

QUI INFORMER AU CONGO : Malades, familles, tradipraticiens, religieux ?

Marc-Éric GRUÉNAIS

Face à la faible capacité des systèmes de santé à traiter les malades chroniques, à l'ampleur de l'endémie de sida et à la situation de pluralisme médical qui prévaut en Afrique noire, tous les acteurs intervenant dans les itinéraires thérapeutiques sont susceptibles d'être associés à la lutte contre le sida mais aussi à la prise en charge des malades. Parmi ces acteurs, figurent au premier rang les parents du malade, mais également ces deux grands types de recours thérapeutiques que sont les tradipraticiens et les religieux¹. Au Congo², la famille fait bien souvent figure, aux yeux des médecins,

1. Cette bipartition des recours qui ne ressortissent pas au paradigme biomédical est évidemment très grossière : tradipraticien peut désigner aussi bien des chefs de cultes très localisés et culturellement marqués, des devins et guérisseurs plus ou moins spécialisés, que des infirmiers, instituteurs, voire même des médecins reconvertis qui utilisent des plantes et fondent leur pratique sur des savoirs ésotériques occidentaux ou asiatiques ; parmi ceux que j'appelle les « religieux » figurent aussi bien des représentants officiels des Églises catholiques ou protestantes que des « petits prophètes » à la tête de mouvements syncrétiques. De plus il n'y a pas toujours solution de continuité entre ces deux types : nombre de religieux s'adonnent également à la médecine par les plantes et, à ce titre, pourraient être qualifiés (et le sont parfois effectivement) de tradipraticiens. Il n'en reste pas moins qu'il existe une différence essentielle entre tradipraticiens et religieux : les seconds soignent « au nom de Dieu ».

2. Les informations dont il sera fait état par la suite ont été recueillies dans le cadre du projet de recherche « Enjeux sociaux et politiques de la prise en charge des sidéens au Congo » qui bénéficie du soutien de l'Action Incitative ORSTOM « Sciences sociales et SIDA » et de celui de l'Agence nationale de recherche sur le Sida (ANRS). Elles proviennent d'entretiens réalisés essentiellement à Brazzaville, auprès de 40 malades, 29 représentants des professions de santé (dont 16 médecins), 22 tradipraticiens, et des membres de 18 congrégations religieuses.

de destinataire privilégié de l'annonce. Tradipraticiens et religieux, quant à eux, parce qu'ils interviennent dans les itinéraires thérapeutiques et à ce titre sont des partenaires de la prise en charge des malades, mais aussi parce qu'ils sont susceptibles de soulager certains maux des patients, pourraient également recevoir l'information. Or, à la notion théorique et abstraite, du moins dans le contexte congolais, de « prise en charge » qui vient justifier la divulgation de l'information sur la séropositivité sont volontiers associées des réalités beaucoup plus « concrètes » dans ce même contexte de sorcellerie, de foi et de guérison. Annoncer à un tiers, c'est aussi risquer de s'engager, parfois en toute connaissance de cause, dans des domaines que la rationalité médicale ne saurait maîtriser.

Informers la famille

Les personnels de santé, mais aussi les familles, les guérisseurs, etc., soupçonnent les séropositifs ou les sidéens qui seraient informés de la nature de leur mal d'avoir l'intention de se suicider ou de vouloir disséminer volontairement le virus par la multiplication délibérée du nombre de partenaires sexuels³. Selon une opinion également largement partagée, l'annonce de la séropositivité, parce que sentence de mort, ôterait tout espoir au malade et hâterait ainsi l'issue fatale ; des médecins hospitaliers considèrent par ailleurs qu'il est inutile d'ajouter à la souffrance du patient déjà grabataire le fardeau de la connaissance de la cause de sa maladie (cf. GRUÉNAIS 1993)⁴. Quelles que soient les réactions envisagées du patient, un environnement familial serein est supposé être nécessaire à une prise en charge efficace du malade.

Pour une minorité des médecins rencontrés, le maintien de la sérénité familiale est au prix du silence absolu. Le sida, « maladie honteuse »⁵, est toujours susceptible de jeter l'opprobre sur la fa-

3. Ces craintes ressortissent à l'évidence du fantasme. En toute rigueur, il resterait en effet à prouver que le taux de suicide est plus important parmi les sidéens que parmi les autres malades. Par ailleurs, on ne voit pas très bien comment un sidéen aurait subitement davantage de ressources psychologiques, sociales mais aussi, disons-le, financières, pour multiplier le nombre de ses conquêtes !

4. A ce sujet, on pourra également se reporter à l'article du Dr Jabot, dans le présent numéro.

5. La transmission par voie sexuelle, toujours citée comme mode de conta-

QUI INFORMER AU CONGO ?

mille du patient ; le voisinage ne se priverait jamais de se gausser des frasques supposées de la personne atteinte. Des agents de santé, dans de petites villes, affirment même que des parents du malade n'hésiteraient pas à prendre parfois violemment à partie l'infirmier ou le médecin qui voudrait salir la réputation familiale en évoquant le sida pour un des leurs ; aussi, pour la tranquillité de ces personnels et le bon déroulement de leurs activités, serait-il préférable de ne pas divulguer le diagnostic⁶.

Dans la majorité des cas cependant, il semble qu'aujourd'hui les personnels de santé sont plutôt favorables à l'annonce, mais principalement aux parents du malade, la personne infectée, selon les interlocuteurs, pouvant ou non être informée en plus des parents. Rationalisant dans une perspective anthropologique les raisons données pour justifier l'annonce aux parents, on pourrait dire que les parents doivent être informés parce que les malades participent d'un contexte culturel où l'interprétation persécutive de la maladie prévaut ; or les soupçons d'agression « en double » conduisent à exacerber des conflits, à provoquer des segmentations familiales, situation peu propice à une prise en charge du sidéen qui doit pouvoir bénéficier des solidarités de tous, notamment pour subvenir à ses besoins (alimentation, achat de médicaments, coût des hospitalisations, etc.). Annoncer à un parent que le malade souffre du sida, pathologie que les médecins supposent (souvent à raison) parfaitement connue par la population, ou du moins par les plus lettrés, comme mal incurable et récemment mis en évidence par les recherches scientifiques, permettrait de couper court à toute suspicion d'agression sorcellaire et, partant, d'éviter le « déchirement des familles », pour reprendre une expression fréquemment utilisée au Congo pour la circonstance.

mination, est associée à l'infidélité, au « vagabondage sexuel », à la prostitution ; la transmission dite accidentelle (la contamination par le sang, alors que la sécurité transfusionnelle est loin d'être assurée et que les conditions d'hygiène élémentaire dans les structures sanitaires sont souvent impossible à respecter, peut-elle encore être qualifiée aujourd'hui d'accidentelle ?) n'est jamais évoquée spontanément.

