



Médecine Biomédicale



Médecine traditionnelle

# Ébauche d'une stratégie de communication sur le VIH et le SIDA élaborée pour des cultures de langues bantu au Kwango en RDC

par  
**Sophie Kotanyi (PFI)**  
**Professeur Bruno Lapika (CERDAS)**

---

**Paulo-Freire-Institut**



**INTERNATIONALE AKADEMIE**  
für innovative Pädagogik, Psychologie und Ökonomie gGmbH (INA) an der  
**FREIEN UNIVERSITÄT BERLIN**



**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**  
**Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire**  
CENTRE DE COORDINATION DES RECHERCHES ET DE DOCUMENTATION  
EN SCIENCES SOCIALES DESSERVANT L'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE



## Table de Matière

<b>EBAUCHE D'UNE STRATEGIE DE COMMUNICATION SUR LE VIH ET LE SIDA ELABOREE POUR DES CULTURES DE LANGUES BANTU AU KWANGO EN RDC.....</b>	<b>1</b>
<b>MISE EN GARDE .....</b>	<b>4</b>
<b>A QUI S'ADRESSE CETTE STRATÉGIE ?.....</b>	<b>4</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>4</b>
<b>ELEMENTS CONSTITUTIFS POUR UNE STRATEGIE DE COMMUNICATION SUR LE VIH ET LE SIDA.....</b>	<b>5</b>
<b>I. QUI SONT LES ACTEURS MULTIPLICATEURS QUI DOIVENT ETRE MOBILISES ET ETRE ALLIES AU COMBAT CONTRE L'EPIDEMIE DU VIH ?.....</b>	<b>6</b>
<b>II. COMMENT APPROCHER CES ACTEURS COMMUNAUTAIRES POUR LES MOTIVER DE FAÇON EFFICACE CONTRE L'EPIDEMIE VIH? .....</b>	<b>6</b>
<b>II.1. Mobiliser les chefs coutumiers à participer à la lutte contre l'épidémie du VIH.....</b>	<b>6</b>
<b>II.2. Identifier, en priorité, par le biais des chefs coutumiers et des animateurs communautaires (A.C.) tous les devins (ngaanga ngombo) de chaque zone de santé.....</b>	<b>7</b>
<b>II.3. Identifier et mobiliser contre l'épidémie du VIH tous les ngaanga khita .....</b>	<b>8</b>
<b>II.4. Inclure à la mobilisation le maximum de ngaanga buka et ngaanga nkisi.....</b>	<b>8</b>
<b>II.5. Donner une formation aux circonciseurs pour diverses raisons : .....</b>	<b>8</b>
<b>II.6. Organiser des formations de circonciseurs et des conseillers communautaires pour la restauration de la 3<sup>ème</sup> phase d'initiations.....</b>	<b>8</b>
<b>III. LE RESPECT DES NOTIONS, DES PRATIQUES ET DES SENSIBILITES LOCALES.....</b>	<b>9</b>
<b>III.1. Le respect des valeurs et des notions locales implique divers aspects.....</b>	<b>9</b>
<b>IV. LA RECONNAISSANCE DE LA VALEUR DE LA TRANSMISSION DE LA VIE .....</b>	<b>10</b>
<b>V. LE LANGAGE A UTILISER DANS LA COMMUNICATION SUR LE VIH ET LE SIDA .....</b>	<b>10</b>
<b>VI. LES TERMES LES PLUS ADEQUATS POUR UNE COMMUNICATION SUR LE VIH ET SUR LE SIDA .....</b>	<b>10</b>
<b>Propositions de terminologies locales et de stratégies d'utilisation .....</b>	<b>11</b>
<b>VII. L'IDENTIFICATION DES EXPRESSIONS CULTURELLES UTILES POUR AUGMENTER L'EFFICACITE DES MESSAGES A TRANSPOSER SUR LE VIH ET LE SIDA .....</b>	<b>14</b>
<b>VIII. LES NOTIONS, LES PRATIQUES ET LES ETIOLOGIES CULTURELLES A PRENDRE EN COMPTE PAR RAPPORT AU VIH ET AU SIDA.....</b>	<b>14</b>
<b>LES INTERDITS NSIKU/TSIKU.....</b>	<b>14</b>
<b>LES COUTUMES À RISQUES AU KWANGO .....</b>	<b>18</b>
<b>LES MALADIES CULTURELLES AUX SYMPTÔMES SIMILAIRES AU SIDA.....</b>	<b>18</b>
<b>L'ÉTIOLOGIE DE LA SORCELLERIE et le SIDA.....</b>	<b>19</b>
<b>LA COMPLEMENTARITE.....</b>	<b>23</b>
<b>COLLEGUES, COMPAGNES ET COMPAGNONS DE RECHERCHES A REMERCIER.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>24</b>

## INTRODUCTION

**Ce document est une synthèse de 13 années de recherches de l'anthropologue Sophie Kotanyi<sup>1</sup> (PFI), avec le soutien de diverses équipes, avec divers partenaires et sources de financement. La complexité des données et des éléments qui sont présentés dans cette ébauche de stratégie de communication, est le fruit des recherches effectuées sur cette question depuis 1997 surtout au Mozambique. Ces résultats ont été vérifiés et ajustés aux réalités culturelles en Août 2010 à Kinshasa et en octobre/novembre 2010 au Kwango en RDC**

Il n'est pas possible de dissocier les résultats provenant du Mozambique, à ceux provenant de la RDC. Ces résultats et ces données se lient, étant complémentaires.

Cette stratégie est le fruit de la coopération multidisciplinaire d'un grand nombre de collègues de diverses professions : anthropologues, linguistes, sociologues, pédagogues, de médecins, d'infirmiers, de psychothérapeutes, de formateurs d'adultes, collaborateurs d'ONG actives dans le domaine du SIDA et d'employés de divers ministères. A cela s'ajoute le soutien d'environ 1.000 tradipraticiens de divers types, d'autorités coutumières, parlant huit langues bantoues au Mozambique (*voir en fin du document une liste d'une partie des personnes qui ont participées à ces diverses recherches actions entre 1997 et 2008*).

Cette synthèse a été appuyée par une étude extensive de la littérature anthropologique internationale qui discute les éléments d'une approche culturelle du VIH et du SIDA dans divers pays africains. Les propositions du Professeur René Devisch<sup>2</sup> et du Professeur Bruno Lapika<sup>3</sup>, ont permis d'ajuster la stratégie de telle manière, qu'elle réponde mieux aux réalités et aux préoccupations de la population à qui elle s'adresse, à savoir, les diverses populations de langues Bantoues. Dans le contexte actuel la stratégie de communication est ajustée aux réalités culturelles du Kwango, en RDC. On peut continuer à l'ajuster en l'appliquant. Il faudrait la compléter par des expressions locales (adages, idiomes, proverbes). Elle peut aussi être facilement adaptée et ajustée à d'autres cultures de langues bantoues.

Ce document présente l'ébauche d'une stratégie de communication sur le VIH et sur le SIDA à utiliser dans la communication avec la population du Kwango. Traduite en langues locales et complétée des adages, idiomes et proverbes, elle constitue une application centrale des données ethnoculturelles et de l'approche culturelle du VIH et du SIDA<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Sophie Kotanyi (MA, anthropologie) est anthropologue, auteur et réalisatrice de films documentaires, membre de l'Institut Paulo Freire (PFI) de l'Université Libre de Berlin. Elle clôtura une dissertation de doctorat à la Ruprecht-Karls Universität de Heidelberg. Elle travail comme consultante dans des recherches appliqués autour des questions de communication communautaires en Afrique depuis 1977.

<sup>2</sup> René Devisch, professeur émérite de l'Université Catholique de Louvain, au IARA (Institut de Recherche Anthropologique en Afrique)

<sup>3</sup> Bruno Lapika, professeur d'anthropologie à l'Université de Kinshasa, directeur général du CERDAS

<sup>4</sup> L'ébauche développée est à compléter avec les éléments des systématisations des données de la pré-étude et par les données à recueillir lors de la future étude ethnoculturelle qui devrait suivre la pré-étude au Kwango.

