

# **ITINERAIRES THERAPEUTIQUES D'UN MALADE DECEDE DU SIDA A ABIDJAN (CÔTE D'IVOIRE)**

*Yoro Blé Marcel*

Enseignant - chercheur à l'Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD)  
Université de Cocody-Abidjan

---

## **Abstract**

This text relates to the therapeutic itineraries of a patient deceased of the AIDS to Abidjan. It tries to determine logics subjacent with the behaviors of search for care of the patient.

It arises from the analyses that the therapeutic choices of the patient were guided by the supposed cause of the disease as perceived by the patient himself. Thus, according to whether he thinks its disease like a benign pathology, he self-treats or called upon healer or peripheral structures deprived of adequate technical plate. But when he perceives its evil as the effect of an attack in sorcery, he privileges the care of the divine-healer, but also the prayers of divine cure. The belief in this imputative causality is used to him as argument to refuse any idea of the test of tracking of the AIDS and any recourse to the powerful structures of care, in spite of the insistence of the one of the doctors having discovered his seropositivity after him to have made the test without its knowledge. But the refusal of the patient to make the test of tracking and to resort to the powerful structures of modern care is explained inter alia by the fear of being discovered victim of a venereal disease in occurrence the AIDS, synonymous with stigmatization and social exclusion, in a context where the serologic confidentiality of the statute and the catch in social contribution and psychological of the patients remain a concern unsolved in Africa.

---

**Keywords:** therapeutic itinerary, AIDS, divine - healer, sorcery

---

**Résumé:**

Ce texte porte sur les itinéraires thérapeutiques d'un malade décédé du SIDA à Abidjan. Il tente de déterminer les logiques sous-jacentes aux comportements de recherche de soins du malade.

Il ressort des analyses que les choix thérapeutiques du malade ont été guidé par la cause présumée de la maladie telle que perçue par le malade lui-même. Ainsi, selon qu'il pense sa maladie comme une pathologie bénigne, il s'auto traite ou fait appel à une guérisseuse ou à des structures périphériques dépourvues de plateau technique adéquat. Mais quand il perçoit son mal comme l'effet d'une attaque en sorcellerie, il privilégie les soins du devin-guérisseur, mais aussi les prières de guérison divine. La croyance en cette causalité imputative lui sert d'argument pour refuser toute idée du test de dépistage du SIDA et tout recours aux structures performantes de soins, malgré l'insistance de l'un des médecins ayant découvert sa séropositivité après lui avoir fait le test à son insu. Mais le refus du malade de faire le test de dépistage et de recourir aux structures performantes de soins modernes s'explique entre autres par la peur de se découvrir victime d'une maladie honteuse en occurrence le SIDA, synonyme de stigmatisation et d'exclusion sociales, dans un contexte où la confidentialité du statut sérologique et la prise en charge sociale et psychologique des malades demeure une préoccupation non résolue en Afrique.

---

**Mots clés:** itinéraire thérapeutique, SIDA, devin-guérisseur, sorcellerie.

**Introduction**

Le SIDA, cette pandémie dite du siècle, qui est apparue officiellement en Côte d'Ivoire en 1985, continue d'alimenter l'actualité du monde médical et celui des chercheurs de tout bord. Hier maladie rimant avec la mort, elle semble perçue aujourd'hui par nombre de personnes dont des spécialistes de la santé, comme une maladie chronique avec l'usage de la trithérapie qui rallonge incontestablement la longévité des malades. Cependant elle reste toujours une maladie dont les victimes continuent d'être stigmatisées et socialement exclues, selon les représentations que les uns et les autres s'en font. Ceci explique sans doute pourquoi nombre de malades refusent de faire le test de sérologie. Or la plupart des études sur les itinéraires thérapeutiques des malades du SIDA (Vidal, 1995 ; 1996 ; 1992b ; Vidal et al, 1997 ; Blibolo, 1995 ; 2005) ont rarement porté sur les cas de malades, ignorant ou feignant d'ignorer leur statut sérologique et refusant volontairement de connaître celui-ci bien que

présentant les signes extérieurs de la maladie. C'est ce qui constitue la spécificité du cas du malade dont il est question dans cet article. En effet, le statut sérologique du malade a été découvert positif a posteriori par l'un des médecins traitant, à son insu, face à son refus catégorique de faire le test.