6. Un médecin, de la capitale il est vrai, a pu avancer l'argument inverse. La famille se rendant compte de l'inefficacité de la structure sanitaire pour résorber les maux de leur parent peut reprocher au médecin « de ne rien faire ». Pour couper court à ce type de critique, le médecin pourra alors être tenté de prescrire un test et de divulguer les résultats à la famille pour expliquer son impuissance.

Mais de quel parent s'agit-il ? Les parents envisagés par les médecins comme destinataires de l'annonce sont exceptionnellement, sinon jamais les conjoints (qui, il est vrai, au sens strict, ne sont pas des parents), mais toujours un membre de la parentèle du malade. En effet, à certains égards, le conjoint occupe une position sensiblement analogue à celle du malade lui-même. Potentiellement atteint, il conviendrait de l'attirer vers les structures hospitalières sinon pour être dépisté, en général à son insu⁷, voire à l'insu de son partenaire, du moins pour être informé de précautions à prendre. A l'instar du colloque singulier qui s'engage entre le praticien et son patient, le médecin prodigue des conseils au conjoint dans un tête-à-tête, en l'absence du malade. Le témoignage d'un médecin déclarant ne jamais avoir pu informer un de ses patients de sa séropositivité parce qu'il se présentait toujours à la consultation avec son conjoint illustre bien que ce dernier ne saurait être le destinataire privilégié de l'information. De plus, contrairement aux parents, le conjoint n'est pas toujours considéré par les personnels de santé comme étant *a priori* solidaire du malade : le conjoint informé serait toujours susceptible de reprocher à son partenaire son infidélité et de demander la séparation. La « tempête dans les foyers » qui résulterait de l'information au conjoint doit être évitée tout autant que le « déchirement des familles » ; elle est d'autant plus préjudiciable à une prise en charge du malade que le conjoint est censé être le soutien privilégié du sidéen.

Le parent-type à informer est celui qui a la confiance du malade et/ou du praticien (il peut en effet être choisi par le médecin qui connaît bien sa clientèle et son entourage), disposant d'un niveau d'instruction suffisant qui lui permettra de bien comprendre le discours du médecin, et qui manifeste suffisamment d'empathie pour le patient pour expliquer avec conviction au reste de la famille que le malade est atteint du sida et n'est pas victime d'un sorcier. Dans les faits, il n'est pas toujours aisé d'identifier une régularité dans les critères de choix du parent destinataire de l'annonce. Il semble qu'il puisse s'agir parfois de l'accompagnant du malade, qui est alors souvent un parent proche (mère, frère, sœur). Le critère premier semble parfois être la capacité de compréhension du discours mé-

7. Le test réalisé après consentement de la personne concernée semble être une pratique exceptionnelle au Congo.

QUI INFORMER AU CONGO ?

dical (en français). L'accompagnant ne répondant pas toujours à ce critère, le médecin peut alors convoquer l'interlocuteur francophone qui lui sera désigné par le patient. Mais les médecins sont-ils toujours en mesure d'apprécier, d'une part, la mesure dans laquelle l'information sera efficacement relayée (dans les termes précisés ci-dessus) par le parent choisi, et d'autre part, la réalité de la solidarité entre ce parent et le malade. Si le destinataire de l'information est un cadet social, comme le sont généralement les accompagnants de malades, sa parole n'aura que peu de poids au sein de la famille. S'il n'y a, dans la parentèle du malade, qu'un seul interlocuteur francophone qui est donc alors choisi par le médecin, mais que celui-ci se trouve être en conflit plus ou moins patent avec le sidéen, alors l'information aux parents ne risque-t-elle pas d'avoir l'effet contraire de celui escompté ? Le sida, avec toutes les valeurs négatives qui peuvent lui être associées, pourrait en effet être utilisé comme élément supplémentaire pour aiguïser le conflit.

Parfois, de leur propre aveu, les médecins sont amenés à intervenir à chaud, convoquant une réunion de famille dans leur cabinet pour signifier aux parents en conflit qu'il n'y pas lieu de voir l'action d'un « malfaiteur » derrière les maux dont souffre le patient parce qu'il s'agit du sida. Toute la rationalité scientifique contenue dans le sigle sida (notamment avec ce qu'il implique quant à l'origine de la contamination) est ainsi censée être le paradigme intériorisé par tout un chacun et dominer toute autre possibilité d'interprétation. Cette opinion est-elle réellement fondée ?

Les principaux signes cliniques de la manifestation du sida sont bien connus par tous, et depuis longtemps. Ils s'intègrent parfaitement aux nosographies traditionnelles et le sida est bien souvent considéré (par les devins-guérisseurs, les religieux, mais aussi les familles) comme une ancienne maladie à laquelle un nom scientifique fut donné depuis peu. Certains médecins amplifient sans doute les possibilités de confusion lorsqu'ils utilisent des catégories vernaculaires (notamment celle de *mwandza*) pour traduire le terme sida (Cf. HAGENBUCHER-SACRIPANTI 1994), légitimant ainsi un savoir traditionnel sur la maladie dont les termes renvoient à des étiologies qui ressortissent au registre de l'interprétation persécutive de la maladie. Dans cette mesure, l'annonce du sida ne vient guère bouleverser les schèmes de la « pensée traditionnelle africaine », pour reprendre l'expression d'HORTON (1967).

De plus, le paradigme de l'interprétation persécutive de la maladie, qui se manifeste par des soupçons, des accusations, des violences de toute sorte, mais aussi par la recherche du « sens du mal » auprès des devins ou des religieux, fait du sorcier une figure emblématique. Or le sorcier, ne fait guère preuve de beaucoup d'imagination puisqu'il n'invente rien, mais sait se servir de tout pour perpétrer ses forfaits. Le sorcier tenu pour particulièrement habile parvient à agresser sa victime sans laisser d'indices qui laisseraient supposer que le mal est dû à une intention maléfique et partant qui permettraient de le démasquer. Dès lors, si certains considèrent que le sorcier peut utiliser le sida pour rendre malade sa victime, d'autres, grâce à une connaissance plus subtile des modalités d'agression sorcière, avancent des interprétations plus sophistiquées à propos du lien sida/sorcellerie.

