

# **La contagion au temps du sida**

## **Représentations de la maladie et de la contagion en Côte-d'Ivoire**

**Monique CHEVALLIER-SCHWARTZ**

CNRS, ORSTOM, Abidjan

La maladie a toujours été un événement qui menace ou modifie la vie d'un individu, son insertion sociale et donc l'équilibre collectif de la société. Elle entraîne toujours un discours qui nécessite une interprétation complexe et continue de la société tout entière. Ainsi, les représentations de la santé et de la maladie mettent en rapport le biologique et le social en tant qu'objets métaphoriques porteurs de sens.

Il s'agit bien de l'impact de la maladie de l'Autre sur soi, de contiguïté, de promiscuité physique et sociale qui partage un même espace aussi bien physique que relevant d'un lien social, dans la mesure où c'est le rapport à cet Autre qui s'inscrit dans les corps. C'est en quelque sorte suivre la voie ouverte par Mary Douglas qui, dans le contexte du sida (1992), a montré que le discours d'une communauté concernant la contagion et sa façon de la gérer était étroitement lié à son « projet culturel » en l'occurrence au souci de se préserver et de contrôler ses marges lorsque celles-ci étaient jugées susceptibles de la menacer.

### **Thématique de la contagion : le sida et les autres maladies contagieuses**

Le sida est un phénomène qui marque profondément notre époque. Il véhicule une image fatale de la mort qu'apporte l'Autre pour toute la société, parfois à l'insu de cet autre, parfois en toute connaissance de cause.

Ses modes particuliers de transmission en font un fait spécifique :

- la séropositivité n'est pas la maladie, mais l'annonce d'une maladie à venir,
- l'infection est irréversible et le porteur du VIH sera toujours transmetteur potentiel,
- enfin, l'infection passe par des fluides (sang, lait, sperme) constitutifs de la personne, de son identité. Ces fluides fondent l'image même de la vie et deviennent avec l'infection au VIH, la réalité du mal, d'un mal invisible qui touche l'être au plus profond et modifie intensément les rapports qu'il peut entretenir avec autrui (Héritier, 1990, 1992a). Ainsi, c'est la pertinence de "facteurs culturels" (représentations de la vie, de soi-même, des relations à autrui, des modalités d'insertion dans des groupes sociaux : c'est-à-dire les normes et les représentations) qui dans chaque culture, modèlent les croyances et les relations sociales.

Ce syndrome fait entre autres réapparaître les peurs liées à sa propagation épidémique. Son émergence et sa rapide diffusion entraînent des réactions que l'on pensait appartenir à un passé révolu, celui par exemple du temps de la peste et du choléra. Ainsi se retrouvent, la terreur panique, l'égoïsme viscéral, la recherche du bouc-émissaire, l'appel aux mesures d'exclusion, l'explication morale de la maladie analysée en termes de culpabilité ou d'innocence.

Les discours de prévention cependant ont classé l'infection à VIH comme une maladie transmissible non contagieuse. Ce mode de catégorisation « médicale » n'est pourtant pas évident, aussi bien pour le sens commun que pour celui des professionnels de la santé. Bien souvent même, ces notions de maladie transmissible et de maladie contagieuse sont utilisées indifféremment dans le monde médical.

Si, dans ce discours médico-préventif, l'accent est mis sur le caractère transmissible du virus, c'est que la « transmission » ne véhicule pas les mêmes représentations collectives du mal que celles de la « contagion ». Ce dernier terme, qui est peu à peu devenu quasi

synonyme de « contamination » — avec un sens péjoratif qui n'est pas loin d'évoquer la « souillure » — produit de l'angoisse, celle se rapportant à une transmission par simple contact avec les personnes porteuses de virus.

Cette querelle de mots révèle sans aucun doute les fluctuations sémantiques des catégorisations médicales mais aussi les formes multiples et différentes d'élaboration des connaissances produites par les milieux médicaux, les spécialistes de la prévention, les pouvoirs politiques, etc. Elle tient surtout à la nécessité de déplacer certaines significations pour dédramatiser le sida, rationaliser la prévention, prêcher pour une meilleure cohabitation et une solidarité active envers les séropositifs.

En dépit de toutes ces précautions langagières prises, le sida est présenté comme une maladie contagieuse ; cela est vrai en France, mais çà l'est davantage en Afrique où l'on parle d'épidémie et de nouveau creuset de grandes endémies.

Cela remet-il en question nos idées traditionnelles "si anciennes et si ancrées" sur la contagion, la contamination, l'infection ? N'est-ce pas vrai aussi pour toutes les maladies transmissibles ? Y a-t-il là, au temps du sida, une nouveauté par rapport aux peurs ancestrales de la contagion au temps des autres épidémies meurtrières ?

L'idée d'une contagion sans contacts corporels directs est aussi présente dans de nombreuses théories de la contagion et de la contamination. Elles se sont aussi bien forgées dans le passé de nos sociétés que dans celui de sociétés traditionnelles, africaines par exemple, où elles gardent une efficacité actuelle. On peut se demander en quoi le sida a modifié ce modèle ?

