nombre des sujets chez qui l'infection à VIH et le SIDA auront été diagnostiqués. Il est peu probable qu'il y ait beaucoup de pays, développés ou en développement, qui disposent du personnel qualifié ou des ressources voulues pour répondre sans difficulté à cette demande. Il peut donc être nécessaire d'explorer différentes façons de donner des conseils, y compris par l'intermédiaire de travailleurs bénévoles, de groupes d'auto-assistance et d'organisations non gouvernementales. Il faudrait, en particulier, étudier la possibilité de dispenser des conseils au niveau de la collectivité. Des recherches s'imposent aussi pour évaluer l'efficacité de différents programmes de formation et le niveau de supervision nécessaire pour différentes catégories de personnel.

Bien que des conseillers aient été mis à la disposition des patients dans toute une série de contextes thérapeutiques différents, on ne sait pas grand-chose de l'impact de ces conseils sur le plan physique ni sur le plan social. Il convient de poursuivre les recherches si l'on veut encourager l'octroi de conseils comme moyen de faire évoluer les comportements et si cela doit faciliter la réduction de la morbidité psychosociale et alléger la charge qui pèse sur les hôpitaux. En l'absence de données systématiquement tirées de ce genre d'activités, il peut être difficile de justifier les ressources financières ou autres requises.

### 5.5 Famille, mariage et reproduction

La capacité de la famille, en tant qu'institution sociale, à faire face aux bouleversements sociaux et à conserver sa structure a été affectée par un certain nombre de tendances sociales. Les migrations, l'urbanisation et l'industrialisation ont contribué à modifier fondamentalement l'organisation et le fonctionnement de la famille. Etant donné qu'il s'accompagne d'une série complexe de pressions médicales, sociales, psychologiques et économiques, le SIDA peut, lui aussi, être de nature à provoquer des changements dans la vie et la structure des familles. Il peut même influencer la structure des migrations et la mobilité résidentielle.

En certaines régions d'Afrique centrale, des exemples donnent à penser que l'institution du mariage est déjà perturbée et que les femmes sont de plus en plus nombreuses à se séparer de leur mari ou à divorcer pour cause d'infection présumée à VIH. Le comportement sexuel ultérieur de ces femmes peut augmenter le risque d'infection à VIH pour elles. Là où la prévalence du VIH et du SIDA est élevée, la crainte d'une infection à VIH chez le partenaire peut avoir pour effet de multiplier les séparations et les divorces, avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur le bien-être des familles divorcées dans des sociétés où il n'y a que peu de possibilités pour ces femmes d'accéder à l'indépendance économique.

La crainte du VIH pourrait également encourager les mariages précoces, par exemple aux premières règles ou à l'âge qui est généralement censé y correspondre. Si cela se produisait, la structure de la fécondité pourrait s'en trouver modifiée; les jeunes femmes appelées ainsi à jouer plus tôt leur rôle de procréation verraient en même temps s'allonger le nombre des années de grossesse potentielles.

Cette évolution des comportements devrait appeler l'attention sur la planification familiale et ses méthodes. Il faudra donc étudier l'acceptabilité des méthodes et les problèmes de fonctionnement des services de planification familiale. Il faudra aussi prêter attention à la confusion possible entre le rôle contraceptif des préservatifs et leur rôle prophylactique dans la prévention de la transmission du VIH. Dans les milieux responsables de la planification familiale, des préoccupations ont été également exprimées au sujet de la confusion possible que les gens pourraient faire entre la campagne en faveur de l'utilisation des préservatifs, qui était naguère associée à la contraception, et la planification familiale en général.

Les attitudes à l'égard de la contraception, les moyens de différer les grossesses, l'acceptabilité des méthodes et en particulier les modes d'utilisation des préservatifs devraient faire l'objet de recherches.

## VI. RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE

Il est évident qu'une recherche multidisciplinaire s'impose dans tous les domaines qui viennent d'être mentionnés. Pour la planification des activités de prévention et de lutte, le développement d'initiatives à caractère éducatif et la surveillance continue des tendances dans le temps, il faut rassembler des données sur les déterminants sociaux des comportements à risque, les perceptions du VIH et du SIDA, l'expression de la maladie et la manière d'y faire face.