## **MISE EN GARDE**

Ce document est extrêmement synthétisé et résumé : il peut être mal compris et mal appliqué. **On ne devrait utiliser ces éléments de stratégie communication, que sur la base d'une formation introduisant à une application.**

Ceci se justifie par le fait qu'une approche culturelle du VIH et du SIDA implique l'utilisation de paradigmes culturels et sociaux qui sont actifs dans les cultures de langues bantoues en vigueur au Kwango, à Kinshasa ou dans d'autres régions de la RDC et pays d'Afrique de langues bantoues. Ce sont des paradigmes sensibles, qui ont souvent été mal interprétés, comme celui des ancêtres, ou bien celui de la sorcellerie. Il faut les aborder avec le respect des règles de communication que ces paradigmes impliquent. Cela veut dire, qu'on les approche au mieux par la voie de sous-entendus, en les évoquant sans les nommer directement (*surtout la sorcellerie*). Ce n'est qu'en respectant ces règles de communication, qu'on peut atteindre les buts recherchés. Dans le cas contraire, certains de ces paradigmes peuvent facilement se retourner contre ceux qui les utilisent maladroitement.

## **A QUI S'ADRESSE CETTE STRATÉGIE ?**

Une stratégie de communication culturellement ajustée est à utiliser par tous ceux qui sont actifs dans le contexte du VIH et du SIDA: que ce soit le personnel des centres de santé ou des hôpitaux, que ce soit les sœurs, prêtres ou les pasteurs, les membres d'organisations non gouvernementales ou gouvernementales, les enseignants actifs à tous les niveaux ou bien les divers types d'animateurs communautaires. Toutes ces personnes qui sont actives dans le combat contre l'épidémie et qui dialoguent sur le SIDA et le VIH, le font en général en utilisant des termes et des notions biomédicales. Cela fait que leurs messages ne sont pas toujours bien compris, - et en conséquence, leurs conseils sont peu mis en pratique. Dans le contexte de la santé, on n'impose pas ses connaissances médicales à la population, il faut adapter le message au contexte socio-culturel.

Le problème principal est, qu'en général on ne lie pas assez les explications biomédicales sur le VIH et le SIDA avec ce que les gens savent, ce qu'ils pensent et ce qu'ils font dans le domaine de la santé. On a ainsi tendance à nier la valeur des compétences locales.

Tous ceux qui sont actifs sur le terrain du combat contre l'épidémie du VIH pourraient ajuster dans ce sens leurs formes de communication, afin qu'ils soient mieux compris. Cela pourrait permettre que leurs conseils soient mieux appliqués par la population qu'ils veulent atteindre en voulant influencer leur comportement sur la sexualité, la prévention ou concernant le dépistage et les traitements.

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie les nombreux collègues et informateurs qui ont enrichis et rendu possible ce travail, qui s'inscrit dans le cadre de la préparation de ma thèse de doctorat. Nous remercions Prof. René Devisch, le Dr. Ralf Syring, Taty Kuketuka et le Dr José Ndukapele pour leur soutien substantiel à la formulation de la version française de cette ébauche destinée à la RDC et au Kwango.

Sophie Kotanyi

Paulo Freire Institut (PFI) Internationale Akademie (INA)  
Freie Universität Berlin.

*Consultante pour Caritas, GiZ Santé et Health Focus*

Prof. Bruno Lapika D. :

CERDAS, Université de Kinshasa

## **Éléments constitutifs pour une stratégie de communication sur le VIH et le SIDA**

Les questions centrales à considérer dans la communication sur le VIH et le SIDA:

1. Les multiplicateurs communautaires à mobiliser contre l'épidémie du VIH.
2. Comment approcher ces acteurs pour les activer de façon efficace contre l'épidémie ?
3. Le respect des notions et des sensibilités locales.
4. La reconnaissance de la valeur de la transmission de la vie.
5. Le langage qui doit être utilisé dans cette communication;
6. Les termes adéquats permettant d'être compris en communiquant sur le VIH et le SIDA;
7. Les expressions culturelles utiles pour faciliter l'efficacité des messages à transporter sur le VIH et le SIDA.
8. Les notions, les pratiques et les étiologies culturelles à prendre en compte ;
9. La complémentarité en faisant le pont entre les divers paradigmes en jeu.

Ce document présente des éléments de stratégie de communication par rapport à toutes ces questions fondamentales. Certains éléments présentés ici, sont partiellement expliqués, - du moins pour comprendre les propositions présentées. On peut ajuster ces propositions aux diverses cultures de langues bantoues.

Cette stratégie étant une ébauche, on doit continuer à la vérifier sur le terrain, à l'ajuster et à la compléter à travers les applications communautaires pour lesquelles elle est destinée. Un tel processus correspond à l'approche pédagogique de Paulo Freire, qui se base sur un ajustement permanent des connaissances.

Les auteurs mettent cette proposition à la disposition de Caritas, de Health Focus, de GiZ Santé et tous ceux qui sont actifs dans la lutte contre l'épidémie du VIH en RDC, et les invitent à apprécier la richesse du potentiel de l'approche culturelle du VIH et du SIDA. Cette mise à disposition implique la reconnaissance du droit d'auteur par ces organisations et de tous ceux qui vont utiliser cette proposition. Cela veut dire qu'aucune des organisations qui a soutenu la pré étude au Kwango (*qui fut un moment dans l'élaboration de cette stratégie destinée au préalable autres recherches mentionnées*) n'est en droit de s'approprier unilatéralement cette proposition de stratégie. Elle appartient aux peuples de langues bantoues et elle implique le respect des droits de l'auteurs, qui assume toutes les responsabilités de cette proposition née sous l'inspiration offerte par les nombreux informateurs, les tradipraticiens, les chefs coutumiers, les médecins, les infirmières, les infirmiers, les collaborateurs et les collègues qui y ont contribué.

*Rédigé à Francfort, à Kinshasa, au Kwango,  
à Maputo et dans les sept provinces du Mozambique entre Août 1997 et Mars 2011.*

# La communication sur le VIH et le SIDA appliquée au Kwango

## **I. Qui sont les acteurs multiplicateurs qui doivent être mobilisés et être alliés au combat contre l'épidémie du VIH ?**

**Les multiplicateurs culturels à mobiliser dans le combat contre l'épidémie du VIH sont:**

- Les chefs coutumiers: les chefs de groupements et les chefs de terre et leurs conseillers ;
- Tous les tradipraticiens, et spécialement les *ngaanga ngoombo*<sup>5</sup>, *ngaanga khita*<sup>6</sup> et *ngaanga buka*<sup>7</sup>, *ngaanga n'kisi*<sup>8</sup>;
- Les matrones et sages femmes traditionnelles ;
- Tous les circonciseurs (*itapa*);
- Tous les *leemba* et *kahuma*, les hommes et les femmes qui donnent des conseils dans les communautés surtout aux jeunes.

## **II. Comment approcher ces acteurs communautaires pour les motiver de façon efficace contre l'épidémie VIH?**

### **II.1. Mobiliser les chefs coutumiers à participer à la lutte contre l'épidémie du VIH.**

#### LES OBJECTIFS

1. Les chefs coutumiers peuvent aider à mobiliser la population pour aboutir à certains changements de comportement nécessaires pour assurer la prévention du VIH. Ils peuvent contribuer à augmenter le nombre de personnes qui acceptent de se soumettre au dépistage et qui, en cas de séropositivité peuvent être traitées (traitement ARV et PTME).
2. Les chefs coutumiers peuvent aider à gérer et à résoudre les conflits qui peuvent apparaître tout au long des activités avec les tradipraticiens.
3. Les chefs coutumiers peuvent jouer un rôle fondamental pour aider à ajuster certaines pratiques culturelles à risques : par exemple celles du sororat/lévirat, suite à la mort d'un conjoint ou du *kula hita*<sup>9</sup> qui se pratique lors des veillées

---

<sup>5</sup> *Ngaanga ngoombo* est un devin, qui fait des diagnostics et qui traite par la voie de la divination.

<sup>6</sup> *Ngaanga khita* est un/une tradipraticien/cienne qui traite, avec l'aide des esprits *khita* et de ses ancêtres, les problèmes liés à la transmission de la vie (infertilité, impuissance, etc.) et aux malformations (paralysie, etc.)

<sup>7</sup> *Ngaanga buka* traite avec des plantes médicinales (phytothérapeute)

<sup>8</sup> *Ngaanga nkisi* traite avec le soutien de ses fétiches, ses esprits (en général combiné avec des plantes médicinales)

<sup>9</sup> Voir plus bas les explications sur les dangers liés au *kula hita* des *matanga* (veillée de mort)

*matanga* des morts avec les transgressions massives du *nsiku/tsiku/bizila*<sup>10</sup> de l'adultère.

