



**COMPTE RENDU DU SÉMINAIRE DU 9 JANVIER 1992  
(ENS, ABIDJAN)**

**REPRÉSENTATIONS, COMPORTEMENTS ET  
SIDA : APPROCHES ANTHROPOLOGIQUES ET  
PSYCHOLOGIQUES DE LA MALADIE**

par Laurent Vidal (ORSTOM Petit-Bassam),  
Dédy Séry (IES), Tape Goze (ENS)

**1- ANTHROPOLOGIES DU SIDA (L. VIDAL)**

**A- CRISES ET SIDA.**

Au-delà des crises économiques et politiques qui touchent l'Afrique et dont nos différents thèmes de réflexion dans le champ des sciences sociales - chacun à leur niveau - saisissent les effets, l'épidémie de sida apparaît révélatrice de deux grands points de fracture, symptômes de remises en question qui traversent le tissu social dans ses pratiques et ses représentations. Ces zones de tension concernent, d'une part, les structures sanitaires et, d'autre part, les processus de représentation et de prise en charge du sida.

L'impact du sida sur les structures sanitaires modernes peut être appréhendé à partir des Centres Anti-Tuberculeux (CAT) d'Abidjan dont la proportion de séropositifs a presque doublé en 3 ans, passant de 26 % en 1988 à 47,5 % en 1991. Dans le même temps, le budget de fonctionnement des CAT a baissé de 30 %.

A ces difficultés s'ajoutent des problèmes liés aux spécificités médicales du sida : la résistance au traitement anti-tuberculeux et la fréquence des rechutes génèrent un surcroît de travail au niveau de la prise en charge. Or celle-ci est médicale - avec ses limites dues à l'indisponibilité de certains médicaments anti-viraux - mais, aussi, psychologique et, plus largement, sociale.

O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire

N° : 38832 ex 1

Cote : A



L'afflux de séropositifs pose donc le problème de l'annonce de la maladie. Par-delà des considérations personnelles - liées au rapport de chacun à cette maladie - les médecins et l'ensemble du personnel médical sont confrontés au dilemme de la nécessaire information sur la séropositivité à donner au malade, tout en étant dans l'impossibilité d'assurer, dans un deuxième temps, la prise en charge psychologique et sociale de ce dernier. Cette nouvelle variable dans la relation du médecin au malade constitue un indicateur de la situation de crise que vit le secteur sanitaire moderne dans sa confrontation avec le problème du sida.

En contrepoint du rapport du malade à l'institution médicale, l'approche quotidienne de la maladie par le groupe familial met à jour des tensions liées pour l'essentiel aux caractéristiques du sida. Maladie pour laquelle il n'existe aucun traitement curatif, le sida a par ailleurs des aspects extrêmement variables, de la séropositivité asymptomatique au sida déclaré. C'est donc une maladie qui suscite des images extrêmes voire opposées : invisible un temps, elle est, à échéance, une condamnation. Cette double particularité du sida fonde un grand nombre d'attitudes du séropositif vis-à-vis de son entourage et de réactions de celui-ci.

Le malade effectue le plus souvent un tri dans le contenu et les destinataires de l'information qu'il possède. Tantôt le conjoint, la mère ou le père, tantôt un simple ami - à l'exclusion de toute autre personne - seront prévenus de la nature de la maladie et des mesures qui l'accompagnent. Les malades conscients de souffrir de deux affections (sida et tuberculose) ne se contentent pas de sélectionner leurs confidents : ils tiennent à la disposition des différents membres de leur entourage un discours variable sur les caractéristiques de leur maladie.

Le refus d'évoquer largement avec l'entourage la maladie révélée par l'hôpital ou le CAT est essentiellement motivé par la peur d'être rejeté ou, au moins, évité par ses amis ou ses parents. Cette crainte ne découle pas uniquement d'une projection sur autrui de ses propres représentations de la maladie, mais est le fruit d'une expérience vécue, à des degrés divers, de l'ostracisme de proches.

Le cas de figure le plus fréquent est en effet le suivant : dans la première phase de sa maladie, le patient souffre de troubles visibles (amaigrissement, fatigue) qui suscitent dans son entourage des réflexions sur la nature de ce mal. L'hypothèse du sida, perçu avant tout comme une maladie qui fait maigrir, est alors avancée par ceux qui cotoient le malade. Bien que le malade ne confirme pas leur «diagnostic», ces personnes tendent à marquer une certaine distance dans leurs relations avec celui-ci. Cette attitude évolue avec l'état de santé du séropositif. Il



se remet peu à peu de ses premières affections, sous l'effet des traitements engagés, et ceux qui l'évitaient reconnaissent s'être trompés dans leur pronostic! Le discours dominant dans l'entourage ne fait alors plus référence au sida.

Toutefois, paradoxalement, l'évocation par autrui du sida à une période précise de la maladie ne provoque pas nécessairement chez celui qui l'ignore une prise de conscience de sa séropositivité. Dans ce cas précis, l'attitude changeante de l'entourage accroît l'incertitude du patient quant à la nature exacte de sa maladie et elle le conforte dans sa représentation négative de l'affection qui le touche et qui, de maladie incurable, se double d'une maladie qui marginalise.

## B- POUR UNE ANTHROPOLOGIE DE LA CONNAISSANCE DU SIDA : APPROCHE QUALITATIVE DE LA MALADIE

L'approche individuelle et familiale de la maladie peut être dans un premier temps perçue au moyen de quelques indicateurs comme la connaissance de la maladie et l'organisation du parcours thérapeutique. Au niveau général de l'ensemble des malades rencontrés, nous nous sommes tout d'abord intéressés au type de « médecine » sollicitée par le séropositif au début de sa maladie. On constate alors que parmi les malades débutant par une structure de soins moderne (un peu plus de la moitié des séropositifs interrogés) la connaissance effective de la séropositivité ou plus simplement du risque de développer un sida reste le fait d'une minorité. La proportion de malades évoquant leur séropositivité est encore plus faible lorsque le premier recours a concerné des représentants de la médecine traditionnelle.

Il serait toutefois inexact d'en conclure que le seul choix initial explique et fige définitivement une représentation individuelle de la maladie. Le séropositif est en effet amené à modeler son appréciation de la maladie au fil des différents recours engagés. Aussi, seule une étude détaillée de cas particuliers peut mettre en évidence les liens tissés régulièrement et de façon fortement individualisée entre connaissance du sida et parcours thérapeutique. Un regard sur l'ensemble des itinéraires des séropositifs révèle d'autre part qu'il n'y a guère de différence dans la connaissance de la séropositivité, que le malade ait utilisé - à quelque moment que ce soit de son traitement - les services d'un guérisseur ou qu'il se soit exclusivement adressé à des structures de soins modernes.

