

nominal = delmas

SIDA ET SIDA : ANALYSE ANTHROPOLOGIQUE D'OPINIONS RELATIVES AUX DÉCÈS DE SIDÉENS DANS UN QUARTIER DE BANGUI (JUN 1994)

Par A. EPELBOIN (1) & S. GOURNA (2) (3)

Aids and aids: anthropological analysis of opinions relating to deceases of aids-sufferers
in a district of Bangui (June 1994).

Summary: Anthropological analysis and presentation of a corpus of information gathered during an ethnological survey on aids led in June 1994 in the district Jean XXIII, Bangui. The personality of the investigator-informator (= Ego = the second author), and thus his subjectivity, are parameters deliberately considered for the presentation and analysis of the obtained data.

The inquiry consists in making a list and gathering explanations of deceases ascribed to aids in this district, among a population made up by a representative part of the investigator's "social body": i.e. his nuclear family, members of his extended paternal, maternal and in-law families, past and present regular extra-matrimonial sexual partners, networks of former and present neighbours, friends and colleagues; that is to say a whole formal and informal community with changing outlines, which acts a fundamental role when misfortune, bad luck and disease appear.

Résumé : Présentation et analyse anthropologique d'un corpus d'informations rassemblé au cours d'une enquête ethnologique sur le sida réalisée durant le mois de juin 1994 dans le quartier Jean-XXIII de Bangui. La personnalité de l'enquêteur-informateur, habitant du quartier (= Ego = le deuxième auteur) et donc sa subjectivité sont des paramètres volontairement pris en compte dans la présentation et l'analyse des données obtenues.

L'enquête a consisté à dresser la liste et à recueillir les explications des décès attribués au sida dans le quartier auprès d'une population constituée par un fragment représentatif du « corps social » de l'enquêteur : à savoir, sa famille nucléaire, des membres de sa famille élargie, paternelle, maternelle, belle-famille, des partenaires sexuels paramatrimoniaux réguliers passés et présents, des réseaux de voisinage anciens et actuels, des réseaux d'amis et de collègues de travail. C'est-à-dire toute une collectivité formelle et informelle aux contours fluctuants qui joue un rôle fondamental lorsque le malheur, la malchance, la maladie surviennent.

INTRODUCTION

Le postulat de la recherche présentée ici est que l'étude anthropologique des usages, savoirs et savoir-faire de la maladie, et plus globalement du malheur, est essentielle pour analyser les motivations et les comportements tant des individus « malades » que ceux de leurs proches et des collectivités concernés : la

connaissance de la personnalité sociale, psychologique et culturelle des « individus », sains, séropositifs, malades, soignants, soignés, morts, est déterminante et tout particulièrement dans :

- la prévention de la diffusion des VIH,
- l'annonce de la séropositivité au sidéen,
- le contrôle des affections opportunistes chez les immunodéprimés,
- la prise en charge socio-médicale du malade et de ses proches,
- l'observance des prescriptions thérapeutiques,
- les soins et post-soins palliatifs, jusqu'à l'échéance fatale.

(1) Médecin ethnologue CNRS, UPR 3 121/URA 882, Laboratoire d'ethnobiologie-biogéographie, Muséum national d'Histoire naturelle (MNHN), 57, rue Cuvier, 75005 Paris.

(2) Employé ORSTOM-CNRS.

(3) Manuscrit n° 1665. "Anthropologie médicale". Accepté le 14 mai 1996.



La République centrafricaine (RCA) a « bénéficié » depuis maintenant une décennie, c'est-à-dire très tôt, d'informations relatives au sida, diffusées par voies radiophonique, télévisée, écrite et orale.

Ici comme ailleurs, lorsque l'on fait le bilan de campagnes d'éducation sanitaires, on constate une dualité et une ambivalence des pensées populaires et savantes autochtones qui à la fois refusent le nouveau concept, ici le sida, et en même temps l'acceptent, intégrant sa sémiologie et son épidémiologie dans les cadres nosologiques préexistants, d'inspiration autochtone, islamique, chrétienne, syncrétique, etc. La souffrance et le malheur sont alors accessibles à des soins symptomatiques traditionnels et aux thérapies locales basées sur l'identification d'un modèle de causalité traditionnel, souvent de type persécutif.

Dans un numéro spécial de la revue *Psychopathologie africaine*, M. E. GRUENAI et L. VIDAL (5) soulignent le fait « qu'il est de notoriété publique que la norme en Afrique est la pratique de tests à l'insu, et que les résultats ne sont pas toujours restitués aux personnes concernées ».

F. H. JABOT (7) souligne le fait que « nombre de médecins restent encore peu favorables au dépistage ».

Notre propre expérience relative au sida est basée sur des séjours répétés dans des communautés africaines, au Sénégal, en RCA, en région parisienne. Les réseaux-sentinelles d'informateurs-enquêteurs ainsi constitués comprennent aussi bien des individus tout venant très bien identifiés, des malades, des praticiens de l'action médico-sociale, des guérisseurs, des chercheurs.

Bon nombre de sidéens africains, vraisemblablement la majorité (séropositifs et/ou malades) vivent et/ou meurent sans avoir réalisé de sérologie ou sans avoir eu connaissance du résultat. De très nombreux cas de sida sont donc ignorés, tant par le patient lui-même que par son entourage ou ses thérapeutes. Mais l'absence, l'ignorance ou la mise au secret d'un diagnostic médical de sida ou la rupture du secret médical n'empêchent pas qu'un diagnostic de *sida* puisse être posé par l'entourage de la victime, ses thérapeutes, voire par elle-même, sur la clinique, la connaissance de sa vie intime. « Ce dont il est question ici, ce n'est pas tellement du sida, concept biomédical, mais du sida, représentation d'un phénomène biologique » (2) : de nombreuses pathologies, impuissance, prurits, affections cutanées diverses, processus tumoraux, des syndromes cachectisants, etc., avec ou sans rapport avec l'infection au VIH, sont ainsi étiquetées *sida*. « Sida » est donc écrit ici en italiques, car il ne s'agit pas forcément du sida, mais d'un syndrome appelé *sida* (2) dans les terminologies populaires et savantes autochtones que nous proposons de traduire par : « syndrome spécifique (séropositivité au VIH, sida-maladie et autres pathologies non-sidéennes caractérisées par une altération rapide

et grave de l'état général chez un sujet précédemment en bonne santé) ».