4. Les chefs coutumiers peuvent aider à inclure une éducation des jeunes sur la prévention du VIH dans le cadre de «recyclage» de la 3<sup>ème</sup> phase des initiations masculines (*n'khandu*)<sup>11</sup>. Cette «restauration» de rites partiellement délaissés se réfère à la dernière phase des initiations masculines qui ne sont plus toujours pratiquées : ***Igengele mwanangaanga*** (libération de l'enfant) qui marque la fin de l'enfance et le début de la vie sexuelle active (vers 15 ans). C'est dans cette phase finale que les conseils de comportement humain sont donnés aux jeunes. Il s'agit de réactiver<sup>12</sup> cette phase en y ajoutant les conseils pour prévenir une infection du VIH, (par des conseils métaphoriques concernant le *nyoka nkabu*<sup>13</sup> VIH).

## LA MANIÈRE D'APPROCHER LES STRUCTURES COMMUNAUTAIRES

- Il faut identifier les médiateurs communautaires adéquats (les conseillers des chefs coutumiers) aptes à aider à approcher les chefs coutumiers.
- Il faut travailler localement avec les chefs coutumiers sur la prévention du VIH.. Selon la culture locale, cela fait partie de la tâche des chefs coutumiers de se mobiliser pour aider à éviter des épidémies au sein de leur population. Il faut donc s'assurer de leur soutien aussi bien à court qu'à long terme. Leur appui étant nécessaire de manière continue, il faut que les chefs aient leur propre volonté d'aider à assurer la prévention du VIH sans attendre une motivation financière extérieure.

### **II.2. Identifier, en priorité, par le biais des chefs coutumiers et des animateurs communautaires (A.C.) tous les devins (*ngaanga ngombo*) de chaque zone de santé.**

Pour y arriver, il est utile de demander à ce que les animateurs communautaires (A.C.) identifient tous les devins dans leurs zones, spécialement les devins qui sont consultés en cas de mort. Il s'agit des devins qui traitent des cas de sorcellerie. Il faut surtout mobiliser tous les *ngaanga ngombo* qui sont renommés, ceux qui sont beaucoup consultés. Les devins jouent un rôle central en dirigeant les patients vers les divers types de traitements. La population du Kwango les consulte sur des longues distances (jusqu'à 150km) car un devin lointain étant moins influencé par l'environnement social.

---

<sup>10</sup> Nsiku/tsiku ou *bizila*, sont les interdits culturels „laissé par nos ancêtres“ (tabous)

<sup>11</sup> Il y a trois phases des rites d'initiation masculins décrites par un *itapa* de Kasongo Lunda :

a) ***Itapa*** (couper) dans le temps à 2 ans, maintenant entre 0 et 5 ans. L'unique phase qui est encore pratiquée actuellement.

b) ***Mondo*** (vient de l'instrument de musique *mondo* qui est un *lokolé*) et ***Kajunda junda*** (en train de grandir) à partir de 5 ans, quand on reçoit les 1<sup>er</sup>conseils.

c) ***Igengele mwanangaanga*** (libération de l'enfant) qui marque la fin de l'enfance et le début de la vie sexuelle active (vers 15 ans). Cela se passe en brousse et on y apprend tous les interdits (*nsiku, tsiku*) entre autre ***m'humo*** (interdit de relations sexuelles avec la femme d'autrui ou avec une femme en menstrues).

<sup>12</sup> Les autorités coutumières, les tradipraticiens et les conseillers communautaires de Kasongo Lunda, Popokabaka, Kimbau, Mwela Lembwa et Kenge sont convaincus qu'il serait possible de réactiver cette 3<sup>ème</sup> phase d'initiation, en y incluant les conseils concernant la prévention du VIH.

<sup>13</sup> Voir p.9 les explicatifs sur *nyoka nkabu* VIH

### **II.3. Identifier et mobiliser contre l'épidémie du VIH tous les *ngaanga khita***

Ce sont les *ngaanga khita* qui traitent les problèmes liés à la fertilité (féminine et masculine), à la transmission de la vie et aux problèmes de sexualité (impuissance, etc.). Il faut leur fournir les informations nécessaires pour comprendre les voies de la transmission du VIH, ainsi que sa prévention.

### **II.4. Inclure à la mobilisation le maximum de *ngaanga buka* et *ngaanga nkisi***

Ce type de *ngaanga* devrait aussi recevoir des praticiens des centres de santé et des hôpitaux une bonne information sur le VIH et sur le SIDA.

Noter : Les *ngaanga buka* sont nombreux, mais tous n'ont pas de nombreux patients. Il faut prendre soin de contacter en tous cas les tradipraticiens les plus renommés, ceux qui ont le plus grand nombre de patients.

### **II.5. Donner une formation aux circonciseurs pour diverses raisons :**

a) Afin d'assurer qu'ils ne provoquent pas des infections lors des circoncisions. À cela, il faudrait assurer la livraison d'instruments de travail qui permet aux circonciseurs de faire leur travail sans risques (ciseaux, désinfectant, gants).

b) Pour assurer le renforcement des capacités des circonciseurs et des conseillers locaux (*leemba et kahuma*) à inclure dans les conseils qu'ils donnent aux jeunes concernant la transmission de la vie, les éléments concernant la prévention du VIH. Cela devrait devenir un élément fondamental dans l'éducation sur le VIH et le SIDA. Ils pourront inclure les conseils concernant les «nouveaux *nsiku/tsiku*» sur la transmission du VIH, qui doivent être transmis ensemble avec les conseils qu'ils donnent sur la transmission de la vie, - afin de montrer comment celle-ci peut être empêchée par le VIH !

### **II.6. Organiser des formations de circonciseurs et des conseillers communautaires pour la restauration de la 3<sup>ème</sup> phase d'initiations**

Il s'agit d'enseigner aux circonciseurs et aux conseillers communautaires (*leemba et kahuma*) comment inclure dans les conseils qu'ils donnent aux jeunes, des conseils concernant les «nouveaux» interdits (*nsiku/tsiku/tsiku*) sur le *nyoka nkabu* (VIH), sur sa transmission et sur sa prévention et sur tout ce qui concerne le SIDA. Et de les motiver à restaurer la 3<sup>ème</sup> phase d'initiation masculine en brousse incluant à leurs éducation celle sur la prévention du *nyoka nkabu* (VIH).

De telles formations de ces multiplicateurs communautaires spécifiques, doivent être données de telle manière qu'on fasse bien le pont entre les concepts biomédicaux et les notions/paradigmes autochtones qui sont enseignés lors de ces rites. Cela veut dire qu'il faut être ouvert à une communication métaphorique, qui ne nomme pas trop directement les éléments considérés comme provenant de l'excès de « chaud<sup>14</sup> », tels que le sexe, le sang, la mort. On utilisera plutôt les expressions locales, les adages et proverbes existants. Ce type d'éducation « inclusive » peut aussi se faire là où ces rites ne se pratiquent plus, lors des veillées nocturnes. Ce sont là les moments au cours desquels les vieux donnent des conseils aux jeunes, dans le cadre familial et communautaire.

---

<sup>14</sup> Voir à la page suivante les explicatifs de cette notion thermique propre à un grand nombre de cultures de langues bantoues.



### **III. Le respect des notions, des pratiques et des sensibilités locales**

#### **III.1. Le respect des valeurs et des notions locales implique divers aspects**

La notion de la personne et le rôle prépondérant du groupe social; les étiologies culturelles expliquant les origines et les causes des troubles en santé; les questions relatives à la façon dont on peut parler de la sexualité, du sang, de la mort, qui sont toutes des notions imbibées d'excès de «chaud» à éviter verbalement. La caractérisation thermique d'excès de chaleur se réfère à des notions profondément ancrées dans les cultures de langues bantoues qui sont pour un grand nombre d'elles communes, entre autres certaines classifications thermiques<sup>15</sup>. La bonne santé est dans ce cadre culturel un état « froid », la maladie est un état « chaud ». Un mort récent, est « chaud » alors que l'ancêtre (*blanc comme le kaolin*) est « froid » (*quand le processus de transformation du mort est achevé*).<sup>16</sup>(Est-ce que ce n'est pas l'inverse ? Je pense que c'est le sang et le sexe qui sont chaud, tandis que la maladie et la mort sont froides.)

*Un exemple au début du dialogue*

Commencer par discuter les questions autour du SIDA sans nommer le terme SIDA et sans faire tout de suite une propagande pour l'utilisation des préservatifs.

**Il est plus efficace de commencer par reconnaître la valeur de la transmission de la vie qui est la valeur positive de base qui permet de mobiliser les personnes à lutter contre la transmission du VIH.**

Commencer à évoquer le grand nombre de jeunes qui meurent prématurément suite à cette «nouvelle maladie du siècle» (sans nommer le terme SIDA).

