

## Itinéraire thérapeutique et connaissance de la maladie chez des patients séropositifs pour le VIH (Abidjan, Côte-d'Ivoire)

Laurent Vidal

Dans sa démarche à vocation essentiellement qualitative, l'anthropologie est amenée à mettre en évidence, au-delà des constantes inhérentes à toutes pratiques et représentations sociales, des éléments de discontinuité, des ruptures et des variations. Cela ne signifie pas que l'approche anthropologique se refuse à toute forme de généralisation : elle les fonde simplement à partir d'un examen de situations prenant en compte les contradictions des constructions individuelles des phénomènes sociaux. En d'autres termes, seule l'analyse de pratiques sociales données ou de conceptions d'un événement précis (dans le sens où Marc Augé parle de la maladie comme d'un « événement » doté de sens pour la société [1]) ouvre la voie, dans un second temps, à des tentatives de généralisations. Par la variété et la complexité des attitudes et des représentations qu'il propose, le Sida offre à cet égard un champ de réflexion pertinent pour la démarche anthropologique. En choisissant de porter notre attention sur l'expérience de la maladie partagée par des séropositifs et leurs proches, nous avons voulu nous pencher sur le regard

porté de l'intérieur — par les principaux intéressés — sur le Sida. Le choix de séropositifs pris en charge dans les deux Centres anti-tuberculeux (CAT) d'Abidjan obéit à des considérations variées :

— Dans un contexte épidémiologique inquiétant depuis déjà trois ans (7,1 % de séropositifs en milieu urbain, 4,9 % en milieu rural [2] ; première cause de mortalité chez les hommes à Abidjan [3]), la prévalence du Sida parmi les tuberculeux pris en charge est élevée, passant de 32 % en 1989 à 47,5 % en 1991\*. Les CAT constituent donc des structures de soins particulièrement concernées par le problème du Sida et la prise en charge des séropositifs\*\*.

— Le lien tuberculose-Sida, médicalement et épidémiologiquement attesté (doublement de la mortalité dans les services hospitaliers de pneumophtisiologie de 1983 à 1988 [4] ; responsabilité de l'infection à VIH dans l'augmentation de l'incidence de la tuberculose [5, 6]), mérite d'être appréhendé dans la dimension anthropologique des représentations comparées (tuberculose/Sida) de la maladie.

— L'organisation du traitement anti-tuberculeux — d'une durée de six mois avec des rendez-vous bimensuels — crée un lien entre le malade et le CAT que le Sida met à l'épreuve. La maladie évoluant, le lien peut se distendre (abandon du recours au CAT) ou, au contraire, s'intensifier (multiplication des consultations pour différents problèmes de santé). Dans les deux cas, une connaissance précise des itinéraires thérapeutiques des séropositifs des CAT permettra de situer la place de cette structure sanitaire dans la gestion du sida proposée par le malade.

Une première approche des données recueillies auprès de l'ensemble des malades rencontrés, autour du thème du recours thérapeutique initial, mettra en lumière la difficulté de proposer une typologie des comportements des séropositifs. Quelques tendances peuvent toutefois se dégager mais elles nécessitent confirmation et explicitation par le biais d'une analyse circonstanciée d'exemples précis d'itinéraires thérapeutiques et de prise en charge de malades.

\* Communication personnelle de Malick Coulibaly, Médecin-Chef des CAT d'Abidjan.

\*\* Au début de notre recherche, en juillet 1990, seul le CHU de Treichville (un des trois CHU d'Abidjan) disposait d'une cellule de prise en charge psychosociale des séropositifs, intégrée au service des maladies infectieuses (dont plus de 80 % des lits sont occupés par des malades du sida). Depuis lors, trois ONG, en liaison avec les services hospitaliers dépistant les séropositifs, assurent le soutien et le conseil à des séropositifs. A titre d'exemple, le Centre d'Assistance Socio-médicale de Treichville (bénéficiant d'un financement privé américain) fonctionne depuis février 1991 et a accueilli à ce jour (juin 1992) 600 séropositifs.

L. Vidal : ORSTOM, centre de Petit Bassam, 04 BP 293, Abidjan 04, Côte-d'Ivoire.

Tirés à part : L. Vidal.

## Recours initial, parcours thérapeutique et connaissance de la maladie

Sur les 73 malades rencontrés\*, seulement 10 affirment avoir d'emblée eu recours au CAT. Cela ne signifie pas que cette démarche vers le CAT soit immédiate : certains malades disent avoir attendu plusieurs semaines, sans se soigner, avant de s'y rendre. Le message préventif conseillant à ces malades de protéger leurs rapports sexuels est bien assimilé, à l'exception d'un malade estimant qu'il n'est plus valable, depuis qu'il a été déclaré « guéri » (de sa tuberculose). La durée de l'attente avant la prise en charge par le CAT peut introduire une différenciation dans la connaissance de la séropositivité. Ainsi, aucun des quatre malades ayant attendu plus d'une semaine pour aller au CAT ne fait état du Sida : ni le risque d'avoir le Sida, ni la séropositivité ne sont mentionnés.

En revanche, parmi les six malades s'étant rendus sans attendre au CAT, trois se savent séropositifs ou menacés par le Sida. Par la suite, ils n'ont pas multiplié les recours thérapeutiques : leur fidélité au CAT n'empêche donc pas une connaissance insuffisante de la maladie (ils font état de la tuberculose, mais jamais du Sida), explicable par l'absence d'annonce systématique de la séropositivité jusqu'à ces derniers mois\*\*.

Si l'on s'intéresse maintenant aux 63 malades n'ayant pas eu recours, dans un premier temps, aux services d'un CAT, on en identifie 30 qui ont commencé par s'adresser à un représentant de la médecine dite moderne. Médecin ou infirmier, celui-ci officie dans un cabinet privé (2), au sein de la société employant le malade (6), dans un dispensaire (5), une clinique (3), un hôpital régional (4), un CHU (7), une caisse de sécurité sociale (2) ou une PMI (1). A ces recours il convient d'ajouter la pharmacie (5), bien que la démarche d'automédication soit différente des précédentes, puisqu'elle ne comprend ni consultation ni prescription de remèdes.

Dans ce type de parcours débutant par

une structure de soins moderne, la connaissance effective de la séropositivité ou, plus simplement, du risque de développer un Sida reste le fait d'une minorité de malades (10 sur 30 ou 13 sur 35 en comptant ceux passés pour une pharmacie). Une analyse détaillée en fonction du centre de soins fréquenté ne permet pas de dégager des constantes dans les choix initiaux des séropositifs : les 10 malades mentionnant le Sida ont fréquenté dans un premier temps un des centres de soins évoqués précédemment, à l'exception du dispensaire.