Chacun de ces domaines représente une entité relativement distincte qui réclame des approches, des méthodes et un calendrier de recherche spéciaux. A des fins conceptuelles et opérationnelles, il est utile de diviser ces divers domaines en trois grandes catégories:

- comportements à haut risque;
- modèles/systèmes explicatifs;
- conduites d'adaptation.

### 6.1 Comportements à haut risque

Dans ce domaine, il est recommandé d'entreprendre des recherches sur les sujets suivants:

- a) schémas de comportement sexuel et facteurs qui sous-tendent leur prévalence, leur répartition, leur maintien et leur évolution;
- b) comportement des hommes homosexuels et bisexuels en réponse à l'épidémie de SIDA et facteurs qui contribuent à la réduction des risques ou à la perpétuation d'un comportement à risque;
- c) comportement des sujets qui s'injectent des drogues (à des fins non médicales), y compris facteurs contribuant à la présence ou à l'absence de réduction du risque en rapport, par exemple, avec la sexualité, la procréation et la contraception;
- d) surveillance des interventions ayant pour but la réduction du risque et portant, par exemple, sur l'échange ou le nettoyage des aiguilles, et des projets d'éducation qui vont à la rencontre des personnes à éduquer, une attention spéciale étant accordée aux facteurs qui augmentent ou compromettent l'efficacité des interventions;
- e) pratiques en matière d'injection (à des fins médicales), notamment en dehors du système officiel de soins de santé, l'accent étant mis tout spécialement sur les contextes dans lesquels les injections sont pratiquées, à quelles fins, sur qui, par qui et avec quel risque de transmission du VIH;
- f) prostitution masculine et féminine et meilleures façons de faciliter et de renforcer les stratégies de réduction du risque.

## 6.2 Modèles/systèmes explicatifs

Trois domaines sont proposés en priorité:

- 1) connaissances, attitudes, croyances et pratiques dans des groupes de population donnés et dans le temps;
- 2) perception du risque, prise en charge par l'individu de la responsabilité de son propre comportement et confiance en sa propre capacité à faire évoluer les facteurs personnels, environnementaux et sociaux qui entrent en jeu dans la prise de risque;
- 3) élaboration de cadres analytiques des facteurs de motivation associés aux comportements à risque.

## 6.3 Réactions d'adaptation

Dans ce domaine, on peut identifier sept priorités:

- 1) développement et évaluation de diverses approches à l'égard de l'octroi de conseils et de l'impact de ces conseils sur les changements de comportement et la morbidité psychosociale; évaluation des possibilités de mobiliser différentes ressources humaines et institutionnelles pour l'octroi de conseils; incidences sur le fonctionnement des services; et impact sur les clients et patients;
- 2) façon dont les individus et les familles font face au VIH et au SIDA, sources d'appui et besoins dans différents contextes sociaux et culturels, y compris pour les enfants vivant dans des situations en rapport avec le SIDA;
- 3) rôle des systèmes de soins de santé "alternatifs" et traditionnels dans l'amélioration de la qualité de la vie et la diminution de la morbidité psychosociale des sujets infectés par le VIH; et façons dont ces systèmes peuvent être renforcés et coordonnés;
- 4) façons dont le VIH/SIDA affecte la perception de la santé de la reproduction et des méthodes et services de planification familiale; façons dont ces services peuvent aider à prévenir et combattre le SIDA;
- 5) expressions comportementales de l'infection à VIH dans différents contextes sanitaires, sociaux et culturels et façons de les mesurer, de les prévoir et de minimiser leur impact;
- 6) impact de l'infection à VIH et du SIDA sur les relations entre les personnels de santé et leurs patients et sur le travail et les besoins du personnel de soins;
- 7) impact de l'infection à VIH et du SIDA sur certains facteurs démographiques, comme la morbidité et la mortalité infantiles, les migrations et le mariage.