Une mise en perspective socio-historique de la contagion en regard d'autres pathologies infectieuses comme le choléra, la tuberculose ou la variole, permet — entre présent et passé — une approche des problèmes que pose aujourd'hui le sida. Certes l'histoire ne se répète pas et le sida n'est ni le choléra ni la syphilis, mais la relecture des expériences du passé peut aider à décoder les réactions — les nôtres et celles des autres — faces à ce fait « social total » qu'est le sida.

## 1. Présentation de la recherche

L'objectif principal de ma recherche est de livrer quelques réflexions visant à élaborer une définition anthropologique de la contagion qui l'affranchisse de son acception biomédicale et rende compte de toutes les représentations -y compris culturelles- dont elle fait l'objet. Elle s'inscrit dans le cadre des recherches générales sur les représentations, les modèles et le vécu de la « maladie sida » où sont étudiées les combinaisons et hiérarchies des différentes matrices culturelles, en tenant compte des spécificités locales des systèmes de symptômes « typiques », des étiologies spontanées qui renvoient respectivement au « surnaturel », au « naturel », au « social » et aux données et notions de la médecine moderne lorsque de spécifiques elles deviennent progressivement dominantes. Les avancées éventuelles de la représentation du sida sont en particulier étudiées face à celles des maladies infectieuses dans les troubles imputés aux pratiques des tradithérapeutes, des jeteurs de sorts, des agents de sorcellerie et enfin au châtement divin.

L'étude que je présente ici se veut une réflexion sur des données recueillies durant une première phase d'enquête d'un travail ethnographique en Côte d'Ivoire, auprès de populations Gouro et Dioula habitant les villes de Zuénoula (Centre-Ouest) et d'Abidjan. Ces données se rapportent au domaine de la santé et de la maladie et plus particulièrement à l'étude des pratiques et des représentations des maladies contagieuses.

C'est du discours que l'on traite, d'un discours partagé par une culture autour du mal, du malheur, de la maladie, de leurs causes, de leur traitement, de leur dénouement, mais aussi autour des pratiques c'est à dire des comportements qui vont de pair avec les représentations.

Car, toutes les populations perçoivent les maladies comme des événements, conçoivent des représentations et formulent divers discours explicatifs, interprétatifs

L'analyse anthropologique de ce discours produit par les divers interlocuteurs vise à montrer qu'il existe une distorsion entre les significations des symptômes proposés par les personnes enquêtées (malades ou non) et les traductions qu'en donnent les spécialistes de la biomédecine. Cependant, il peut survenir le risque de surinterprétation qui a été souvent décrit dans la littérature anthropologique. Certains de ces travaux montrent que des interprétations abusives ou arbitraires des réalités sont privilégiées pour décrire le "réel des autres" (cf. Olivier de Sardan, 1994).

## 2. Déroutement des enquêtes

Cette étude insiste sur une approche socio-anthropologique du sida, de type qualitatif utilisant les méthodes de connaissances propres à la sociologie et à l'anthropologie sociale. Cette méthode d'immersion dans le terrain et d'observation participante, ancrée sur de bonnes études en anthropologie de la maladie, sur des données ethnographiques antérieures (Deluz, 1970, Haxaire 1985, pour la région concernée, et de manière plus globale, Dozon et Vidal, 1993) permet d'aller loin dans la compréhension des mécanismes mentaux impliqués.

L'enquête ethnographique qui est menée vise à comprendre aussi bien auprès de personnes non malades que de celles déclarant souffrir d'une maladie :

- les représentations culturelles des maladies que les enquêtés considèrent comme "contagieuses" ;
- les conséquences de l'annonce d'un diagnostic porté par une personne "supposée savoir" qui a été consultée (médecin, tradithérapeute) ;
- l'interprétation qui est faite du discours médical afin de comprendre le décalage entre le discours biomédical, la compréhension que ces personnes en ont et les pratiques de soin que ces dernières mettent ou non en oeuvre.

Les points d'intérêt relevés sont étudiés et se croisent dans une perspective de comparaison :

- malades / non malades
- milieu villageois des petites villes / milieu urbain des petites villes et d'Abidjan.
- professionnels de santé / malades / non malades
- structures sanitaires spécialisées / service hospitalier général / soins libéraux et religieux.

Les recherches sont menées auprès des différents interlocuteurs aussi bien à Zuénoula qu'à Abidjan.

### a. Les structures sanitaires

- Observer les représentations et pratiques en milieu hospitalier et en milieu libéral concernées par le sida sur la base d'entretiens avec différents responsables (médecins, infirmiers, aides-soignants, assistants sociaux, bénévoles, etc. ) :

- Enquêter sur l'accueil des malades, la consultation, la prise en charge, les rapports malade/soignant, les rapports soignant/proches du malade, les types d'information données aux malades et à leur proches.

Il s'agit de déterminer les comportements et les pratiques du corps médical quant à la diffusion de l'information et de saisir les logiques mises en oeuvre. Quelle forme de contrôle "médical" s'exerce sur la diffusion de l'information, les méthodes de prévention ? Quelles sont les normes, valeurs, références socioculturelles qui imprègnent le corps médical dans la diffusion ou la rétention de l'information ?