Par ailleurs, parmi les 28 séropositifs qui ont commencé par recourir aux différents services de la médecine traditionnelle, seuls quatre évoquent une contamination par le virus du Sida. Ces quelques données sur le lien existant entre la nature du recours thérapeutique initial et la connaissance de la séropositivité tendent à montrer que, dans un contexte général de relative occultation du problème du Sida, les malades mentionnant le Sida se trouvent de façon plus significative (toutes proportions gardées, compte tenu de la taille de notre échantillon) parmi ceux effectuant leur première démarche auprès de la médecine moderne. Il serait toutefois abusif et inexact de conclure que le seul choix initial d'une structure de soins explicite et figée définitivement une représentation individuelle de la maladie.

Au-delà de cette option dans les premiers jours de la maladie, le séropositif est en effet amené à modeler son appréciation de sa maladie au fil des différents recours thérapeutiques engagés qu'il importe, donc, d'analyser en détail, à partir d'exemples précis, afin d'en cerner les motivations et d'identifier les moments et les événements à partir desquels s'élabore la connaissance de la maladie.

Dépasser le choix initial, même s'il exprime — à un moment donné — des préférences, c'est aller, plus généralement, au-delà des explications mécaniques de cause à effet : de même que le comportement initial du séropositif ne conditionne pas de façon nette et définitive son appréciation à

\* Un échantillon de 110 malades, représentatifs des 1 100 séropositifs pris en charge dans les deux CAT de juillet 1989 à juillet 1990 — et dont les dossiers étaient disponibles en juillet 1990 —, a été constitué suivant la méthode des quotas en retenant le sexe et la nationalité comme critères de choix (caractéristiques de la population de séropositifs qui comprend 78 % d'hommes et 56 % d'étrangers [7]). 73 d'entre eux ont pu être rencontrés, dans un premier temps au moment de leur consultation au CAT, puis à leur domicile. Les 37 autres ne sont pas venus à leur rendez-vous malgré les deux convocations que le CAT envoie aux retardataires, pour des raisons diverses : décès (ignoré parfois du CAT), abandon du traitement, retour au village ou au pays d'origine ; ces différentes hypothèses n'étant pas exclusives les unes des autres.

\*\* En juillet 1990, l'annonce de la séropositivité dans les CAT n'était pas la règle : les médecins et les assistants sociaux géraient difficilement ce problème, reculant ou taisant une annonce qui ne pouvait déboucher sur aucune prise en charge psychosociale effective. Ainsi, la mention de « conseils et préservatifs donnés », censée traduire une information délivrée au patient sur sa séropositivité, ne figure que dans 40 % des dossiers des 110 malades de notre échantillon : c'est une proportion d'autant plus faible que cette précision, mentionnée par le médecin, ne correspond pas nécessairement à une annonce de la séropositivité (l'exemple d'Hama, développé par la suite, l'atteste clairement). Depuis janvier 1992, l'affectation d'une assistante sociale au CAT d'Adjamé, formée au conseil et des directives précises sur la nécessaire information au séropositif, ont permis une annonce à tous les malades — aussi bien les nouveaux que les anciens (ce qui représente une importante surcharge de travail pour les médecins et les autres assistants sociaux partie prenante dans la prise en charge du malade). A l'exception de ces derniers mois, le CAT ne peut donc être considéré comme un lieu de révélation de la séropositivité en tant que telle, mais plutôt d'évocation d'une maladie parallèle à la tuberculose et nécessitant pour le patient certaines précautions dans sa vie sexuelle.

RM 203

320

Cahiers Santé 1992 ; 2 : 320-9 vol 5 - Sept.-Oct. 92

21 AVR. 1993

Cahiers Santé 1992 ; 2 : 320-9

321

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 37.383. ex 1 M

Cote : B P30 M

niveau scolaire moyen ou élevé n'est pas un gage d'adhésion à un discours médical et n'implique nullement des choix thérapeutiques spécifiques et uniquement portés sur des structures de soins modernes. Nous avons ainsi rencontré des malades d'un bon niveau scolaire, multipliant les recours aux guérisseurs et proposant un discours sur la nature et l'origine de leur maladie excluant toute référence au Sida. Avant d'en venir à l'examen de cas particuliers, une approche générale des itinéraires thérapeutiques révèle que la mention du Sida ou de la séropositivité dans le discours du malade n'est pas liée à l'existence ou à l'absence de recours à la médecine traditionnelle, à quelque moment que ce soit du parcours. Sur les 45 malades mentionnant l'utilisation d'une thérapeutique traditionnelle, 11 évoquent le Sida. Ils sont 9 dans ce cas parmi les 28 s'étant uniquement adressés à des structures de soins modernes. Cette différence reste minime et, finalement, que l'on se penche sur le choix initial du malade (CAT ou non) ou sur la présence d'un recours en particulier (la médecine traditionnelle, par exemple), il apparaît difficile de tirer des conclusions significatives sur les modalités d'élaboration et les transformations de la connaissance de la maladie. Au-delà de la compréhension de quelques grandes tendances (la connaissance explicite du Sida reste le fait d'une minorité de malades et le système de soins traditionnels est, à un moment ou un autre du parcours, sollicité par près des deux-tiers des séropositifs), seule la présentation détaillée d'exemples d'approches de la maladie et de son traitement par des séropositifs peut mettre en lumière les liens tissés régulièrement, de façon fortement individualisée, entre connaissance du Sida et parcours thérapeutique\*. Liens qui, pour reprendre l'expression de Y. Jaffré [9] appliquée à toute véritable éducation pour la

\* Nous présentons par ailleurs [8] les interactions entre les représentations individuelles de la maladie et les réactions de l'entourage familial (conjoint, parents) et relationnel (amis, partenaires) qui situent la prise en charge du malade.

santé, font « *exister socialement la maladie* » et le malade. Dans cette optique, nous allons nous pencher sur les cas de quatre malades, deux hommes et deux femmes, soignés dans les deux CAT d'Abidjan (deux à Treichville, deux à Adjamé). Ces quatre séropositifs font partie d'un groupe restreint de vingt malades auxquels nous avons rendu visite régulièrement à leur domicile, pendant un an et demi. Leurs interprétations et leurs attitudes face au Sida nous ont paru significatives de celles de l'ensemble des séropositifs rencontrés dans la mesure où elles rassemblent, à travers quatre « histoires », une gamme de réactions face au Sida, dans leurs différences, leurs transformations (ne serait-ce que durant l'année et demie de leur suivi) et leurs contradictions, qui éclairent les positions du plus grand nombre des malades cotoyés.

En dehors de la structure sanitaire, des relations de familiarité pour certains, de confiance pour la plupart ont pu être établies, dès lors qu'était précisée la nature de notre intervention (non médicale mais d'écoute de leurs problèmes et de sollicitation de récits sur l'histoire de leur maladie [10]). Perçue par le malade comme complémentaire à la démarche du médecin n'ayant pas les moyens de se rendre auprès de ses patients — en l'absence d'expériences de soins à domicile (conçus comme une extension et non un substitut aux soins hospitaliers [11] et ne provoquant pas de stigmatisation du malade visité [12], comme nous avons pu le constater) — notre activité, par-delà le recueil de récits, contrastés d'un membre de la famille à l'autre, parfois contradictoires mais sans cesse novateurs, dut gérer le problème de l'information sur la séropositivité et la prévention. A cet égard, nous avons choisi de ne jamais révéler au malade — qui l'ignorait et qui solliciterait des explications — sa séropositivité, laissant au médecin la responsabilité de la délivrance de son diagnostic. En revanche, nous avons axé notre information sur les mesures de prévention à respecter, les appelant quand elles semblaient de toute évidence mal interprétées ou les expliquant lorsqu'elles étaient ignorées.