Du point de vue des logiques autochtones populaires, le sida est d'abord vécu comme un fléau « étranger » incurable par la biomédecine : mais le *sida*, comme tout malheur, a des causes qui varient d'un cas à l'autre et que l'on va rechercher dans les étologies traditionnelles, dans l'histoire des comportements de l'individu et de son corps social. Sa cure est donc potentiellement accessible aux devins-guérisseurs africains. A. ZEMPLENI (11) termine sa synthèse sur « la maladie et ses causes » en soulignant que « ...leur art (celui des devins et « guérisseurs traditionnels) n'est pas un ersatz « magique », « primitif » ou « irrationnel » de la médecine occidentale, mais bien sa part manquante qu'elle a dû refouler en dissociant — à tort et à raison scientifique — le social et le biologique ».

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le principe de ce que nous appelons « enquête de proximité sociale et spatiale » est de faire enquêter un individu (Ego) sur les maladies, malheurs, infortunes, décès survenus durant un laps de temps donné dans son propre « corps social » (*) : dans la présente étude, nous lui avons demandé d'identifier et d'enquêter dans cette population le nombre de décès attribués au *sida*. Il ne s'agit pas de réaliser une nécrologie morbide et incomplète, mais d'identifier des modèles de représentation de la maladie courants et d'apprécier le retentissement des messages d'éducation sanitaire.

Nous présentons ici les synthèses des enquêtes menées par Ego (S. GOURNA) et rédigées par lui-même, complétées par les notes, commentaires et analyses d'A. EPELBOIN (AE) relatives aux décès survenus depuis une dizaine d'années dans le réseau social proximal d'Ego au quartier Cité Jean-XXIII de Bangui.

Au départ, les directives suivantes ont été données à l'enquêteur-informateur de référence :

1) réaliser une liste de décès attribués au *sida* survenus au sein de sa famille, de ses amis, voisins,

(*) Par « corps social », nous entendons : la famille nucléaire, la famille élargie (paternelle, maternelle, belle-famille), les partenaires sexuels paraimatrimoniaux réguliers, passés et présents, les réseaux de voisinage anciens et actuels, les réseaux d'amis et de collègues de travail : c'est-à-dire toute une collectivité formelle et informelle aux contours géographiques et sociaux complexes qui joue un rôle fondamental lorsque le malheur, la malchance, la maladie surviennent. Elle est présente à tous les postes dans les différents temps des itinéraires diagnostiques et thérapeutiques : aide volontaire ou involontaire aux prises de décision, conseils, soutien matériel, accompagnements divers, administration de remèdes, organisation des funérailles, etc. Il faudrait également, pour bien faire, intégrer dans la description du corps social d'une personne ses éventuels esprits familiers (ancêtres, esprits de la brousse, de la forêt, des eaux, etc.).

C'est aussi au sein de ce corps social que sont souvent identifiés, lors des recherches de causalité du malheur qui permettent de donner un sens au mal, les éventuels jaloux, malfaisants et sorciers-anthropophages responsables des maux de leurs victimes.

connaissances et dans l'entourage de son (de ses) habitation(s) (ici « quartier » (4), ailleurs village, hameau, campement, immeuble, bloc d'immeuble, etc.);

2) relever en particulier : la date, le lieu géographique et social du décès; la notion de sérologie recherchée ou non; une identification des personnes connues intervenues dans l'accompagnement de la cure et de l'agonie; une collecte des explications et des discours se rapportant à ces décès auprès de personnes appartenant au « corps social » proximal du défunt, notamment quant à sa personnalité et aux explications « épidémiologiques »; le devenir des conjoints et enfants, en s'attachant à vérifier qu'il est conforme aux modèles culturels de circulation des enfants (8);

3) identifier dans l'espace du « quartier » de l'enquêteur des guérisseurs d'inspiration chrétienne et/ou traditionnels soignant le *sida* et leurs modes de légitimation de leurs compétences (3, 6);

4) recueillir au cours de cette enquête les connaissances, opinions, rumeurs ambiantes relatives au *sida* et au préservatif dans cette même collectivité informelle, y compris celles de l'enquêteur-informateur.

Nous présentons ici les résultats des deux premiers points de l'enquête.

Elle a donc été réalisée au cours du mois de juin 1994 dans le quartier Cité Jean-XXIII, IV^e arrondissement de Bangui, sis un peu en retrait de l'axe routier nord au niveau du PK8. Les fondateurs du quartier vers les années 1960 sont des Manza, originaires d'une zone de savane arborée située au centre du pays. A présent, le peuplement s'est diversifié, tant sur le plan socio-économique (fonctionnaires, employés, cultivateurs, commerçants, chômeurs...) qu'ethnologique (Manza, Yakoma, Ngbaka, Ngbaka manja, Ali, Banda, Gbanou, Kare, Gbaya de Bos-sangoa...). On trouve dans le quartier une majorité de maisons construites en briques séchées avec couvertures en tôles, mais il existe également des villas. C'est un quartier dense, aménagé, où toutes les concessions disposent *a minima* d'une fosse. L'eau à domicile, l'électricité, voire le téléphone, sont accessibles à la minorité qui en a les moyens.

L'enquêteur habite le quartier depuis 1972. Il est le père biologique de 12 enfants âgés de 21 ans à 7 mois, obtenus avec une seule épouse. Il est chrétien, membre de l'UFEB (Union fraternelle des Églises baptistes), diacre de l'église baptiste Ngoubagara qui couvre 14 quartiers. En tant que père classificatoire, il élève également un garçon et une fille de son frère aîné. Tous ses enfants sont scolarisés. Il est salarié régulier du CNRS et de l'ORSTOM depuis 1969. Il y exécute des tâches manuelles mais a eu l'occasion à diverses reprises de collaborer à des enquêtes ethnolinguistiques et ethnomusicologiques de chercheurs du CNRS : il sait notamment très correctement transcrire par écrit sa propre langue et le sango, la langue véhiculaire de la République centrafricaine. Sa phi-

losophie à propos du *sida* est basée sur une morale stricte qui favorise les couples monogames et fidèles, qui exclut le « vagabondage sexuel » mais qui ne refuse pas, au contraire, l'accompagnement des sidéens. Son Église, à sa connaissance, n'interdit pas l'usage du préservatif, puisque certains de ses membres l'utilisent pour contrôler l'espacement des naissances de leur progéniture. Il a été confronté récemment dans sa chair au *sida* : un de ses fils classificatoires, un neveu infirmier qu'il a lui-même élevé, est décédé de cette maladie en 1993.