*Voir la note explicative (17)*

---

<sup>15</sup> La classification thermique des cultures de langues bantoues diffère de la classification thermique biologique. Alors que le corps humain physique devient „froid“ et qu'on considère donc en biomédecine la mort comme „froide“, dans les cultures de langues bantoue où la dimension spirituelle domine la dimension physique, c'est le caractère „chaud“ de la mort récente qui est fondamental. Celle-ci doit être „refroidi“ par les diverses étapes des rites funéraires, jusqu'à ce que le mort atteigne un état d'ancêtre, qui est considéré être par sa nature un état froid. (Sur le Bas-Congo Jacobson-Widding, Janzen 1978, 2001 ; Mozambique : Fialho Feliciano, 1998).

<sup>16</sup> Par exemple au Kivu, là où les veufs/veuves doivent passer par une purification spécifique pour les libérer de l'ombre de leur conjoint mort, on considère que l'excès de chaleur causé par la mort doit être « lavée » par des relations sexuelles rituelles, où l'excès de chaud du sexe rituel neutralise l'excès de chaud du mort récent. Ce genre de procédure correspond aux pratiques sexuelles lors de la mise en place d'un chef coutumier. (J'ai des réserves sur ces explications de Janzen)

<sup>17</sup> Dans les traditions culturelles de langues bantoues, les questions les plus sensibles ne doivent pas être nommées directement. Ceci est surtout le cas quand il s'agit de choses qui sont présumées être fort dangereuses et qui sont perçues comme provoquant une «pollution». Nommer quelque chose de dangereux, c'est activer ce danger ! Ce type de contamination sociale, dénommé « pollution » par l'anthropologue Mary Douglas (Douglas, 1971) est souvent conçue dans les cultures de langue bantoues, dans des catégories thermiques. On parlera «d'excès de chaud». Cela est le cas pour une épidémie provoquant des maladies qui peuvent amener à une mort prématurée et étant liée à une transmission sexuelle ou à un contact avec du sang. Les fluides sexuels et le sang sont, par leur nature, considérés comme ayant une caractéristique «chaude» dans les cultures de langues bantoues. (Fialho Feliciano, 1998, Janzen, 2001) Comme tels, ils impliquent des dangers en cas d'excès ou en cas de contacts qui transgressent les règles de comportement de « ce que nous ont laissés nos ancêtres».

#### **IV. La reconnaissance de la valeur de la transmission de la vie**

La transmission de la vie est une nécessité humaine qui est hautement valorisée dans les cultures de langues bantoues. Ainsi, c'est cette valeur qui permet de connecter la lutte contre l'épidémie du VIH à des valeurs positives, ce qui motive bien plus à la prévention que si on parle de sexualité excessive ou erronée, comme c'est souvent le cas dans les campagnes de sensibilisation à la prévention.

Les gens au Kwango, comme partout ailleurs en RDC et en Afrique, veulent en priorité pouvoir assurer la transmission de la vie. Il est donc utile de commencer par évoquer cette dimension positive afin d'avoir une forte base de motivation commune sur laquelle on peut mieux parler du SIDA et de ce que cette épidémie implique comme dangers et comme risques à éviter.

#### **V. Le langage à utiliser dans la communication sur le VIH et le SIDA**

Il est fondamental de communiquer en langue locale sur le VIH et sur le SIDA. Le français n'est pas une langue efficace pour la sensibilisation et la mobilisation contre une épidémie qui est liée à la sexualité et à des questions intimes et émotionnelles. La langue maternelle permet de mieux thématiser ce type de questions, qui ont des implications culturelles qu'on ne peut bien exprimer qu'en utilisant les termes en langues locales. Cela veut dire qu'il faut éviter d'utiliser des termes français pour parler du virus, du VIH, du SIDA, du système immunitaire, de la latence du VIH, de symptômes, du sang, etc..

Il faut utiliser des termes et des expressions culturellement adéquats, qui puissent être émotionnellement ressentis, et qui sont ainsi mieux compris par la population locale. Cela permettra de mieux assimiler ces questions, afin que cela puisse se répercuter dans le comportement des personnes.

Une telle approche permet de se mettre au diapason des notions et des pratiques culturelles qui sont actives dans le domaine de la santé et du comportement humain. Certaines de ces pratiques et de ces notions ne sont pas toujours consciemment pratiquées (comme c'est le cas par exemple pour celles du *kula hita* durant les des veillées des morts *matanga* - voir plus bas).

#### **VI. Les termes les plus adéquats pour une communication sur le VIH et sur le SIDA**

Les termes présentés sont en partie des métaphores dont nous avons vérifié sur le terrain du Kwango leur utilité. Il faut voir que la force d'une métaphore provient de l'image émotionnelle qu'elle évoque. Ainsi, il est recommandé de ne pas expliquer ni visualiser les métaphores quand on veut les utiliser dans le discours préventif au sujet du VIH. Cela amènerait à faire perdre sa force basée sur l'imaginaire. Ceci d'autant plus que les sociétés en RDC, pour leurs grandes majorités ont une tradition orale de communication. Ce ne sont pas les influences de la globalisation qui peuvent changer à large mesure et dans zones rurales cette réalité profondément ancrée. Les visualisations qu'on utilise en santé, ont souvent dans des cultures orales, des effets différents que ceux escomptés.

## Propositions de terminologies locales et de stratégies d'utilisation

### LE SANG

#### **Le sang** (*meenga*)

Prendre en compte que dans les langues bantoues, le terme utilisé pour parler de «sang» peut avoir diverses significations: cela peut vouloir dire les fluides sexuels de l'homme. Celui-ci peut être désigné de «*sang blanc*», tout comme l'est le lait maternel. Ces liquides étant désignés de «sang» tout en se différenciant du liquide coulant dans les vaisseaux sanguins.

Le terme «sang» est également une métaphore utilisée pour parler de la force d'une personne : que ce soit sa force sexuelle, reproductrice ou celle de sa santé en général.<sup>18</sup>

**Il faut donc en parlant de sang, spécifier quand vous voulez parler du sang rouge, qu'il s'agit de celui qui coule dans les vaisseaux sanguins de la personne.**

### LE VIRUS

**Pour parler du VIRUS VIH:** parler de *nyoka nkabu*<sup>19</sup> VIH (**un serpent colérique VIH**) permet d'évoquer de manière plastique les dangers virulents du virus VIH.

#### ***Nyoka nkabu:***

Expliquer aussi que c'est un serpent à deux têtes<sup>20</sup>. Quand on coupe une de ses têtes, ce type de serpent (imaginaire) continue à survivre avec son autre tête: ainsi on ne peut pas l'exterminer. Cela permet d'évoquer qu'on ne se libère jamais du *nyoka nkabu* une fois qu'on l'a attrapé.

#### **Mbuumba** (termite)

L'utilisation de ce terme métaphorique permet de faire percevoir que les *nyoka nkabu* travaillent comme des *mbuumba* : on ne peut pas voir leur effet néfaste qui reste caché jusqu'au jour où l'arbre tombe (p.ex. la personne infectée par le VIH, - *nyoka nkabu*) à un moment quand on ne pourra plus y remédier.

#### **Les effets mbuumba du *nyoka nkabu***

Expliquer que les *nyoka nkabu* travaillent dans le corps humain de la même manière que les *mbuumba* (termites): ils rongent de l'intérieur le sang (celui fluide, des vaisseaux sanguins) de la personne, qui tout d'un coup pourra vite s'affaiblir en provoquant diverses maladies sans fin jusqu'à mourir d'une mort prématurée.

---

<sup>18</sup> Ce bref aperçu des diverses significations du terme „*meenga*“ (sang), ne prétend pas être complet.

<sup>19</sup> Le *nyoka nkabu* est un terme métaphorique. Ce type de serpent est considéré au Kwango ne pas exister dans la nature. Cette métaphore n'est pas encore en utilisation pour désigner quoique ce soit dans les cultures qui sont actives au Kwango (en langue Yaka, Suku et Pelende). C'est justement parce que ce terme n'est pas encore „occupé“ qu'il est si adéquat pour parler du VIH qui n'est pas non plus pas connu au Kwango.

<sup>20</sup> Suivant les informateurs au Kwango, il n'existe pas de serpent à deux têtes (dans la nature). Ce qui n'empêche que la métaphore du *nyoka* à deux têtes soit utilisé pour expliquer le danger qui provient du *nyoka nkawa*. Comme tel, cela peut aussi bien être utilisé comme un qualificatif pour montrer le danger qui provient du VIH.

<sup>21</sup> L'image des deux têtes est semblable au *nyoka nkawa* qui est une métaphore utilisée en santé que la majeure partie des tradipraticiens connaît au Kwango.