## Cohérences et insuffisances des multiples recours engagés

Le premier itinéraire sur lequel nous allons nous pencher concerne une jeune femme de 25 ans prise en charge par le CAT d'Adjamé en février 1990. Tombée malade en mars 1989, Édith met, dans un premier temps, sur le compte d'une crise de paludisme des poussées de fièvre et une importante fatigue. Après avoir traité ces premiers symptômes en se rendant à une infirmerie, elle multiplie dès le mois d'avril les recours médicaux, devant la persistance de problèmes de santé (« brûlures dans la poitrine », « mal à la gorge »). Alors que, d'une part, elle engage un traitement auprès d'un guérisseur, elle se rend, d'autre part, à un dispensaire militaire (son frère, qui l'hébergeait à cette époque, est militaire) où est évoquée pour la première fois une possible tuberculose.

En ayant recours aux services spécialisés d'un CHU pour un problème de ganglions — dont elle sera opérée quelques temps après — Édith a la confirmation de sa tuberculose. Dans son récit sur la chronologie de ses démarches thérapeutiques, elle précise alors qu'une précédente radio, au CAT même, n'avait rien révélé d'anormal. La prise en charge au CAT découle donc du diagnostic posé au CHU.

Hormis le recours à un guérisseur et le passage par différentes structures de soins, le parcours de cette malade a été marqué par l'Église du Christianisme Céleste dont elle est une fidèle. Fréquentant cette Église depuis plusieurs années (à l'initiative de sa sœur), bien avant le déclenchement de sa maladie, elle y est retournée pour soulager des affections dues, selon elle, aux effets secondaires du traitement anti-tuberculeux. Durant deux semaines, elle vivra au sein même de l'Église, priant et écoutant les diagnostics et les conseils des responsables de la communauté religieuse. L'analyse du guéris-

seur — sur laquelle nous allons revenir — de l'existence d'un mauvais sort à l'origine de la maladie est reprise par les Chrétiens Célestes alors même qu'ils désapprouvent tout recours à la médecine traditionnelle. C'est à l'initiative de sa belle sœur (la femme du frère chez qui elle habite, en alternance avec le domicile de ses parents), que, très affaiblie, elle rencontre un guérisseur Burkinabé qui lui fournit l'explication suivante : c'est un ancien compagnon d'Édith qui, déçu de leur séparation, s'est vengé en empoisonnant une nourriture qu'il lui a apportée. La scène se passe en octobre 1988, alors qu'elle est mariée avec le père de sa fille. Elle reçoit chez ses parents la visite de son ancien ami qui lui apporte des brochettes de viande. Elle ne tombe malade que quatre mois plus tard (en février 1989) mais l'évocation par le guérisseur, lors d'une consultation divinatoire, de la visite d'un homme et d'un repas partagé avec une femme (sa mère) lui rappelle immédiatement cet épisode passé. Bien qu'elle n'imaginait pas cet homme capable de lui « faire du mal », elle estime aujourd'hui que, sans cet acte mal intentionné, elle ne serait pas tombée malade.

L'intervention du guérisseur s'est avérée, pour Édith, positive et enrichissante, plus dans le domaine du sens à donner à ses souffrances que pour leur traitement proprement dit. Le processus thérapeutique engagé auprès de ce guérisseur pendant trois mois ne l'a, en effet, guère soulagée. D'une façon générale, elle se montre réservée vis-à-vis des vertus thérapeutiques des traitements proposés par les guérisseurs et juge bénéfique le traitement anti-tuberculeux suivi au CAT pendant six mois. Ses critiques concernent aussi la manque d'informations données par les médecins du CAT sur l'origine de sa maladie et ses modes de transmission. Elle affirme à cet égard n'avoir reçu aucun conseil relatif à la protection de ses relations sexuelles mais uniquement des recommandations liées à une hygiène de vie (manger et se laver seule, ne pas boire d'alcool ni fumer), données systématiquement à tous les tuberculeux.

Au fil de l'évolution de sa maladie, trois instances thérapeutiques sont donc sollicitées, chacune occupant une place bien précise dans le processus de gestion de ses problèmes de santé : auprès du guérisseur elle a obtenu un diagnostic, au CAT un traitement et, à

l'Église, un soulagement moral dans les moments difficiles de sa maladie. Le système thérapeutique ainsi constitué, pour cohérent qu'il soit, laisse toutefois entier le problème de l'identification de la nature exacte de la maladie. Les seules affections mentionnées sont la tuberculose et, occasionnellement, des crises de paludisme ainsi qu'un problème de ganglions. Bien qu'il lui arrive de s'interroger sur la maladie l'obligeant à protéger ses relations sexuelles et d'évoquer de ce fait le virus du Sida, Édith se considère d'autant moins séropositive que ni son entourage, ni ses interlocuteurs dans le domaine thérapeutique n'ont évoqué le sida. En somme, la multiplication des confidentes et des recours médicaux ne facilite pas, dans son cas, la compréhension de la séropositivité même si, par ailleurs, elle permet une forme de connaissance de la maladie (sa cause : un mauvais sort ; et les mesures de prévention liées à la tuberculose) autrement inaccessible.

Sa confiance dans le suivi médical proposé par le CAT lui rend difficilement acceptable le projet de départ décidé par ses parents. N'ayant plus les moyens de vivre à Abidjan, ils ont en effet décidé de repartir au village, obli-

## Summary

Therapeutic itinerary and knowledge of illness among HIV-seropositive patients in Abidjan, Ivory Coast  
L. Vidal

*This study concerned a population of HIV-seropositive patients with tuberculosis (representing almost 50 % of all patients presenting to antituberculosis centers in Abidjan). The anthropologic approach described deals with the relationship between HIV-seropositive patients' therapeutic itinerary, their knowledge of the disease and their interpretation of public health information on prevention.*

*The analysis of a representative number of patients showed the diversity of therapeutic choices, while a detailed study of four individuals during a one-year period revealed how complex the acquisition of knowledge of the illness can be. On the basis of diagnoses, interpretations and recommendations, the HIV-seropositive patient manages his unpredictable health capital with the twin aims of maintaining his physical comfort and identifying the origin, exact nature and future perspectives of a disease which is superadded to his tuberculosis. The interpretation of this situation by the seropositive patient has important consequences for HIV transmission. A comprehension of these highly individual mechanisms opens the way to medical and psychosocial action of the prevention of HIV transmission, taking into account the variety of treatment sources to which the patient resorts and, thus, the different interpretations of the disease. This is a precondition for effective support of seropositive patients in sociological and economic terms.*

Cahiers Santé 1992 ; 2 : 320-9

geant leur fille à les suivre ou à trouver un nouveau logement en ville. Elle ne peut plus être hébergée par son frère comme précédemment (il est affecté à l'intérieur du pays) et se voit dans l'obligation de trouver un travail. Le départ signifierait pour elle un éloignement des structures sanitaires susceptibles de l'aider en cas de rechute. Le CAT représente bien à ses yeux le principal recours thérapeutique envisageable dans l'avenir, même s'il lui arrive de traiter elle-même, ponctuellement, des problèmes de santé qui ne sont pas liés à sa tuberculose (des accès de paludisme, par exemple).