Finalement, que l'on se penche sur le choix initial du malade ou sur la présence d'un type de recours en particulier pendant son itinéraire thérapeutique, il apparaît difficile de tirer des conclusions significatives sur les modalités



d'élaboration et de connaissance de la maladie. L'anthropologie de la connaissance du sida doit donc dépasser une perception globalisante du phénomène pour déceler dans les systèmes de représentation et de gestion individuelles de la maladie des points forts, des variables pertinentes qui illustrent la complexité des attitudes engendrées par la progression de la maladie.

### *Premier cas*

Tombée malade en mars 1989, Edith, 25 ans, 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 («brûlures dans la poitrine», «mal à la gorge»). Parallèlement à un guérisseur, elle se rend à un dispensaire militaire où est évoquée pour la première fois une possible tuberculose. Par la suite, en ayant recours aux services spécialisés d'un CHU pour un problème de ganglions - dont elle sera opérée quelque temps après - Edith a la confirmation de sa tuberculose, alors qu'une précédente radio, au CAT même, n'avait rien révélé d'anormal. La prise en charge par le CAT en février 1990 découle donc du diagnostic posé au CHU.

Le parcours de cette malade a été d'autre part marqué par son passage au sein de l'Eglise du Christianisme Céleste dont elle est une fidèle. Fréquentant cette Eglise depuis plusieurs années, 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'Eglise, priant et écoutant les diagnostics et les conseils des responsables de la communauté religieuse. Tout en désapprouvant le recours aux traitements traditionnels, ils confirment l'analyse du guérisseur sur l'origine de la maladie, que nous allons maintenant évoquer.

C'est à l'initiative de sa belle-sœur et très affaiblie qu'elle rencontre donc un guérisseur Burkinabè qui lui fournit l'explication suivante. C'est un ancien compagnon d'Edith qui, déçu de leur séparation, s'est vengé en lui amenant de la nourriture empoisonnée. En effet, mariée avec le père de sa fille, Edith reçoit en octobre 1988 la visite de son ancien ami qui lui apporte des brochettes de viande. Elle ne tombe malade que quatre mois plus tard 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. Elle estime, aujourd'hui, que sans cet acte mal intentionné, elle ne serait pas tombée malade.



L'intervention du guérisseur s'est avérée, pour Edith, 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 6 mois. Ses critiques concernent, par ailleurs, le 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 identifié la cause de sa maladie, au CAT elle a obtenu un traitement et à l'Eglise un soulagement moral dans les moments difficiles de sa maladie. Le système thérapeutique ainsi constitué, pour cohérent et complémentaire qu'il soit (entre les acquis et les insuffisances des trois recours sollicités), 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, Edith 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 confidents et des recours médicaux ne facilite pas, dans son cas, la compréhension de sa 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.

### *Deuxième cas*

Le deuxième itinéraire que nous souhaitons présenter est celui d'un homme de 48 ans, Yapo, tombé malade en novembre 1989. Le recours au CAT intervient ici plus rapidement que dans le cas d'Edith : un mois après avoir ressenti des douleurs dans les «côtes», au «cœur» et à la gorge. 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 tout d'abord 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, partant du principe que c'est l'événement traumatisant le plus récent qui est responsable de son état actuel. Yapo rejette d'autre part 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 de transfusion sanguine. Ce lien direct établi entre la multiplication des dons de sang et la qualité de son sang rappelle la confusion observée parfois entre le risque transfusionnel et le simple don de sang. Des interdits alimentaires s'ajoutent à cette interprétation du don de sang pour compléter la représentation de la maladie. Se référant à ses «totems», Yapo estime en effet devoir éviter de consommer du «gombo» (une analogie est-elle effectuée entre la consistance gluante de la sauce au «gombo» et les expectorations du tuberculeux ?), de la viande et du poisson frais sous peine de voir sa maladie s'aggraver.

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 acheter les médicaments prescrits par le CAT au terme 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 partira mourir près des siens, Yapo 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 générale de son entourage au village, voulant lui imposer différents traitements. Cette attitude de 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 alors 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.



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, en refusant toujours de se prêter à une consultation divinatoire.

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 seront prescrits), il opère paradoxalement des choix thérapeutiques coûteux qui ne lui sont nullement imposés et que sa situation (il a abandonné son travail de plombier depuis le début de sa maladie) ne lui permet pas d'assumer. 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 lorsque l'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 de cour indiscrets ou des femmes en général, qu'il ne reçoit plus.

A la différence d'Edith, Yapo a sans cesse manifesté son attachement aux traitements traditionnels, même s'il ne les conçoit que dans des contextes bien précis. Par ailleurs, son assiduité aux rendez-vous du CAT demeure peu significative de son intérêt pour ce recours thérapeutique puisqu'il ne s'y rend pas lorsqu'il est victime de rechutes. Là encore, nous ne retrouvons pas l'attitude d'Edith décidée à recourir sans délais au CAT au moindre problème de santé, en dehors même de ses rendez-vous : sa connaissance de la maladie ne s'en trouve cependant guère précisée au regard de la question du sida puisqu'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 discours et son comportement, cessant toute relation sexuelle depuis qu'il a compris la gravité de sa maladie et la menace du sida qui en découle.

A travers les histoires de ces deux malades on voit opérer un double phénomène 1°) de décomposition, de dispersement du processus de gestion de la maladie qui débouche 2°) sur un effort d'organiser le parcours thérapeutique, de lui donner une cohérence. Cette évolution découle de l'interprétation que le malade fait de sa séropositivité. Il est en effet confronté à différents discours tenus sur sa maladie (venant des médecins du CAT, des autres thérapeutes rencontrés - guérisseurs - et de son entourage) et est donc 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.



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. Il y a de la part du malade une volonté d'intervenir et d'interroger sa maladie fort éloignée de toute attitude de passivité et de résignation. Les comportements qui en découlent sont parfois dangereux pour le séropositif et son partenaire sexuel (dans le cas - possible - 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 subi : 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, débouchant sur la formulation d'un message sur la nature exacte de la maladie, en 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, pour que le discours médical n'ajoute au processus de confusion 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, à la nature présente et au devenir de sa maladie.