## LE SYSTEME IMMUNITAIRE

### **Le sang fort ou le sang faible :**

Il vaut mieux parler des personnes ayant « un sang fort » ou « un sang faible », sans utiliser le terme de « système immunitaire ». Celui-ci n'est pas culturellement compréhensible.

**Parler de « sang fort » et de « sang faible »** correspond à des notions usuelles dans les cultures de langues bantoues. Cela se réfère à diverses dimensions de force ou de faiblesse:

- La force évoque en premier lieu une bonne santé, mais aussi une bonne fertilité.
- En utilisant ces termes pour parler du sang dans les vaisseaux sanguins ;
- On évoque en même temps un sens plus large, qui ressemble le plus à la notion du système immunitaire, qui est bien plus complexe, mais qu'on peut du moins rapprocher avec les notions connues dans ce contexte culturel.

## LES SIGNES (SYMPTÔMES)

### **Signes versus Symptômes:**

Parler de « signes dans le corps » pour parler de symptômes. C'est le terme utilisé par les tradipraticiens. En Yaka, Suku et Pelende on parlera avec les tradipraticiens plutôt de signe que de symptômes, qui est un terme biomédical. Les signes ou les symptômes ont la même désignation : *bidimbu* au pluriel (*kidimbu* au singulier) en Yaka.

## LA LATENCE DU VIH

*Version résumée<sup>22</sup>*

1. Il existe des gens qui ont un sang fort et des gens qui ont un sang faible.
2. Si vous avez un sang faible, le *nyoka nkabu VIH* grandira vite et vous aurez rapidement des « signes » de toux, des problèmes de peau, de la diarrhée chronique et d'amaigrissement. Sans traitement ARV vos chances de vie sont raccourcies.
3. Si vous avez un sang fort, le *nyoka nkabu VIH* grandira lentement et vous pourrez rester cinq, dix ou plus d'années sans que des signes n'apparaissent. Mais à l'occasion de chaque relation sexuelle ou à chaque contact avec votre sang (celui de vos vaisseaux sanguins), vous offrez au *nyoka nkabu* une opportunité de s'attacher à votre partenaire qui peut être une personne avec le sang faible. Le *nyoka nkabu* pourra provoquer en lui ou elle des maladies chroniques jusqu'à une mort prématurée. Dans ce cas, vous risquez de vous comporter comme un *ndoki* (sorcier) sans le savoir.
4. Si vous avez fait un test de dépistage en identifiant que vous vivez avec le VIH, vous ne vous comportez pas comme un sorcier si vous prenez soin de ne jamais offrir vos *nyoka nkabu* à d'autres personnes.

---

<sup>22</sup> Ce discours proposé consiste à utiliser de manière créative les diverses données culturelles rassemblées sur le terrain tout autant en RDC qu'au Mozambique, en les combinant. Les informations du tradipraticien PAPY de Kasungu Lunda ont été prépondérantes pour une partie de cette proposition. Elles ont été combinées avec d'autres connaissances de l'anthropologue qui ont d'autres sources de connaissances sur les notions et les pratiques de cultures de langue bantoues que celles recueillies au long de la pré étude au Kwango.

## **LA LATENCE DU VIH**

### *Version détaillée*

- Expliquer que si une personne a un sang faible, les *nyoka nkabu* grandiront rapidement dans cette personne et qu'ils se multiplieront vite. Ainsi ils vont provoquer rapidement des signes dans le corps de la personne, comme par exemple des problèmes de la peau, de toux chroniques, de diarrhée ou d'amaigrissement. Cela pourrait aussi provoquer une mort prématurée en cas de manque de traitement approprié tel que peut l'être le traitement antirétroviral (ARV). Certains hôpitaux peuvent donner ce traitement qui doit être pris tous les jours durant tout le reste de la vie - ceci une fois qu'on a commencé à le prendre (*et bien expliquer que les interruptions de traitements ARV provoquent la formation de virus résistant à tous les types de traitements ainsi qu'une augmentation accélérée de la quantité de nyoka nkabu vivant dans votre sang*).

- Expliquer que si une personne a un sang fort, les *nyoka nkabu* grandiront très lentement, en ne montrant de signes dans le corps qu'après peut-être cinq ou dix ans. Mais chaque fois qu'une telle personne qui a attrapé des *nyoka nkabu* a des relations sexuelles, elle offre malgré tout à son ou ses partenaires sexuels des *nyoka nkabu* qui peuvent chez les autres provoquer rapidement des signes de maladies. En effet, dans le cas où ce/cette ou ces partenaires ayant reçu vos *nyoka nkabu*, si ce sont des personnes qui ont un sang faible, elles/ils peuvent commencer bien avant vous à avoir des signes de maladies dans leur corps. Cela arrive car les *nyoka nkabu* auront grandi plus vite chez ceux qui ont un sang faible, que chez vous qui avez un sang fort. Chez d'autres, les *nyoka nkabu* peuvent le cas échéant se multiplier plus rapidement en affaiblissant le sang de votre/vos partenaires sexuels.

### *EXPLICATIF*

Les programmes actuellement actifs dans le domaine de la prévention du SIDA ont la tendance à formuler des discours préventifs sous formes de slogans. Ils s'orientent à la logique publicitaire occidentale. Cela aboutit en partie à ce qu'on appelle le « marketing social ». Il est douteux que des slogans publicitaires aient un effet sur le comportement sexuel en Afrique. La pédagogie usuelle en Afrique sub-saharienne est en général de type narratif. Ce sont surtout des fables, des dictons et des proverbes qui sont emboîtés dans des histoires. Il faut avant tout, pour pouvoir être compris et avoir de l'effet, utiliser ce type de « discours » narratif. Ceci est la raison pourquoi, tout autant pour le Kwango que pour Kinhsasa, il est nécessaire d'utiliser la version détaillée des propositions pour aborder la notion de la latence du VIH.<sup>23</sup>

---

## **OBSERVATION SUR LES TERMINOLOGIES MILITAIRES**

### **ÉVITER d'utiliser des termes associés à la guerre:**

Cela veut dire p.ex. de ne pas parler de « soldats » qui défendent le corps ou le sang,, C'est une métaphore qui est couramment utilisée par les praticiens de la médecine biomédicale, mais qui est une métaphore qui peut provoquer inconsciemment des associations négatives dans un pays comme la RDC où trop de guerres ont déformé au long des 20 dernières années l'image des soldats qui ont trop souvent pratiqués divers types d'abus (sexuels et d'autres).

---

<sup>23</sup> *Les deux versions présentées semblent presque identiques, alors qu'elles ne le sont pas dans leurs effets pédagogiques. Ce sont les détails qui « font la musique » : la 1ère version est un résumé qui s'adresse aux animateurs, afin qu'ils comprennent la logique de la ligne d'argumentation. La version « détaillée » correspond plus au style nécessaire pour adresser ces questions à la population, aux tradipraticiens ou aux autorités coutumières.*

La liste de termes culturellement plus adéquats à utiliser pour parler du VIH et du SIDA est à compléter ou à ajuster lors des futures études et suite aux expériences d'application au Kwango. Ces propositions peuvent être adaptées aux diverses cultures de langue bantu en RDC.

## **VII. L'identification des expressions culutrelles utiles pour augmenter l'efficacité des messages à transposer sur le VIH et le SIDA**

Établir un recueil d'expressions idiomatiques, d'adages sur la base de diverses sources, entre autres les conseils «métaphoriques» qui sont dispensés lors des rites d'initiation des jeunes ou lors des sessions nocturnes quand des conseils sont donnés aux jeunes par les vieux, par les chefs ou par les *leemba / kahuma*.

Ce sont ces expressions, en temps que formes métaphoriques pour adresser les questions concernant les relations sexuelles, le contact au sang ou à la mort, ou ce qui concerne la sorcellerie, qui sont les voies idéales permettant d'adresser ces questions sensibles d'une manière culturellement adéquate. C'est l'usage de ce type d'expressions indirectes et idiomatiques (adages, etc.) qui permet de verbaliser des questions considérées comme trop dangereuses et dont la nomination des mots directs pourrait provoquer un effet néfaste (pour ceux qui les nomment et ceux qui écoutent).