Cette présentation détaillée d'informations intimes relatives à l'enquêteur souligne notre volonté de tenter d'intégrer les phénomènes inductifs liés à sa personnalité et de considérer ses propres connaissances et opinions.

La population enquêtée est constituée par sa propre famille, son voisinage immédiat, ses réseaux de connaissance du quartier, ses collègues de travail, son église : c'est-à-dire une population qui, d'un point de vue ethnologique, est représentative du corps social d'Ego.

RÉSULTATS ET ANALYSES

Décès attribués au *sida*, survenus depuis une dizaine d'années dans le réseau social proximal de l'enquêteur au quartier Cité Jean-XXIII de Bangui.

Cas n° 1. — Infirmier manza, marié à une première épouse parente d'Ego. Il est décédé en juin 1990 à Bangui chez lui. Séropositivité établie.

Cas n° 2. — Deuxième épouse de n° 1, banda, ménagère, décédée en 1988 à Bangui chez sa mère. Séropositivité non établie. Les enfants sont à présent élevés, le premier par la coépouse en sus de ses 7 enfants, le deuxième par la grand-mère maternelle de la défunte.

Cas n° 3. — Amant présumé de n° 2, commerçant « arabe », c'est-à-dire musulman et vraisemblablement tchadien, décédé en 1987, vivant en dehors du quartier.

Ego. — *Étant des époux qui vivaient séparément, chacun dans un autre quartier (habitat séparé des épouses), la n° 2, seconde épouse du n° 1, vendait de la bouillie de riz et du café avec des beignets. Pour cela, elle se rendait journalièrement au Kilomètre 5 (centre commercial célèbre) pour s'approvisionner en riz et en farine de blé chez les commerçants musulmans (tchadiens la plupart). C'est ainsi qu'elle finit par lier connaissance avec un Musulman qui lui fournissait gratuitement ses denrées : en échange, elle devenait sa maîtresse. Et c'est ce commerçant qui l'a contaminée avec le virus du sida, dit-on, pour qu'à son tour, elle le transmette à son mari, le n° 1. Tous les trois sont morts en faisant de la diarrhée +++ jusqu'à ce que la mort s'en suive. Ceci est l'avis de certains parents du n° 1 qui ont vu le résultat de l'analyse de son sang qui est nettement positif.*

Mais de l'avis de la mère du n° 2, elle raconte que c'est un fétiche que sa fille a frotté avec (sur) ses ustensiles de cuisine de sorte que personne ne les vole sous peine de mort de l'intrus. C'est ce fétiche-là qui s'est retourné contre la propriétaire pour lui donner la mort, car n'ayant (pas) trouvé quelqu'un d'autre à tuer.

Mais de l'avis général des uns et des autres, ceci n'est rien car elle menait une vie assez légère, profitant large-

ment du fait qu'elle ne dormait pas sous le toit de son homme.

La première épouse est vivante. Elle reste avec son enfant dans la maison construite par son mari et vit des arriérés de salaire. La famille aide la veuve sous forme d'aliments, d'argent.

Deux modèles de causalité sont ici en concurrence : le premier est basé sur un jugement moral mettant en cause l'organisation du ménage (polygamie et habitat séparé) et les pratiques adultérines de l'épouse (indépendante économiquement !). Le mal a été introduit dans le ménage par la femme, elle-même contaminée par un individu étranger à la collectivité et à la nation : le mal provient de l'autre, un étranger (musulman, tchadien) qui grâce à sa supériorité économique a pu séduire une femme mariée, réputée volage.

Le deuxième modèle de causalité est celui qui est affirmé par la mère de la défunte : il lui permet de nier ou d'ignorer des conduites adultérines de sa fille. Il met en cause une incapacité à maîtriser l'alliance avec des esprits non humains : l'état de notre connaissance de la société de la victime ne nous permet pas de savoir si le modèle du « retournement du fétiche », bien connu en Afrique, y est traditionnel ou emprunté à une culture voisine.

L'exercice de la profession informelle de restauratrice (vente d'un décocté sucré de café et de beignets et/ou de bouillie de riz sucrée aromatisée) implique, pour maîtriser les aléas du commerce, le recours à des charmes magiques assurant la chance, protégeant des agressions maléfiques de tiers jaloux d'une éventuelle réussite. La protection magique concomitante des outils de travail (les ustensiles de cuisine) vis-à-vis des voleurs est également usuelle dans les métropoles urbaines.

Ce deuxième modèle de causalité invoqué permet également de dissocier la mort des deux époux : sans extrapoler à l'ensemble des professionnels de santé de sexe masculin, il est souvent relevé que leur position de pouvoir leur permet de multiplier les occasions de rapports sexuels « paramatrimoniaux ». Il n'est pas envisagé ici le processus inverse, à savoir que le mari aurait pu transmettre la maladie à son épouse et à son amant.

Les propos recueillis par Ego fonctionnent donc, d'un côté selon un modèle explicatif proche du modèle biomédical, de l'autre selon un modèle qui, tout en accordant une part de responsabilité à la victime, revient à nier le sida en tant que maladie sexuellement transmissible et à exclure tout lien avec un comportement sexuel officiellement réprouvé.

Imaginons quelques autres modèles de causalité pensables, non retenus ici, mettant en cause les agissements maléfiques des humains selon les logiques autochtones : une femme (ou un homme) peut être victime de charmes magiques réalisés à son intention par des partenaires délaissés ou rejetés, aussi bien matrimoniaux que paramatrimoniaux. La réussite économique de la défunte aurait pu aussi provoquer son

empoisonnement par des clients, voisins, parents jaloux (cf. cas n° 7). Ce maléfice aurait pu alors être administré soit dans l'eau ou la boisson de la victime, soit sous forme d'objet pénétrant son corps par effraction cutanée non visible (*ndunga* en sango).