L'objectif de cet article est de décrire le comportement de recherche de soins du malade et d'analyser ses logiques sous-jacentes.

Dans la littérature anthropologique, ce sont les travaux de Fainzang qui ont largement contribué à montrer que des logiques autres que médicales sous-tendent les comportements des malades. L'auteur a notamment montré (Fainzang 1986 ; 1989 ; 1996) la cohérence qu'elles entretenaient avec la poursuite d'une efficacité sociale ou en réponse à d'autres enjeux sociaux.

La dimension historique et évolutive de l'utilisation des services devra donc tenir une place centrale dans les modèles d'analyse des comportements de recherche de soins. C'est l'une des raisons qui nous pousse à vouloir analyser les itinéraires thérapeutiques de Georges<sup>1</sup> que nous avons eu l'occasion de suivre diachroniquement jusqu'à sa mort.

Le choix du malade qui nous préoccupe se justifie aussi par le caractère multi-épisodique de ses itinéraires thérapeutiques, alliant médecine moderne, prières religieuses et médecines traditionnelles.

Au plan méthodologique, la reconstitution in extenso par les malades de leurs itinéraires thérapeutiques, le récit du vécu de leur maladie et de leurs recours antérieurs et/ou en cours, constitue un moyen particulièrement approprié à la saisie du sens de leurs multiples démarches. En effet, « *l'étude d'un itinéraire diagnostique et thérapeutique est un moyen privilégié d'identification d'un corps social, d'auscultation d'une société et de mise à plat des systèmes de représentation et de maîtrise du malheur* » (Epelboin, A. 1996). C'est ce que nous tentons de faire dans le présent article avec un malade<sup>2</sup> du SIDA. De façon pratique, ce travail est le fruit d'entretiens semi-structurés avec le malade, certains membres de sa famille, ses voisins, l'un de ses médecin traitant, et certains de ses coreligionnaires.

Au total, nous nous sommes entretenus avec treize (13) personnes.

---

<sup>1</sup> Pour le respect de la confidentialité du malade, nous utilisons ce prénom fictif qui ne permet pas de le reconnaître.

<sup>2</sup> Dès sa prise de fonction à la fonction publique, Georges a pris sa maison dans le quartier où nous habitons. Il était donc notre voisin de quartier, mais nous le connaissions pour avoir été l'un de nos aînés à l'université de Cocody-Abidjan.

## 1. Les premières tentatives thérapeutiques et leur échec

Georges, marié coutumièrement et père de quatre enfants dont la femme était enceinte au moment de sa mort, est le malade dont le cas sera décrit ci-dessous. Les échanges avec sa femme pendant sa longue période de maladie ont révélé qu'il aurait déjà été malade pendant deux ans d'une tuberculose, de fatigue générale, de diarrhée, ce qui l'aurait poussé à entrer à la fonction publique en 2004, le privé ne tolérant pas les absences répétées au travail, même pour cause de maladie. A partir de mars 2006, sa maladie a commencé par des symptômes qui lui étaient familiers et qu'il attribuait au paludisme : courbatures, fatigue générale, maux de tête, perte d'appétit. Pendant les premiers moments de sa maladie, il s'auto traite à l'aide de comprimés antipaludiques achetés dans une officine. En alternance, il utilise également des médicaments traditionnels faits de racines mélangées à de l'alcool frelaté appelé « *koutoukou* ». Selon son épouse, « *c'est pour soigner définitivement son paludisme. Les médicaments modernes à eux seuls ne mettent pas le malade à l'abri d'une rechute* ». On pouvait aussi observer par moment, le malade badigeonné de médicaments à base de plantes médicinales. « *C'est à cause de mes courbatures et de la fatigue que je ressens dans mon corps qu'une guérisseuse m'a conseillé ce traitement* » témoigne le malade. Il a également eu recours, en dehors de ces soins évoqués plus haut, à des structures périphériques de soins<sup>3</sup> où il a bénéficié de perfusion et d'injection de produits pharmaceutiques.

Le recours à l'automédication comme premières réponses à sa maladie laisse présager que le malade pensait savoir de quoi il souffre, ou du moins pensait être victime d'une maladie passagère, bénigne. Ce choix relève des habitudes régulières de nombre de malades africains et traduit une volonté de minimisation ou de banalisation du mal dès son apparition. En effet, généralement lorsque l'on est victime de maladies dont les symptômes sont familiers, on a tendance à y apporter des remèdes émanant des connaissances personnelles ou de celles de l'entourage. C'est donc ce que fait Georges dès l'apparition des premiers symptômes de son mal.