- Enquêter auprès de malades et de leurs proches pour apprécier comment l'information concernant la maladie, la contagion est reçue, interprétée, appropriée.

La nature de l'information, son mode de transmission, le statut de l'émetteur sont certainement déterminants quant à la manière dont cette information est reçue. Mais, c'est aussi et peut être surtout, en fonction de l'histoire de sa maladie, de ses conceptions de la

maladie et de celles de son entourage, que le malade va sélectionner et s'approprier les informations qui circulent ou qui lui sont directement données dans le service hospitalier.

#### *b. Les malades*

Enquêtes socio-anthropologiques sur la base d'entretiens semi-directifs à passages répétés à intervalles réguliers pour observer la transformation du discours dans la durée, avec des malades connaissant leur pathologie et le cas échéant leur statut sérologique.

#### *c. La population générale*

Il a été procédé à des entretiens individuels répétés à domicile — en dehors de tout contexte médical — de petits groupes de populations. Ces entretiens sont menés directement ou avec un interprète dans la langue originelle de l'interlocuteur.

— en milieu villageois (Zuénoula) :

• Gouro en général de religion traditionnelle ou chrétiens, si possible concernés par l'épidémie de choléra de 1993 dans la mesure où ils sont repérables ;

• Dioula "musulmans"

— en milieu urbain (Abidjan) :

de personnes de chaque même groupe ethnique (gouro et dioula) qui ont de préférence un lien avec les personnes non malades interrogées en milieu rural et auprès de qui nous avons demandé une introduction pour enquêter à Abidjan.

Cela constitue un corpus de biographies qui permettront de mettre à jour les dynamiques des changements engendrés par la maladie au niveau individuel, familial et communautaire.

Le choix de retrouver les mêmes populations en milieu rural et en milieu urbain permet de vérifier les hypothèses formulées :

- poids de la religion "religions traditionnelles" / religions du Livre : Les désordres physiologiques des malades sont pensés dans la coexistence/compétition entre les forces religieuses traditionnelles et celles de l'Islam et du christianisme. Cela bouleverse les représentations de la maladie et de la contagion concernant la distance aux institutions socio-religieuses et leurs actions surtout lorsqu'il s'agit de l'interprétation des pathologies.

- connaissance de la maladie dans différents milieux (gouro/dioula plus précisément) : Chez qui parle-t-on le plus du sida ? où y a-t-il le plus de visibilité ?

- lieu de résidence (ville / petite ville / village) : Il s'agit de déterminer les influences des relations sociales, des déplacements souvent très fréquents ceci en corrélation avec le lieu de résidence principale.

### **3. Premiers résultats**

Il est difficile d'aborder rationnellement les systèmes des représentations où la maladie, la santé n'ont pas qu'une origine biologique mais qui ressortissent à de multiples causes.

Les maladies "contagieuses" sont connues des enquêtés. Ils les énumèrent comme telles bien que certaines ne soient pas ainsi désignées par la biomédecine (tuberculose, choléra, paludisme, lèpre, sida, épilepsie, cancer, etc.).

Ce sont des entités nosologiques ambivalentes qui induisent une multiplicité de discours symptomatologiques. Un même "trouble" permet d'observer la récurrence de symptômes identiques désignant des maladies décrites comme différentes. Tout d'abord on dit que "cela se réveille" chez ceux qui n'ont pas "un sang assez fort". Les symptômes sont multiples : maux de ventre, manque d'appétit, amaigrissement, fortes fièvres ("corps chaud"), brûlures à l'intérieur, démangeaisons, mauvaise odeur...

"On naît avec" "une chose de Dieu ?, des ancêtres ?". Ce ne sont des catégories ni nosologique ni étiologique. On hérite de cette maladie, elle est dans la famille sauf si certaines mesures préventives sont prises. La maladie est endogène à l'homme, elle est en germe (notions d'hérédité, de terrain favorable, de prédispositions), elle est non maîtrisable. Certains individus cependant seraient plus résistants aux attaques extérieures grâce à des aptitudes physiques (un sang "fort"). De ce point de vue, le malade ne se sent pas responsable de l'existence ou non de ses capacités endogènes. Cela met en évidence des notions traditionnelles selon lesquelles les individus sont inégaux devant la maladie selon leurs

capacités endogènes ou le hasard des rapports mis en jeu : conflit entre “sang fort et sang faible” que l’on peut mettre en relation avec “un virus (germe/microbe) fort, un virus (germe/microbe) faible”. Dans ce cas on attribue au sang fort à la fois un pouvoir contaminant mais également immunitaire. On rejoint la “logique de l’identique et du différent” (Héritier, 1996) Certaines formes sont contagieuses, d’autres non. Pour certains la transmission se fait à partir des relations sexuelles (ex. “Un lépreux, même si sa maladie est à l’intérieur (état d’incubation) s’il a des rapports sexuels avec une femme saine, celle-ci contractera cette maladie et les enfants qui naîtront seront tous lépreux” Un autre déclare “ce lépreux a cette maladie parce qu’on lui a jeté un sort. Certaines personnes ont le pouvoir de transmettre la lèpre à distance” “il a attrapé la lèpre car il a uriné sur une tombe”.