Inversement, la défunte aurait pu également se livrer elle-même à des agissements maléfiques, voire des actes de sorcellerie anthropophage qui, se heurtant à des forces supérieures à la sienne, se seraient retournés contre elle, etc. Ce type d'explication est combattu par les tenants de l'idéologie chrétienne (à laquelle adhère très fortement Ego) parce que considéré comme relevant de traditions animistes, jugées diaboliques.

Cas n° 4. — Ménagère manza, décédée en 1990 à Bangui chez son mari. Les funérailles ont été célébrées chez son père. Séropositivité recherchée.

Cas n° 5. — Jeune femme célibataire manza, décédée en 1986 à Bangui chez son père. Séropositivité recherchée.

Cas n° 6. — Fonctionnaire enrichi par son départ de la fonction publique, amant présumé de n° 4 et de n° 5, vivant hors du quartier.

Ego. — Dans le sillage de ces deux personnes, on raconte qu'elles ont été contaminées par un seul type qui était jadis un ancien fonctionnaire de l'État qui a demandé son départ volontaire assisté de la fonction publique. Comme les deux femmes partagent une seule maison, il est probable qu'en l'absence de l'une, l'autre accepte de devenir la maîtresse du monsieur à cause de son argent.

A l'heure actuelle, tous les trois sont morts et personne ne conteste cette hypothèse que c'est le sida qui les a tués. D'ailleurs, il paraît que l'analyse du sang de ces deux femmes a été faite.

Les sérologies VIH ont-elles réellement été réalisées et si oui, comment ses résultats ont-ils été diffusés, par qui et pourquoi? Hormis le cas n° 9, nous ne disposons d'aucune information fiable quant à la sérologie des défunts et aux conditions de l'annonce.

L'explication étiologique retenue dans les cas n° 4 et 5 correspond à la logique épidémiologique biomédicale : avec en plus un jugement moral, stipendiant ce qui est considéré comme un commerce sexuel de femmes célibataires.

De tels cas alimentent et sont alimentés par les rumeurs, ces « représentations de représentations d'événements » pourrait-on dire, qui mettent en scène des femmes vénales, des Don Juan, des « assassins en série » séropositifs. Lorsque le sus-nommé *fonctionnaire* a demandé son départ volontaire de la fonction publique, se savait-il déjà atteint par la maladie? Dans l'affirmative, s'agit-il d'un individu qui, avant de mourir, a eu le dessein, non seulement de profiter au maximum de la vie en dilapidant son petit capital, mais aussi en contaminant volontairement (consciemment et/ou inconsciemment) un maximum de partenaires? Ego rapporte aussi ailleurs à propos d'une jeune femme sidéenne : ... *elle couche avec autant d'hommes qu'elle est capable de séduire : ainsi lorsque vient son heure de mourir, devant les parents qui pleurent sur sa disparition prochaine, elle*

leur déclare de se calmer car, en tant que femelle, elle a joué son rôle et ne sera pas l'unique personne à disparaître de ce monde.

Rumeur ou réalité, l'existence de sidéens meurtriers en série est admise par une partie de l'opinion publique, que ce soit en France ou en Afrique. Dans ce continent en particulier, l'existence de sorcier(e)s-meurtriers-anthropophages dotés de pouvoirs magiques, agissant seuls ou en société, assassins de leur propre corps social, est communément admise : ce sont des individus d'apparence banale dans la vie quotidienne, amateurs de « sang », de « substance vitale », de « viande de la nuit » ou tout simplement assassins dans ces systèmes de représentation du monde où esprits et humains se cotoient. La notion, réelle et/ou fantasmagorique de sidéen meurtrier en série trouve donc facilement une place toute faite dans l'opinion publique.

Cas n° 7. — Ménagère manza, décédée en 1993 chez sa mère, en province à Dekoua. Son père n'était plus vivant, décédé d'une autre maladie depuis de nombreuses années.

Cas n° 8. — Ménagère manza, décédée en 1994 chez son père à Bangui.

Ego. — *Au cours de mon enquête, il ne fait aucun doute, comme le précédent cas, que toutes les deux ont été contaminées par un seul homme également. Tout le monde reconnaît qu'elles vivaient ensemble, se promenaient ensemble (déplacements et « contacts » sans contrôle social possible) et des fois la n° 8 servait de commissionnaire pour la n° 7 qui travaillait en ville chez un particulier, comme bonne de maison.*

Elles ont eu comme signes des boutons sur tout le corps, même en dessous de leurs cheveux : et en plus, elles tousaient beaucoup et faisaient de la diarrhée + +.

Malgré tout cela la mère du n° 7 accuse les voisins jaloux d'être les responsables de la mort de sa fille parce qu'elle était belle et travaillait (dans une situation de chômage endémique) : c'est pourquoi ils l'ont tuée.

Quant au n° 8, son père suppose que c'est son oncle paternel qui partage le même toit avec eux qui a empoisonné sa nièce qui lui manquait de respect et ne cachait pas son hostilité vis-à-vis de son oncle. Celui-ci ne travaille pas et devient une charge pour la famille. Donc, tout compte fait, elle ne lui donnait pas du tout à manger et c'est pour se venger de son égoïsme que l'oncle a empoisonné la n° 8.

Une chose est certaine : elle a fait 3 enfants qui n'ont pas de pères reconnus, d'où la prostitution bien marquée avec ses conséquences évidentes.

Il n'est pas dit si la sérologie a été recherchée : le diagnostic est affirmé sur la description clinique.

Ici encore un modèle explicatif en rapport avec le mode de vie prêté à deux femmes non mariées qui auraient eu des rapports avec une même source de contamination sur le lieu de travail de la première, en dehors du quartier.

Le lien entre l'existence de 3 enfants sans pères reconnus et la prostitution bien marquée de leur mère est possible, mais pas certain, car pouvant être obéré par la subjectivité d'Ego, conforme à celle de l'opinion publique d'inspiration chrétienne qui est censée réprouver le concubinage.