## **VIII. LES NOTIONS, les PRATIQUES et les ETIOLOGIES culturelles à prendre en compte par rapport au VIH et au SIDA**

### **LES INTERDITS NSIKU/TSIKU**

En relation au VIH et au SIDA

Identifier dans les langues locales toutes les formes de transgressions de *nsiku/tsiku* en Yaka, Ekila (singulier) Bikila( pluriel) en Lingala ou *bizila* en Suku (c. a. dire tabous ou interdits culturels) qui sont connus dans la communauté. Faire ce recueil en suivant le cycle de la vie (naissance, initiation des jeunes, mariage, morts), en identifiant les symptômes qui sont présumés se présenter en cas de transgressions de ces interdits (*nsiku, bizila*). On identifie sur cette base les transgressions des *nsiku/tsiku, bizila* qui sont supposés provoquer des signes dans le corps correspondants aux symptômes principaux du SIDA, ou ceux qui peuvent interférer avec le VIH. Ce sont certains interdits liés aux relations sexuelles, au sang et à la mort.

Il y a en général, dans les diverses cultures de langues bantoues, des tabous dont les transgressions sont présumées être la cause de symptômes qui sont souvent similaires à ceux du VIH.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Gausset, 1992, Green 1999, Wolf, 2001, Kotanyi, 2006, Kotanyi & Krings Ney, 2009.

**Ce sont les transgressions de certains interdits culturels qui sont liés aux relations sexuelles, au contact avec le sang et la mort qui peuvent interférer avec le VIH.**

Selon les participants provenant de la province du Bandundu à l'atelier ethnoculturel sur le SIDA réalisé en Août 2010 à Kinshasa et selon les informateurs lors de la pré étude ethnoculturelle au Kwango (Kotanyi, 2011), on peut identifier les interdits suivants:

***Naissance***

- Les parents ne doivent pas avoir rapidement des relations sexuelles après la naissance d'un enfant. Il faut respecter un temps d'abstinence plus ou moins long. Ils ne peuvent recommencer que suite à une «purification» préalable.<sup>25</sup>

***Jeunes et initiation***

- Une jeune fille ne peut pas avoir des rapports sexuels avant son mariage, elle doit garder sa virginité.
- Les parents ne peuvent pas avoir des relations sexuelles durant la période de circoncision de leur enfant.<sup>26</sup>

***Mariage et contact au sang menstruel***

- Ne pas avoir des rapports sexuels avec une personne mariée (adultère). L'adultère est considéré comme un vol.
- Ne pas avoir de relations sexuelles avec une femme en menstruation.

***Mort***

- Pas de relations sexuelles lors de la veillée d'un mort (*matanga*).
- Interdiction de tuer
- Interdiction de faire des avortements (= tuer ; nécessite une purification après)

***Général***

- Ne pas coucher avec sa sœur ou son frère, un membre de sa famille (inceste). Cet acte est un des plus innommables. On parle de « n-loki » (sorcier).
- Ne pas s'accoupler avec les animaux.
- Ne pas pratiquer des relations sexuelles forcées (*sans négociation préalable*).

Il y a divers interdits culturels qui sont liés au sang, mais peu d'entre eux interfèrent avec le VIH. **Ce ne sont que certaines des transgressions dont il faut considérer le potentiel d'interférence avec le VIH : en cas d'infection par le VIH d'un des partenaires inclus dans la relation mise en question.**

*Le terme « sang » (meenga) est utilisé dans un sens plus large tel que pour parler de :*

- l'inceste ;
- ne pas avoir des relations sexuelles avec une femme en menstruation ;
- ne jamais donner le sang chez une personne qui n'est pas du clan.

---

<sup>25</sup> C'est le contact au sang de la naissance qui implique un excès de «chaud» qu'il faut rituellement neutraliser : cet excès de «chaud» est lié à une relation sexuelle. Le passage des fluides sexuels implique une autre dimension de «chaud» qui est présumé provoquer un excès de chaud, qu'il faut neutraliser par un « lavage » ou une « purification ».

<sup>26</sup> Le «chaud» lié à une relation sexuelle des parents est connecté au «chaud» de la circoncision qui provoque le flux du sang de l'enfant : les deux ensemble produisant un « excès de chaud ». Celui-ci pourrait empêcher que la blessure de la circoncision cicatrise bien ou s'infecte. Si cela arrive, on la cause de l'excès de chaud sera considérée avoir été provoqué par les parents.

*Exemples d'interdits culturels liés au sang qui n'interfèrent pas avec le VIH :*

- *ne pas manger le repas cuisiné par une femme en menstruation ;*

*Il y a également de très nombreux interdits alimentaires, qui peuvent avoir des connotations complexes dans les cultures de langues bantoues, comme celles concernant l'interdiction pour une femme en menstruation de faire la cuisine ou de mettre du sel dans un repas en cuisson. De tels interdits n'ont biologiquement aucune interférence avec la transmission du VIH. Quand ils sont nommés, c'est qu'ils suivent la logique de la contamination « sociale » de type culturel<sup>27</sup>.*

**Il faut identifier comment on peut le mieux communiquer dans les langues locales au sujet des transgressions des interdits concernant les relations sexuelles, le contact au sang et à la mort** (quels sont les termes, les adages, idiomes et les expressions culturelles les plus adéquates pour en parler suivant les normes).

### LES « PURIFICATIONS » DES TRANSGRESSIONS D'INTERDITS

Vérifier dans le contexte des transgressions des interdits de relations sexuelles, quelles sont, en cas de transgression de ces interdits, les manières de pratiquer les « purifications » ou les « lavages ». La vérification consiste à identifier si les purifications sont pratiquées d'une manière qui pourrait impliquer des risques de transmission du VIH (*ou d'autres IST*). Ce type de risque ne semble pas exister pour les formes de « lavages » / « purifications » rituels qui sont pratiquées au Kwango. Mais c'est le cas quand les « lavages » sont réalisés en pratiquant des relations sexuelles rituelles, - comme c'est la coutume dans les provinces de l'Est de la RDC, au Rwanda et dans diverses autres cultures de langues Bantoues (Zambie, Tanzanie, Mozambique, Malawi, Zimbabwe, Afrique du Sud, etc.).

### LES TRANSGRESSIONS D'INTERDITS À RISQUES

*(par rapport à la transmission du nyoka nkabu VIH)*

---

**Parmi les *nsiku/tsiku/bizila* qui sont en vigueur dans les communautés au Kwango et qui représentent un risque de la transmission du VIH, nous avons identifié les transgressions d'interdits *nsiku/tsiku/bizila* suivants:**

- L'adultère (manque de fidélité à son époux ou son épouse)
- La pratique du *kula hita* qui est la transgression systématique et massive du *nsiku/tsiku* de l'adultère lors de la veillée des morts.

### KULA HITA LORS DES MATANGA

Selon les données récoltées durant cette pré-étude, durant a veillée des morts (*matanga*) il y a la pratique du *kula hita* chez les Yaka qui consiste à avoir des relations sexuelles

---

<sup>27</sup> Cela correspond à des connotations thermiques spécifiques aux cultures de langues bantoues, le sel ayant une caractéristique « chaude » tout comme les relations sexuelles ou le sang des menstruations. Cuisiner implique l'utilisation du feu. Le sel, le feu et le sang menstruel étant trois dimensions « chaudes », dans cette logique culturelle, ils provoquent ensemble un excès de « chaud » à éviter.



« désordonnées » hors du contexte du mariage, qui se pratique au Kwango surtout à l'occasion de la veillée des morts<sup>28</sup>. Mais cela semble se pratiquer aussi lors des fêtes (selon des informateurs/informatrices de Kenge). (Il faut vérifier cette information)

Les rites qui gèrent la mort d'un membre du groupe dans la culture Yaka impliquent des moments d'inversion radicale des interdits les plus fondamentaux, comme c'est le cas pour *kula hita*. C'est la transgression systématique, par divers membres de la communauté, de l'interdit de l'adultère pendant la nuit de la veillée du mort. Cette transgression n'étant pas pratiquée par les membres de la famille du mort, mais par d'autres membres de la communauté.

Devisch décrit dans diverses publications (1981, 1996), la manière dont se pratique *kula hita* lors des veillées du mort (*matanga*). Il analyse ces pratiques comme étant des inversions de pratiques culturelles, qui « servent » à rétablir « l'ordre » dans les relations sociales qui sont fortement perturbées par la mort d'un des membres de la communauté. La citation ici-bas est un exemple, pour motiver à lire cet auteur. Devisch a développé, tout au long de ses études sur les Yaka au Kwango, des analyses différenciées des pratiques autour de la mort.

