

## ► Enjeux et débats : (suite)

cations médicales de l'excision a été démontrée (Erllich, 1986). Le rejet dont ils font l'objet peut alors entraîner celui du message sur le sida et, par contamination, discréditer l'ensemble de l'information délivrée. La lutte contre l'excision, aussi légitime soit-elle, requiert un autre fondement que la peur du sida ; elle suppose une réflexion approfondie sur la signification de cette pratique et sur les moyens à mettre en œuvre pour y répondre.

C'est une question d'éthique qui se pose en fin de compte : la manipulation de l'information est-elle acceptable, même si elle sert une bonne cause ? Peut-on fonder avec cynisme une nouvelle stratégie de communication sanitaire ? Il deviendrait alors possible, par exemple, d'affirmer que les moustiques transmettent le sida : la peur de la contamination pousserait chacun à se protéger des piqûres d'anophèles ; l'endémie palustre en serait peut-être enrayerée... Cette nouvelle stratégie de communication sanitaire viendrait contredire celle qui a prévalu jusqu'ici et qui se fonde sur une éthique de vérité, reconnue indispensable pour pouvoir

lutter efficacement contre le sida. Cette éthique de vérité doit gouverner l'élaboration des messages d'information délivrés à la population ; la diffusion d'une information fautive ou ambiguë est inacceptable. En dernière instance, c'est aux individus à définir librement, c'est-à-dire sur la base d'une information valide, leurs attitudes et leurs pratiques.

Le cas soulevé ici devrait nous engager à réfléchir sur les distorsions et sur les falsifications de certaines informations scientifiques. Il est nécessaire de préciser les circonstances d'émergences de tels messages et d'évaluer les conséquences de leur diffusion ; la lettre du réseau Sociétés d'Afrique & sida pourrait être un lieu de réflexion sur ce thème.

### Références

- Bouvet E., Risque professionnel d'infection par le VIH : Synthèse des connaissances et évolution de la prévention, *Méd. mal. Infect.*, vol. XXIII : 18-33, 1993.
- Dawson M. H., AIDS in Africa: Historical Roots, in *AIDS in Africa, The Social and Policy Impact: Studies*

in *African Health and Medicine*, Le-wiston, The Edwin Mellen Press : pp. 57-70, 1988.

- Erllich M., *La femme blessée : Essai sur les mutilations sexuelles féminines*, Paris, L'Harmattan, 321 p., 1986.

- Geberding J. L., HIV Risk in the Health Care Organisation, *AIDS* vol. IV, suppl. 1 : S119-S122, 1990.

- Gentilini M. (dir.), *Médecine Tropicale*, Paris, Flammarion (coll. Flammarion Médecine-Sciences), 928 p., 1993.

- Moses S., Bradley J., Plummer F. et al., An Intervention That May Slow HIV Transmission, *AIDS & Society*, vol. V, n° 3 : 1 et 8 1994.

- Rosenheim M., Itoua-Ngaporo A. et al., *Sida, infection à VIH, aspects en zone tropicale*, Paris, Ellipses, Aupelf, 336 p., 1989.

- Vincenzi (de) I., Mertens T., HIV Prevention ?, *AIDS*, n° 8 : 153-160, 1994

## ► Recherche

### *Expériences de la séropositivité à Abidjan : une approche anthropologique*

Laurent Vidal \*

La recherche sur "les aspects anthropologiques de la prise en charge de la séropositivité à Abidjan", menée depuis juin 1990 auprès d'un groupe de 40 patients dépistés dans l'un des deux Centres anti-tuberculeux (CAT) de la ville, a vu sa problématique initiale évoluer dans des directions inédites, liées à la fois au fonctionnement de ces structures de soins et aux ajustements méthodologiques de la démarche anthropologique.

Dans un premier temps, ont en effet été décrits et analysés les itinéraires thérapeutiques des patients infectés par le VIH dans leurs liens avec la connaissance que chacun développe de sa maladie. L'absence d'annonce systématique de la séropositivité, jusqu'en 1992, déboucha sur une difficulté méthodologique doublée d'une interrogation éthique : comment travailler sur

les représentations du sida auprès de personnes qui ignorent leur statut sérologique pour le VIH ?