La mère de la première (n° 7) évoque un diagnostic persécutif lié à la réussite physique et professionnelle de sa fille dans un milieu urbain où le chômage est endémique. La beauté attire non seulement le désir sexuel mais aussi les agressions maléfiques concomitantes des personnes jalouses, repoussées, répudiées (cf. les modèles imaginés à propos du cas n° 2).

L'explication donnée par le père de la deuxième jeune femme, mère de 3 enfants de lits différents (cas n° 8), exclut une causalité en rapport avec ses mœurs sexuelles : elle renvoie aux usages sociaux du malheur. La maladie et la disparition de sa fille permettent de remettre de l'ordre dans l'organisation de la maisonnée et de la famille élargie. Le terme de parenté utilisé en français, *oncle paternel*, est très insuffisant et nous ne disposons pas du terme vernaculaire. Il s'agit donc d'un homme appartenant au lignage patrilinéaire : est-il de la même génération que le père de la victime ou d'une génération antérieure? Le fait qu'il s'incruste dans la maison malgré la volonté affirmée par les résidents, exprimée par la défunte par des vexations quotidiennes, permet d'imaginer qu'il s'agit d'un aîné biologique et surtout classificatoire du père que les règles coutumières ne permettent pas d'expulser. Aussi, l'accusation d'agression maléfique peut éventuellement permettre d'entamer ou d'achever le processus d'exclusion. En même temps, le fait qu'il soit rapporté que la fille ait exprimé clairement son hostilité indique, me semble-t-il, que nous nous trouvons là face aux transformations des règles coutumières induites par le passage d'une société rurale à une société urbaine. En ville, les dimensions de la famille élargie occupant une unité résidentielle se réduisent, éliminant en priorité les improductifs.

Au total, ici encore, opposition entre l'opinion publique qui rapporte la mort et la maladie au sida, sans preuve sérologique, mais sur des présomptions cliniques et « comportementales » et l'opinion des parentèles proches qui ont accompagné les défuntes jusqu'à leur mort. Celles-ci mettent en cause les agissements maléfiques d'individus appartenant au corps social des victimes.

Cas n° 9. — Infirmier, célibataire sans enfant, manza, neveu d'Ego, décédé à Bangui en 1993 dans sa famille paternelle. Sérologie réalisée, positive : diagnostic de tuberculose.

Ego. — *Il n'avait pas de femme et menait une vie de vagabondage tambour battant et selon l'analyse de son sang faite à l'Institut Pasteur de Bangui, il y a bel et bien le virus du sida. Mais sa mère croit que c'est la tuberculose qui est à l'origine de son décès.*

J'accompagnais mon neveu à l'hôpital : le médecin a fait sortir le malade pour m'appeler. Il m'a dit d'abord : « Présentez-vous, quel est votre degré de parenté avec le malade ?

— Je suis son oncle paternel, c'est moi qui me suis occupé du malade depuis le lycée jusqu'à sa formation professionnelle.

— Partant de là, il n'y a pas de problème. Cette enveloppe, à n'ouvrir que par le médecin, contient le virus du

sida, la maladie qui tue les gens. Épargnez cette enveloppe de la vue de tout le monde, ne la publiez pas. Pour ma part, je vais l'orienter chez les médecins qui s'occupent de la tuberculose. Revenez plus tard, 2 jours... »

Rappelons le statut social élevé de l'infirmier dans les sociétés africaines où il exerce des fonctions habituellement dévolues dans les pays riches au corps médical. La mort et la maladie sont appréciées ici par Ego comme des conséquences d'une réussite professionnelle qui a contribué à entretenir le défunt dans le célibat et le vagabondage sexuel. En tant qu'oncle paternel, Ego se voit confier l'annonce de la séro-positivité, *la maladie qui tue les gens*.

De même que dans les cas précédents, il est rapporté un déni du diagnostic de sida par un proche parent du défunt, ici la mère de l'infirmier décédé : non pas au profit d'une étiologie traditionnelle mettant en cause des théories persécutives, mais d'une étiologie biomédicale, la tuberculose, considérée par la biomédecine comme une conséquence du sida. Ajoutons que la causalité de la *tuberculose* est elle-même l'objet de théories traditionnelles du fait de sa chronicité et de son « incurabilité », liée à la fois à des problèmes d'approvisionnement en médicaments et d'observance des prescriptions. *Tuberculose* est un terme dont l'usage est croissant pour ne pas avoir à énoncer l'innommable, le sida.

Nous retrouvons ici le mode d'annonciation décrit par F. JABOT (7) où la personne informée n'est pas le patient, mais un membre de son corps social jugé pertinent par le thérapeute.

Cas n° 10. — Ménagère sans enfant, parente maternelle de l'épouse d'Ego, décédée en province à Dekoua en 1990 dans sa famille paternelle.

Ego. — *Tante maternelle de mon épouse, elle avait un comportement léger. Et tout au début de la maladie, son corps était recouvert du zona. Ensuite, elle s'est mise à trop tousser et elle a été évacuée au village natal pour mourir de diarrhée continue.*

Pas de sérologie connue, mais présomption diagnostique basée sur une clinique particulièrement évocatrice renforcée par le comportement sexuel de la défunte sur lequel un jugement moral est posé par Ego.

Cas n° 11. — Ménagère gbaya-bossangua, voisine immédiate d'Ego, décédée fin 1992 chez son mari à Bangui.

Ego. — *Il y a 10 ans de cela, l'une de ses deux filles a été victime d'un accident de la circulation : sa jambe gauche était cassée. Et pour aider sa fille à se remettre, la n° 11 devait quitter son foyer pour passer 6 mois à l'hôpital afin d'assister sa fille (nourriture; toilette...). Et, à leur sortie d'hôpital, époux et épouse ne s'entendaient guère, d'où séparation de corps (divorce) en dépit des interventions des parents : leur ménage n'a pu se trouver sur la bonne voie (l'évitement du divorce). Et c'est dans cette mêlée qu'elle a commencé à maigrir et à tousser anormalement. Elle fut hospitalisée dans un premier temps, mais son état de santé ne s'améliora pas. Elle fut ramenée à la maison. Au bout de 2 semaines, son état s'aggrava avec*

l'apparition de la diarrhée qui lui coupa le sens de la parole (aphasie) et elle en mourut.