Mais se rendant à l'évidence quant à la mauvaise évolution de sa maladie, il fait appel à une guérisseuse d'abord, puis à des structures périphériques de soins où il bénéficie d'autres traitements médicaux. Recouvrer la santé est en ce moment l'objectif majeur de ses différentes démarches, d'où l'utilisation sans exclusive des différentes possibilités de soins

---

<sup>3</sup> Ce sont de petites structures de soins où le plateau technique n'est pas approprié pour une meilleure prise en charge des malades, et souvent tenues par des infirmiers à la retraite ou même quelque fois des aides soignants. Ici on ne fait que des injections, la prise de tension, les perfusions, etc. Pas d'analyses médicales, pas de véritables consultations, faute de médecins.

aussi bien modernes que traditionnelles s'offrant à lui, selon une logique de complémentarité<sup>4</sup>.

Mais plus de trois mois après ces premiers recours, son état ne s'améliorant pas, et face à son aggravation (dépérissement prononcé, anémie, fatigue générale), Georges pense à la nécessité de comprendre le sens de cette persistance, ou de cette « rébellion » aux soins. En effet, dans l'imaginaire populaire africain, si une maladie ne cède ni au traitement de la pharmacopée locale destinée aux maladies naturelles, ni au traitement du médecin, elle est généralement perçue comme un acte de sorcellerie ou un acte maléfique. C'est dans ce sens que le malade sollicite un devin-guérisseur<sup>5</sup> en vue de connaître l'origine de son mal, c'est-à-dire, comme le pense Zempleni (1985 : 21) « *l'événement ou la conjoncture historique dont l'éventuelle reconstruction rend intelligible l'irruption de la maladie dans la vie des individus* ».

Dans l'itinéraire de Georges, cette étape diagnostique marque le début d'un processus d'attribution de sens débordant largement les questions de maladie et de santé, et d'un changement de conduite thérapeutique, même si cela n'exclut pas systématiquement le recours par intermittence à la médecine moderne.

## **2. Le recours à d'autres formes thérapeutiques**

Georges, accompagné de certains membres de sa famille dont sa femme, part consulter un devin-guérisseur. D'après le diagnostic de ce dernier, c'est son oncle maternel qui serait à la base de ses ennuis de santé. Ce dernier serait jaloux de sa sœur (la mère de Georges) à cause de la réussite sociale de Georges contrairement à ses propres enfants dont aucun n'aurait réussi à l'école. De plus, l'oncle n'apprécie guère l'épouse de Georges qu'il accuse de profiter seule de ses biens. C'est pour cette raison qu'il a rendu Georges malade en lui lançant un mauvais sort.

Désormais, dans son entendement et dans celui de son entourage, ses malheurs viennent de son oncle. Ces soupçons confirment l'imaginaire selon lequel c'est toujours un proche parent (ou avec sa complicité) qui est à l'origine d'un acte de sorcellerie. C'est dans

---

<sup>4</sup> A ce propos, Lemaître Y. (1996) distingue la complémentarité indifférenciée et différenciée. Dans le premier cas, le malade perçoit sa situation de telle sorte qu'il a le sentiment qu'une médecine pourrait se substituer à une autre pour rendre le service qu'il en attend, et que pour cette raison, il est devant un choix. Dans le deuxième cas, il apparaît au malade que si une médecine ne peut pas lui procurer l'assistance ou les soins qu'il recherche, l'autre par contre peut le faire. Cette complémentarité est contraignante, puisque le recours à l'une des médecines s'impose de manière quasi-obligatoire. Il y a partage des compétences entre les médecines, les utilisateurs attribuent à chacune un domaine particulier.

<sup>5</sup> En plus d'être un guérisseur, c'est-à-dire spécialiste des plantes médicinales, le devin-guérisseur est doté d'un pouvoir de clairvoyance.

ce sens que le chanteur, feu Ernesto Djédjé, un célèbre artiste ivoirien disait dans l'une de ses chansons, *likamo gudé kaba zogopè* ou « *lorsque la flèche t'atteint à un endroit mortel, c'est que c'est un proche qui l'a lancée* ».