Certains sorciers parviendraient à amener leur victime à procéder à un dépistage du VIH ; lorsque le test se révèle positif, les parents du malade et les médecins concluent au sida au lieu d'incriminer le sorcier⁸. Il faut aussi savoir que le sorcier arrive à agir d'autant plus facilement qu'il a affaire à un individu se trouvant dans une situation de fragilité, non seulement physique, mais aussi sociale ; dès lors, les incertitudes, les dissensions au sein du couple et de la famille, les rejets du malade par certains parents liés au soupçon de son infection par le VIH constituent des configurations idéales pour l'agression sorcière. Enfin, le registre de l'interprétation persécutive du mal permet, y compris dans le cas du sida, de répondre à la question : « Pourquoi moi, à ce moment ? » ; il existe en effet une multitude de femmes et d'hommes qui ne sont pas atteints, et la contamination ne se fait pas nécessairement immédiatement au premier rapport sexuel avec un partenaire séropositif ; alors, si j'ai été poussé vers un partenaire infecté qui m'a contaminé, ne dois-je pas voir là l'effet de l'action d'un sorcier ?

Dès lors, sida et sorcellerie, interprétation scientifique et interprétation persécutive du mal, ne s'annulent pas : rien n'empêche de reconnaître que le sida est à la fois une maladie sexuellement transmissible due à un virus et la manifestation d'une agression sorcière. Dans cette mesure, si l'annonce est faite à des parents du malade membres d'une famille qui manifeste une cohésion certaine, qui n'a

8. Information communiquée par J.P. Poaty.

QUI INFORMER AU CONGO ?

pas connu récemment des décès ou des maladies graves, et au sein de laquelle des individus ont le statut requis (défini à partir de la position généalogique, mais aussi de leur assise sociale et économique dans la société urbaine potentiellement génératrice de bienfaits pour les parents les moins nantis) pour couper court à toute suspicion d'agression « en double », dans le cas du sida, comme pour toute autre maladie, la solidarité familiale s'exprimera sans doute. Dans le cas contraire, le sida interviendra comme événement supplémentaire d'une histoire familiale mouvementée, et l'annonce elle-même ne saurait modifier les schémas interprétatifs qui se mettent progressivement en place et se nourrissent de toutes les infortunes, y compris le sida. L'annonce du sida aux parents, en tant que telle, n'est sans doute pas susceptible d'influer sensiblement sur les risques de dissensions familiales préjudiciables à la prise en charge du malade.

Tradipraticiens et médecins : le défi de la « guérison »

Des collaborations avec des tradipraticiens sont volontiers envisagées dans la mesure où ces derniers sont censés pouvoir apporter un soutien moral (« psychosocial » pour employer la terminologie consacrée), mais aussi disposer de remèdes qui pourraient combattre certaines infections opportunistes. Aussi, des médecins se sont engagés plus ou moins activement, y compris dans le domaine du sida, dans des projets de suivi de patients avec des tradipraticiens. Il peut s'agir d'initiatives ponctuelles et individuelles : tel médecin, de son propre chef, adresse certains de ses patients à tel guérisseur qu'il connaît pour endiguer tel ou tel symptôme (essentiellement dermatoses et diarrhées, dans le cas du sida) pour lequel la médecine traditionnelle est réputée avoir une efficacité.

Les projets de collaboration avec les tradipraticiens peuvent prendre parfois une tournure plus officielle avec, par exemple, l'organisation de séminaires lors desquels ils sont informés sur la maladie elle-même, sur les modes de transmission, sur la nécessité de respecter strictement certaines règles d'hygiène et de prendre toutes les précautions qui s'imposent lorsqu'il s'agit de pratiquer des incisions (lames de rasoir à usage unique, stérilisation des couteaux). Par ailleurs, afin qu'ils puissent reconnaître éventuellement des malades à partir des signes cliniques, des visites à des sidéens hospi-

talisés peuvent être organisées. Ainsi informés sur la maladie et les malades, les tradipraticiens sont alors censés adresser rapidement les sidéens suspectés aux structures hospitalières, s'abstenir de s'engager sur la voie des interprétations persécutives du mal, et cesser de de prétendre pouvoir guérir la maladie.

Des sidéens sont donc parfois désignés comme tels aux tradipraticiens. Des médecins m'ont même fait part de leur désir de procéder à un suivi sérologique (test avant et après le traitement « traditionnel ») des patients sidéens adressés aux tradipraticiens. Dans quel but ? Est-ce pour infirmer les déclarations de certains qui affirment guérir la maladie ? Ou, au contraire, parce qu'ils caressent le secret espoir d'une possibilité de guérison (de « négativation » comme il est dit parfois) grâce à certaines « réalités africaines »⁹ ? Si suivi sérologique il y a, le tradipraticien doit-il alors être informé du résultat des tests de dépistage ? A cette question, certains médecins répondent qu'il existe des tradipraticiens « sérieux »¹⁰ demandant un prix modique pour leurs consultations, qui ne s'adonnent pas à la divination, partagent les mêmes doutes et les mêmes incertitudes que les médecins, et sont également des thérapeutes ; dès lors, dans une certaine mesure, ils peuvent être considérés comme des confrères, et il n'y aurait pas d'obstacle à informer ceux-ci du statut sérologique des patients. Si l'on poursuit cette logique jusqu'à son terme, les tradipraticiens ne devraient-ils pas alors avoir la possibilité de prescrire des tests ? Sachant qu'au Congo (mais cela est vrai dans de nombreux autres pays d'Afrique), les médecins, mais également les infirmiers ou les assistants sanitaires prescrivent, pourquoi ne pas alors reconnaître aux tradipraticiens ayant pignon sur rue la faculté de le faire aussi ?

Parmi des tradipraticiens appartenant à une association reconnue officiellement, certains ont déclaré conseiller parfois à des ma-

9. L'expression « réalités africaines » est fréquemment employée, notamment par des cadres, en référence à des ressources encore inconnues (ici, dans le domaine de la guérison) propres au continent Noir et que l'Occident n'est pas à même de comprendre. A titre d'exemple, il m'a été plusieurs fois donné d'entendre que des tradipraticiens avaient sans doute déjà guéri des sidéens, mais « sans le savoir », leur manque de connaissance médicale ne leur permettant pas d'identifier un de leur malade comme étant infecté par le VIH.