Pour résumer notre démarche, nous avons choisi, d'une part, de focaliser notre intervention sur la répétition des mesures de prévention de la transmission du VIH et, d'autre part, d'orienter le patient vers les médecins des CAT lorsqu'une demande d'explication sur la nature de cette "maladie" (fréquemment confondue avec la tuberculose) se manifestait. Sur le plan de la méthode, nous avons souhaité éviter de ne travailler qu'auprès de personnes informées de leur séropositivité. En effet, les représentations de la maladie ne se résument pas à celles des seuls - et rares en 1990 - individus se sachant infectés par le VIH. Par ailleurs, l'anthropologue - dans le cadre d'une observation de longue durée - a le devoir d'analyser les effets de l'évolution de l'annonce (absence puis instauration progressive : en somme, telle qu'elle se présente et non telle qu'elle devrait être) sur la vie affective

et professionnelle du séropositif.

Aussi, lorsqu'en 1992, les responsables des CAT ont installé des assistantes sociales chargées d'assurer le suivi "psychosocial" de patients informés de leur séropositivité par un médecin, nous avons pu analyser les réactions de ceux qui furent prévenus des résultats du test un ou deux ans après sa réalisation.

La nouvelle s'avère d'autant plus difficile à accepter qu'elle est fort tardive et qu'elle intervient alors même que les contacts avec le CAT se sont relâchés, au terme du traitement anti-tuberculeux de six mois. Simultanément, la vie du patient change d'orientation et l'image du CAT se trouve altérée. En effet, bien que ne souffrant pas physiquement, la personne se considère comme malade car porteuse du virus du sida et recherche à ce titre un traitement. Déçue de l'occultation de son état de santé réel par le CAT, elle se tournera alors plus aisément vers les tradithérapeutes. Ces expériences de la maladie

\* *Anthropologue, ORSTOM-ISD*  
15-21, Rue de l'École de Médecine  
75006 PARIS

## ► Recherche (suite)

nous confirment que la singularisation des parcours thérapeutiques (remarquée les premiers temps de notre travail) se renforce suivant le type d'information reçue au CAT, son moment (par rapport au test et au traitement anti-tuberculeux) et l'état de santé du séropositif.

Dans une recherche de plusieurs années, le parcours du chercheur évolue en parallèle avec celui du malade - apprenant sa séropositivité ou vivant des ruptures familiales, souffrant ou reprenant des forces. Nous sommes ainsi progressivement passés d'une anthropologie de la maladie (représentations, itinéraires, réponses familiales et médicales) à une ethnographie de l'individu malade. Ici, la maladie ne devient plus le seul objet de discussions qui portent aussi sur la vie familiale passée et les projets professionnels. Ceci étant, le sida ne peut être occulté de propos qui oscillent en permanence entre une représentation de la mort et une idée de la guérison.

M. Coulibaly et C. Douhourou, médecins-chefs des deux CAT d'Abidjan,

se heurtaient dans leurs relations avec les séropositifs à ce lien entre mort et guérison lorsqu'ils affirmaient espérer de ce type d'étude anthropologique un éclairage sur les conceptions de la maladie et les comportements en matière de recours aux soins de leurs patients, en dehors des seuls CAT (aussi bien avant, pendant qu'après le traitement anti-tuberculeux).

Une fois identifiées les stratégies de prise en charge de la maladie développées par chacun, nous avons donc essayé d'orienter notre propos sur la nécessité d'une information précise sur le sida qui réponde aux interrogations du malade sur l'origine et le devenir de son affection et à celles des médecins sur les implications de leur diagnostic dans l'expérience quotidienne de la séropositivité vécue par les patients. A cet égard, la mise sur pied dans les CAT, durant notre recherche, d'un véritable processus de "conseil" constitue une première étape positive dans un suivi de la maladie qui devienne, aussi, celui de l'individu malade.