En outre, les accusations de Georges contre son oncle soulignent l'extraordinaire vitalité de la sorcellerie au sein des instances les plus modernes des sociétés africaines : champ urbain aussi bien que rural, discours des élites et de l'Etat aussi bien que de la culture populaire, nouveaux conflits parentaux et sociaux. Mais aussi, traduit la dénégarion de la réalité de la maladie, et le rejet sur l'autre des causes du malheur dont on est victime.

De retour à la maison après son séjour chez le devin-guérisseur, Georges allait relativement mieux et avait même repris le service. Il s'est même acheté un véhicule dont il avait toujours rêvé lors de nos échanges quotidiens. Il avait donc repris goût à la vie et ne manquait pas de partager ses projets avec ses proches. Concernant les causes de son mal, Georges ne ratait pas d'occasion à raconter à qui veut l'entendre, qu'il était victime de la sorcellerie.

Huit à neuf mois plus tard, Georges rechute à nouveau avec un affaiblissement physique l'empêchant d'aller au travail. Alité pendant quelques temps sous traitement dans une infirmerie où l'infirmier lui transfusait du sérum et des médicaments antipaludiques, il décide de repartir chez le devin-guérisseur où il est à nouveau interné. Avant ce deuxième voyage chez ce dernier, toutes nos tentatives de le convaincre à faire le test de dépistage sont restées vaines, sous prétexte que, comme il le disait, « *la sorcellerie, ce n'est pas une affaire d'hôpital. Quelle que soit la performance de l'hôpital, les médecins ne peuvent rien contre la sorcellerie* ».

Mais face à la persistance de sa maladie malgré le traitement du devin-guérisseur<sup>6</sup>, Georges décide alors de recourir aux Eglises, notamment à l'Eglise déïma<sup>7</sup> et du christianisme céleste pour des prières de guérison divine.

La multiplication de ces choix thérapeutiques peut être interprétée comme la volonté du malade de se donner plus de chance de guérison en alliant puissance mystique et puissance divine. Mais cela témoigne aussi de la croyance au miracle divin, c'est-à-dire « [...] *la preuve que Dieu est toujours à l'œuvre, jusque dans le cours des événements quotidiens* » (Ugeux, 2002 : 20).

---

<sup>6</sup> Le devin-guérisseur, à l'aide de son pouvoir de clairvoyance, découvre non seulement le coupable mais a pour objet aussi de neutraliser l'action du sorcier afin de créer les conditions du rétablissement du malade.

<sup>7</sup> Déïma est la religion créée par la prophétesse Bagué Honoyo (1892-1950) née à Gagoué en pays Dida au centre-ouest de la Côte d'Ivoire. Elle reçut l'appellation coutumière de Guigba Dahonon. Par la suite, ses fidèles lui donnèrent le nom familial de Marie Lalou, et elle-même s'attribua celui de Bagué Honoyo.

Malgré tous ces traitements et prières, la maladie de Georges persiste et s'aggrave davantage. Dans un état presque comateux, ses parents le conduisent au Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Cocody. Après environ deux semaines d'hospitalisation, il regagne son domicile dans un état relativement stable. D'après son témoignage, le médecin aurait diagnostiqué un problème pulmonaire : « *il m'a demandé si j'étais fumeur car il a constaté que mes poumons présentaient un aspect noirâtre* ». Sous traitement médical, il reprend le service, avant de rechuter à nouveau quelques deux à trois mois plus tard avec cette fois l'apparition de ganglions. De plus en plus amaigrit, il recourt cette fois à la médecine chinoise où il est déclaré victime d'hémorroïdes chroniques. Les traitements chinois durent environ deux mois, mais son état ne s'améliore toujours pas. Dans un état grabataire, il alternait médicaments traditionnels, chinois et modernes pour régler des problèmes ponctuels de diarrhée, de céphalées, d'eczéma, etc., tout cela accompagné de prières chrétiennes, mais cette fois de la religion catholique, sa religion d'appartenance avec son épouse.