### *Conclusion*

Quelques réflexions s'imposent pour conclure quant au rôle et à la place de l'anthropologie dans la recherche en sciences sociales sur la problématique du sida. Le rapprochement d'objets d'analyse trop souvent distingués (la santé et la maladie) me semble devoir être une démarche nécessaire. Concrètement, la complexité du rapport du médecin au malade autour du problème de l'annonce de la séropositivité participe directement au processus de représentation de la maladie élaboré par le séropositif. En abordant les questions de guérison, de mort, de contagion et de précautions sexuelles, le discours médical enrichi une réflexion engagée par le malade : il constitue donc un élément important de toute anthropologie de la maladie. D'autre part, l'impact du sida sur le fonctionnement des structures de soins - thèmes de recherche par excellence d'une anthropologie de la santé - a des effets immédiatement perceptibles sur l'approche que le séropositif a de sa maladie.



La multiplication des points de rencontre, imposés par la problématique particulière du sida, entre anthropologie de la santé et de la maladie, est aussi une incitation au développement des recherches en sciences sociales sur le sida. La Conférence de Dakar offre, à cet égard, une image assez précise, même si elle n'est pas exhaustive, des préoccupations de la recherche sur le sida ces derniers mois. Si 30 % des communications concernaient les sciences sociales, l'absence de recherches émanant de pays pourtant très touchés par le sida (Rwanda, Malawi, Burundi, Guinée-Bissau) demeurait remarquable. D'autre part, en contrepoint du nombre important de recherches sur l'information et l'éducation des populations (étudiants, élèves, prostituées, personnel médical) sur le sida, nous n'avons relevé que peu d'études sur les séropositifs et les modalités de leur prise en charge sociale, alors que dans le contexte épidémique actuel c'est certainement là un des problèmes majeurs auxquels la communauté scientifique est confrontée.



## 2- REPRÉSENTATIONS DE LA MALADIE, CONNAISSANCES ET ATTITUDES DES AFRICAINS FACE AU FLEAU DU SIDA : LE CAS DE LA CÔTE- D'IVOIRE (F. DEDY SERY)

### Introduction

Toutes les cultures considèrent la maladie comme l'ennemie principale de l'Homme en tant qu'elle conduit souvent à la mort. Pour s'en convaincre, il suffit peut être de décrypter les protocoles africains d'accueil et de réconciliation : par exemple les Mossi (Burkina-Faso) et les Malinké (Côte-d'Ivoire, Guinée, Mali, etc.) emploient respectivement les vocables *laafi* (=santé) et *keneya* (=santé) pour dire «bonjour», «bonne arrivée». D'autre part, le statut social des tradithérapeutes et des médecins en dit long sur la place de la santé dans la vie de tous les jours.

On peut indiquer à titre hypothétique que la capacité de résistance de l'homme face à la maladie dépend fondamentalement et de la conception et de la connaissance qu'il a de la maladie et de la santé : au moyen âge par exemple (époque marquée par une certaine impuissance de la science médicale), tant que la rumeur publique accusait les Juifs et autres groupes socio-ethniques de propager la lèpre et la peste, tant que les pouvoirs publics préféraient exécuter sur bûcher tous ceux qui étaient suspectés de jeter des sorts, la lutte contre la maladie ne pouvait connaître un progrès certain...

S'agissant du sida en cette fin du XX<sup>e</sup> siècle, il n'est pas inutile de jeter un regard, même rapide, sur l'impact de la vision du monde sur la connaissance et l'attitude de la population face au sida. Car le sida est une m.s.t. et l'on peut admettre que le comportement sexuel (des Ivoiriens) peut être influencé aussi bien par la vision du monde que par la connaissance de ce fléau : les deux s'influencent mutuellement.

Notre intervention s'articule autour de deux points essentiels :

A) Dans un premier temps nous aborderons l'aspect conceptuel de l'étude : concepts et conceptions de la maladie et de la santé

B) En deuxième lieu, nous exposerons, sur la base d'études récentes, la connaissance que les Ivoiriens ont du VIH/SIDA



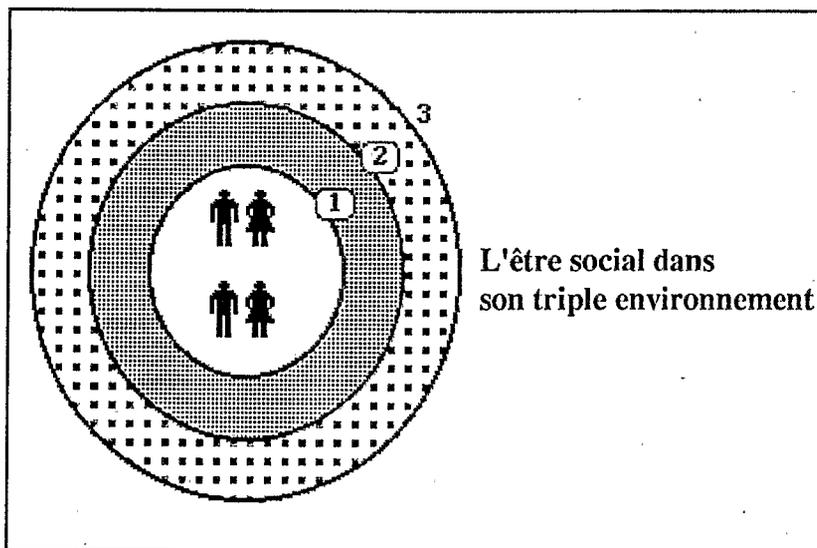
## A- CONCEPTS ET CONCEPTIONS DE LA MALADIE CHEZ LES IVOIRIENS

Tableau terminologique

Langues ivoir. Français	Any-Baoulé	Bété	Malinké	Sénoufo
Vie	min/magn	pco/zeka	syi	gnon/chiou
Mort	ewué/bie	kue	saya	kubu
Dieu	nyamian	lago	allah	kulasteleo
totem	kilyie	gba	tana	jafungo
malheur	yalé/sa-aalé	kpele/gbo	kodzugu	kapele/neriu
bien	kpa	wulu/dzolo	konyumá	kaftiè-niè
fétiche	amoa/amwi	nyakpo/gu	dzoho	sapohu
sacrifice	sraka	bobobokwe	saraka	saraga
sorcier	bahiefwe	gunyô	subaga	diewe
sorcellerie	bahie	gù	subugaya	diem/dieg
remède	ahile	gwezi	gla	tiim
maladie	tukpaŋte	gu	bana	yam
gris-gris	amwi	nyakpo	dzoho	sapohu
prier	sré	bhibhe	selyi	nyeri/seri

Qu'on la désigne par tukpaŋte (Any-Baoulé), bana (Malinké), yam (Sénoufo) ou par gù (Bété), la maladie est perçue comme un signe, le signe d'un désordre ou d'une rupture dans l'harmonie existant dans la nature.