## VII. APPROCHES A L'EGARD DE LA RECHERCHE

Les domaines de recherche proposés demandent toute une série d'approches méthodologiques. Dans certains cas, des données de caractère descriptif peuvent être obtenues par le moyen d'enquêtes pratiquées au niveau de la population à l'aide de méthodes relativement normalisées. Le recours à des approches plus qualitatives permettrait de mieux comprendre les questions posées et devrait être envisagé en liaison avec les méthodes d'enquêtes.

L'emploi d'approches psychométriques, ethnographiques et psychosociales à l'égard de la recherche serait particulièrement approprié dans la recherche de modèles/systèmes explicatifs en vue notamment d'obtenir des informations détaillées sur les facteurs psychologiques et sociaux qui sous-tendent certains comportements. Il faudrait aussi recourir à d'autres méthodes, plus étroitement focalisées par exemple, qui sont utiles lorsque l'on veut se procurer rapidement des informations sur des groupes relativement homogènes et qui peuvent être employées en même temps que d'autres méthodes plus systématiques.

### 7.1 Réseaux de chercheurs

Les stratégies de recherche proposées ont en commun un certain nombre d'objectifs et de caractéristiques sous-jacents. Elles ont toutes pour but de faire mieux connaître et comprendre les causes et des conséquences de l'infection à VIH et du SIDA; en même temps, elles sont conçues pour renforcer la capacité des institutions et des comités nationaux à entreprendre des recherches et à traduire les conclusions de ces recherches sous la forme d'une gamme d'options politiques. Une bonne partie du travail peut être accomplie, d'une manière ou d'une autre, grâce aux efforts conjoints de groupes et d'organismes de recherche scientifiques nationaux effectuant ensemble des enquêtes et des études comparatives.

Dans ce domaine, il faudrait faire appel à des réseaux de centres de recherche sociale et comportementale sur le SIDA que l'on devrait systématiquement essayer de développer et de renforcer et qui devraient être reliés à l'OMS par des moyens de communication, officiels ou non. Divers moyens pourraient être envisagés à cet effet: bulletins d'information, comptes-rendus de travaux et organisation d'ateliers et de symposiums internationaux, par exemple.

Pour promouvoir et appuyer des recherches comparatives transnationales, il faudrait concevoir des travaux de recherche génériques ou plus spécialisés et des instruments de collecte des données. Il faudrait aussi réunir des groupes de travail techniques internationaux pour mettre au point ces instruments et aider à les utiliser. Ces groupes devraient également contribuer à transcrire les résultats de la recherche en options politiques de manière à améliorer les programmes opérationnels et la formulation des politiques de santé.

La coordination des recherches par l'OMS aiderait à la fois à assurer la comparabilité interpays et la fidélité aux objectifs et aux stratégies du Programme mondial OMS de Lutte contre le SIDA. Mais il n'en faut pas moins donner toujours la priorité aux besoins, aux intérêts et aux préoccupations des pays.

## VIII. PASSAGE DE LA RECHERCHE A L'ACTION

Le but ultime de la recherche fondamentale et appliquée est de fournir des orientations pour les programmes et les politiques. Les conclusions des recherches en sciences sociales pour l'élaboration de politiques et de programmes concernant la santé et la protection sociale n'ont jusqu'ici été exploitées que dans une mesure limitée. Cela s'explique notamment par la mauvaise communication entre chercheurs et décideurs.

Au centre des travaux de recherche sociale et comportementale du Programme spécial OMS pour la lutte contre le SIDA, il faudrait que soit explicitement reconnue la nécessité d'orienter la recherche vers la solution des problèmes et de traduire directement les résultats obtenus en options politiques. Les projets de recherche bénéficiant d'un appui dans le cadre du programme devraient être conçus en tenant compte des besoins des décideurs et des politiques.

Les résultats de la recherche devraient être présentés de manière à pouvoir servir aux décideurs (résumés d'orientation, ateliers nationaux et, si possible, claire présentation des diverses solutions possibles et des motifs justifiant leur choix, etc.). Il faudrait organiser des séminaires nationaux et interpays pour rassembler les chercheurs et les décideurs et discuter des résultats de la recherche et de leur signification pour la planification nationale et internationale.