D'un niveau scolaire moyen (3<sup>e</sup>) mais parlant bien le français, cette jeune femme serait en mesure de comprendre clairement une information sur sa séropositivité — ses remarques à cet égard le prouvent — sans qu'il y ait risque de confusion avec la notion de Sida, la maladie déclarée. Dans ce cas très précis, le discours médical, compte tenu de sa mauvaise assimilation par la patiente, ou de son absence de précision sur la nature exacte de la maladie, oblige Édith à rechercher auprès d'autres interlocuteurs des explications qui, quelles qu'elles soient, ne la satisfassent pas entièrement. Ainsi, le guérisseur identifie la cause de la maladie mais n'offre qu'un message préventif limité : elle doit éviter de rencontrer l'homme à l'origine de son empoisonnement.

## Une maladie à son terme : connaissance du Sida et recherche d'un traitement

La deuxième expérience à partir de laquelle nous souhaiterions illustrer la complexité des liens établis entre itinéraires thérapeutiques et connaissance de la maladie, concerne un homme de 48 ans, Yapo, tombé malade en novembre 1989. Le recours au CAT intervient ici plus rapidement que dans

le cas d'Édith. Un mois après avoir ressenti des douleurs dans les « côtes », au « cœur » et à la « gorge », il se rend au CAT d'Adjamé, sur les conseils d'un oncle. Durant ce premier mois de la maladie, Yapo s'est contenté de se procurer des remèdes en pharmacie, sans effet sur son état de santé. Les médecins du CAT lui ont expliqué qu'il souffre d'une tuberculose et que, s'il ne prend pas de précautions, s'il « ne fait pas attention avec les femmes », il risque « d'attraper le Sida ». Parallèlement à ces informations d'origine médicale, il estime avoir le foie atteint et, surtout, n'avoir absolument aucune maladie dans son sang\*. Il situe le déclenchement brutal de ses premiers troubles au lendemain d'une soirée très « arrosée ». L'alcool est donc clairement désigné comme étant à l'origine de sa maladie, parlant du principe que c'est l'événement traumatisant le plus récent qui est responsable de son état actuel. Yapo rejette toute anomalie dans son sang — qu'il juge « normal » — car il a été un donneur de sang régulier de 1966 à 1988, ce qui lui a même valu un diplôme du Centre national de transfusion sanguine. Ce lien direct établi entre la multiplication de dons de sang et la qualité de son sang rappelle la confusion observée parfois entre le risque transfusionnel et le simple don de sang. Une expérience médicale personnelle fonde, ici, une interprétation erronée des modes de transmission de la maladie (elle ne peut « passer » par son sang, qui est sain puisqu'il a été utilisé pendant des années). Discours médical, acte médical volontaire mais aussi croyance et observance individuelles d'interdits alimentaires organisent la représentation de la maladie. A cet égard, se référant à ses « totems », Yapo estime ne pas devoir consommer de « gombo », de viande et de poisson frais sous peine de voir sa maladie s'aggraver. Le « gombo » frais, par exemple, serait mauvais pour sa tuberculose.

Dès le début de sa maladie, Yapo se sent isolé, évité par ses proches parents vivant à Abidjan. Ses frères et sœurs ne lui rendent plus visite et il ne peut donc compter sur leur aide pour ache-

ter les médicaments prescrits par le CAT, au terme de six mois du traitement anti-tuberculeux. En revanche, les différentes interventions de sa mère, exclusivement situées dans le champ de la médecine traditionnelle, jalonnent son parcours à la recherche du meilleur traitement. Elle l'a tout d'abord convaincu, à deux reprises, de venir se faire soigner au village. Réticent vis-à-vis de ce type de démarche perçue comme un ultime recours pour un malade incurable qui partirait mourir près des siens, Yapo s'est montré *a posteriori* satisfait de ces deux séjours. Il s'est toutefois contenté d'un traitement, refusant toute consultation divinatoire avec un guérisseur. Bien qu'il ait accepté les choix thérapeutiques de sa mère, il se montre très critique vis-à-vis de l'attitude de son entourage au village, voulant lui imposer différents traitements. Cette réserve traduit une crainte des interprétations en termes de sorcellerie, qu'un séjour prolongé au village ne manquerait pas de susciter. Présenté comme la victime d'un empoisonnement, il serait placé dans un système de compréhension de la maladie qui ne lui laisserait pas la possibilité d'organiser et de gérer à sa guise son processus thérapeutique. Or cette volonté de pouvoir choisir librement ses traitements et ses interlocuteurs (guérisseurs, médecins...) caractérise fortement son parcours thérapeutique. Ainsi, les derniers mois avant son décès survenu moins de deux ans après sa prise en charge (novembre 1989-septembre 1991), il délaisse tout recours au CAT et tente de se procurer des médicaments, à la fois en pharmacie et auprès de guérisseurs. Ses choix portent donc sur des remèdes très précis — parfois onéreux et indiqués par un proche — et sur des guérisseurs jugés compétents. Il refuse par exemple d'effectuer une consultation divinatoire avec un guérisseur dont il n'est pas certain des qualités. En revanche, il appréciera les médicaments

\* La notion de « maladie dans le sang », pour évoquer le virus du sida, revient régulièrement dans le discours médical et dans les propos des malades.

« traditionnels » apportés par sa mère à Abidjan et qu'il essaiera, même, par la suite, de se procurer.

Délaissant le CAT, officiellement pour des raisons financières (il n'a les moyens de payer ni le transport pour s'y rendre, ni les remèdes qui lui sont prescrits), il opère des choix thérapeutiques coûteux qui ne lui sont nullement imposés. Il connaît pourtant une situation financière difficile — ne travaillant plus (il est plombier indépendant) depuis le début de sa maladie — qui ne lui permet pas d'assumer ses choix. Son entourage se voit, dès lors, accusé de l'avoir abandonné à son sort, y compris les parents du village incapables, à son regret, de lui envoyer de l'argent. Cette position devient paradoxale et ambiguë lorsqu'on connaît sa volonté de limiter ses relations avec son entourage, qu'il s'agisse des gens du village uniquement préoccupés par des problèmes de sorcellerie, de ses voisins indiscrets ou des femmes en général, qu'il ne reçoit plus.