Comme tous les parents lointains étaient à côté d'elle : son frère, venu de la Safa-loko (Lobaye) ne cessait de lancer des appels matinaux vers les 4 heures du matin, interpellant les voisins sorciers qui ont découpé (de) la chair de sa sœur, de la remettre en place pour qu'elle puisse retrouver sa santé. Propos dénués de bon sens (d'un point de vue chrétien) !

Ça fait plus de 10 ans, sa fille a fait un accident de mobylette. Elle a fait 6 mois d'hôpital pour une fracture de la jambe. La mère a eu de nombreux « contacts » (rencontres) à l'hôpital. Le ménage ne marchait plus.

Un lien de cause à effet est établi entre un événement *princeps*, le séjour prolongé à l'hôpital, qui, s'il n'a pas été à l'origine de la contamination de l'épouse défunte, a rendu publique la *séparation de corps* des époux et la possible multiplication de partenaires sexuels. Contradiction ici encore entre l'opinion publique établissant un lien entre le comportement sexuel et la mort de la victime et celle du père qui met en cause directement les agissements de sorciers-anthropophages : s'agit-il seulement de voisins sorciers ou/et de sorciers appartenant aux lignages patrilineaires ou matrilineaires de la victime? Les *appels matinaux*, tout en réalisant une annonce publique de ses convictions propres (et probablement de celles de ses alliés) visent à tenir à l'écart les agissements sorcellaires des « voisins », peut-être justement associés à un des parents sorciers venus assister à l'agonie et aux proches funéraires.

La théorie persécutive qui domine l'explication traditionnelle assumée par le père de la défunte évite le sida; mettant en cause voisins et parentèle, elle permet un réajustement des rapports de l'unité résidentielle avec le voisinage et probablement avec la parentèle accourue en vue des funéraires. Les rituels mortuaires, notamment en Lobaye, sont ainsi marqués, au décours de nuits de danse, par des règlements de comptes basés sur des accusations publiques, souvent divergentes, lancées à l'encontre de divers participants aux funéraires. Lorsqu'une personne est accusée nommément de sorcellerie, il n'est pas rare qu'un rituel ordalique *kadi* soit proposé, traditionnellement à base d'écorces de racines de *Tabernanthe iboga*, permettant selon les cas d'infirmier ou d'affirmer l'accusation (9, 10).

Il n'est pas établi de lien avec le cas n° 20, mari de la fille aînée de la femme, décédé du *sida* la même année.

Cas n° 12. — Chauffeur, banda, décédé en 1988-1989 à Bangui au quartier Miskine chez un neveu.

Cas n° 13 et n° 14. — Épouse et enfant du précédent décédés chez un frère de la mère quelques mois plus tard. Voisins proches d'Ego.

Ego. — *Étant un chauffeur qui voyageait beaucoup au Cameroun, aucune personne ne conteste que c'est le sida qui l'a tué, parce que sa femme et même leur petit enfant âgé d'un an sont morts après lui. Sinistre sort que personne n'ose commenter.*

Pas d'information complémentaire : les éventuels diagnostics relevant de la causalité traditionnelle ne sont pas connus.

Notons ici que le texte suggère une origine exogène (le Cameroun) de la source de contamination.

Les messages d'éducation sanitaire diffusés par les médias ont vulgarisé la notion de « groupes à risque », parmi lesquels les chauffeurs. Remarquons également que la transmission verticale est retenue comme un signe pathognomonique du sida.

Cas n° 15 et cas n° 16. — Ménage souma originaire de Pawa, décédés chez eux en 1992 et 1993 à Bangui. Le mari était peintre. Collègue de travail de Ego : n'habitent pas le même quartier.

Ego. — *Suivant le résultat de l'analyse du sang faite à l'Institut Pasteur de Bangui, cela ne fait aucun doute que c'est le virus du sida qui les avait tués.*

Leur enfant, âgé à présent d'une douzaine d'années, est retourné dans la famille paternelle, à Bossangoa.

Pas de commentaire d'Ego sur ces cas.

Selon les enquêtes propres d'A.E., à l'ORSTOM, comme dans d'autres entreprises où les salariés disposent d'une médecine du travail et d'un accès gratuit aux structures médicales, le secret médical est précaire, de fait, bien souvent, un secret de polichinelle.

Cas n° 17. — Jeune femme manza, célibataire, décédée sans enfant en 1992 à Bangui chez son frère aîné.

Cas n° 18. — Électricien manza décédé en 1992 dans sa famille à Bossangoa. Voisins d'Ego.

Ego. — *C'étaient des voisins qui ont été transférés dans leur village natal respectif pour mourir là-bas. Il n'y a pas grand-chose à dire.*

Il est souligné que les deux personnes étaient « célibataires » : la présentation associée des deux cas laisse entendre qu'ils entretenaient des rapports sexuels paramatrimoniaux. Isolés en ville, ils sont retournés se faire soigner et mourir dans leurs familles respectives en province.

Cas n° 19. — Jeune femme célibataire manza décédée en 1993 à Bangui chez son père.

Ego. — *Travaillant en ville chez un particulier en qualité de gardienne d'un enfant, elle en profite pour lier amitié avec le cuisinier zairois qui était employé dans la maison. C'est alors qu'ils décidèrent de vivre ensemble maritalement. Tous deux sont tombés malades et sont morts. Ses deux enfants nés de pères différents sont élevés à présent chez le grand-père paternel.*

Ici encore on note l'identification précise de l'origine étrangère (Zaire) du concubin. Y a-t-il justement une réprobation du concubinage, alliance matrimoniale réalisée sans les habituelles prestations matérielles et de services vis-à-vis de la belle-famille? Difficile à dire car de nombreuses sociétés africaines continuent malgré le non-dit officiel à ne considérer le mariage valide qu'à partir du moment où la femme

et/ou le couple a fait la preuve de sa fécondité. Dans cette idéologie fortement réprimée par le christianisme, il n'est donc pas choquant qu'une femme ait des enfants de lits différents (cf. cas n° 8).

Cas n° 20. — Agent de développement communautaire, décédé sans enfants en 1992 à Bangui chez un frère. Époux de la fille aînée de n° 11, voisine immédiate d'Ego.