En outre, les échanges avec sa femme indiquaient un état dépressif pendant la nuit. Il se mettrait à crier et à tout casser dans la chambre. C'est à l'occasion de l'une de ces crises de nerfs très tard dans la nuit, dans un état quasi inconscient que ses proches l'ont conduit au CHU de Yopougon dans le service de neurologie. Il faisait partie des patients de l'un de nos connaissances médecins. Après plusieurs rencontres avec ce dernier à l'occasion de nos visites au malade, il finit par nous informer que Georges, à qui il a fait l'examen de sérologie à son insu, souffrait du VIH/SIDA. Il lui aurait même demandé de faire son test mais le malade aurait refusé systématiquement. Une fois rentré chez lui, une proche parente qui a essayé de le convaincre de faire son test a été renvoyée de chez lui sans ménagement. Nous avons nous aussi tenté en vain de l'en convaincre. Alité et utilisant des médicaments d'origines diverses (produits chinois, médicaments traditionnels, comprimés de la pharmacie, etc.) sous plusieurs formes (inhalation, bain de corps, voie orale, etc.), le malade semblait attendre son heure. A la seconde hospitalisation au CHU de Yopougon suite à une nouvelle crise neurologique, il rend l'âme trois semaines plus tard, laissant derrière lui, quatre enfants et une veuve enceinte.

Au regard des itinéraires thérapeutique de Georges décrits plus haut, qu'elles interprétations pouvons - nous en faire ?

### **3. Interprétations des choix thérapeutiques du malade**

Les itinéraires thérapeutiques de Georges se caractérisent par une diversité de choix thérapeutiques en accord avec les spécificités du champ thérapeutique africain de nos jours.

En effet, l'Afrique noire présente aujourd'hui un large éventail de recours thérapeutiques ; depuis les diverses formations de la médecine moderne (hôpitaux, dispensaires, maternités, cliniques, etc.) jusqu'aux guérisseurs, devins-guérisseurs, en passant par les Eglises et les pratiques maraboutiques de la religion musulmane. A côté de ces possibilités de recours s'ajoutent les pratiques populaires de soins dont les principaux acteurs sont les mères, les pères, grands - mères et grands - pères.

Ceci montre que les itinéraires thérapeutiques de Georges investissent quasiment le champ thérapeutique africain.

Au regard de son périple thérapeutique, ses itinéraires se caractérisent à la fois par une succession d'étapes et d'un cumul. Dans le premier cas, notamment dès le début de son mal, ils prennent la forme d'une alternance de recours puisés parmi les registres aussi bien traditionnels (automédication, recours à une guérisseuse) que modernes (recours à des structures périphériques de soins modernes). Dans le second cas, le cumul (médecine moderne, traditionnelle, religieuse, chinoise) obéit à la nécessité de multiplier les démarches thérapeutiques pour répondre à la survenue d'un problème de santé et, plus largement, à des interrogations sur l'origine et l'évolution de la maladie. Mais, qu'elle révèle une succession ou un cumul de recours, l'analyse des itinéraires du malade met l'accent sur des choix précis, dictés soit par l'état de santé du malade à un moment donné, soit par la perception qu'il se faisait des causes de son mal. En d'autres termes, tant que sa maladie était perçue comme banale ou familière au regard de ses symptômes présumés, il pouvait s'auto traiter ou avoir recours à des structures périphériques de soins. En revanche, l'imputation de son mal à une attaque en sorcellerie le pousse dans une logique de neutralisation de cet acte maléfique. Il choisit dès lors les thérapies du devin-guérisseurs, mais aussi les prières de guérison. Sans possibilité objective de prouver la véracité de la divination du devin-guérisseur, le malade, attaché à cette hypothèse causale, refuse toute idée d'une autre possibilité causale de son mal. C'est ainsi qu'on pourrait expliquer son refus systématique de faire le test du VIH, mais aussi de recourir à des structures performantes de soins pour y subir un bilan complet de santé comme nous lui en avons fait la proposition plus d'une fois en vain. La croyance en la sorcellerie fait ainsi écran à toute autre possibilité causale et guide les choix thérapeutiques du malade prioritairement vers des instances présumées capables de neutraliser cette attaque. Ainsi, contrairement à ce que pensent certains auteurs dont T. Boa (2010) pour qui « *La sorcellerie n'existe pas* », l'expérience empirique montre que la sorcellerie est « *une réalité vivante en Afrique* » (Gadou, 2011). En outre, son choix de ne pas recourir aux structures performantes de soins pourrait s'expliquer aussi par le fait que le malade ne souhaitait pas