Ici il faut entendre par «nature» l'environnement qui nous enveloppe de sa triple dimension : 1/ sociale 2/ physique et 3/ métasociale ou métaphysique.



En effet notre environnement est une totalité solidaire comportant un aspect visible, palpable (les hommes, la brousse, les eaux, etc.) et une face cachée (le monde surnaturel, l'au-delà, les divinités etc.). Et selon la vision africaine du monde, notre santé dépend de l'équilibre qui existe entre les hommes d'une part, et entre ceux-ci et la nature, d'autre part. Mais les hommes autant que la nature sont dotés de forces occultes d'importance variable, de sorte que notre vie, notre santé dépend étroitement de l'utilisation que l'on fait de cette force invisible; elle dépend aussi de notre propre conduite individuelle; en effet, on pense qu'une mauvaise pensée (souhait de mort, rancœur, jalousie, etc.) ou un mauvais comportement de notre part (adultère, malédiction, etc.) entraîne, tôt ou tard, des ruptures plus ou moins larges dans l'équilibre cosmique et environnemental; c'est cette transgression qui se traduit par la maladie : si par exemple je transgresse un interdit sexuel ou si j'exerce une forme de violence sur quelqu'un ou sur quelque chose, j'attire sur moi la colère de Dieu (=Lago, Nyamia, Allah); et c'est cette colère que les Bété nomment *gù* (=maladie), les Baoulé, *tukpaŋiɛ* (= maladie), les Sénoufo, *yam* ou *stefuro*. Si je commets un adultère, de surcroît en plein air, je perturbe l'harmonie sociale en même temps que je souille la nature ; la rupture que je



provoque peut avoir des conséquences désastreuses sur ma santé physique et/ou psychique, sur celle de ma famille et de l'ensemble de ma communauté d'appartenance. C'est dans cette perspective que les Sénoufo de Dikodougou interprêtèrent la sécheresse de 1982-1983, accusant les éleveurs peulh d'être responsables de la calamité en raison de la transhumance : «les Peulh font tout dans la savane».

Mais la santé ne se dégrade pas uniquement du fait de ma mauvaise conduite relationnelle. Je peux tomber malade ou même être victime d'un accident quelconque (travail, route) par la faute d'un tiers : mon frère ou un ennemi extérieur à mon cercle lignager peut me jeter un mauvais sort. C'est pourquoi les agressions en sorcellerie constituent, selon l'idéologie religieuse africaine, la première cause de maladie et de mortalité; dans presque tous les cas de maladie et de décès, la cause objectivement diagnostiquée par le médecin n'est que la matérialisation «rusée» d'une cause plus profonde, la force maléfique du sorcier : le sorcier est un être particulièrement dangereux. «Il a la propension au meurtre et à la consommation de la chair». Le sorcier est capable de vous jeter un mauvais sort (insuccès dans les affaires), nuire à vos biens (incendies, inondation, sécheresse) ou même contrarier votre «planning familial» (mortalité infantile, stérilité secondaire, etc.).

En se fondant sur ce qui précède, on peut rappeler que pour l'Africain, la santé est une force dont la vitalité et l'équilibre dépendent de nous mêmes, des autres et de l'environnement.

Pour recouvrer sa santé ou pour prévenir toute affection, l'Africain, sur la base de ses convictions religieuses, s'adresse généralement à un *devin* (marabout, zirignon), une sorte d'intermédiaire entre le monde objectif et le monde surnaturel. Le devin, c'est le spécialiste qui combat ou neutralise toutes sortes d'agressions surnaturelles responsables de la maladie. Voilà pourquoi, dans le contexte traditionnel (qui survit à la modernité), les stratégies de prévention de la maladie s'élaboraient à partir des directives magico-religieuses que prescrivaient (et prescrivent encore) les guérisseurs/devins : l'observance de certains interdits ou le port d'amulettes (autour des reins et des bras). Les stratégies de prévention consistaient également à sacrifier des bêtes (moutons, poulets).

Pour nous résumer, soulignons que pour l'Africain, la santé repose sur l'équilibre des forces et la quête de cet équilibre intègre tout le fonctionnement de la société (rapports physique, psychologique, rapports avec la nature, avec les autres sociétés contemporaines). Voilà la conception africaine de la santé et de



son contraire, la maladie. C'est ce schéma global d'interprétation qui semble déteindre sur une large frange de la population par rapport à la réalité du VIH/SIDA. Nous allons le démontrer en nous appuyant sur quelques données récentes.

## B- CONNAISSANCES ET ATTITUDES DES IVOIRIENS FACE AU VIH/SIDA

### 1. Notion de transmissibilité

Le concept et la conception de la transmissibilité existent dans nos langues ethniques; en effet l'idée de transmissibilité est rendue chez les Bété par l'expression *plènnngu*, qui signifie littéralement «maladie passant d'un sujet à un autre» : la tuberculose, la lèpre, la siphilis, la gonorrhée etc. sont réputées maladies transmissibles ou contagieuses. Les Baoulé, les Bété comme la plupart des groupes ethniques savent que la maladie est susceptible de passer d'un corps malade à un corps sain par la médiation de substances comme la salive et le sang ; mais on pense également que le simple voisinage peut entraîner la contamination. De sorte que, non seulement il est risqué de manger avec un tuberculeux mais aussi imprudent d'uriner là où un tuberculeux a uriné. Il en est de même pour le sida. Nous y reviendrons.