10. A propos de ces « bons » tradipraticiens qui n'utiliseraient que les plantes médicinales, contrairement aux « féticheurs » (les devins-guérisseurs) qui profiteraient de la crédibilité de leurs consultants en accusant un parent d'avoir « provoqué » la maladie, cf. notamment GRUÉNAIS & MAYALA (1988).

lades d'aller se faire dépister, un seul a explicitement affirmé qu'il avait prescrit des tests et qu'il avait été lui-même le destinataire des résultats ; il est vrai qu'il s'agissait là d'un tradipraticien antérieurement médecin. Parmi ceux qui affirment avoir eu affaire à des cas de sida, il n'est pas toujours aisé de déterminer comment ils en ont été informés : par l'observation des signes cliniques qui les autorisent d'autant plus à porter un diagnostic qu'ils ont suivi des séminaires de formation ? Après en avoir été informé par un malade qui a pu exprimer ses craintes en la matière sans qu'il soit possible de savoir s'ils avaient ou non fait l'objet d'un test ? Parce que le malade lui-même leur aurait montré les résultats ? Par divination, comme l'affirment certains ? Ou après en avoir été informé par un médecin ?

Un exemple extrême, mais qui présage peut-être de l'engrenage difficilement maîtrisable auquel doit se préparer tout médecin qui serait tenté de procéder à des expériences thérapeutiques avec des tradipraticiens, est fourni par le cas de cet ancien infirmier, bien connu au Congo, qui déclare disposer d'une substance permettant de guérir la maladie. Cet infirmier refuse l'étiquette de tradipraticien mais se définit comme chercheur « naturopeute ». Il aurait procédé à une administration de sa substance auprès de 540 malades et séropositifs ; 140 sont morts depuis le début de son expérience, mais, dit-il « on meurt plus des maladies opportunistes que du VIH » (!). Les 400 autres seraient guéris. Parmi ces 400, seuls quatre ont eu le privilège d'avoir pu réaliser des examens sophistiqués en France qui permettent non seulement de mettre en évidence la présence d'anticorps, mais également de « voir le virus ». Les laboratoires français auraient confirmé la disparition du virus chez ces quatre individus. Et cet infirmier d'ajouter que si les tests réalisés après administration de son traitement se révélaient positifs, ils ne pourraient qu'attester d'une « bonne séropositivité », les anticorps présents dans l'organisme immunisant l'individu contre le VIH.

Les tradipraticiens traitent pour guérir. Dans les systèmes étiologiques traditionnels, un nouveau malheur ou une rechute n'infirmes pas le diagnostic « causal » du devin ; de même, l'absence de guérison n'atteste pas nécessairement de l'inefficacité du traitement traditionnel. Jusqu'à présent, pour nombre de tradipraticiens au Congo, le sida, en tant que tel, ne semble pas encore un véritable

enjeu. Beaucoup disent tout ignorer des traitements traditionnels et des éventualités de guérison parce qu'ils n'ont jamais eu affaire à des sidéens. Pour d'autres, le sida ne vient guère perturber les nosographies utilisées : une équivalence est établie entre le sida est une catégorie nosographique traditionnelle x, soignant avant tout cette maladie x, ils peuvent déclarer éventuellement guérir le sida. Cependant, les propos tenus par l'infirmier évoqué ci-dessus sur la « bonne séropositivité » n'invitent-ils pas à une certaine prudence pour tout projet de collaboration avec les tradipraticiens en la matière ? En effet, le sida peut devenir une catégorie autonome dans le registre interprétatif des tradipraticiens, et des remèdes pour guérir la maladie pourront leur être « révélés » (en rêve, comme cela est habituellement le cas) ; si ces tradipraticiens sont amenés à traiter des sidéens en connaissance de cause avec le blanc-seing de médecins tentés de réaliser des expériences thérapeutiques « traditionnelles », n'y a-t-il pas alors le risque d'entrer dans un engrenage où une légitimité scientifique aura été donnée au traitement qui « guérit » le sida ? Comment pourra-t-on trouver les arguments, dans les termes des systèmes thérapeutiques non biomédicaux dans lesquels prévaut le principe de non-contradiction, pour signifier que les remèdes traditionnels en question ne sauraient guérir ?

Si ce risque est réel, il reste néanmoins limité. En effet, le degré d'implication des tradipraticiens dans le traitement des sidéens est très variable, et si nombre d'entre eux, par principe, déclarent espérer une collaboration plus étroite avec les médecins et souhaiter que ceux-ci leur adressent des sidéens pour apprécier l'efficacité de leurs traitements traditionnels, notre infirmier reste l'exception pour l'heure, et les observations faites jusqu'à présent montrent que les bonnes dispositions que montrent *a priori* certains médecins à l'égard des tradipraticiens ne résistent pas à l'épreuve de l'expérience. Les premiers finissent par reprocher aux seconds de demander trop d'argent, de confondre rémission et guérison, de ne pas vouloir faire connaître les ingrédients utilisés pour élaborer leurs remèdes, d'entraîner le malade vers le registre de l'interprétation persécutive du mal. Aussi, les relations entre médecins et tradipraticiens, lorsqu'elles existent, sont trop ponctuelles pour envisager le suivi en commun d'un malade. En revanche, l'opinion généralement favorable dont bénéficient les religieux, y compris parmi les médecins, fait de ceux-ci des partenaires plus probables pour le suivi des patients, notamment à l'extérieur des structures sanitaires.

La foi en la « guérison »

Il n'y a guère de différence de nature entre le contexte de la relation médecins/tradithérapeutes et celui de la relation médecins/religieux : grâce à la mobilisation importante des mouvements religieux, ceux-ci sont considérés par les représentants de programmes de lutte contre le sida comme des relais importants des actions menées contre la maladie ; ils sont susceptibles d'apporter un « soutien psychosocial » aux malades, et, à l'instar des tradipraticiens, la plupart de ces mouvements constituent des recours thérapeutiques, dispensant des soins qui font appels parfois aux plantes médicinales (mais aussi le plus souvent à la prière, à l'eau bénite, et à l'imposition des mains). Or, la primauté de l'intercession divine dans les pratiques de soins et les rituels constitue la guérison en un objectif avoué de ces mouvements dont les représentants soulignent que « tout est possible à Dieu ».