connaître son statut sérologique et ce au regard de son refus systématique d'accepter cette éventualité, vu que son statut positif impliquerait son épouse de surcroît enceinte. La peur de la socialisation de sa maladie, synonyme de mort sociale pourrait donc expliquer son choix de s'accrocher plutôt à la cause surnaturelle de son mal. A partir de ce moment, le malade, convaincu que sa guérison n'est liée qu'à la neutralisation préalable de cet acte maléfique, va multiplier le recours aux forces surnaturelles, c'est-à-dire les prières de guérison divine, en plus des traitements du devin-guérisseur. Comme le dit en effet Massé,

*« La souffrance humaine a, de tout temps et dans tout lieu, interpellé la religion. L'homme s'adresse aux forces surnaturelles sinon pour recouvrer la santé, tout au moins, pour donner un sens à la maladie et à la mort. La religion est alors convoquée au chevet du malade, mais aussi aux côtés du thérapeute qui y cherchera inspiration et pouvoir » (2002 : 5).*

Cette orientation de sa trajectoire thérapeutique n'exclut nullement tout autre recours, notamment à d'autres formes de médecine, à savoir la médecine chinoise et la médecine moderne, dans une logique de complémentarité entre ces pratiques thérapeutiques. Comme l'affirme à juste titre Jurg (cité par vernazza-Licht, 1996 : 333) *« Dans les pays en voie de développement et notamment en Afrique, l'alternative des personnes infectées par le VIH en matière de soins se situe entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne ».*

Comme le disait l'un des parents du malade, *« les thérapies sont complémentaires, ce que nous recherchons, c'est la guérison, donc on tape à toutes les portes ».* Mais contrairement à Momany (cité par vernazza-Licht, 1996 : 334) qui pense que *« Le sida est associé à la sorcellerie lorsque la population ne comprend pas les modes de transmissions du virus, les signes et les symptômes de la maladie »*, le cas de Gorges ne semble pas en accord avec cette observation, dès lors que le malade n'ignorait pas les modes de transmission de cette maladie, encore moins ses signes<sup>8</sup>. C'est plutôt sa croyance en la sorcellerie et sa foi en la divination du devin-guérisseur, mais aussi et surtout la peur de se découvrir porteur d'une maladie « honteuse » aux conséquences importantes et irréparables qui pourraient expliquer son comportement, dans un contexte socioculturel où l'on pense même que le SIDA peut être le fait d'un acte du sorcier.

Dans le cas de Georges, l'accusation de son oncle comme instigateur de son mal peut être perçue comme une causalité échappatoire le mettant à l'abri de toute accusation de

---

<sup>8</sup> Son médecin traitant a témoigné de ses connaissances sur le sida après s'être entretenu avec lui sur le sujet.

malade du SIDA par son entourage. En effet, le SIDA est généralement perçu comme maladie liée à la mort, mais également le signe d'une vie de dévergondé. En d'autres termes, le mode de transmission le plus courant et le plus médiatisé étant la voie sexuelle, tout malade du SIDA est socialement perçu comme un coureur de jupon, mieux, comme un infidèle. Être victime du SIDA apparaît donc comme un discrédit social. Les malades d'une certaine identité sociale (comme celle de Georges, haut cadre de l'administration) prennent soin d'éviter volontairement les établissements sanitaires où leur statut sérologique est susceptible d'être découvert.