« Suite au décès, cette correspondance s'établit en de nouvelles articulations, principalement par le biais des activités rituelles funéraires dont elle constitue la dynamique principale. La réarticulation des contraires et des discontinuités socioculturelles, ainsi que le recours aux inversions, s'inscrivent en réaction face à l'état d'indétermination générale introduit par la mort, et contribuent ainsi à produire, et ce de manière distincte pour le défunt et pour les personnes en deuil, une sorte de transition existentielle et sociale. Pour les parents directs touchés par le deuil, ces rites président en quelque sorte à la régénération de leur identité socioculturelle: ils les réinsèrent dans leur milieu de vie et dans un ordre socioculturel restauré et les restituent dans les vastes réseaux d'échange formés par l'alliance et la descendance utérine. C'est ainsi que les rites funéraires permettent de saisir « en négatif » les composantes de l'identité socioculturelle de l'être vivant, ainsi que les constituants de l'expérience de la mort en tant que valeur signifiante pour les Yaka: chez cette population, le mort et les parents en deuil, en qui s'abolit l'identité mentionnée, en représentent littéralement l'altérité maximale. » (Devisch, 1981)

Il n'est pas facile de discuter au Kwango sur la pratique du *matanga et de kula hita*: les informateurs ont le réflexe de nier ces pratiques qui semblent pourtant être répandues, pas seulement dans des zones rurales, mais aussi dans des petites « villes » comme Kenge. On nous a expliqué que les gens quittant leur maison pour « participer à la veillée du mort, en profitent » et se permettent des transgressions de l'interdit de l'adultère. Les explications, qui nous furent données au cours de nos brèves recherches à ce sujet, quant aux raisons pourquoi cela se pratique, ne furent pas très convaincantes. L'idée présentée était que ce serait juste une « déviation » des normes (de l'interdit de l'adultère), alors que la littérature anthropologique décrit et analyse ces pratiques comme étant ancrées dans la culture locale depuis plus longtemps (Devisch, 1981, 1993, 1996).<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Pour ce qui est de la dissolution de l'ordre du monde auprès des survivants causée par le décès d'un des leurs, (voir: Devisch, 1981, et *Mort, deuil et compensations mortuaires*: 90-91; 152-154 et Devisch, 1998, *Forces et signes* 342-347).

En ce qui concerne les pratiques transgressives de *Kula hita*: chasser le spectre du mort de façon homéopathique par le biais d'une nuit de transgression compulsive: Devisch (1993) *Weaving the threads of life*; (pages 99, 197).

<sup>29</sup> Devisch explique que le désarroi émotionnel et social provoqué par une mort amène à ce genre de pratiques. Elles sont des inversions rituelles des normes de comportement, qui ne se font en principe que la nuit de la veillée du mort le jour de sa mort. Devisch montre que cette pratique reflète le « désordre » des relations sociales qu'implique la disparition d'un des maillons de la chaîne d'interdépendance sociale. Les pratiques rituelles consécutives de l'enterrement, avec tous les respectifs rituels de compensations sociales spécifiques aux populations Yaka et Suku, permettent de réinstaurer les relations sociales par une

Les quelques informateurs que nous avons pu interroger à la fin de la pré-étude sur ce sujet (*uniquement à Mwela Lembwa et à Kenge*) ne semblaient pas être conscients de l'existence de ces pratiques rituelles. Il faudra approfondir cette question lors de l'étude ethnoculturelle future. Nous n'avons pas encore non plus trouvé comment convaincre les gens à éviter de telles pratiques qui semblent être très profondément ancrées dans l'inconscient collectif, comme le montre Devisch (1998). Un appel moralisant comme le faisait les intervenants sur le terrain, nous semble tout à fait inefficace.

## **LES COUTUMES À RISQUES AU KWANGO**

*(par rapport à la transmission du nyoka nkabu VIH)*

---

Les coutumes du sororat et du lévirat sont tout autant actives au Kwango comme dans la majeure partie des régions en RDC. Elles représentent un risque de la transmission du VIH.

### **LE SORORAT ET LE LÉVIRAT**

Lapika dans son étude ethnoculturelle (1997) cite la pratique du sororat et du lévirat qui existe dans toutes les six provinces qu'il a étudié en RDC. Cette pratique est de fait également courante au Kwango. Elle implique des risques dans le cas d'une infection du mort par le VIH, dans le cas où sa/son partenaire a été infectée (ou était déjà infecté/e): alors la veuve ou le veuf peuvent transmettre le VIH aux autres membres de la famille du/de la décédé/e. Cela est un danger d'autant plus grand si le frère du décédé est polygame. Dans ce cas, la veuve épousée sous le régime du lévirat pourra infecter rapidement le frère de son époux décédé et celui-ci infectera facilement toutes ses autres femmes en mettant en danger la survie de ces membres d'une même famille.

Les chefs coutumiers de Kenge ont décidé d'intervenir à la radio communautaire de Kenge pour conseiller à la population d'éviter cette pratique, en défendant qu'à ce jour cela implique de trop grands risques dans le contexte de l'épidémie du VIH. C'est un exemple positif du type de mobilisation qui est possible d'atteindre avec le soutien des chefs coutumiers. Cela pourrait être imité par d'autres chefs coutumiers dans d'autres zones de santé.

## **LES MALADIES CULTURELLES AUX SYMPTÔMES SIMILAIRES AU SIDA**

---

Le recueil de données ethnoculturelles amorcés tout au long de la pré étude au Kwango montre que les tradipraticiens connaissent et traitent une série de maladies que l'hôpital ne traite pas sous les mêmes termes, ni sous les mêmes notions utilisés en médecine locale. Elles sont en partie présumées de provoquer des symptômes similaires à ceux du SIDA. Nous parlons de maladies liées aux problèmes de la peau, de toux et de diarrhées chroniques ou à l'amaigrissement.

*Voir le tableau en annexe 4 de la systématisation partielle de ces données, recueillies dans les 5 zones de santé, sur les maladies locales aux symptômes similaires à ceux du SIDA connues*

---

confirmation des relations de réciprocité en réinstaurant à la suite de la veillée du mort, tous les devoirs de respecter tous les interdits (*nsiku/tsiku*).

au Kwango. La liste des maladies culturelles connues localement, qui sont présumées provoquer des symptômes similaires à ceux du SIDA, est certainement plus longue que celle que nous avons pu recueillir lors de la pré étude au Kwango.

#### Observation concernant l'approche par les symptômes

Les tradipraticiens au Kwango n'ont pas l'habitude de diagnostiquer les causes des maladies par rapport à leurs symptômes. Ils s'orientent dans leur pratique médicale plutôt par la voie de la divination (Devisch, 1993, 1996). On a constaté qu'après avoir terminé de répertorier toutes les maladies aux symptômes similaires au SIDA qui sont connues par les tradipraticiens interviewés, il est souvent arrivé que ces mêmes tradipraticiens nomment plus tard dans la conversation d'autres noms de maladies qu'ils avaient oublié de nommer avant, et qui provoquent aussi un de ces symptômes.

### Objectifs et implications

1. Ce qui importe par rapport à une approche culturelle du VIH et du SIDA, c'est que les pratiquants et les conseillers qui travaillent dans le cadre des services de santé de type biomédical, aient conscience du grand nombre de maladies de type culturel connus par les tradipraticiens et qui ont des symptômes similaires à ceux du SIDA.
2. Quand on informe les tradipraticiens, les autorités coutumières, les agents de santé communautaires et tous ceux qui pratiquent en dehors des centres de santé biomédicaux, sur le VIH et le SIDA, il faut attirer leur attention aux maladies qu'eux-mêmes ou que les devins diagnostiquent, et qui ont des signes qui sont similaires à ceux du SIDA ou des maladies opportunistes du SIDA. Dans ces cas ils doivent envoyer le patient à l'hôpital pour le dépistage du VIH, car il pourrait «aussi» y avoir une infection par le *nyoka nkabu* VIH (dans une approche complémentariste).

### **L'ÉTILOGIE DE LA SORCELLERIE et le SIDA**

---

La sorcellerie est souvent considérée en RDC comme une cause éventuelle du mal dans le cas de maladies chroniques, surtout si ces maladies mènent à une mort prématurée. Ceci explique pourquoi on a constaté<sup>30</sup> en Août 2010 à Kinshasa au sein de groupes de personnes vivant avec le VIH, qu'ils se sentent pour une grande majorité victimes de sorcellerie (indépendamment si ce sont des jeunes ou des plus vieux). Leur argumentation était: «*Pourquoi est-ce que le VIH m'a attrapé moi et m'amène au SIDA et pas d'autres?*». Ce sentiment est fort au sein de jeunes qui sont infectés par le VIH alors qu'ils n'ont jamais eu de relations sexuelles, et dont leurs parents n'étaient pas infectés par le VIH (*suivant leur connaissance*).