### 2. Connaissance des modes de transmission chez les Bété et les Baoulé

Contact sexuel	Bété	77 %	Baoulé	83 %
aiguilles infectées	Bété	77 %	Baoulé	78 %
par le sang	Bété	51 %	Baoulé	73 %
usage latrines	Bété	45 %	Baoulé	58 %
partage repas	Bété	26 %	Baoulé	50 %
salutations	Bété	8 %	Baoulé	32 %
sortcellerie	Bété	22 %	Baoulé	20 %

Il est vrai que les données ci-dessus décrivent les attitudes et connaissances du milieu rural, mais elles sont révélatrices d'une vision du monde dont on devine les conséquences psychosociales à la campagne (Dédry Séry, in «Aspects socio-culturels des maladies transmissibles : le cas du sida en pays Baoulé et Bété de Côte-d'Ivoire», VIIe Conférence sur le sida Florence, 1991). Mais les tendances sont sensiblement les mêmes à la ville, pour autant qu'à Abobo-Gare (quartier périphérique d'Abidjan), 16-17 % de la population croient que l'on peut contracter



le VIH/SIDA par la faute des sorciers (cf. Enquête ponctuelle ivoiro-italienne, 1990).

### 3. Le sida, une affection traditionnelle ?

En Côte-d'Ivoire comme dans certains pays africains (Ouganda, Zaïre, Congo), à la ville comme à la campagne, on pense que le VIH/SIDA est une affection très ancienne rebaptisée «SIDA» par la médecine moderne ; les Baoulé sont d'autant plus certains qu'ils ont un terme local - *Babazru* - pour désigner cette affection (21 %) ; dans 33 % des cas, les Bété raisonnent de la même manière, qui désignent le sida par le terme *Bagumele*. Mais à l'analyse, il faut bien noter que *Babazru* et *Bagumele* n'ont rien à voir avec le sida. Ne s'agit-il pas de la bilharziose (génitale) qui sévit en Afrique et particulièrement en Côte-d'Ivoire ? La plupart des médecins répondent par l'affirmative à cette question.

### 4. Connaissance du sida et perception du risque de contagion

En considérant les données du tableau à la page suivante extraites d'une récente étude sur le comportement sexuel des Ivoiriens par rapport au VIH/SIDA (Dédry et alii, 1991, p. 298) on constate que le niveau de connaissance des opinants varie avec le sexe, l'âge, la situation matrimoniale, le degré d'exposition aux médias, le niveau d'instruction et le milieu socio-culturel de référence :

- 89,8 % des Ivoiriens ont entendu parler du VIH/SIDA
- 7,1 % connaissent une personne ayant le VIH/SIDA
- 38,8 % savent que l'infection par le VIH peut être asymptomatique.

Lorsque l'on examine plus en détail ces réponses globales, on constate une variété de situations significatives :

- les hommes sont plus informés que les femmes; en effet 93,3 % des hommes ont entendu parler du sida contre 85,7 % des femmes ;
- les jeunes générations (15-39 ans) sont mieux informés que les vieilles (40 ans et plus);



## Connaissance du Sida

Caracéristiques		A entendu parler du VIH et du SIDA	Connait une personne ayant le VIH et ou le SIDA		Sait que l'infection par le VIH peut être asymptomatique
			Oui	Pas sûr	
Sexe	Homme	93,9	7,9	44,1	
	Femme	85,7	6,2	<u>31,4</u>	
Age	15 à 19	95,0	7,4	38,1	
	20 à 24	94,9	6,7	42,6	
	25 à 39	90,5	7,6	40,5	
	40 à 49	82,7	7,9	27,9	
	50 et +	74,2	4,3	29,2	
Situation matrimoniale	marié	89,2	7,2	36,6	
	A été marié	82,4	6,9	40,0	
	Jamais marié	95,7	6,6	44,8	
Degré d'exposition aux médias	Elevé	99,6	11,3	63,3	
	Moyen	95,1	6,5	35,9	
	Faible	70,4	4,6	20,7	
Comportement à risque	Oui	98,4	10,0	52,9	
	Non/non précisé	87,0	6,0	32,8	
Education	Pas Ecole	77,6	3,8	22,7	
	Primaires	96,9	5,4	30,5	
	Secondaires	99,5	11,5	55,7	
	Supérieures	100,0	8,7	77,9	
Ethnie	Akan	97,4	7,1	45,3	
	Krou	96,4	7,0	39,1	
	Mandé	87,9	7,7	29,1	
	Gur	74,2	7,0	34,0	
	Divers	82,1	5,5	39,9	
Religion	Animiste	82,9	8,1	25,1	
	Chrétien	97,0	7,3	45,9	
	Musulman	78,4	6,7	36,3	
	Autre	91,7	9,1	21,8	
	Sans religion	90,5	6,3	29,5	
Localité	Urbain	96,8	8,1	49,8	
	Rural	<u>84,3</u>	<u>6,1</u>	27,8	
Ensemble		89,8	7,1	38,3	



- corrélativement, les célibataires parmi lesquels on a une forte proportion de jeunes sont mieux informés (44,8 %) que les mariés et que les divorcés (36,6 %);
- les chrétiens sont mieux informés (97 %) que les musulmans (78,4 %) qui sont moins informés que les animistes (82,9 %).

Autant de niveaux de connaissances qui impliquent des attitudes et des comportements plus ou moins à risque par rapport au fléau du VIH/SIDA. La diffusion rapide et inquiétante de la maladie à l'heure actuelle (12-13 %) autorise à dire que, dans une large mesure, la santé dépend de la culture.

### 3- LES COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUE EN CÔTE-D'IVOIRE (GOZE TAPE et DEDY SERY)

#### INTRODUCTION

Comment attrape-t-on le sida ? A partir du virus du sida, le VIH qui se trouve dans le sang, le sperme de l'homme ou les sécrétions vaginales de la femme.

Partant de ces voies de transmission, on peut définir les comportements à risque comme des conduites dont la production facilite la diffusion du VIH et du sida. Pour la Côte-d'Ivoire, il convient de s'intéresser particulièrement aux comportements sexuels, puisque la voie de transmission sexuelle représente ici près de 80 % des cas d'infection à VIH.

Tout le problème est d'abord de savoir comment se présentent les schémas de comportements sexuels à risque chez les Ivoiriens, ensuite de pouvoir les expliquer par rapport au contexte socio-culturel et enfin de s'interroger sur la possibilité de modifier de tels comportements par les campagnes de sensibilisation et l'éducation.