Au Congo, comme partout ailleurs, des congrégations religieuses internationalement reconnues (catholiques, protestantes, islamiques notamment, mais aussi, par exemple, l'Armée du salut ou encore le kimbanguisme) mènent des actions strictement médicales dans le domaine de la santé, et donc également dans le domaine du sida ; ces congrégations disposent parfois de leurs propres dispensaires dans lesquels exercent médecins, infirmiers, assistants sanitaires, etc. Mais, pour notre propos, ce qui importe est moins la participation des religions instituées au système de santé officiel que l'« efficacité » de l'action de Dieu dans le traitement de la maladie. Or, à cet égard, aujourd'hui, ces « grandes religions » ne se distinguent guère des « Églises africaines » syncrétiques, qui s'inspirent essentiellement du christianisme dans le bassin du Congo, et qui se livrent à des « guérisons spirituelles ». Par exemple, l'Église catholique intègre des groupes de prière qui se réclament du Renouveau charismatique¹¹ et déclarent se livrer à des « guérisons miraculeuses » ; l'Église évangélique du Congo, représentation officielle des Églises protestantes, est indissociable du mouvement du Réveil qui accorde une large place à la « médecine révélée par les plantes », autrement dit l'Église reconnaît officiellement le don de

11. Au Congo, on rencontre des adeptes du Renouveau charismatique parmi les plus hautes personnalités de l'Église catholique.

certains de ses adeptes à recevoir des révélations (divines) à propos de remèdes phytothérapeutiques. Tous les mouvements religieux, grâce à la foi, la prière, l'eau bénite, l'imposition des mains¹², et éventuellement l'adjonction de remèdes phytothérapeutiques, « guérissent ». Aussi, au Congo, toutes les Églises, de la plus strictement chrétienne et structurée¹³ à la moins organisée et la plus néo-traditionnelle, font de la guérison un objectif primordial, et la majorité des individus sont devenus adeptes de telle ou telle Église après l'avoir d'abord fréquentée parce qu'ils étaient malades.

Tout comme dans le cas des tradipraticiens, les religieux font plus ou moins grand cas du sida. Certaines Églises excluent pratiquement toute possibilité de présence de sidéens dans leur communauté¹⁴ certains adeptes considèrent en effet que Dieu les protègent de toute possibilité de contamination, y compris de l'infection par le VIH par voie sanguine. Mais la position la plus largement partagée consiste à avancer que les adeptes de l'Église respectent strictement les commandements divins en matière de sexualité (abstinence avant mariage, fidélité après mariage) ; les adeptes d'une Église se mariant préférentiellement entre eux, les conjoints sont donc *a priori* sains d'esprit et l'infection par le VIH n'est donc pas censée pouvoir se développer parmi la communauté des « frères et sœurs en Christ »¹⁵. D'autres, adoptant des positions moins extrêmes, considèrent le sida comme un problème essentiellement médical ; il leur importe peu de savoir si le malade reçu est atteint de

12. Un des passages de référence de la Bible le plus fréquemment cité par ces mouvements est Marc 16, versets 15 à 19 : « Et il leur dit : "allez par le monde entier proclamer l'Évangile à toutes les créatures. Celui qui croira et sera baptisé sera sauvé. Celui qui ne croira pas sera condamné. Et voici les signes qui accompagneront ceux qui auront cru : en mon nom, ils chasseront les démons, ils parleront des langues nouvelles, ils prendront dans leurs mains des serpents, et s'ils boivent quelque poison mortel, cela ne leur fera aucun mal : ils imposeront les mains à des malades, et ceux-ci seront guéris" ».

13. L'Islam est certes présent au Congo, et la communauté islamique de Brazzaville gère un centre médical, cependant il est très minoritaire et la quasi-totalité des confessions religieuses, quelle que soit leur nature, se réclament plus ou moins explicitement du christianisme.

14. La position la plus extrême en la matière est le fait d'une des sept Églises reconnues officiellement par l'État congolais.

15. A considérer de telles positions, on est en droit de se demander si certaines Églises ne participent pas parfois au processus d'exclusion dont peuvent être victimes les sidéens alors qu'elles sont d'ordinaire considérées par les autorités médicales comme des institutions contribuant au soutien psycho-social des malades.

telle ou telle pathologie ; il s'agit avant tout, pour les responsables de ces religions, de prier en général pour la guérison des malades, y compris pour des sidéens, susceptibles comme tout autre malade de guérir grâce à l'intercession divine. On trouve également des Églises qui ont élaboré des prières et des pratiques de soins destinées spécifiquement aux sidéens ; à l'instar des tradipraticiens, celles-ci souhaitent alors souvent une collaboration plus étroite avec les médecins, et les invitent à leur confier des personnes atteintes afin de déterminer dans quelle mesure les soins prodigués peuvent conduire à la « guérison ».

Il importe de souligner ici que les Églises ont bien meilleure presse que les tradipraticiens. Elles sont moins suspectées de « charlatanisme » que les tradipraticiens car contrairement à ceux-ci, elles ont la réputation de ne réclamer que des sommes modiques à leurs adeptes malades¹⁶. De plus, si elles ont largement recours aux interprétations persécutives du mal¹⁷, elles ont également la réputation de ne pas mettre en cause explicitement le parent « coupable » d'agression sorcière, évitant ainsi le « déchirement des familles » tant redouté par les médecins, comme nous l'avons vu, lorsqu'il s'agit d'assurer une prise en charge d'un malade.

Mais surtout, on peut être médecin et croyant, et nombre de médecins ne cachent pas que l'aide de Dieu, de la prière, peut être utile au malade mais aussi au praticien pour supporter le choc créé de part et d'autre par la séropositivité, pour rendre l'espoir, pour éventuellement croire dans le traitement et par là-même le rendre plus efficace¹⁸. Ces mêmes praticiens (il s'agit ici notamment de médecins hospitaliers) ne cachent pas non plus leur participation à des groupes religieux de toute nature, et considèrent qu'il n'y a guère de raison de taire aux responsables religieux de ces mouve-

16. S'il est vrai que les soins prodigués par les Églises sont souvent gratuits ou presque, en revanche, en devenir un adepte est parfois coûteux : cotisations exceptionnelles pour permettre de réaliser les travaux de l'Église, journées de travail à dédier à l'Église, parfois nécessité d'acheter dans l'enceinte de l'Église des produits de première nécessité rendus « inoffensifs » parce qu'ils ont été bénis et qui sont alors vendus plus chers que chez un commerçant ordinaire.

