

SIDA ET SIDA : ANALYSE ANTHROPOLOGIQUE D'OPINIONS RELATIVES AUX DÉCÈS DE SIDÉENS DANS UN QUARTIER DE BANGUI (JUIN 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 persécuteur.

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 paramatrimoniaux 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-