#### A- LES FAITS

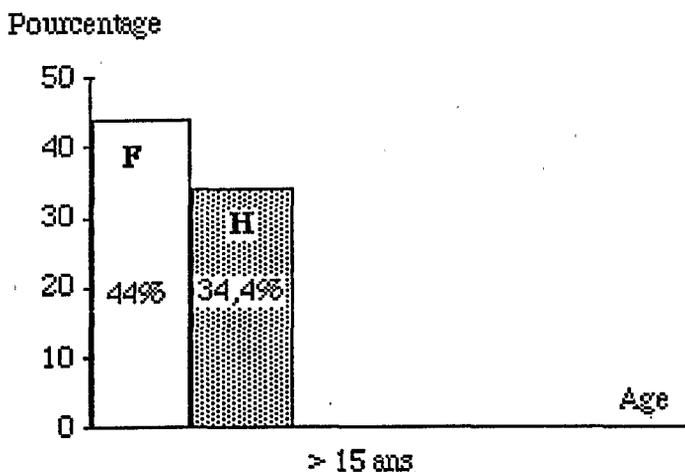
Le travail de référence est l'étude sur «Comportements sexuels et sida en Côte-d'Ivoire» suscitée par l'Organisation Mondiale de la Santé (G. TAPE, S. DEDY, 1991). Cette recherche qui porte sur un échantillon représentatif de la



population résidante (N = 3001 personnes dont 1501 hommes et 1499 femmes en 1989), livre dans ses résultats, un certain nombre de schémas de comportements à risque.

*1. Le premier schéma, c'est la précocité sexuelle indiquée par l'âge du premier rapport sexuel*

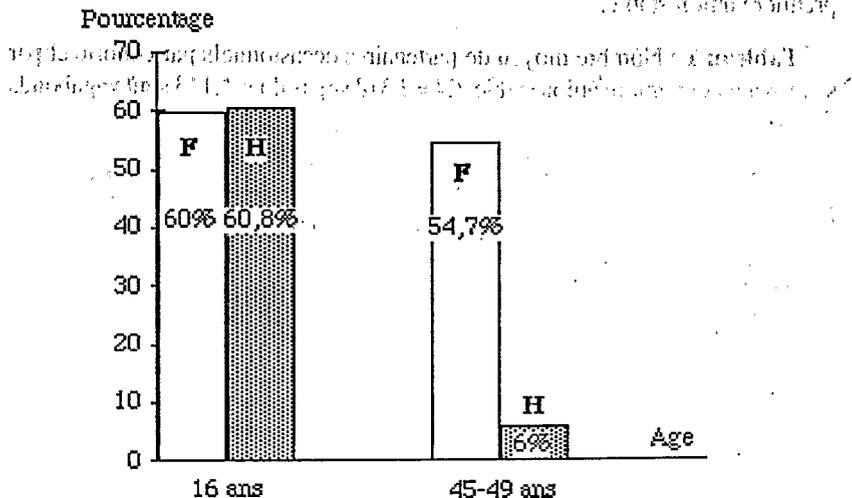
*Histogramme n° 1 : Pourcentage des sujets ayant eu leur premier rapport sexuel à un âge inférieur ou égal à 15 ans, suivant le sexe et quel que soit l'âge actuel*



En moyenne, les femmes sont plus précoces (44 %) que les hommes (34,4 %). Cette différence de précocité se maintient-elle dans le temps ? Pour le savoir, comparons deux cohortes : la cohorte actuellement âgée de 16 ans et celle de 45-49 ans, ayant eu leur premier rapport sexuel à un âge inférieur ou égal à 15 ans.



**Histogramme n° 2 : Pourcentage des sujets actuellement âgés de 16 ans, et de ceux de 45-49 ans qui ont eu leur premier rapport sexuel à un âge inférieur ou égal à 15 ans**



Dans l'ensemble, les jeunes générations (16 ans) sont plus précoces que les anciennes (45-49 ans). Cette évolution du comportement sexuel est beaucoup plus sensible chez les garçons (de 6 % à 60,8 %) que chez les filles (de 54,7 % à 60 %).

D'autres informations apparaissent :

- les femmes rurales sont plus précoces que les femmes urbaines (48,8 % contre 38,1 %);
- les hommes urbains sont relativement plus précoces que ceux du milieu rural;
- en milieu urbain, la précocité des hommes et des femmes est comparable (37,4 % contre 38,1 %).

En définitive, la précocité de l'activité sexuelle qui culmine vers 15 ans représente un danger pour les adolescents compte tenu des transformations psychobiologiques qu'ils connaissent à cette période et qui peuvent les inciter à multiplier les rapports occasionnels.



## 2. Le deuxième schéma de comportements à risque : les rapports sexuels occasionnels

L'indicateur en est le nombre moyen de partenaires occasionnels avant la première union stable.

**Tableau 1** : Nombre moyen de partenaires occasionnels par cohorte et par sexe avant la première union stable. (N = 2.318 sujets dont 1.113 sont vagabonds soit 48 %)

Sexe	Hommes	Femmes	Tous
Cohorte	N = 609 / 1077	N = 504 / 1241	
15-19 ans	3,37	0,91	1,68
20-24 ans	4,41	1	2,38
25-29 ans	5,33	1,27	3,07
30-39 ans	4,77	0,80	2,45
40-49 ans	2,59	0,78	1,71
50 ans et plus	1,72	0,35	1,21
Tous	3,81	0,91	2,18

Avant la première union stable des 2.318 sujets en question, 48 % soit 1.113 sujets ont pratiqué des rapports sexuels occasionnels. Ces 1.113 personnes sont constituées de 609 hommes et de 504 femmes.

Les hommes sont 4 à 6 fois plus actifs que les femmes suivant les cohortes. L'activité sexuelle occasionnelle demeure intense entre 15 et 19 ans, avec un sommet à 25-29 ans (mH = 5,33 et mF = 1,27) quel que soit le sexe. La chute s'amorce à partir de 40 ans dans les mêmes rapports entre l'homme et la femme.

L'examen du nombre moyen de partenaires occasionnels par situation matrimoniale et par cohorte au cours des douze derniers mois pourrait permettre de mieux affiner l'analyse.



**Tableau 2 : Nombre moyen de partenaires occasionnels par situation matrimoniale et par cohorte au cours des douze derniers mois**

Age Situat <sup>o</sup> matrimon.	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50 ans et +	Total	N
Mariés	0,78	0,89	0,95	0,58	0,39	0,52	0,72	2114
Séparés	1,50	1,59	2,25	1	1,60	0,87	1,50	122
Célibataires	1,70	2,69	2,75	2,74	2	1,50	2,28	281
N	476	574	479	528	239	221		2 517

En moyenne les personnes célibataires ont plus de partenaires occasionnels que les séparées et les mariées. L'activité sexuelle est très intense entre 20 et 39 ans chez les célibataires, et 20 et 29 ans chez les mariées et les séparées. Le statut matrimonial expose différemment les individus au risque d'infection à HIV. En est-il de même des autres variables comme le sexe, le niveau d'instruction et la localité de résidence ?