### **Conclusion**

Le cas étudié a montré une manière parmi d'autres, d'interpréter et de réagir à l'expérience de la maladie. Dans les choix thérapeutiques du malade, la perception des causes du mal y a joué un rôle prépondérant. En effet, le malade, convaincu d'être victime d'une attaque en sorcellerie, conformément au diagnostic du devin-guérisseur, a volontairement éludé la recherche d'autres causes à son mal. Malgré les signes apparents de son statut de séropositivité, du reste confirmé par l'un des médecins traitant, le malade a refusé de faire le test de sérologie. Ceci montre bien que les représentations profanes de la maladie, ainsi que les critères de décisions amenant les sujets à consulter un praticien sont de principaux déterminants des choix de l'instance thérapeutique. Comme l'ont indiqué en effet nombre de sociologues et anthropologues, les représentations de la maladie sont un déterminant essentiel des comportements de santé en Afrique (Fainzang, 1986 ; Fassin, 1992 ; Augé et Herzlich, 1984). En outre, les choix thérapeutiques du malade, qui ne privilégiaient pas le recours à la médecine moderne contrairement aux thérapies du devin-guérisseur et des prières religieuses, témoignent de la confiance du malade aux thérapies surnaturelles, conformément aux causes présumées de sa maladie. Comme le disait à juste titre Massé, « *Il y a une reconnaissance de l'autorité de thérapeutes auxquels la société délègue pouvoir et légitimité pour soigner, et est ainsi matière de confiance et non de logique* » (1995 : 261). Mais ce comportement peut s'expliquer aussi par la faiblesse des systèmes de santé en Afrique qui ne garantissent pas toujours une prise en charge médicale et sociale correctes. La question du dépistage et de l'annonce du diagnostic figure malheureusement encore, parmi les problèmes mal résolus dans nos pays.

Ainsi donc, la compréhension des causes de son mal et la recherche des thérapies présumées adéquates semblent avoir guidé les comportements de recherche de soins du malade.

**Références bibliographiques:**

- Augé, M. et Herzlich, C. *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris : Ed. des archives contemporaines, 1984.
- Blibolo, A-D. Les couples de séropositifs au VIH face à l'usage des préservatifs. In *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*. ORSTOM Editions. Collection colloques et séminaires, 1995, pp.143-148.
- Blibolo, A-D. Le sida en Afrique : réponse des praticiens de la médecine africaine en matière de prise en charge thérapeutique et psychosociale en Côte d'Ivoire. *Nyansa-pô, Revue africaine d'anthropologie*, n°3, Abidjan : EDUCI, 2005, pp. 74-92.
- BOA, T.R. *La sorcellerie n'existe pas*. Abidjan, CERAP, 2010.
- Epelboin, A. Possession par les djinns en région parisienne. In *Soigner au pluriel*, J. Benoist (Sous la dir. de), Paris : Karthala, 1996, pp. 393-424.
- Fainzang, S. "*L'intérieur des choses*". *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina Faso*. Paris, Harmattan, 1986.
- Fainzang, S. *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*. Paris : Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, coll. « Les cahiers de l'Homme », 1989.
- Fainzang, S. *Ethnologies des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*. Paris : Puf., coll. « Ethnologies », 1996.
- Fassin, D. Les enquêtes d'accès aux soins en Afrique. *Problèmes méthodologiques*. Vol. 38, Paris, Masson, 1992, pp. 89-99.
- Gadou, D. *La sorcellerie, une réalité vivante en Afrique*. Abidjan, CERAP, 2011.
- Massé, R. *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal, Gaëtan Morin, 1995.
- Massé, R. et Benoist, J. (Sous la dir. de), *Convocations thérapeutiques du sacré*. Paris, Karthala, 2002.
- Ugeux, B. A propos de l'évolution de la conception du miracle de guérison dans le catholicisme au XXe siècle. In R. Massé et J. Benoist (sous la dir. de), *Convocations thérapeutiques du sacré*. Paris : Karthala, 2002, pp.19-37.
- Vernazza-Licht, N. Face au SIDA, les recours parallèles. In *Soigner au pluriel*, J. Benoist (Sous la dir. de), Paris : Karthala, 1996, pp. 331-357.
- Vidal et al. Structures sanitaires et malades confrontés à la prise en charge du sida à Abidjan (Côte d'Ivoire). Quelques éléments de réflexion. Dans, *Le sida en Afrique. Recherches en*

sciences de l'homme et de la société. Collection sciences sociales et sida. ANRS/ORSTOM, 1997.

Vidal, L. Itinéraire thérapeutique et connaissance de la maladie chez les patients séropositifs pour le VIH (Abidjan-Côte d'Ivoire). Cahiers santé d'études et de recherches francophones, 1992b, 2,5 : 312-321.

Vidal, L. Enjeux d'une anthropologie de la connaissance du sida : les expériences des séropositifs des centres antituberculeux d'Abidjan. In Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien. ORSTOM Editions. Collection colloques et séminaires, 1995, pp.177-186.

Vidal, L. Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique. Paris, Anthropos, Economica, 1996.

Zempleni, A. La maladie et ses causes. Introduction. *L'ethnographie*, 1985, 2 : 13-44.