Dans un premier temps, tout être vivant naîtrait avec .... dans son corps et n’entraverait pas le déroulement normal d’une personne. (dimension héréditaire ?). A cet état de la “chose” personne ne parle de maladie. Le fait qu’il soit présenté comme une norme attribuée aux ancêtres, à Dieu, répond aux besoins de causalité manifestés à tout fait social (normal, heureux ou malheureux) qui reçoit une ou des explications significatives dans la vision du monde en vigueur.

En zone rurale, le mauvais sort, l’attaque de sorcellerie, la transgression d’un interdit sont les raisons surnaturelles qui sont souvent mentionnés. La maladie est vécue comme une punition, une sanction ou une agression dont les manifestations touchent le “double invisible” de la personne et l’affaiblit. Les génies de brousse se sont manifestés.

Quand parle-t-on d’état pathologique ? Toute situation thérapeutique induit une relation dissymétrique et pour les soignants la nosographie est fondée sur l’étiologie.

Les gens expriment leur maladie par la traduction de leur souffrance. Le silence des organes de Leriche reste une proposition convenable pour définir l’état de maladie. Les premières douleurs sont ressenties dans le dos, dans la poitrine, dans l’abdomen. Tous s’accordent à dire que la maladie bouge, “marche”, circule à travers le sang. La maladie “sort” en différentes localisations, ce qui constitue autant de termes spécifiques, autant de maladies qui se manifestent par crises. Les paysans sont les plus atteints par la maladie, ils travaillent beaucoup, avec effort sous le soleil, le sang chauffé et réveille la maladie. Devant le médecin, les malades ne procèdent pas à un auto-diagnostic, ils décrivent leurs douleurs, ils se sentent “incompétents” Lorsque le symptôme devient visible : il est mûr, on peut l’extraire donc le soigner par la médecine conventionnelle, en ville, au dispensaire, à l’hôpital, par la médecine des “blancs”

On dénonce souvent la faible fréquentation de l’hôpital, des dispensaires. On ne peut la rapporter au seul problème du coût financier ; il existe divers usages sociaux qui sont mis en jeu à l’occasion de l’événement maladie (cf. D. Bonnet, 1995). La communauté villageoise n’a pas d’homogénéité de classe, (il existe des riches et des pauvres) de statut social, de genre. Le fait d’aller en ville, de faire soigner sa maladie représente tout autant un acte de recours thérapeutique d’un acte de reconnaissance sociale. Le traitement médical est visible et supposé efficace rapidement. S’il en est ainsi, il modifie les représentations de la maladie. mais le choix de ce type de soins ne s’oppose pas au traitement populaire.

Les relations entre personnels de santé et patients sont souvent empreintes d’incompréhensions multiples qui engendrent une certaine domination symbolique et des attitudes plus normatives qu’explicatives. (“on leur explique bien, mais les femmes, les paysans, ne comprennent rien” répètent très souvent les infirmiers).

Les discours des “tradithérapeutes” attestent aussi d’un “savoir” qui nomme la maladie et attestent leur maîtrise de la symptomatologie et rendent crédible un traitement.

D’autres modèles de représentations de la maladie sont exogènes, l’homme est naturellement sain, la maladie est due à une action mauvaise, d’un démon, d’un sorcier, de miasmes contenus dans l’air, dans la terre, ou de microbes (Herzlich, 1984). L’élément qui cause le mal peut agir délibérément ou bien porter le mal en lui sans le savoir. Le malheur, la maladie peut provenir d’une sanction divine, d’une infraction à des règles sociales, à des interdits transgressés. C’est le principe de transfert et de causalité.

Ces deux modèles — endogènes/exogènes — impliquent un sentiment de responsabilité dans l’apparition de la maladie.

## **Interprétations de la causalité du sida un modèle n'exclut pas l'autre**

La connaissance du sida et de ses modes de transmission dépendent du vécu personnel, du modèle social, du système de valeurs de la personne enquêtée. Les représentations sociales sont le signe d'une appropriation de la réalité, font l'objet d'interprétations fortement chargées d'affects, de réinterprétations du réel d'où surgissent des croyances qui induisent des discours et des comportements très divers et finalement une adaptation aux situations nouvelles. Cela relève aussi de considérations historiques et culturelles qui rendent les choses difficiles à penser (relativisme culturel)

Les citoyens interrogés (plus jeunes et plus "lettrés" décrivent d'emblée le sida comme étant une maladie moderne, scientifiquement reconnue, "une maladie de blanc", même si au décours de l'entretien ils évoquent les faits de sorcellerie causant des maladies "peut être que c'est vrai aussi pour le sida" et pour lesquelles on recourt à des traitements traditionnels. Mais le sida est le plus souvent perçu comme une transgression à des conduites, des pratiques décrites comme "hors normes" de son appartenance sociale (inconduite sexuelle : partenaires multiples, prostitution, adultère, homosexualité, toxicomanie, zoophilie, ruptures d'interdits sexuels ou alimentaires).