Régulièrement malade, ne vivant que de très courtes périodes de rémission, il organise entièrement sa vie sociale autour de sa maladie et des soulagements qu'il peut y apporter. Dans cette optique, le traitement le préoccupe plus que le diagnostic, et les contacts pouvant l'aider financièrement plus que les relations « désintéressées » par cet aspect concret de sa maladie. À la différence d'Édith, Yapo a sans cesse manifesté son attachement aux traitements traditionnels, même s'il les entoure de précautions et ne les conçoit que dans des contextes bien précis. Par ailleurs, sa fréquentation du CAT — uniquement tous les six mois au moment de son décès — reste significative de son peu d'intérêt pour ce recours thérapeutique qu'il n'utilise pas lorsqu'il est victime de rechutes. Là encore, nous ne retrouvons pas l'attitude d'Édith décidée à recourir sans délai au CAT au moindre problème, en dehors même de ses rendez-vous. La connaissance de la maladie ne s'en trouve guère précisée : comme nous l'avons vu, elle ignore sa séropositivité et ne fait état d'aucun message préventif relatif à sa vie sexuelle. Yapo, de son côté, intègre le Sida dans son dis-

cours et dans son comportement, cessant toute relation sexuelle depuis qu'il a compris la gravité de sa maladie et la menace du Sida qui en découle. Il apparaît donc nettement qu'une référence prioritaire au CAT en terme de traitement ne constitue pas — près de deux ans après la prise en charge, dans les deux cas — un gage de connaissance de la nature médicalement attestée de la maladie. Il convient, plutôt, de le rechercher dans l'attente du malade vis-à-vis du CAT, d'une part, et des autres alternatives thérapeutiques, d'autre part. Ainsi, alors qu'Édith se satisfait des explications des guérisseurs sur l'origine de sa maladie, Yapo ne recherche auprès d'eux qu'une efficacité thérapeutique, un soulagement physique [13]. Dans son cas, le champ de l'interprétation a été déjà comblé par le discours médical du CAT.

## D'une lente identification de la maladie à une interprétation du discours préventif

Le parcours d'Awa, jeune femme de 22 ans, se distingue de ceux évoqués précédemment à la fois dans l'organisation de ses recours et dans l'évolution de sa connaissance du Sida. Elle a tout d'abord multiplié les démarches auprès des guérisseurs avant sa prise en charge par le CAT de Treichville, en avril 1990. Son itinéraire s'accorde avec la progression de sa maladie mais, aussi, avec ses différents déplacements. De Divo, à l'intérieur du pays, où elle vivait avec son mari avant leur séparation, à Adjamé — chez son oncle — puis Port-Bouët — chez son père —, elle n'a cessé de rechercher et d'entamer avec des guérisseurs des traitements qui, pour la plupart, la déçoivent. Indiqués par des proches (son père et sa grand-mère), ces guérisseurs (quatre au total) ont occasionné des dépenses importantes (de l'ordre de

60 000 FCFA, soit 1 200 FF) et de différentes nature (argent mais aussi animaux, pagnes...). La persistance de la toux l'oblige à interrompre ses contacts avec une guérisseuse — avant même de pouvoir consommer ses premières préparations de médicaments — pour se rendre au CAT. Auparavant, souffrant d'un fibrome, elle s'est adressée à l'hôpital de Port-Bouët (à Abidjan), toujours après avoir sollicité un guérisseur, mais dut renoncer à une intervention chirurgicale, n'ayant pas les moyens d'acheter le matériel médical nécessaire. Représentatifs en cela de la population des séropositifs des CAT d'Abidjan, Awa et Yapo appartiennent à des catégories socio-professionnelles basses fortement touchées par le Sida et pour lesquelles il serait intéressant de quantifier l'impact de la maladie sur l'activité économique du pays, à l'instar de ce que l'on sait du poids du Sida chez les élites « qui ont côûté cher en formation à leurs États » [14]. Au-delà de la précarité de sa situation (elle habite dans un bidonville et a un petit commerce de tomates), elle effectue indéniablement une gestion circulaire de ses dépenses : elle trouve plus facilement des solutions pour financer les traitements des guérisseurs que pour régler les frais médicaux de l'hôpital ou du CAT, au premier rang desquels les ordonnances. A son arrivée au CAT, elle a déjà évoqué l'hypothèse de la tuberculose avec un ami qui lui a indiqué ce centre de soins. Elle se rend dans un premier temps au centre de Koumassi\*, qui l'adresse au CAT de Treichville où elle est prise en charge. Elle apprend tout d'abord par une assistante sociale qu'elle souffre d'une tuberculose puis, deux mois plus tard — par l'intermédiaire d'un médecin, une fois les résultats des tests sérologiques connus — que son sang « n'est pas bon ». Bouleversée par cette information, Awa ignore toutefois le nom de la maladie

\* En plus des deux CAT de Treichville et d'Adjamé, Abidjan possède deux structures sanitaires à Koumassi et Abobo qui délivrent les médicaments anti-tuberculeux mais n'effectuent ni dépistage ni consultation.

qui touche son sang. Ce simple diagnostic, même s'il ne permet pas à Awa d'identifier précisément sa maladie revêt une dimension dramatique car, dit-elle, « le sang, c'est ce qui fait vivre l'homme ».

Dûment enregistrés, les conseils de prévention donnés par les médecins (protection des relations sexuelles) ne sont pourtant jamais assimilés à une éventuelle séropositivité. Le thème du Sida n'est pourtant pas absent des discours tenus, dans son entourage, sur sa maladie. Elle a ainsi souffert des réflexions de proches, insinuant — au vu des premières manifestations de sa maladie — qu'elle pourrait avoir le Sida. Ni ces remarques, ni l'exposé des résultats des tests sanguins (en termes de « sang pas bon ») n'imposent à Awa la réalité du Sida. Celle-ci ne trouvera sa place dans sa compréhension de la maladie que très lentement, de façon diffuse, en l'absence de toute certitude de sa part sur la question. Concrètement, elle a longtemps ignoré pourquoi elle doit protéger dorénavant ses relations sexuelles et, donc, ce qu'elle risque dans le cas où elle ne suivrait pas ces conseils. Elle a essentiellement déduit des explications des médecins qu'elle ne pourra avoir d'enfant et qu'il lui sera impossible de se marier, aucun homme n'acceptant de vivre avec une femme lui imposant l'utilisation du préservatif.

A cet égard, les récits de femmes mariées séropositives montrent qu'il leur est très difficile d'imposer le port du préservatif à leur mari ainsi que le dépistage auquel il devrait se soumettre. Fréquent chez les femmes, ce refus d'évoquer avec leur conjoint l'utilisation du préservatif de peur d'être rejetées — sous l'accusation d'infidélité — se retrouve, de façon certes moins systématique et pour d'autres raisons, chez les hommes séropositifs, comme nous le montrera l'exemple suivant d'Hama.