#### IX. GROUPES DE TRAVAIL TECHNIQUES

Des groupes de travail techniques internationaux devraient être créés pour élaborer des plans d'étude, des protocoles et des instruments de recherche, en relation de travail étroites avec des centres collaborateurs primaires. Ces groupes de travail devraient aussi pouvoir donner, le cas échéant, des avis et un appui techniques aux centres collaborateurs. Cet appui technique pourra inclure une assistance en matière de traitement, d'analyse et de diffusion des données. Lors de la création des groupes de travail techniques, il faudrait prendre soin d'assurer la représentation géographique autant que technique.

#### X. CENTRES COLLABORATEURS ET PARTICIPANTS

Dans chacun des domaines de recherche décrits plus haut, il pourra être nécessaire de faire choix de centres collaborateurs qui devraient être des centres hautement spécialisés, capables de donner des directives pour les projets de recherche régionaux et interrégionaux. Dans la sélection de ces centres collaborateurs, il faudrait tenir compte de l'épidémiologie locale du SIDA et des différences entre les pays et à l'intérieur même des pays. Il pourrait être approprié de disposer de plus d'un centre dans chaque région ou chaque pays. Lorsque cela sera possible et approprié, il faudrait encourager les centres collaborateurs à participer à la mise en oeuvre des projets de recherche, et non pas seulement à fournir un appui et à donner des avis.

Les centres participants, c'est-à-dire ceux qui contribuent avant tout à l'exécution des recherches, devraient être identifiés le plus vite possible et dans le plus grand nombre de pays possibles. Il faudrait les sélectionner en fonction de leur expérience et de leur capacité de recherche, ainsi que de l'intérêt qu'ils manifestent pour le projet. Ils devraient toujours être encouragés à travailler en liaison étroite avec les comités nationaux de lutte contre le SIDA, de manière à pouvoir mieux répondre aux préoccupations et aux besoins locaux et ils devraient travailler en suivant les directives générales énoncées dans les plans nationaux de lutte contre le SIDA. Dans la constitution d'un réseau de centres et dans le développement de projets conjoints, les centres participants possibles devraient recevoir la visite d'individus ou d'équipes représentant l'OMS et les groupes de travail techniques responsables des domaines de recherche définis ci-dessus, afin de permettre d'évaluer leur capacité de recherche et de participation au projet.

#### XI. COMITE DIRECTEUR DE LA RECHERCHE

Il faudrait créer un comité directeur de la recherche qui donnerait périodiquement des avis sur les besoins en recherche sociale et comportementale, les orientations et les méthodes de cette recherche et l'application de ses résultats aux politiques et programmes internationaux et nationaux. Ce comité devrait aider l'OMS à identifier les centres participants et collaborateurs potentiels et ceux dont la capacité de recherche a besoin d'être renforcée.

Dans sa composition, ce comité devrait refléter les différentes disciplines techniques en cause, notamment la sociologie médicale, l'anthropologie, la psychologie sociale et clinique et le travail social.

#### XII. COMMUNICATION/INFORMATION

Il faudrait mettre en place un service d'information pour communiquer les résultats les plus récents des travaux de recherche aux chercheurs eux-mêmes, aux établissements de recherche et au public. La diffusion régulière d'informations par le moyen de notes d'information, de documents techniques, de documents de travail, de directives, de manuels et de bibliographies aidera les chercheurs à se maintenir en liaison les uns avec les autres et à se tenir au courant des expériences, et des conclusions des expériences, menées ailleurs.

Un service d'information devrait s'efforcer d'entretenir des contacts réguliers et fréquents avec tous les centres collaborateurs et participants et encourager des contacts fréquents entre les chercheurs, grâce à des réunions spécifiquement conçues pour intensifier l'échange de données.