On s'efforce de trouver l'origine d'une maladie (microbe, punition divine, sanction sociale, sorcellerie) mais elle renvoie à l'unique interrogation "Pourquoi moi ?" Ce type de questionnement universel qui donne du sens à la vie, à la mort, aux désordres dépend du système de pensée propre à sa communauté d'appartenance, de ses déterminants culturels, sociaux et historiques.

Les comportements font l'objet de variations sociales et individuelles. D'une manière générale, il s'agit de se méfier de l'Autre et plus particulièrement de l'approcher par des contacts directs (salutations, côtoiement, etc.) ou indirects, détournés par l'intermédiaire d'objets ou d'excrétions corporelles (il faut faire attention de ne pas marcher là où le malade a uriné ; ne pas respirer le même air que lui, etc.). C'est la peur du contact.

On en vient à fréquenter des gens "bien en forme", dynamiques, "sans boutons", très propres et bien vêtus "la maladie aime la saleté, la fatigue".

Dans le cas du sida, la maladie résulte d'une sanction infligée à son partenaire sexuel ce qui vous fait devenir une victime des transgressions de l'Autre. Cela illustre bien l'idée de la chaîne sexuelle

Le sida est "étranger". Ses métaphores le montrent : maladie de Blanc, attaque de sorciers, maladie de chien, de singe, punition de Dieu. Il se gagne, il s'attrape, il arrive d'autres, d'individus qui ont transgressé des lois, qui ont des pratiques hors normes sociales. Il en va ainsi des homosexuels, des usagers de drogues intraveineuses, des "séducteurs", des prostituées et plus largement de ceux qui ont commis l'adultère ou ont eu des comportements sexuels ou alimentaires généralement interdits. Hypothèse qu'il s'agit d'une maladie ancienne dont les paysans s'étaient toujours plaints et que chemin faisant les discours étiologiques et les pratiques de soins en vigueur dans ce milieu seraient d'ordre magico-religieux.

Une réponse est de penser que la maladie touche les "s'en fout la mort", ceux qui ont des comportements aberrants, qui s'habillent mal, les "dragueurs" "le mal est fait, si je dois attraper cette maladie, je l'ai déjà en moi" "il faut bien mourir de quelque chose".

D'une façon générale les femmes ont tendance à déclarer "se méfier des autres". Elles évitent certaines relations ayant une approche directe corporelle par peur des contacts (poignées de mains par ex.) ou de façon détournée par l'intermédiaires d'objets (repas pris ensemble) d'intimité excrétoire (uriner où un malade a uriné, respirer le même air). Ces craintes de transmission par contact sont évoquées pour la tuberculose, la lèpre et dont la guérison est envisagée si l'on parvient à transmettre soi-même à un autre (à donner) son mal, c'est le passeur. Un individu "gagne" une maladie en ayant subi une action extérieure. Il est une victime

Les particularités des voies de transmission du virus du sida (sang, lait, sperme, sécrétions vaginales) par des humeurs porteuses de la symbolique de la vie renvoie facilement les individus vers les valeurs et les croyances traditionnelles qui apportent sens et explication de la maladie d'autant que la médecine moderne se montre coûteuse et/ou impuissante. Ainsi se perpétue le succès des médecines traditionnelles et néo-traditionnelles (Dozon, 1993)

### **Entretiens centrés autour de quatre thèmes principaux :**

- Perception globale des maladies estimées “contagieuses” (existence, voie de communication, moyens de s’en protéger)
- Perception étiologique de ces différentes maladies (imputations à diverses pratiques sociales)
- Perception du corps et de son fonctionnement (à l’origine des représentations thérapeutiques)
- Récits d’épisodes symptomatiques.

### **Contact, Contagion, épidémies : La Grande Peur**

Comme l’a très bien décrit Paillard (1993), certaines maladies et singulièrement celles épidémiques montrent que l’oeuvre de destruction s’accomplit déjà avant la mort. Ainsi, deux grandes peurs se conjuguent : celle que suscite toute mort et qui renvoie au péril inconscient d’une mort contagieuse, et cette autre, consciente, elle, du risque contagieux. Elle fait écho à cette hantise ancienne et profondément inscrite dans l’esprit, celle de la mort épidémique. Elle est l’horreur même, massive, rapide et inexorable. Elle frappe de façon indistincte.

La vision ancienne de l’épidémie s’enracine dans l’univers magico-religieux : le mal biologique n’est pas naturel, il renvoie à la faute et la souillure corporelle signe celle de l’âme. Le mal collectif, notamment les maladies qui périodiquement s’abattent sur une ville, une région, est donc lié à une faute sociale. Et le sida renvoie à ces archétypes magico-religieux.

Le rapport anthropologique au mal biologique reste profondément marqué par la faute et la culpabilité. C’est pourquoi une maladie comme le cancer, qui semble loin de l’imaginaire épidémique, garde encore la marque de la honte. Et on pourrait la démasquer dans bien d’autres maux : l’hygiénisme de la société moderne, loin d’avoir réglé cette question l’a éparpillée. La santé reste, quelque part une question de sainteté.