17. La lutte (divine) contre les puissances du Mal représentées par les sorciers et les « fétiches » est la justification première avancée pour légitimer leur existence.

18. Sur l'importance de l'espoir dans la relation patient/médecin, pour une toute autre pathologie mais tout aussi mortelle, le cancer, cf. DEL VECCHIO GOOD (1991) et GORDON (1991).

ments la séropositivité de leurs patients communs. J'évoquerai brièvement deux exemples révélateurs des relations médecins/religions : tout d'abord celui d'un mouvement faisant état de guérison du sida, puis celui d'un médecin collaborant avec un de ces groupes en la matière.

Le mouvement religieux en question se définit comme une école initiatique, s'inspirant de la Rose Croix mais aussi de courants ésotériques de l'Inde, tout en laissant une large place aux ancêtres et à la Bible. Dans l'église, on procède à des soins par les plantes. Lors de ma première rencontre avec le responsable de ce mouvement, à la fin de l'année 1992, ce dernier déclarait disposer d'un traitement contre le sida, mais il en était encore à un stade d'expérimentation ; il affirmait également être en rapport avec des médecins qui lui avait confié des malades¹⁹. Inversement, disait-il, lorsqu'un malade s'adressait directement à l'église en se plaignant de problèmes dermatologiques, d'un zona persistant, etc., il s'enquêrait alors des dispositions du malade à réaliser un test de dépistage :

« Il faut alors faire une approche avec beaucoup de tact : "Il se pourrait que ça soit... il faudrait peut-être faire un test pour en avoir le cœur un peu net. Qu'en pensez-vous ?" La personne peut répondre qu'elle se sent bien, qu'elle ne veut pas faire ce test de peur d'avoir encore des problèmes avec son psychisme, et veut continuer son traitement ; elle continue son traitement [commencé à l'église]. Pour celui qui a des doutes, pour en avoir le cœur net, on l'envoie chez un médecin qui fait le test. Quand il y a une certaine réticence, on n'impose pas. Pour ceux qui acceptent le test, on les accompagne chez le médecin ».

Quant aux résultats des tests, il déclare en être informé, soit directement par le médecin, soit par le malade lui-même :

« Entre le test et les résultats se passe une semaine. Une fois le test fait, comme nous avons accompagné le malade, nous reprenons le bulletin. Le médecin nous donne le résultat, pas au malade, parce que c'est nous qui avons accompagné le malade, ils nous connaissent. Si le malade est séropositif, nous sommes informés les premiers, avant le malade. Parfois, on va avec le malade et, si le malade est exigeant, on retire le résultat avec lui. Parfois, c'est le malade qui va faire le retrait et il revient avec le résultat. Si c'est lui qui a retiré le résultat, il sait. Si c'est nous, il faut une deuxième approche pour re préparer le terrain pour

19. Ce qui me fut confirmé par les médecins en question.

QUI INFORMER AU CONGO ?

lui dire : "s'il s'avérait que vous étiez malade, quelle serait votre réaction ?" »

Les responsables de ce mouvement semblent donc avoir parfaitement intégré les techniques du conseil pré-test et post-test. Soulignons que, comme beaucoup de responsables d'autres mouvements religieux, ceux-ci ont été en contact avec le Programme national de lutte contre le sida. Il n'est parfois pas toujours aisé de savoir si les propos tenus par tel ou tel responsable religieux, notamment quant aux modalités de collaboration avec les médecins, correspondent véritablement à la réalité, ou s'il ne s'agit en fait que d'un souhait et/ou d'une restitution d'un discours officiel entendu ça et là. En l'occurrence, des malades de ce centre (soupçonnés d'être atteints mais qui se sont révélés séronégatifs) confirment les dires du responsable de ce centre religieux, de même que ce médecin qui précisait :

« La collaboration existe avec les religieux dans la mesure où les malades qui viennent chez nous ont parfois le besoin qu'on les confie à des religieux, mais aussi parce que des religieux nous envoient des malades pour demander un contrôle biologique parce qu'ils pensent que leurs pratiques ont pu guérir les patients qui sont allés chez eux. Pour l'instant, nous n'avons collaboré qu'avec un seul centre religieux. C'est un centre qui accueille beaucoup de malades et il continue à nous envoyer des malades... Pour les malades qui ne connaissent pas ce centre mais qui manifestent le besoin d'avoir recours à des religieux, on se met d'accord pour dire [au responsable du mouvement] que la personne qui recevra le malade doit être au courant de son état biologique. Dès que la personne a accepté, on n'hésite pas à donner l'information au responsable religieux qui accueillera le malade. Je m'assure toujours que le malade est d'accord pour que je transmette l'information au responsable du centre [religieux]. Parmi les personnes adressées par ce centre pour examen, il y avait plus de séronégatifs que de séropositifs ».

Lors de la première rencontre avec les responsables de cette église, ceux-ci déclaraient qu'ils avaient compté jusqu'à 40 séropositifs attestés. Parmi ces derniers, 15 n'auraient pas suivi le traitement jusqu'à son terme. Ce traitement suppose en effet l'absorption par le malade d'un flacon de "produit" chaque semaine pendant six mois au coût de 5 000 F CFA²⁰ l'unité (soit au total 130 000 F CFA pour l'ensemble du traitement). De plus, durant le traitement, cer-

20. Il s'agit là du prix recueilli avant la dévaluation du franc CFA.

taines infections opportunistes peuvent survenir et il convient alors de les traiter à l'hôpital ; aussi certains malades considèrent parfois que le traitement donné par l'église est inefficace. Enfin, les personnes sous traitement doivent s'abstenir de relations sexuelles. Aussi, en raison des contraintes du traitement, de sa longueur, de son coût, et de l'éventualité de survenue d'infections opportunistes, certains malades renoncent à effectuer la totalité de la cure.