ANNEXE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

- Dr W.D. Abilla, Maître de conférences, Université de Nairobi, Nairobi, Kenya
- Dr H. Edelson-Costa, Département de psychiatrie, Université de Genève, Genève
- Professeur E.E. Hardy, Ecole des sciences médicales, Université d'Etat de Campinas, 13081 Campinas SP, Brésil
- Dr A. Jablensky, Centre collaborateur de l'OMS pour la santé mentale, Académie médicale, 1412 Sofia, Bulgarie
- Professeur B. Jordan, Centre de recherche Xerox de Palo Alto, Palo Alto, Californie 94304, Etats-Unis d'Amérique
- Dr N. Kapor-Stanulovic, Filozofski Fakultet, Musica, 21000 Novi Sad, Yougoslavie
- Mme V. Ktsanes, Director, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health and Tropical Medicine, Tulane University, New Orleans, Louisiane 70112, Etats-Unis d'Amérique
- Dr J. Little, Lecturer, Department of Community Medicine and Epidemiology, University of Nottingham Medical School, Nottingham NG7 2UH, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
- Dr J. Nguma, Chargé de cours, Département des sciences du comportement, Centre médical de Muhimbili, Université de Dar es Salaam, Dar es Salaam, République-Unie de Tanzanie
- Dr D.O. Nyamwaye, Directeur, Département d'éducation et de comportement sanitaires, Fondation africaine pour la médecine et la recherche, Nairobi, Kenya
- Dr D.S. Obikeze, Maître de conférences, Département de sociologie et d'anthropologie, Université du Nigéria, Nsukka, Etat d'Anambra, Nigéria
- Dr Kong-Kyun Ro, Institut supérieur de Corée pour la Science et la technologie, Chongryang, Séoul, République de Corée
- Professeur A.E. Sand, Université libre de Bruxelles, Faculté de médecine et de pharmacie, Ecole de santé publique, 1040 Bruxelles, Belgique
- Dr J. Svenson, Centre psychosocial de l'OMS, S-10401, Stockholm, Suède
- Dr M. Ward, Department of Anthropology, University of New Orleans, Lakefront, New Orleans, Louisiane 70148, Etats-Unis d'Amérique

Annexe 1

Facilitateurs

Professeur T. Coxon, Social Research Unit, University of Wales, University College, Cardiff CF1 1XL, Wales, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Dr M. Micklin, Centre for the Study of Population, College of Social Science, Florida State University, Tallahassee, Florida 32306 - 2011, Etats-Unis d'Amérique

Dr D. Pitt, 1265 La Cure, Genève, Suisse

Observateurs

Professeur P. Lehmann, Association internationale de Sociologie (AIS), Institut universitaire de Médecine sociale et préventive, 1005 Lausanne, Suisse

Dr D. Sly, Director, Center for the Study of Population, College of Social Science, Florida State University, Tallahassee, Florida 32306 - 2011, Etats-Unis d'Amérique

Secrétariat de l'OMS

Dr J. Cohen, Conseiller en politique sanitaire, Bureau du Directeur général

Dr J. Mann, Directeur, Programme spécial de Lutte contre le SIDA

Dr N. Sartorius, Directeur de la Division de la santé mentale

Dr C.O. Akerele, Médecine traditionnelle, Division de la technologie diagnostique, thérapeutique et de réadaptation

Dr M. Carballo, Chef, Unité de recherche sociale et comportementale, Programme spécial de Lutte contre le SIDA (Secrétaire de la consultation)

Dr J. Chin, Chef de l'Unité de surveillance, de prévision et d'étude d'impact, Programme spécial de Lutte contre le SIDA

Dr J. Cohen, Conseiller en politique sanitaire, Bureau du Directeur général

Dr M.A.C. Dowling, Planification, méthodologie et évaluation de l'éducation, Division du Développement des personnels de santé

M. H. Dhillon, Division de l'information du public et de l'éducation pour la santé

Dr H. Friedman, Santé maternelle et infantile, Division de la Santé de la famille

Dr P. Ladouceur, Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales

Dr J. Mann, Directeur, Programme spécial de Lutte contre le SIDA

Dr A. Meheus, Administrateur de programme, Programme de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles

Dr J. Orley, Division de la santé mentale

Dr N. Sartorius, Directeur de la Division de la santé mentale

Dr I. Shah, Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine

Dr H. Spencer, Programmation et formation, Programme de Lutte anti-paludique