Avec le sida, la liaison entre le mal biologique et la faute est d’autant plus forte que, dès le départ, la maladie a été marquée par l’infamie, l’épidémie apparaissant dans des groupes s’adonnant à des activités largement désapprouvées, voire répréhensibles.

La contamination apparaît dépendre d’une décision qui, dans le premier cas échappe aux individus, et dans le second leur serait imputable. La construction sociale de cette discrimination remonte aux premiers temps de l’épidémie.

Le mal épidémique fait surgir, bien souvent, la question du rapport entre la maladie et la morale. L’imaginaire des grandes épidémies a construit l’image d’une populace vouée à tous les vices et le monde médical — pour la lèpre et la tuberculose — lui-même n’était pas loin de penser que le mal avait à voir avec la dépravation sexuelle. “Le salut médical recommande l’ascèse”. Vielle idée hippocratique qui fait de l’équilibre le garant de la vie. Le “juste milieu” défendu par les Grecs astreint le corps autant que l’âme, autant l’individu que la société. C’est pourquoi “le mal biologique collectif est perçu comme un grand débordement des astreintes sociales. La faute qu’il présuppose n’est pas seulement celle qui atteint le Dieu ou les dieux. Elle est celle qui, d’abord, perturbe dangereusement les ordres de la société, les rapports sociaux de toutes natures qui assurent sa mythique harmonie équilibrée” (Paillard, 1993).

## **4. Éléments de conclusion**

Ce mode d’enquêtes qualitatives à passages répétés permet — à partir de cas bien analysés dans une perspective temporelle — de montrer que :

— les faits de pathologie sont autant d’émergences communes “matrices culturelles du désordre” en fonction desquelles se repèrent et s’interprètent, les dysfonctionnements physiologiques et (ou) psychiques, dans une aire socioculturelle donnée ;

— la reconstructions de telles matrices culturelles par l’anthropologie — à partir des représentations et des conduites qu’elles engendrent — est une démarche complémentaire (au sens fort) de l’analyse biomédicale des mêmes réalités.

Dans tous les cas, il s'agit de comprendre pour agir, de décortiquer les processus mentaux, les systèmes de représentation usuels, les pratiques sexuelles ou de protection/évitement à l'égard d'autrui. Tout ceci afin de mieux construire des modes de prévention adaptée.



## Bibliographie indicative

AUGÉ, M.

(1984) Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement. In M. Augé & C. Herzlich (Ed.), *Le Sens du mal : Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (pp. 35-91). Paris: Ed. des Archives Contemporaines.

BARDET, J., BOURDELAIS, P., GUILLAUME, P., LEBRUN, F., & QUETEL, C. (Ed.)

(1988) *Peurs et terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, syphilis. XIXè-XXè siècles*. Paris: A. Fayard, 444 p.

BASZANGER, I.

(1986) Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Rev. franç. de sociologie* 27(4), :3-27.

BECKER, C.

(1993) L'apparition du sida et la gestion des épidémies du passé au Sénégal. In J. P. Dozon & L. Vidal (Ed.), *Les Sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien* (pp. 71-98). Abidjan: ORSTOM/GIDIS-CI.

BERNAND, C.

(1983) Idées de contagion dans les représentations et les pratiques andines. *Bull. d'Ethnomédecine* 20(mars), :3-19.

BIBEAU, G., & MURBACH, R.

(1991) Déconstruire l'univers du sida. *Anthropologie et Sociétés* 15 (2-3), :5-11.

BONNET, D.

(1988) *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi* Paris: ORSTOM.

(1990) Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso. In D. Fassin & Y. Jaffré (Ed.), *Sociétés, développement et santé*. Paris: Ellipses/AUPELF.

(1995) Identité et appartenance : interrogations et réponses moose à propos du cas singulier de l'épileptique. *Cahiers des Sciences Humaines* 31(2), :501-522.

BOURDARIAS, F., & LE PALEC, A.

(1995) Guérisseurs et médecins. Interactions et stratégies. *Journal des Anthropologues* :51-61.

CAPRARA, A.

(1991) La contagion. Conceptions et pratiques dans la société alladian. *Anthropologie et Sociétés* 15(2-3), (L'univers du sida) :198-203.

CAPRARA, A., SERI, D., DE GREGORIO, G., & al.

(1992) The perception of AIDS in the Bété and Boulé of the Ivory Coast. *Soc. Sci. and Med.* 36(9), :1229-1235.

CHASTEL, C.

(1992) *Histoires des virus : de la variole au sida* Paris: Boubée.

CLATTS, M. C.

(1989) AIDS and the dangerous other : metaphor to sex an deviance in the representation of disease. *Med. Anthropology* 10, :105-114.

Collectif

(1984) L'Épidémie. *Traverses* 32, (septembre) :135.

(1987) Épidémies, malades, médecins. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 68(juin), .

CROS, M.