## Références

- Vidal L., L'épreuve du Sida : une anthropologie entre éthique et terrain, *Journal des Anthropologues*, n°50/51 : 121-128, 1992-93,

- Id., Sida et représentations de la maladie ; éléments de réflexion sur la séropositivité et sa prise en charge (Abidjan, Côte d'Ivoire), *Cahiers ORSTOM des Sciences Humaines*, 28, 1 : 83-98, 1992.

- Id., Itinéraire thérapeutique et connaissance de la maladie chez des patients séropositifs pour le VIH (Abidjan, Côte d'Ivoire), *Cahiers Santé*, 2, 5 : 312-321, 1992.

- Id., *Médecins et séropositifs : perceptions croisées du sida et de sa prise en charge à Abidjan (Côte d'Ivoire)*. VIIème Conférence Internationale sur le Sida en Afrique, Yaoundé, Cameroun, 8-11 décembre 1992. Résumé W O 021.

## L'épidémie à VIH/Sida en République Centrafricaine

Françoise Jabot \*

### La situation épidémiologique

En République Centrafricaine, les premiers cas de sida ont été diagnostiqués en 1984. Les premières enquêtes nationales sur la population générale annonçaient une séroprévalence de 2 %. Celle-ci a rapidement augmenté, doublant quasiment tous les deux ans pour atteindre 8 % en 1988.

En 1990, conformément aux recommandations de l'OMS, est mis en place sur l'ensemble du pays, un réseau sentinelle de sérosurveillance basé sur un dépistage anonyme auprès de quatre groupes de populations : femmes enceintes, donneurs de sang, consultants porteurs d'une Maladie Sexuellement Transmissible (MST) et patients tuberculeux. Ce système a produit peu d'informations. En particulier ces deux dernières années, les perturbations sociales n'ont pas permis un recueil régulier des données. Cependant, selon les chiffres disponibles, on estime que la séroprévalence dans la population générale des 15-44 ans est

de 15 % à Bangui, 8 % dans les principales villes de province et 4 % en zone rurale. Chez les patients présentant une MST, la séroprévalence en 1993 est de 31 % à Bangui. En 1990, 38 % des patients tuberculeux étaient séropositifs. Ensuite, ce groupe n'a plus été surveillé. Depuis 1993, une étude est en cours auprès de patients tuberculeux hospitalisés. Parmi ceux-là, 68 % des adultes sont séropositifs.

En République Centrafricaine, 120.000 personnes seraient aujourd'hui infectées par le VIH et près de 20.000 enfants seraient orphelins de mère décédée de sida.

Au 31 décembre 1992, 3.900 cas de sida ont été déclarés mais on estime à plus du double le nombre de cas réels.

Dans les services de médecine des hôpitaux de la ville de Bangui, deux lits sur trois sont occupés par des malades sidéens et parmi ceux-là les deux tiers sont tuberculeux.

### La lutte contre l'épidémie VIH

La lutte contre le sida s'organise en 1987 sous l'impulsion de l'OMS. Le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) placé sous la tutelle du

Ministère de la Santé Publique, se met en place en 1988. La première phase de la lutte, concrétisée par le premier Plan à Moyen Terme (PMT), démarre en 1989 et se poursuit jusqu'en 1993.

En 1987, l'option était de mettre l'accent sur la prévention. Pendant les premières années de la lutte, les actions menées étaient centrées sur la prévention de la transmission par voie sanguine avec l'instauration du dépistage prétransfusionnel et sur la prévention de la transmission sexuelle par l'information et l'éducation de la population en vue de susciter un changement de comportement. Plus récemment, la lutte contre les MST, parent pauvre des programmes de santé, s'est progressivement renforcée et un programme de marketing social des préservatifs s'est mis en place.

La question de la maladie a été longtemps occultée. Alors que le PNLS développait des activités d'information auprès du grand public, les cas de sida et d'infection à VIH diagnostiqués à l'hôpital n'étaient jamais annoncés aux patients. Pendant des années, le phénomène sida n'a eu d'existence que dans un discours public désincarné avec pour conséquence, le doute des popula-

\* Médecin. Conseiller Technique de la Coopération française auprès du PNLS, BP 2153, Bangui, République Centrafricaine. Fax : 236 61 28 24