Un an après sa prise en charge, un médecin du CAT évoque clairement, devant Awa et son frère venu l'accompagner, la séropositivité et la menace du Sida. L'approche de sa maladie change et Awa, même si elle ne parle toujours pas de Sida, prend conscience d'un ris-

que, de sa vulnérabilité face à des maladies qui « n'auraient aucun effet sur quelqu'un d'autre mais qui pourraient s'aggraver » dans son cas. En somme, la représentation de la maladie qui se dégage, en l'espace d'un an, des propos d'Awa, évolue d'une appréciation négative de son état (un sang « pas bon », ne pas avoir d'enfant ni de relations sexuelles non protégées, donc pas de mari) vers une perception plus positive (elle doit éviter de tomber malade en se protégeant).

De façon plus exemplaire et problématique qu'Edith, Awa est confrontée à des incertitudes sur la nature de sa maladie découlant à la fois d'une communication imparfaite avec le milieu médical et de l'absence d'alternative auprès de son entourage sur la question précise de l'identification de sa maladie : elle n'obtient ni auprès des médecins ni auprès de ses proches la réponse à la simple question qu'elle se pose sur la maladie affectant son sang et lui imposant des mesures de protection aux implications aussi importantes (ne pouvoir ni accoucher, ni se marier).

Ni le père, ni l'oncle, ni le frère d'Awa n'ont compris sa séropositivité. Les deux premiers savent qu'elle souffre d'une tuberculose et l'encouragent à suivre les conseils des docteurs relatifs aux précautions à prendre dans sa vie sexuelle. Alors qu'ils étaient partie prenante dans les choix initiaux d'Awa de recourir à des guérisseurs, ils lui déconseilleront, après sa prise en charge par le CAT, de tels recours. Ce changement ne s'explique pas seulement par un respect des consignes et du traitement du CAT mais, plus concrètement, par l'expérience de l'inefficacité des traitements traditionnels suivis. Étudiant à l'Université, son frère pensait, au début, à une appendicite (le problème du fibrome, en fait). S'il a bien saisi les conseils donnés à Awa, il n'identifie pas, en revanche, la nature de sa maladie touchant son « sang ». Il écarte un temps l'hypothèse du Sida, estimant que si Awa était concernée les médecins du CAT « le lui auraient dit ». Il regrette dès lors le manque de clarté du discours médical — qu'il qualifie de « codé »

— à propos de cette notion de « sang mauvais ».

Guère aidée par son entourage pour identifier avec précision l'origine et la nature de sa maladie, Awa est toutefois nettement encouragée à suivre sérieusement les conseils de prévention des médecins. Les interventions de ses proches — principalement son père et son oncle — méritent à cet égard quelques précisions. Alors qu'Awa a compris qu'elle doit dorénavant utiliser des préservatifs, aussi bien son père que son oncle affirment lui avoir fermement conseillé de ne plus avoir de rapports sexuels. De la protection des rapports à l'abstinence, il y a une marge franchie d'autant plus facilement par ses parents qu'Awa, elle-même, n'accepte pas le préservatif (elle nous expliquera, d'ailleurs, avoir perdu ceux qui lui ont été donnés au CAT), dont l'emploi est contradictoire avec son désir de rencontrer un homme qui pourrait devenir son mari et le père de ses enfants. Partant de cette exigence et de la nécessité de protéger sa santé, elle opte provisoirement pour l'abstinence.

Bien qu'absent de son discours, le Sida marque donc durablement le comportement et les projets d'Awa. L'incertitude qui a longtemps caractérisé sa compréhension de la maladie n'a, contrairement à Edith, nullement nui à sa bonne connaissance du discours préventif. Elle l'a certes interprété et appliqué au-delà des nécessités liées à la non-transmission du Sida — s'abstenant plutôt que se protégeant — mais n'a jamais remis en cause sa finalité. Edith n'a, de son côté, assimilé aucun conseil lié à sa séropositivité et ni son entourage ni ses interlocuteurs parmi les guérisseurs n'ont comblé véritablement cette lacune. Le rôle déterminant du médecin dans la compréhension des mesures de prévention que doit prendre le séropositif — comme nous le montre la comparaison des expériences d'Edith et d'Awa — doit cependant être relativisé et réinterprété à la lumière de l'approche que le malade a, non seulement, de ce message préventif (exemple d'Awa qui préfère éviter tout rapport sexuel) mais, aussi, de la nature de sa maladie.

## Conscience de la maladie et attitudes de guérison

L'exemple d'Hama, malade d'origine nigérienne, est significatif du rapport étroit — mais variable suivant les individus et leurs influences — établi entre la représentation de la maladie en tant que telle et les changements de comportements qu'elle implique.

Sur les conseils de son entourage le voyant tousser et cracher du sang, Hama s'est très vite adressé au CAT de Treichville : deux jours seulement après les premiers symptômes de sa maladie. Il apprend alors que son sang « n'est pas bon » et qu'il doit « faire attention » avec sa femme. Partie accoucher au Niger, celle-ci revient à Abidjan quelques jours après le déclenchement de la maladie et est informée, par son mari, des précautions à prendre. A l'instar des trois malades évoqués précédemment, Hama s'abstiendra de tout rapport sexuel avec sa femme pendant les premiers temps de son traitement anti-tuberculeux, plutôt que d'utiliser des préservatifs. Au fil de ses explications, il ressort que ce comportement est autant dû à une fatigue physique rendant difficile une vie sexuelle normale qu'à la crainte de contaminer sa femme. Comme nous l'avons vu dans le cas d'Awa, une telle approche des conseils des médecins ne peut se comprendre en dehors de la perception qu'Hama développe de sa maladie.

Tout d'abord, il ne saisit pas pourquoi son sang « n'est pas bon ». Cette interrogation est le résultat d'une évolution de sa compréhension du discours médical, perçu comme un système cohérent (maladie dans le sang d'où précautions à prendre) le temps du traitement anti-tuberculeux, puis, remis en question lorsque les affections se multiplient au terme des soins donnés par le CAT. Alors qu'il est déclaré « guéri » (de sa tuberculose), il a régulièrement des problèmes de santé qui

l'obligent à régler de nombreuses ordonnances, délivrées par le CAT, et à se procurer des remèdes par ses propres moyens. Il achète ainsi dans la rue des remèdes à l'unité — parmi les antibiotiques indiqués par les médecins du CAT et qu'il « juge » efficaces — en reçoit d'autres d'un médecin de sa connaissance et, enfin, utilise les préparations à base de plantes vendues par des herboristes nigériens. Peu à peu, Hama regrette l'arrêt du traitement anti-tuberculeux qui avait prouvé son efficacité pendant six mois. Ses regrets s'accompagnent toutefois de la certitude de souffrir de deux maladies différentes, la tuberculose d'un côté, la maladie « dans le sang », de l'autre. La démarche thérapeutique des médecins du CAT retrouve donc à ses yeux une cohérence (traitement spécifique anti-tuberculeux puis soin des affections opportunistes, par le biais de remèdes prescrits par ordonnances) qui lui échappait lorsqu'à la fin du 6<sup>e</sup> mois de sa prise en charge, il apprit qu'il ne recevrait plus de médicaments.