Ego. — *Agent de développement communautaire, il a été affecté à Kabo, une petite ville de notre pays à la frontière du Tchad. De là-bas, il fut réaffecté à Bouca pour être transféré sanitaire à Bangui dans un état agonisant. Il fut hospitalisé pour mourir peu de temps après, tout squelettique.*

Il faut noter que les deux époux menaient une vie peu orthodoxe. Certains de ses frères racontent que ce sont ses collaborateurs qui l'ont tué parce qu'il a voyagé à l'étranger et qu'il est estimé par ses chefs.

Ici encore, d'un côté l'opinion publique qui établit un lien entre les mœurs du ménage et la mort. De l'autre, les frères de la victime qui nient le sida et privilégient un diagnostic de causalité maléfique lié à la réussite professionnelle du défunt. Il n'est pas donné d'information sur le statut sérologique et le devenir de son épouse survivante.

Cas n° 21. — Jeune femme célibataire, gbaya bossangua, décédée en 1994 à Bossangoa dans la famille paternelle.

Cas n° 22. — « Copain » de n° 21.

Ego. — *Tous ses parents racontent que c'est le fait qu'elle a déposé une fétiche anti-sorcier auprès de son neveu malade pour lui sauver la vie : pour la simple raison qu'elle pensait que des individus étaient en train d'en vouloir à la vie de son neveu. Comme le fétiche n'a pas trouvé l'être sorcier à détruire, il se retourne contre elle. Et c'est le fétiche qui lui a donné la mort, car le fétiche tue lentement.*

De l'opinion générale, tout le monde croit qu'elle est morte probablement du sida parce qu'elle vivait avec un copain qui lui aurait donné la maladie et tous les deux sont morts squelettiques.

Une fois de plus, contradiction entre l'opinion publique qui lie la mort de la défunte à celle de son partenaire sexuel et celle de la famille qui met en cause une causalité traditionnelle permettant de nier le sida. Le modèle proposé attribue la mort aux risques qu'a pris la défunte pour protéger un fils classificatoire. En d'autres lieux, on aurait pu, plutôt que de retournement de l'action du « fétiche », mettre en cause un détournement de l'agressivité des responsables de la maladie du neveu contre la tante. Un individu pourvoyant ne peut pas se mêler d'intervenir dans les affaires d'un tiers menacé par des esprits humains ou non humains, sans être soi-même parfaitement protégé, « blindé ». Cette explication est souvent donnée par des guérisseurs et des personnes profanes pour justifier leur non-intervention dans les malheurs d'autrui. Ces modèles d'explication sont également couramment utilisés par les grands devins-guérisseurs et leur entourage pour expliquer leurs propres maux.

Cas n° 23. — Jeune femme manza, célibataire décédée en mai 1994 à Bangui chez sa mère.

Ego. — Jeune femme célibataire, elle présentait des œdèmes aux pieds, aux joues, aux jambes : en plus, elle toussait beaucoup. Elle a été deux fois hospitalisée sans succès. Elle a donné naissance à deux enfants sans père, côté moralité ! Et c'est très, très maigre, qu'elle est morte. Les enfants ont été confiés à la famille maternelle.

Les rituels de funérailles ont été pratiqués là où le corps était exposé, c'est-à-dire devant la maison du fils de la sœur de la mère, en voyage au moment du décès. La maison du cousin était voisine au quartier.

Le diagnostic de sida repose ici sur l'âge de la défunte, les comportements sexuels qui lui sont prêtés : la clinique n'est pas particulièrement évocatrice et il n'y a pas de notion de sérologie positive.

DISCUSSION

Bien que les dossiers analysés ne soient que 21 (les cas n° 3 et n° 6 sont exclus, car non-résidents au quartier Jean-XXIII), il nous paraît intéressant de noter que :

— le premier décès attribué au sida au quartier Jean-XXIII remonte à 1986;

— les sérologies sont déclarées connues dans 6 cas (3 hommes, 3 femmes), inconnues dans 15 cas (5 hommes, 10 femmes). En fait, dans tous les cas, excepté un, nous n'avons aucune information fiable quant à la sérologie des défunts;

— les catégories socio-professionnelles concernées sont les « ménagères » (10 cas), des employées de maison (2 cas), des infirmiers (2 cas), des ouvriers du bâtiment (2 cas), un chauffeur, un agent de développement, une commerçante, un indéterminé et un enfant;

— 15 décès ont eu lieu à Bangui, 5 en province; 6 décès ont eu lieu dans la famille paternelle, 4 dans la famille maternelle, 4 chez un frère, 3 chez soi et 4 dans la famille en province. Il semble que les solidarités traditionnelles ne soient pas encore émoussées : malades et enfants survivants sont décrits comme pris en charge par une fraction de la famille : nous ne disposons pas d'informations sur la qualité de leurs conditions de vie;

— les comportements sexuels paramatrimoniaux sont expressément décrits dans 15 cas. On compte 12 célibataires dont 3 concubins, 8 mariés. Des « étrangers » au quartier et à la nation sont mis en cause dans 8 cas;

— les signes cliniques considérés ici comme pathognomoniques sont : la diarrhée et la toux chroniques, des lésions dermatologiques prurigineuses spécifiques et surtout une maladie cachectisante;

— dans 2 cas, on met en cause une volonté délibérée de meurtre d'un « assassin en série », sans qu'aucune preuve précise soit apportée.

Un classement des discours relatifs à la causalité des décès en 2 catégories (tableau I) permet de différencier les modes de transmission sexuelle des modes de transmission non sexuelle relevant pour la plupart des cultures locales. Celles-ci mettent en cause des agissements réels et fantasmagoriques des membres du corps social de référence des victimes : parents, voisins, collègues de travail, sorciers dévoreurs, mal-faisants, esprits traditionnels. Nous avons arbitrairement rangé la transmission verticale parents/enfants dans cette catégorie « transmission non sexuelle », parce que métaphoriquement intéressante.