En 1993, le responsable de ce même mouvement déclarait : « Sur 50 malades suivis par le centre pendant six mois, nous sommes arrivés aux résultats suivants : 11 malades dont les premiers résultats des examens étaient positifs, à la fin du traitement ont présenté des résultats finaux négatifs ; 39 malades dont les résultats sont restés positifs à la fin du traitement ». A la question de savoir pourquoi certains ne sont pas guéris, plusieurs éléments de réponse furent donnés : en premier lieu, le centre religieux, pas davantage que l'hôpital, n'est assuré de guérir systématiquement ; la maladie a pu également être prise à un stade trop avancé pour que le traitement soit efficace ; le malade n'a peut-être pas respecté l'ensemble des contraintes liées au traitement ; il a pu éventuellement contaminer son conjoint, puis, sans avoir averti celui-ci de la nature de son infection, se contaminer de nouveau en reprenant les relations sexuelles avec ce partenaire ; les personnels de santé auxquels le sidéen eut affaire n'ont peut-être pas trouvé la bonne médication pour combattre les infections opportunistes survenues au cours du traitement ; enfin, et surtout, le malade n'avait peut-être pas suffisamment la foi.

S'il est donc reconnu que certains sidéens peuvent être traités par l'église en vain, il n'en reste pas moins que d'autres sont déclarés « guéris », apparemment après avoir subi un test de contrôle, par l'effet de la cure du centre religieux. Pour les onze cas soi-disant guéris, y a-t-il eu réellement un suivi commun entre médecins et religieux avec un premier test permettant d'identifier le malade comme étant séropositif et un second test de contrôle, avec communication à chaque fois du résultat par le médecin aux religieux ? Je l'ignore. Selon les dires de « soignants » de cette église, certains malades refuseraient de faire le test initial parce que « ils savent de quoi ils souffrent ». Dans ces conditions, un diagnostic sauvage de sida a pu être posé par des représentants de l'église, ce qui a justifié l'administration du traitement en question, et le malade a pu

s'adresser par la suite à un médecin qui a fait procéder à un test qui se serait de toute façon avéré négatif. Ce qui est considéré comme « test de contrôle » par l'église pourrait n'être en fait qu'un premier test.

Aujourd'hui, la collaboration entre les médecins et ce centre religieux a cessé ; ce centre n'en a pas moins acquis désormais la réputation de guérir le sida en s'autorisant des relations qu'il a pu avoir avec les médecins. On retiendra aussi que certains médecins collaborant avec des centres religieux sont prêts à procéder aujourd'hui à des tests pour savoir si le malade s'est "négativé", comme l'atteste le second exemple que je voudrais évoquer à présent.

Je résume le cas tel qu'il m'a été rapporté par un médecin. Il s'agit d'une fillette qui était alors âgée de 18 mois et souffrait régulièrement entre autres de pneumopathie, de bronchite et de diarrhée. Alors qu'elle avait été examinée sans résultat par plusieurs praticiens, le médecin fit procéder à un bilan général, dont une sérologie VIH, qui se révéla positive. Les parents, informés, se font dépister et se révèlent négatifs ; médecins et parents concluent à une contamination lors de l'accouchement. L'épreuve de la maladie de leur fille renforce la ferveur religieuse des parents, ferveur encore encouragée par le médecin membre de la même congrégation religieuse²¹ que ceux-ci. Dans leur paroisse, nous rapporte le médecin, une femme leur annonce que « le Seigneur a déjà donné une révélation à une de nos collègues dans l'Église, et cette dame soigne actuellement. Allez là-bas pour que cette dame fasse une tisane pour soigner l'enfant ». Six mois plus tard, le père de l'enfant se rend chez le médecin pour lui montrer des résultats prouvant une diminution des anticorps attestant de la séropositivité de la fillette, le médecin invoquant alors l'action vraisemblable de la puissance divine. Trois mois se passent de nouveau, un nouvel examen est pratiqué et le test s'avère négatif. A partir de ce moment, le médecin a adressé plusieurs patients de son service à la femme guérisseur, mais avec des résultats moins probants que pour la fillette soit, dit ce médecin, parce que les patients en question ont été perdus de vue, soit en raison de la poursuite de rapports sexuels non protégés

21. Il s'agit d'une des sept religions reconnues officiellement au Congo. Tant le sommet de la hiérarchie de cette Église que les personnes impliquées dans l'exemple ne sont guère favorables à donner une trop grande publicité au cas que je rapporte.

avec plusieurs partenaires, soit enfin parce que le mal a été pris à un stade trop avancé. Et le médecin de conclure :

« Il faut prendre le traitement au début, comme pour la fillette pour laquelle ça a très bien marché. Jusqu'à sept ans, très bien ! malheureusement, à l'âge de huit ans, elle a refait des problèmes pulmonaires, des adénopathies qui sont sortis encore une fois, d'autres infections opportunistes, amaigrissement, ballonnement abdominal, diarrhée ; elle est entrée et sortie de l'hôpital plusieurs fois. L'année dernière, je revois les parents qui me disent que l'enfant est décédé. Mais si l'enfant est décédé six ans plus tard, c'est que le traitement a pu marcher pendant six ans. On peut par ce traitement soigner un certain nombre de gens pendant six ans. Ce traitement, malgré son efficacité du début ne pouvait pas guérir cet enfant, quoique la sérologie était négativée à un moment donné ».

Certes, dans cet exemple, le médecin admet qu'il ne s'agissait en fait que d'une rémission, et que les autres expériences thérapeutiques auxquels il a pu procéder ne se sont guère avérés satisfaisantes ; mais on retiendra surtout ici qu'un médecin est prêt à attester, avec toute son autorité, du passage de la séropositivité à la séronégativité après traitement suivi chez des religieux. Bien plus, nombre de médecins, entretenant des relations étroites avec certains groupes religieux, et donc à ce titre amenés à conseiller les responsables de ces groupes ou encore à en recevoir des adeptes, rapportent volontiers des cas de sidéens qui auraient été guéris, résultat sérologique à l'appui, par la seule action divine sans aucune médiation médicamenteuse ; il est vrai que chacun des cas ainsi rapportés ne relevaient pas d'expériences directes.