A l'image de sa compréhension de la maladie, sa perception des précautions à prendre évolue mais dans une direction quelque peu paradoxale et opposée à ce que la logique de l'existence de deux maladies pourrait impliquer. En effet, depuis qu'il « se sent guéri », il a repris des activités sexuelles non protégées avec sa femme. Il justifie cette attitude en estimant, d'une part, que sa femme est en bonne santé — ce qu'une récente radiographie au CAT aurait selon lui révélé — et, d'autre part, que les mesures de protection indiquées par les médecins s'appliquent aux éventuels rapports avec d'autres partenaires que sa femme. Au-delà de cette dernière justification — en contradiction avec ce qu'il disait auparavant de la nécessité de « faire attention » avec sa propre femme, mais qui s'inscrit dans une histoire de sa maladie mettant en évidence, et donc en cause, la fréquentation de prostituées pendant les mois qui ont précédé le début de sa maladie — la position d'Hama revient à lier la durée de validité des conseils des médecins à l'évolution de la seule tuberculose. Guéri selon lui, puis

d'après les médecins, de cette maladie, il ne voit plus d'obstacle à la reprise d'une vie sexuelle normale.

Le choix de l'abstinence dans les premiers temps de la maladie est donc rapidement remis en question lorsque certaines conditions de compréhension de la maladie et des conseils de prévention sont réunies (par exemple, l'annonce de la guérison de la tuberculose, dans le cas d'Hama). Dans ce cas, pourquoi le malade n'utilise-t-il pas, dès le début, des préservatifs ? Par-delà d'importantes considérations personnelles (religieuses, morales ou relevant plus simplement de l'intimité) le refus du préservatif doit se situer par rapport au contenu du discours médical, tel que le malade l'appréhende. Lorsqu'à l'image d'Hama (les médecins ont mentionné dans son dossier lui avoir répété à deux mois d'intervalle les conseils de prévention, déclarés « mal assimilés » la première fois), le malade a des difficultés à comprendre les explications des médecins, ceux-ci mettent alors l'accent conjointement sur le danger que représentent les relations sexuelles en général (ne pas « toucher » sa femme, « faire attention » avec les femmes) et sur l'emploi du préservatif. Le lien entre les deux termes du message préventif (pas de relations sexuelles/utilisation du préservatif, c'est-à-dire, en fait : protéger ses relations sexuelles) n'est pas systématiquement compris par le malade, qui n'en retient que le premier aspect (l'abstinence). L'effort d'explication doit donc porter essentiellement sur l'utilisation du préservatif, afin d'éviter que le malade n'opte pour une abstinence de toute évidence aléatoire et vécue de façon provisoire [15], notamment par ceux qui ont une perception inexacte de la nature de leur maladie et de son évolution (avec l'idée d'une possible guérison).

Nullement figée, la représentation de la maladie élaborée au fil des mois par Hama se précise — moins par les explications des médecins que par une analyse personnelle de l'évolution de sa maladie — mais n'intègre jamais le thème du Sida. Cette méconnaissance du problème du Sida se retrouve dans la décision d'abandonner toute précau-

tion dans sa vie sexuelle, sous tendue par des appréciations personnelles de l'amélioration de son état de santé (le fait de « se sentir guéri ») et d'un diagnostic médical de guérison (de la tuberculose).

## De la maladie à sa prise en charge : acquis et perspectives

De l'étude globale des grandes tendances qui organisent conjointement les itinéraires thérapeutiques et la connaissance du Sida à celle, plus systématique, de cas individuels retraçant la complexité et la variété des influences qui modèlent une représentation de la maladie [16], le Sida donne à voir un double phénomène de décomposition, de dispersion du processus de gestion de la maladie qui débouche sur un effort d'organiser le parcours thérapeutique, de lui donner une cohérence. Ces caractéristiques apparemment contradictoires de l'attitude du séropositif face à sa maladie, découlent dans un premier temps de l'interprétation de l'information relative à la séropositivité. Confronté à différents discours tenus sur sa maladie — par le médecin du CAT, les autres thérapeutes rencontrés (guérisseurs, en particulier) et les membres de son entourage (conjoint et parents, essentiellement) — auxquels s'ajoutent ses propres conceptions de la maladie en général et du Sida en particulier (au moins pour ceux qui se savent séropositifs), le séropositif se voit dans l'obligation de rassembler des informations souvent contradictoires et qui ne satisfont jamais totalement son désir d'identifier la cause de sa maladie, sa nature exacte, ses possibilités d'évolution (perspectives ou non de guérison) et les mesures de protection contre sa transmission qui s'imposent. Ainsi, Édith donne un sens à l'apparition de sa maladie mais n'en saisit pas la nature précise ni les nécessaires mesures qui l'accompagnent ; Yapo

assimile les conseils liés au caractère contagieux de sa maladie mais néglige l'analyse de son origine ; Awa développe une attitude comparable mais n'accepte que très progressivement de poser la question du Sida, contrairement à Yapo, conscient dès le début du risque que représente cette maladie ; Hama progresse dans le sens d'une identification de la nature de sa maladie, en distinguant tuberculose et « maladie dans le sang », mais délaisse les recommandations des médecins.

Dans un second temps, la coexistence de ces différents niveaux dans la représentation individuelle de la maladie doit s'appréhender comme étant le résultat d'une véritable dynamique remettant en question les choix thérapeutiques et les interprétations des uns et des autres : le Sida — au-delà de la variété de ses perceptions par le malade — ne fige ni les comportements ni la réflexion du séropositif. La multiplication des problèmes de santé (cas de Yapo), ou leur relative résorption (Hama), d'une part, la confrontation du discours médical — et de ses points d'ombre — avec des jugements extérieurs (Édith, Awa), d'autre part, débouchent sur une volonté d'intervenir et d'interroger sur sa maladie fort éloignée de toute attitude de passivité et de résignation. Les attitudes qui en découlent sont parfois dangereuses pour le séropositif et son partenaire sexuel (dans le cas d'abandon de toute précaution dans les rapports sexuels) mais témoignent de l'état de la représentation de la maladie à un moment donné et, surtout, des transformations que celle-ci a subies : ce sont là des éléments de compréhension décisifs pour pouvoir éventuellement agir sur ces comportements à « risque ». Toute intervention sur la compréhension du message préventif passe par une information claire et précise sur la séropositivité. Celle-ci doit s'inscrire dans une analyse du parcours thérapeutique du malade, de ses accidents et ses influences, de sa gestion quotidienne et ses projets, — passant donc par le développement de recherches sur les modalités de prise en charge sociale de la maladie [17], indispensables à son traitement médical [18] — et

débouchant naturellement sur la formulation d'un message sur la nature exacte de la maladie, dans des termes qui ne laissent planer ni ambiguïté ni incertitude. L'expérience quotidienne du Sida suggère déjà suffisamment d'interrogations sur des problèmes comme la guérison ou le devenir de sa vie sexuelle — objets, nous l'avons vu, d'approches variées — pour que le discours médical n'ajoute au processus d'incertitude qui n'est maîtrisé par le séropositif qu'au prix d'un long travail de réinterprétation et de synthèse de différentes informations relatives à l'origine, la nature présente et l'avenir de sa maladie ■