Tab. I. — Causalités modernes et traditionnelles des décès attribués au sida dans le quartier Jean-XXIII de Bangui (1986-1995).

causalités du décès *	hommes	femmes	enfants
	DCD	DCD	DCD
sexuelle			
alliance paramatrimoniale	5	10	-
"étrangers" (Zaïrois, Tchadiens, Camerounais, ...)	2	3	1
mari	-	1	
commerçant	-	1	
employeur	-	1	
fonctionnaire retraité, "étranger" au quartier	-	1	
non sexuelle			
"retournement de fétiche"	-	3	-
collègues de travail	1	-	-
voisins jaloux et/ou sorciers		2	-
père et/ou mère (= transmission verticale)	-	-	1
oncle paternel	-	1	-
tuberculose	1	-	-
indéterminé	3	3	

* plusieurs étiologies peuvent concerner un même cas.

CONCLUSION

L'étude des discours relatifs au sida recueillis par un habitant du quartier Jean-XXIII de Bangui dans son propre « corps social » à propos d'une vingtaine de cas de décès attribués au sida montre :

— une correspondance entre la morale ambiante décrite comme condamnant les unions sexuelles réalisées en dehors des liens officiels du mariage et les opinions propres de l'enquêteur-informateur. Ses convictions religieuses bien connues ont pu également limiter, comme pour un enquêteur-médecin, l'expression spontanée de modèles explicatifs traditionnels;

— une méconnaissance de fait du statut sérologique relatif au VIH des personnes diagnostiquées comme atteintes du sida;

— l'établissement du diagnostic sur le comportement sexuel, l'origine sociale et géographique, la clinique, le caractère épidémique. L'issue fatale, après une maladie cachectisante, confirme rétrospectivement le diagnostic et permet éventuellement de l'élargir aux supposés partenaires sexuels, matrimoniaux et paramatrimoniaux;

— une reconnaissance de la maladie perçue comme une conséquence et/ou un stigmate de rapports sexuels paramatrimoniaux officiellement réprouvés, mettant en cause l'individu lui-même et/ou son partenaire;

— un déni et un refus du diagnostic d'une pathologie mortelle et stigmatisante par une fraction de la parentèle. Nous ne disposons pas d'information quant à la conscience par les intéressés eux-mêmes de leur maladie;

— une recherche de causalité et donc de guérison possible dans les différentes combinaisons qu'offrent les étiologies traditionnelles. C'est là aussi le champ clos d'affrontement et de concurrence entre les tenants des différentes idéologies, notamment chrétiennes, qui pensent pouvoir offrir une réponse à tout malheur terrestre.

Cette recherche confirme que la sérologie n'est pas au cœur du processus diagnostique et thérapeutique. Les praticiens de santé, l'opinion publique, certains guérisseurs et certains patients se retrouvent tacitement à utiliser des grilles de lecture clinique, dérivées de la « Définition de Bangui 1987 », où sont de fait inclus, outre divers symptômes et syndromes, les comportements sexuels paramatrimoniaux de l'individu et/ou de son partenaire légitime, son statut social, sa profession, sa mobilité spatiale.

BIBLIOGRAPHIE

1. DOZON (J. P.) & VIDAL (L.). — *Actes de l'Atelier. Les sciences sociales face au sida, cas africain autour de l'exemple ivoirien*. Centre ORSTOM de Petit-Bassam, Abidjan, 1993, 391 p.
2. EPELBOIN (A.). — Sida et sida : réflexions anthropologiques à propos du « phénomène sidaïque » en Lobaye, en République centrafricaine. *Bull. Soc. Path. Ex.*, 1989, 82, 260-266.
3. EPELBOIN (A.), HABY (M.), CHIEZE (F.) & VARGAS (R.). — *Médecines traditionnelles, cultures et sida*. Actes vidéographiques du Colloque Médecine traditionnelle et sida, organisé par l'OPALS à Bamako en février 1994. Coproduction OPALS, CNRS, Le Chant des pistes, 1994, 90 minutes.
4. GIARD (L.) & MAYOL (P.). — *L'invention du quotidien*. Tome 2 : *Habiter, cuisiner*. UGE, Paris, 1980, 316 p.
5. GRUENAI (M. E.) & VIDAL (L.). — Introduction. In : *L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique. Psychopathologie africaine*, 1994, XXVI, 149-153.
6. HAGENBUCHER-SACRIPANTI (F.). — *Représentations du sida et médecines traditionnelles dans la région de Pointe-Noire (Congo)*. ORSTOM Éditions (coll. Études et thèses), Paris, 1994, 107 p.
7. JABOT (F. H.). — La situation du conseil en RCA. In : *L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique. Psychopathologie africaine*, 1994, XXVI, 155-188.
8. LALLEMAND (S.). — *La circulation des enfants dans les sociétés traditionnelles*. L'Harmattan, 1993, 257 p.
9. RETEL-LAURENTIN (A.). — *Sorcellerie et ordalie*. 1974, Anthropos Parcs.
10. THOMAS (J. M. C.), BAHUCHET (S.) & EPELBOIN (A.), édit. (Arom, Bahuchet, Cloarec-Heiss, Epelboin, Guillaume, Motte, Senechal & Thomas). — *Encyclopédie des Pygmées aka, techniques, langage et société des chasseurs cueilleurs de la forêt centrafricaine*, pp. 248-261. Paris, Selaff-Peeters, 1993, fasc. 2 B, cf. article *mbondo*.
11. ZEMPLINI (A.). — La maladie et ses causes. In : *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture. Ethnographie* (n° spécial), 1985, LXXXI (96-97), 13-44.

Commentaires en séance : 14 juin 1995

INTERVENTION DE M. M. REY

Cette étude originale apporte un éclairage intéressant sur les attitudes africaines vis-à-vis des malades atteints de sida et pourrait aider à réorienter les stratégies de l'éducation pour la santé. Avez-vous observé des comportements de rejet, voire d'exclusion de la part des familles ou de l'entourage vis-à-vis des malades, comme cela a été signalé parfois en milieu africain, en contradiction avec la solidarité africaine traditionnelle?

A. EPELBOIN : dans le cadre de cette enquête, la réponse est négative.

INTERVENTION DE M. NIYONGABO

L'exclusion des patients infectés par le VIH était un fait réel surtout au début de l'épidémie 1984-1987. Actuellement, les sujets sont de mieux en mieux entourés, d'une façon plus importante dans les campagnes. Cependant, les sujets malades en ville qui perdent leur emploi et leurs revenus constituent une difficulté sociale importante.