**Tableau 3 : Nombre moyen de partenaires occasionnels suivant les variables sexe, niveau d'instruction et localité**

Sexe	Masculin	1,55
	Féminin	0,28
Education	Pas école	0,49
	Niveau primaire	0,78
	Niveau secondaire	1,50
	Niveau supérieur	1,74
Localité	Urbaine	1,12
	Rurale	0,78

Le nombre moyen de partenaires occasionnels varie selon le sexe, le niveau d'instruction et la localité. Les hommes de niveau d'instruction élevé et habitant la ville ont plus de partenaires occasionnels que les femmes placées dans les mêmes conditions.



### 3. Le troisième schéma de comportement : les rapports sexuels rétribués

L'indicateur, c'est le commerce du sexe ; il s'agit de personnes qui donnent de l'argent ou des cadeaux en échange de rapports sexuels.

Ici, nous considérons les rapports sexuels rétribués au cours des douze derniers mois (novembre 1988-octobre 1989) parmi les personnes de l'échantillon (N = 3.0001) qui ont eu des rapports sexuels (N = 2.517).

**Tableau 4 :** Pourcentage des personnes pratiquant des rapports sexuels rétribués par sexe et par situation matrimoniale

Situation matrimoniale \ Sexe	Sexe		Total
	Hommes	Femmes	
Mariés	80,2% (N=469)	19,8% (N=116)	100% (N=585)
Séparés	61,5% (N= 51)	39,5% (N=32)	100% (N=83)
Célibataires	78,7% (N=177)	21,3% (N=48)	100% (N=225)
Total	78 % (N = 697)	22 % (N = 196)	100 % (N = 893)

Dans l'ensemble, les hommes manifestent plus de comportements sexuels rétribués que les femmes (3,6). Cette tendance varie suivant le statut matrimonial, les mariés et les célibataires restant comparables sur ce plan.

Sur les 893 sujets qui ont pratiqué les rapports sexuels rétribués durant les douze derniers mois, seulement 22 soit 2,46 % utilisant régulièrement les préservatifs ; ce qui est insignifiant dans le cadre de la prévention du sida.

La culture ivoirienne permet-elle de comprendre les schémas de comportements à risque ici présentés ?

## B- LES FONDEMENTS CULTURELS DES COMPORTEMENTS À RISQUE

### 1. Au niveau de la précocité

En moyenne, les jeunes générations sont plus précoces que les anciennes. Cette modification du comportement sexuel s'explique de façon générale pour



l'interaction de plusieurs facteurs : l'industrialisation, l'urbanisation et la scolarisation - sur le plan spécifique, les femmes sont toujours plus précoces que les hommes quelle que soit la localité de résidence. (urbaine/rurale); ce qui contredit une opinion généralement répandue selon laquelle la ville serait le facteur de précocité par excellence. Mais il faut reconnaître que les nouvelles conditions de vie sont en train de modifier les comportements, par sexe, dans une double direction : élévation de la précocité chez l'homme et baisse de celle-ci chez la femme.

Le temps travaille donc pour l'émancipation de la femme, grâce probablement au phénomène de la scolarisation qui interdit le mariage et les grossesses pendant la durée de la scolarité primaire et secondaire (7-17-20 ans). Il en va autrement de l'homme qui, compte tenu de la réduction de l'emprise de l'éducation familiale, accomplit ses premières expériences sexuelles plus tôt que par le passé. C'est la précocité de la fille dans l'Afrique traditionnelle qui repose sur des bases culturelles propres : la mentalité pronataliste. En effet, c'est par rapport à la quête permanente du nombre qui est puissance, que la jeune fille était très tôt mise dans les conditions psychologiques de procréer dès qu'apparaissaient les premiers signes de la maturité physiologique : les menstrues.

## *2. Au niveau de la multiplicité des rapports sexuels occasionnels*

La tendance des garçons à multiplier les rapports occasionnels avec un groupe restreint de jeunes filles s'explique par un facteur lié à la culture de la société africaine, le mariage de type polygynique. On sait que ce modèle prédispose au partenariat multiple en faveur des hommes, en ceci qu'un homme peut prendre plusieurs femmes. Ce fonctionnement matrimonial socialement admis rend compte de la permissivité des femmes. Dans le cadre du mariage polygynique ou même monogynique, la femme accepte ou tolère bien volontiers que son époux puisse aller avec d'autres partenaires féminines. Il existe donc une **mentalité polygynique** déterminée par la culture traditionnelle et qui éclaire le comportement sexuel.

Comme par ailleurs, la fidélité de la femme et la virginité de la jeune fille sont érigées en règles morales, on comprend que très peu de femmes cultivées s'adonnent aux rapports occasionnels. Le système sexuel de la société ne peut donc tourner qu'avec une femme pour plusieurs hommes : il s'agit d'un groupe restreint de femmes, généralement des prostituées, qui produisent l'activité sexuelle pour une grosse clientèle d'hommes.



Les données de l'enquête sur la séroprévalence en Côte-d'Ivoire (1989) affichent une femme séropositive pour quatre hommes séropositifs ; ce qui conforte les résultats de l'enquête socio-comportementale. Dans le temps, ce rapport devrait tendre vers l'unité, les hommes à risque contaminant des femmes sans risque et inversement.

### 3. Au niveau des rapports sexuels rétribués

Le facteur économique semble jouer un rôle très important dans la dégradation des mœurs sexuelles. L'enquête montre que le partenariat occasionnel est positivement corrélé avec le niveau d'instruction qui lui-même détermine un statut socio-économique précis; en d'autres termes, un niveau d'instruction élevé entraîne généralement un pouvoir d'achat conséquent qui, associé à une mentalité polygynique, favorise les rapports sexuels occasionnels des hommes. La prolifération des «maîtresses», des «deuxièmes bureaux» dans les villes est symptomatique de ce contexte. Mais qui sont ces «maîtresses» et qui trouve-t-on dans ces «deuxièmes bureaux»? Généralement des jeunes filles de 15 à 25 ans qui répondent aux représentations que les hommes fortunés se donnent des canons de la beauté féminine. Leur tâche, c'est d'être disponibles et de répondre «présentes» lors de la visite du «maître»; et comme le «maître» peut se faire désirer pendant des semaines pour des raisons de **surmenage sexuel**, alors ces jeunes filles partagent souvent leur temps entre plusieurs «maîtres» à la fois ; ce qui permet de garnir les comptes en banques.