### Références

1. Augé M. Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement. In : Augé M., Harizich C., eds. *Le sens du mal, anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Éditions des Archives Contemporaines, 1983 : 35-91.
2. Soro B, Gershy-Damet, Coulibaly M, et al. Séroprévalence de l'infection VIH au sein de la population générale de Côte-d'Ivoire en février 1989. IV<sup>e</sup> Conférence Internationale sur le Sida, Résumé n° 055, 1989.
3. De Cock K, Barrere B, Diaby L, et al. AIDS : the leading cause of adult death in the West African city of Abidjan, Ivory Coast. *Science* 1990 ; 249 : 793-6.
4. De Cock K, Barrere B, Lafontaine MF, et al. Mortality trends in Abidjan, Côte-d'Ivoire, 1983-1988. *AIDS* 1991 ; 5 : 393-8.
5. Perriens J, Mukadi Y, Nunn P. Tuberculosis and HIV infection : implications for Africa. *AIDS* 1991 ; 5 (Suppl. 1) : 127-33.
6. Ouattara S, Diallo D, Meite M, et al. Épidémiologie des infections par les virus de l'immunoséquence humaine VIH-1 et VIH-2 en Côte-d'Ivoire. *Médecine Tropicale* 1988 ; 48 : 375-9.
7. Vidal L. Caractéristiques socio-démographiques des séropositifs des CAT d'Abidjan (1989-1990). Abidjan : ORSTOM, 1992 : 16 p.
8. Vidal L. Sida et représentations de la maladie chez des séropositifs tuberculeux : éléments de réflexion sur la séropositivité et sa prise en charge (Abidjan, Côte-d'Ivoire). *Cahiers ORSTOM* 1992 ; 28 : 1 : 83-98.

## Résumé

Au sein d'une population de séropositifs tuberculeux (représentant près de 50 % des malades des centres anti-tuberculeux d'Abidjan), la perspective anthropologique développée dans cet article se propose de s'intéresser aux rapports qui lient le parcours thérapeutique du séropositif, l'évolution de sa connaissance de la maladie et ses interprétations des différentes informations relatives aux conseils de prévention. Si l'analyse d'un ensemble de cas représentatifs des malades des CAT permet de mettre en lumière la variété des recours engagés par les séropositifs, seule une focalisation sur quatre expériences individuelles précises, saisies dans leur évolution pendant un an et demi, donne la mesure de la complexité du processus d'élaboration de la compréhension de la maladie. A l'intersection de multiples discours (diagnostics, interprétations, recommandations) le séropositif gère l'évolution imprévisible de son état de santé à la fois dans le souci de son

confort physique personnel et dans l'objectif d'identifier l'origine, la nature exacte et les perspectives d'une maladie (qui est fréquemment ignorée en termes de « Sida » ou de « séropositivité ») qui s'ajoute à la tuberculose, se confondant parfois à elle dans l'esprit du séropositif avec les conséquences sur la transmission du virus qu'une telle interprétation peut revêtir. La compréhension de ces mécanismes, fortement individualisés, ouvre la voie à un discours médical et psychosocial sur la séropositivité et les mesures de prévention qui l'accompagnent, tenant compte de l'hétérogénéité des recours thérapeutiques suivis par le patient et, donc, des interprétations de la maladie. Il s'agit là d'un préalable à la prise en charge efficace de la séropositivité dans des contextes sociologiques et économiques qui situent les CAT — ou toute autre structure sanitaire moderne — comme une étape parmi d'autres dans le vaste champ de recours thérapeutiques qui s'offre au malade.

9. Jaffré Y. Anthropologie de la santé et éducation pour la santé. *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé* 1991 ; 1 : 406-14.
10. Sindzingre N, Jourdain G. Le Sida : épidémiologie et anthropologie. *Politique Africaine* 1987 ; 28 : 33-41.
11. Katabira ET, Wabitsch KR. Management issues for patients with HIV infection in Africa. *AIDS* 1991 ; 5 (Suppl. 1) : 149-55.
12. Chela CM, Siankanga ZC. Home and community care ; the Zambia experience. *AIDS* 1991 ; 5 (Suppl. 1) : 157-61.
13. The Population Council. *Guide de counselling VIH/Sida*. Dakar, 1991.
14. Naspléris D. Impact social, économique et politique du Sida en zone tropicale. In : Rosenheim M, Itoua-Ngaporo, eds. *Sida : infection à VIH. Aspects en zone tropicale*. Paris : Ellipses/AUPELF, 1989 : 60-6.
15. Tapé Gozé, Dédé Séry. *Comportements sexuels en Côte-d'Ivoire*. Rapport final, Abidjan, avril 1991.
16. Carabé M. En Afrique : une maladie culturelle. In : *Le Sida : rumeurs et faits. Entretiens d'Emmanuel Hirsch*. Cerf, 1987 : 61.
17. Dozon JP, Fassin D. Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux sociopolitiques du Sida en Afrique. *Sciences Sociales et Santé* 1989 ; VII : 21-36.
18. Hintermeyer P. Résonances d'une mort annoncée. *Actions et recherches sociales* 1989 ; 3-4 : 63-77.

L'Institut Santé et Développement et la Conférence Mondiale des Religions pour la Paix (section française) organisent une journée de réflexion et d'échange sur :

## TRADITIONS RELIGIEUSES, MALADIE ET SIDA représentations, orientations et pratiques en France

Lundi 14 décembre 1992 de 9 h 30 à 17 h 30 à l'Institut Santé et Développement

Se rencontreront les représentants des (ou de) traditions religieuses sur trois thèmes :

- Comment celles-ci se représentent-elles le Sida aujourd'hui (ce qui n'est pas sans rapport avec leurs représentations antérieures de la maladie et des maladies) ?
  - Quelles orientations proposent-elles à ceux qui les entendent ?
  - Quelles sont leurs pratiques, individuelles et collectives, dans ce domaine et quelles pratiques nouvelles, pourraient-elles envisager, éventuellement ensemble (qu'il s'agisse de pratiques propres aux groupes religieux ou de pratiques communes à ceux-ci et à tous les autres) ?
- Dans la matinée, on traitera des représentations du Sida dans les religions et des orientations proposées par elles à son sujet. Ont accepté d'intervenir : le Dr Dalil Boubaqueur, le P. Olivier de Dinechin, Mme France Quéré et un représentant de la tradition juive.
- Dans l'après-midi, avec des intervenants de diverses disciplines (dont le Docteur F. Bricaire, Emmanuel Hirsch, Claudine Dahan, Omar Samaali, Sœur Nathanaella, des représentants du Centre-Tibériade et de « Chrétiens et Sida », Myriam Charles), on traitera la question suivante : que font, que pourraient faire les traditions religieuses ensemble, séparément et avec tous les autres.

### Renseignements et inscriptions :

Institut Santé et Développement  
Colloque « Religions et Sida »  
15/21, rue de l'École de Médecine  
75270 Paris Cedex 06, France