- (1990) Le sida comme nouvel avatar du tabou du sang. CEEIC-RIP Infirmière enseignante 4(avril), .  
(1993) Participer autrement de l'ethnographie en temps de sida. In J. P. Dozon & L. Vidal (Ed.), *Les Sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien* (pp. 325-345). Abidjan: ORSTOM-GIDIS.CI.

DEDY, S., & al

- (1991) Social cultural aspects of transmissible diseases : AIDS in the Baoule and Bete context. Paper presented at the VII Internat. Conf. on AIDS, Florence.

DELAPORTE, F.

- (1989) *Histoire de la fièvre jaune. Naissance de la médecine tropicale* Paris: Payot.  
(1990) *Le savoir de la maladie. Essai sur le choléra de 1832 à Paris* (1986. *Disease and Civilization*, Cambridge, London, The MIT Press, 1è ed.) Paris: PUF.

DELUZ, A.

- (1970) *Organisation sociale et tradition orale, les Guro de Côte d'Ivoire* Paris, La Haye: Mouton.

DOUGLAS, M.

- (1971) *De la souillure* (franç. ed.) Paris: Maspero.  
(1992) *Risk and Blame. Essay on Cultural Theory* London, New-York: Routledge.

DOZON, J. P.

- (1993) Médecines traditionnelles et sida. Les modalités de sa prise en charge par un tradipraticien ivoirien. In J. P. Dozon & L. Vidal (Ed.), *Les Sciences sociales face au sida, cas africains autour de l'exemple ivoirien* (pp. 239-250). Abidjan: ORSTOM/GIDIS-CI.

DOZON, J.-P., & VIDAL, L. (Ed.)

- (1993) *Les Sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien. Actes de l'Atelier de Bingerville (Côte d'Ivoire) 15-17 mars 1993*. (1ère ed.). Abidjan: ORSTOM/GIDIS-CI, 323 p.

DUPIRE, M.

- (1985) Contagion, contamination, atavisme : trois concepts Serer N'Dut (Sénégal). *L'Ethnographie* 96-97, (Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture) :123-139.

FABRE, G.

- (1993a) Conflits d'imaginaires en temps d'épidémie. *Communications* 57, (Peurs) :43-69.  
(1993b) La notion de contagion au regard du sida, ou comment interfèrent logiques sociales et catégories médicales. *Sciences sociales et santé* XI(1), .

FAINZANG, S.

- (1984) Le regard du serpent, Réflexions sur la théorie de la contamination chez les Bisa de Haute-Volta. *L'Homme* XXIV, :83-89.  
(1989) La santé : une affaire de médecins ? le rôle des représentations de la santé et de la maladies dans les pratiques quotidiennes. In D'Houtaud & al. (Ed.), *Les Représentations de la santé. Bilan actuel, nouveaux développements*. Paris: INSERM.  
(1994) L'alcoolisme, une maladie contagieuse ? Réflexions anthropologiques sur l'idée de contagion. *Ethnologie française* XXIV, 4, :825-834.

FARMER, P.

- (1988) Bad blood, spoiled milk : bodily fluids as moral barometers in rural Haïti. *American Ethnologist* 15(1), (février) :62-83.  
(1990) Sending, sickness. Sorcery, politics and changing concepts of AIDS in rural Haïti. *Medical Anthropology Quarterly* 4(1), (mai) :6-27.  
(1992) *AIDS and accusation. Haïti and the geography of blame*. Berkeley, CA: Univ. of California Press.

GINOUX-POUYAUD, C.

- (1996) *Trajectoires sexuelles et amoureuses, l'exemple des femmes de Marcory et Koumassi (Abidjan)*. Thèse de Doctorat, Univ. Montpellier III.

GOUDSBLOM, J.

- (1990) Les grandes épidémies et la civilisation des mœurs. *La Recherche*, (juil-août) :3-14.

GRMEK, M. D.

- (1990) Histoire du sida. Début et origine d'une pandémie actuelle (1989 1ère ed.) Paris: Payot (Coll. Petite Payot).

GUILLAUME, M.

- (1984) Les métamorphoses de l'épidémie. *Traverses* 32, (septembre) :6-13.

HAXAIRE, C.

- (1985) Vie et mort dans la représentation Gouro de la circulation des fluides du corps, in *Le Corps humain : nature, culture, surnaturel*. (pp. 333-343). Paris: CTHS.
- (1995) Gestion et prise en charge de la prévention du sida et des MST par le réseau des associations de jeunes et de femmes en pays Gouro, Perceptions et pratiques de femmes et de jeunes en matière de prévention du sida en Côte d'Ivoire, urbaine et rurale. Abidjan: ORSTOM.

HERITIER, F.

- (1990) Sida : le défi anthropologique. *Médecines et sociétés 1*, (mars) :13-19.
- (1992a) D'où vient ce mal invisible et sournois et comment le traiter ? Remarques anthropologiques sur la perception de la maladie dans des sociétés traditionnelles. *Autrement 130*, (Mutations) :148-157.
- (1992b) Du comparatisme et de la généralisation en anthropologie. *Gradhiva 11*, .
- (1996) *Masculin/Féminin, la pensée de la différence* Paris: Ed. Odile Jacob.