A partir des schémas de comportements décrits, comment peut-on présenter le profil de la population à risque ? Il s'agit de personnes généralement âgées de 15 à 39 ans, surtout de sexe masculin et de niveau d'instruction élevé (secondaire et supérieur), habitant plutôt la ville et de statut matrimonial d'abord célibataire, ensuite séparé et enfin marié.

Est-il possible de modifier les comportements à risque de cette population ?

## CONCLUSION : LA CRISE DE L'EXPLICATION EN PSYCHOLOGIE

L'évolution actuelle du taux de séroprévalence en Côte-d'Ivoire malgré les campagnes de sensibilisation et une bonne connaissance par la population des modes de transmission du VIH pose problème. Comment se fait-il que les Ivoiriennes qui possèdent de sérieuses connaissances sur le sida se montrent incapables de les utiliser pour échapper au VIH? A quoi servent les connaissances acquises? Y a-t-il une relation entre les connaissances et le processus de représentation d'une part, et d'autre part entre celui-ci et le comportement ?



Les connaissances interviennent dans la représentation des situations et des problèmes pour en élaborer les modèles. C'est à partir de ceux-ci que, coordonnant les buts et les moyens, l'individu programme et produit le comportement. C'est donc la représentation qui organise et guide le comportement.

Dans le cas du sida et chez les personnes à risque, on observe une distorsion entre les connaissances, la représentation et le comportement. Pourquoi cette distorsion ?

Il semble que chez les personnes à risque, la représentation africaine de la maladie prédomine : tout être humain possède une «consistance ontologique», une «force vitale» déterminée par l'interaction avec la lignée et en fonction de laquelle «sa peau se montre perméable ou imperméable à la maladie». Le proverbe dit à cet effet : «Il y a la panthère dans la forêt ; et pourtant la biche se promène». Cette biche qui se promène et défie la perception de la panthère, c'est bien celle qui a la bénédiction de la lignée. Ainsi, les personnes à risque pensant que, malgré la gravité de la pandémie du sida, tout le monde n'en mourra pas, car les «êtres consistants» disposent d'une immunité à toute épreuve.

La représentation du sida s'inscrit donc dans une représentation globale de la maladie qui explique en partie la prolifération des comportements à risque malgré la perception du danger.

## 4- DISCUSSION

### A- LE REJET DES MALADES

Celui-ci doit s'appréhender autant sous son aspect d'évitement que d'exclusion effective de la famille. Le premier indice du rejet est la réaction de l'entourage évoquant le sida du malade et générant de fait des attitudes de crainte et de peur. La situation des malades des CAT est quelque peu différente de celle des sidéens hospitalisés au CHU de Treichville. D'une part, ils n'ont pas tous un sida déclaré et, d'autre part, les soins au CAT ne sont pas perçus en tant que tels comme un facteur d'exclusion alors que l'hospitalisation au CHU, par son coût et l'image parfois négative de l'hôpital qu'elle véhicule, peut déboucher sur des attitudes de rejet du malade.



Enfin, parmi les séropositifs rencontrés, l'utilisation recommandée par les médecins du préservatif n'est guère présentée comme étant un motif possible de rejet au sein du couple. A l'emploi du préservatif est, en effet, souvent préférée l'abstinence, qui est effective dans les périodes de faiblesse physique du malade mais qui, dans les moments de rémission, est très aléatoire et débouche en fait sur des comportements à risque (du fait de son abandon).

## B- LA COLLABORATION ENTRE LES MÉDECINES TRADITIONNELLE ET MODERNE

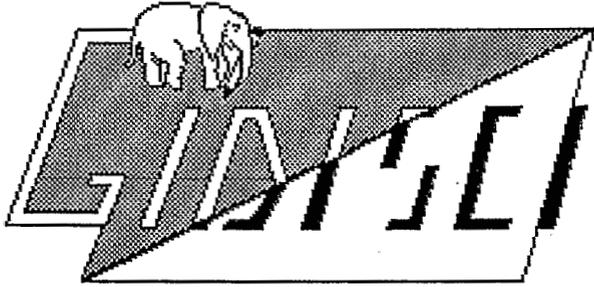
Souhaitable, cette collaboration existe même si elle n'est pas systématisée ni organisée. Des guérisseurs renvoient à l'hôpital des malades qu'ils estiment ne pas pouvoir guérir et, inversement, dans les stades terminaux du sida, certains médecins acceptent et même encouragent le retour au village du patient sachant qu'il recourra aux services de guérisseurs. Ceci étant, la promotion des échanges entre les deux médecines n'est peut être pas actuellement une priorité absolue dans une perspective de prévention du sida. En revanche, il y a là un terrain à explorer dans le domaine de la prise en charge des malades.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-CAPRARA, ANDREA, DEDY S., DE GREGORIO GIULIO C., PARENZI A. GALAZAR CARLOS M., TAPE G., *Socio-cultural aspects of transmissible diseases : AIDS in the Baoulé and Bété context.*  
VII International Conference on AIDS, Florence, 16-21 june 1991.
- 2-CAREL M., CARBOLLOM., FERRY B., A. SLUTKING., and Collaborating Investigators, *High Risk Sexual Behaviour : Preliminary Finding of WHO/GPA Collaborative Surveys in Selected Countries.*  
VII International Conference on AIDS, Florence, 16-21 june 1991.
- 3- MESSOU E., SIA J., KALE K., SORO B., KABRAN P., COULIBALY N., *Enquête Nationale sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques de la Population Ivoirienne à l'égard du Sida.*  
PNLS/SBR/GPA, septembre 1990.
- 4- SORO Benoît, *Enquête de séroprévalence au VIH*, PNLS, Côte-d'Ivoire, février 1989.

*energy man*

*7  
4*



**GROUPEMENT INTERDISCIPLINAIRE  
EN SCIENCES SOCIALES  
CÔTE D'IVOIRE**

**BULLETIN DU GIDIS-CI  
N° 2**

**Juillet 1992**

**EDITE PAR LE CENTRE OSTOM DE PETIT BASSAM  
04 BP 293 ABIDJAN 04 - COTE D'IVOIRE  
TÉL. : 35 43 67 - 35 70 67**

*38831*  
*38832 ex 1*  
*B*

*me*

*M*