Que l'on comprenne bien. Ce qui est en cause ici n'est pas la foi des médecins, y compris dans la possibilité de guérison divine. C'est bien plutôt le processus qui risque de s'enclencher dès lors qu'ils sont disposés à procéder à des vérifications sérologiques avec ce que cela peut impliquer quant à la divulgation de l'information aux responsables de groupes religieux : qu'un test revienne négatif aux religieux, et l'Église de prétendre avoir guéri des malades. A considérer, d'une part, la ferveur religieuse grandissante aujourd'hui au Congo qui conduit les individus toujours plus nombreux dans les diverses congrégations religieuses pour trouver une réponse à leur maux, quels qu'ils soient, d'autre part, le sentiment d'impuissance de la médecine face à la maladie encore aggravée par les conditions économiques actuelles, et enfin, l'image favorable des groupes re-

QUI INFORMER AU CONGO ?

ligieux aux yeux de nombre de médecins, les Églises accueilleront sans doute d'autant plus de sidéens à la recherche de la guérison que les praticiens accepteront de légitimer leurs pratiques de soins. En termes de santé publique, et plus précisément de prévention, il n'est sans doute pas souhaitable aujourd'hui que des malades infectés par le VIH puissent prétendre avoir été « guéris » dans des Églises, avec tests de dépistage à l'appui.

Conclusion

La divulgation de l'information sur la séropositivité d'un patient à une tierce personne, un parent, un tradipraticien, un religieux engage donc la démarche médicale dans des processus sociaux particulièrement complexes, mais aussi la « pensée scientifique » à une confrontation avec la « pensée traditionnelle » ou « néo-traditionnelle », confrontation d'autant plus insidieuse que la première ne peut plus se déclarer triomphante. Annoncer la séropositivité aux parents, comme on l'a vu, n'a guère de chance d'infléchir les dynamiques familiales qui se développent à partir des interprétations « traditionnelles » de la maladie, contrairement aux attentes des médecins ; informer ou non la famille n'endigera pas, *a priori*, l'interprétation persécutive du mal si les parents du malade sont engagés dans ce processus. Communiquer les résultats des tests de dépistage aux tradipraticiens, aux religieux, risque d'entraîner les médecins vers le domaine ici pour le moins hasardeux de la « guérison ». On pourrait certes avancer, rationnellement, que procéder à des tests auprès de malades qui sont déclarés guéris pourrait permettre d'apporter des démentis. Mais alors même que la science est impuissante, que des tests (considérés comme tests de contrôle alors qu'il ne s'agira en fait que d'un premier test après un diagnostic « clinique » porté par le tradipraticien ou le prophète) reviendront nécessairement négatifs, et que par ailleurs, comme on l'a vu, il pourrait exister une « bonne séropositivité » pour certains tradipraticiens, le démenti médical risque de ne pas être crédible pour les malades et leur famille face aux arguments des spécialistes de la « pensée (néo-) traditionnelle ». Dès lors, l'information donnée au seul patient atteint, qui la gérera comme il l'entendra n'est-elle pas la seule issue, dans ce contexte peut-être encore plus qu'ailleurs ? Comme le disaient des sidéens à des médecins lors d'un atelier organisé au CHU

PSYCHOPATHOLOGIE AFRICAINE

de Brazzaville sur la prise en charge²² : il faut cesser de « déresponsabiliser » les malades.

Marc-Éric GRUÉNAIS
ORSTOM, Département Santé
UR Sociétés, populations, santé
213 rue La Fayette, 75480 Paris Cédex 10

BIBLIOGRAPHIE

- GORDON Deborah R.
1991 « Culture, cancer, and communication in Italy » in B. PFLEIDERER & Gilles BIBEAU (eds) : 137-156.
- GRUÉNAIS Marc-Éric
1993 « Dire ou ne pas dire. Enjeux de l'annonce de la séropositivité au Congo » in Jean-Pierre DOZON & Laurent VIDAL (eds), *Les sciences sociales face au SIDA en Afrique cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Abidjan : Centre ORSTOM de Petit-Bassam : 207-220.
- GRUÉNAIS Marc-Éric, et MAYALA Dominique
1988 « Comment se débarrasser de "l'efficacité symbolique" de la médecine traditionnelle », *Politique Africaine*, 31 : 51-61.
- HAGENBUCHER-SACRIPANTI Frank
1994 *Représentations du sida et médecines traditionnelles dans la région de Pointe-Noire (Congo)*. Paris : Orstom Éditions, 107 p. (Coll. Études et thèses).
- HORTON Robin
1967 « African traditional thought and Western science » *Africa XXXVII*, 1 : 50-71 ; *XXXVII*, 2 : 155-187.
- PFLEIDERER B. & BIBEAU Gilles (eds)
1991 *Anthropologies of medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives*. Braunschweig : Vieweg (Curare Special Volume 7/1991).
- del VECCHIO GOOD Mary-Jo
1991 « The practice of biomedicine and the discourse on Hope : a preliminary investigation into the culture of American oncology » in B. PFLEIDERER & Gilles BIBEAU (eds.) : 121-136.

22. « La prise en charge des sidéens », PNLS/ORSTOM/MFCAC, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, 5-7 mai 1994.

QUI INFORMER AU CONGO ?

RÉSUMÉ

Pour accompagner la personne atteinte par le VIH, pour compléter une prise en charge médicale, des médecins sont parfois tentés de divulguer l'information sur la séropositivité de leurs patients à la famille, ou encore à des tradipraticiens ou des religieux susceptibles d'apporter un soutien psychosocial, voire même de fournir des « remèdes ». Cependant ces destinataires potentiels de l'annonce ne vont pas toujours utiliser l'information comme les médecins le voudraient. De plus, des raisons données par certains médecins pour justifier l'annonce à un tiers sont parfois lourdes d'ambiguïtés dans un contexte où prévaut l'interprétation persécutive de la maladie ; la possibilité de « guérison » de la maladie n'est pas toujours exclue.

Mots clés : Séropositivité – Sida – Congo – Dynamiques familiales – Sorcellerie – Tradipraticiens – Religieux – Médecins.

SUMMARY

WHO SHOULD BE INFORMED : PATIENTS, FAMILIES, TRADITIONAL AND FAITH HEALERS IN THE CONGO ?

Physicians can occasionally be tempted to disclose a patient's HIV status to his family or even to traditional healers or faith healers who might be able to provide psychosocial support or even to procure "cures". In so doing their intention is to procure support for the HIV carrier or to provide help beyond the medical care given. However, the potential recipients of the disclosure will not always use the information in the way intended by the physician. Moreover, the reasons given by certain physicians for disclosing the information to third parties can sometimes be highly ambiguous in a context where a sick person is regarded as the victim of witchcraft. Moreover, some physicians do not always make it clear that Aids can not be "cured".

Key words : Aids – Seropositivity – Disclosure – Congo – Family dynamics – Witchcraft – Traditional healers – Faith healers – Physicians.