HOUVEMAEGHEL, M.

- (1992) Le dernier des fléaux. *Autrement 130*, (Mutations) :161-169.

JACOB, J.-P.

- (1990) Analyse anthropologiques et réalités biologiques. Drépanocytose et sida. *Genève-Afrique XXVIII* (1), :147-154.

JEUDY, H.-P.

- (1984) Virulences de la contamination. *Traverses 32*, (septembre) :40-47.

LUXEREAU, A.

- (1987) Perceptions de la santé et de la maladie en pays Haussa (région de Maradi, Niger), in *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles* (pp. 135-144). Paris: L'Harmattan (Connaissance des hommes).

M'BOKOLO, E.

- (1984) "Histoires des maladies, histoire et maladie : l'Afrique". In M. Augé & C. Herzlich (Ed.), *Le Sens du Mal : Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (pp. 155-186). Paris: Ed. Archives contemporaines.

MENDES-LEITE, R.

- 1995) Identité et altérité : protections imaginaires et symboliques face au sida. *Gradhiva 18*, : 93-103.

MOSCOVICI, S.

- (1993) La crainte du contact : entretiens avec Bernard Paillard. *Communications 57*, (Peurs) :35-42.

OLIVIER DE SARDAN, O.

- (1994) La logique de la nomination. Les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger. *Sciences sociales et santé 12*(3), :15-45.

PAILLARD, B.

- (1993) Le sida ou la mort repoussante. *Communications 57*, (Peurs) :87-99.

PIERRET, J.

- (1992) Une épidémie des temps modernes. In *L'Homme contaminé. La tourmente du sida 130*, (Mutation) :17-23.

RIEUSSET-LEMAIRE, I.

- (1992) *Une fin de siècle épidémique* Paris: Actes sud.

ROSEMBERG, C. E.

- (1989) What is an epidemic ? AIDS in historical perspective. *Deadalus*, (Living with aids) :1-17.

RUFFIÉ, J., & SOURNIA, J. C.

- (1993) *Les épidémies dans l'histoire de l'homme. De la peste au sida* (1984, 1ère ed.) Paris: Flammarion.

SABATIER, R.

- (1989) *Sida. L'épidémie raciste* Paris: L'Harmattan (Institut Panos).

SCHOEPF, B. G.

- (1991) Représentations du sida et pratiques populaires à Kinshasa. *Anthropologie et Sociétés 15*(2-3), :149-166.
- (1992) Women at Risk : Case Studies from Zaïre. In G. Herdt & S. Lindenbaum (Ed.), *The Time of AIDS* (pp. 259-286). NewBury, CA: Sage Pub.

SINDZINGRE, N., & JOURDAIN, G.

- (1987) Le sida : épidémiologie et anthropologie. *Politique africaine 28*, .

SONTAG, S.

(1993) *La Maladie comme métaphore / Le sida et ses métaphores*. (nouvelle ed.) Paris: Ch. Bourgois. (Champs essais).

SPERBER, D.

(1996) *La Contagion des idées. Théorie naturaliste de la culture*. Paris: Ed. Odile Jacob.

TAYLOR, C. C.

(1991) Condoms and cosmology : the 'fractal' person an sexual risk in Rwanda. *Social Science and Medicine* 31(9), :1023-1028.

THIAUDIERE, C. (Ed.)

(1992) *L'Homme contaminé. La tourmente du sida* (Vol. 130). Paris: Autrement, (Mutations) 208 p.

VIDAL, L.

(1992a) Itinéraires thérapeutiques et connaissance de la maladie chez les patients séropositifs pour le VIH (Abidjan, Côte d'Ivoire). *Cahiers Santé* 2, .

(1992b) Sida et représentations de la maladie. Eléments de réflexion sur la séroposivité et sa prise en charge (Abidjan, Côte d'Ivoire). *Cahier des Sciences humaines* 28(1) :67-81.

(1995) Les risques du culturalisme. *Le Journal du sida* 75-76, :32-34.

VINCKE, E.

(1991) Liquides sexuels féminins et rapports sociaux en Afrique centrale. *Anthropologie et Sociétés* 15(2-3), :167-188.

ZEMPLÉNI, A.

(1985) La "maladie" et ses "causes". *L'Ethnographie* 2, :13-44.





**CODESRIA**

Conseil pour le développement  
de la recherche en sciences  
sociales en Afrique



L'Institut français  
de recherche scientifique  
pour le développement  
en coopération

**COLLOQUE INTERNATIONAL**

***SCIENCES SOCIALES ET SIDA EN AFRIQUE***

***BILAN ET PERSPECTIVES***

**Communications – Volume 1**

4-8 novembre 1996

Sali Portudal, Sénégal

4-8 november 1996

**INTERNATIONAL SYMPOSIUM**

***SOCIAL SCIENCES AND AIDS IN AFRICA***

***REVIEW AND PROSPECTS***

**Papers – Volume 1**



Dakar

Codesria - CNLS - Orstom

octobre 1996