Il y a diverses études internationales qui analysent la relation entre le SIDA et la sorcellerie dans un cadre culturel africain ou sous influence africaine<sup>31</sup>. Des auteurs comme E. Pritchard, 1937, Augé, Herzlich, 1994, L.V. Thomas, 1971, Geschiere, 1995, ont analysé le rôle et les fonctions complexes de l'étiologie de la sorcellerie d'une manière plus générale en Afrique sub-saharienne. Il s'agit d'études anthropologiques qui s'orientent vers le

---

<sup>30</sup> Données recueillies à Kinshasa dans le cadre d'une brève recherche de l'auteur, Sophie Kotanyi réalisée en temps que PFI avec le soutien du CERDAS et de MEMISA.

<sup>31</sup> Gausset, Morgensen, 1996, Farmer, 1996, Ingstad, B., Bruun, F.I. & Tlou, S., 1997, Lewertowski, Nathan, 1998, Wolf, 2001, 2003, 2007, Cross, 2005, Asforth, 2005, Rödlach, 2006, Niehaus 2001, 2007, Wreford, 2008, 2009.

discours autochtone. Il ne s'agit pas d'interprétations coloniales ou chrétiennes de la sorcellerie, qui s'éloignent des perceptions autochtones.

La sorcellerie est décrite comme une étiologie qui peut, entre autre, donner un sens au mal et au malheur. D'autre part, cette étiologie a la fonction d'assurer un nivellement social dans la communauté: une personne dans un tel contexte culturel est considérée de ne pas devoir avoir plus de richesses que les autres. Ceux qui en ont, sont facilement présumés par les plus pauvres comme ayant «bouffés» (de forme métaphorique) la nuit les biens des autres (des membres de leur famille, des voisins, etc.).

Le chef (de la famille ou de la communauté) est le seul qui peut être plus riche dans les traditions locales. En effet le chef est celui qui a en principe la tâche et le devoir de redistribuer ses richesses en temps de pénuries, ce qui ne se fait plus comme dans le temps.

Les études et les analyses anthropologiques sur la sorcellerie démontrent son actualité même en cette époque de la mondialisation. Il s'agit d'une étiologie dont l'importance augmente dans la modernité au lieu de diminuer<sup>32</sup>.

### Recommandations comment communiquer sur la sorcellerie en général

---

1. Il faut tenter d'éviter d'utiliser directement le terme «sorcellerie» (*n-loki*): on ne peut approcher ces questions que par insinuations, par voies indirectes, afin qu'une communication sur ces questions sensibles devienne possible. Si on ne respecte pas cette règle de communication de base, les gens risquent de se rétracter et de nier ce fait culturel qui est pourtant prédominant dans un pays comme la RDC où ce phénomène est perçu localement comme étant fort répandu. Bien plus, parler de sorcellerie c'est l'actualiser. La personne qui en parle est soupçonnée de sorcellerie (du potentiel).

2. Pour identifier comment on peut parler indirectement de la sorcellerie dans les langues locales au Kwango, on identifie les termes, les adages, les métaphores et les expressions culturelles qui sont utilisées pour évoquer ce phénomène. La pré-étude a pu commencer à recueillir au Kwango quelques données ponctuelles à ce sujet. Cela devrait être recueilli de manière systématique durant l'étude ethnoculturelle prévue dans le futur et au cours des applications de l'approche culturelle du VIH et du SIDA au Kwango.

### Recommandations de communication sur le VIH-SIDA par rapport à la sorcellerie

Les éléments de la stratégie de communication présentés montrent comment aborder verbalement les questions concernant l'étiologie de la sorcellerie en ce qui concerne sa mise en relation avec le SIDA. Elle fut développée depuis de longues années par des expériences multiples dans divers pays africains. Elle fut vérifiée à Kinshasa (Aout 2010) et lors de la pré étude avec les tradipraticiens et les chefs coutumiers dans toutes les cinq zones de santé visitées. Les interviewés ont apprécié la logique de l'argumentation comme correspondant à leurs propres logiques de pensée. Ce type de dialogue permet de faire réfléchir et motiver les hommes qui sont les plus résistants à se faire dépister.

---

<sup>32</sup> Comaroff & Comaroff, 1993, 1999, Geschiere, 1995, Moore, L. & Sanders, T., 2001.

## OBSERVATION METHODOLOGIQUE

*Il est approprié d'approcher les questions concernant la sorcellerie en communiquant au maximum possible par le biais de questions, en laissant les participants y répondre eux-mêmes. Cela protège l'animateur et permet d'éviter de provoquer des malentendus. Et, il faut faire très attention, car des malentendus s'insèrent facilement dans une communication autour de la sorcellerie, - une thématique sournoise et sensible.*

**Une fois conscient de ce danger, on constate que thématiser la sorcellerie, quand elle est traitée comme une éventualité, permet de démontrer de manière pertinente la nécessité de vérifier son propre état d'infection par le VIH. Ceci afin de pouvoir éviter de transmettre à d'autres personnes des *nyoka nkabu*, si on les a attrapés, et ainsi éviter « de se comporter comme un sorcier sans le savoir » (ce type d'approche applique des données anthropologiques comme celles recueillies autour du VIH par Cross (2005) au Burkina Fasso.**

### DIALOGUE AUTOUR DE L'ETIOLOGIE DE LA SORCELLERIE

#### 1ère étape du dialogue

**Question :** - **Est-ce que les gens aiment mourir comme sorcier ?**  
**La réponse en général:** - **NON**

*Cette réponse est la même en ville (Kinshasa), où même les gens religieux ou ceux formés suivant une éducation occidentalisée la donnent: personne ne semble aimer l'idée de pouvoir mourir comme sorcier.*

#### 2ème étape du dialogue

**Question :** - **Faut-il toujours le savoir, pour se comporter comme sorcier?**

**Réponses courantes au Kwango pendant la pré étude:**

- **«On ne peut pas se comporter comme sorcier, sans le savoir !»**

*Cette réponse ne correspond pas nécessairement aux tendances générales à ce sujet dans les cultures de langues bantoues. En fait, il y avait au Kwango toujours des personnes durant le débat qui disaient aux autres participants que:*

**« Il peut arriver qu'une personne 'mange de la viande' de sorcier sans le savoir !»**

*D'autres disaient aussi:*

**« La sorcellerie peut «sauter» d'une adulte présente sur un bébé lors de sa naissance sans qu'il ne le sache ».**

*Si personne n'évoque ces éventualités, demandez aux participants du débat en cours s'ils ont déjà entendu parler de telles éventualités. Il y aura en général des personnes qui connaissent ce genre d'idées, qu'on discute comme des rumeurs vagues et indécises (jamais comme des faits clairement établis).*

*Ces observations permettent de constater :*

**« On peut se comporter comme sorcier, même sans le savoir. »**

#### 3ème étape du dialogue

**Question :**

- **Comment appelle-t-on dans votre culture une personne vivante qui offre quelque chose à une autre personne vivante, une chose qui peut provoquer chez l'autre diverses maladies qui peuvent amener à une mort prématurée?**

**Réponses courante:**

- **«n-doki» (un sorcier) en lingala et kikongo ; n-loki** en yaka, suku et pelende

*Remarquez que l'animateur ne nommera jamais lui-même le terme *ndoki/ n'loki* à cette étape : ce terme doit être introduit en 1<sup>er</sup> lieu par les personnes qu'on interpelle.*

#### 4 ème\_ étape du dialogue

**Question :**

**- Ne serait-il pas utile d'identifier si vous avez attrapé le *nyoka nkabu* VIH afin d'éviter de se comporter comme un sorcier sans le savoir?**

*Cela permet de motiver la nécessité de s'informer sur le propre état d'infection par rapport au VIH, et de reconnaître la nécessité de se faire dépister quant au VIH.*

Il y a souvent une différence de comportement par rapport au genre. En effet, les hommes au Kwango, tout comme dans d'autres régions en Afrique sub-Saharienne, ont une forte tendance (que les femmes au moins) à ne pas vouloir connaître leur état d'infection par le VIH. Souvent, des hommes déclarent par rapport au SIDA: *«Je ne veux pas mourir seul»*. Tandis que les femmes, quand elles sont enceintes, selon les observations du médecin directeur de l'hôpital de Kenge, sont assez ouvertes à se faire dépister sur le VIH, car elles ne veulent pas mettre en danger la survie de leur enfant.

Des femmes sans enfants ont souvent la tendance de ne pas vouloir savoir leur état d'infection : elles veulent en général d'abord pouvoir assurer la transmission de la vie.

### L'INTÉGRATION SOCIALE DES PERSONNES VIVANTS AVEC LE VIH ET L'ETIOLOGIE DE LA SORCELLERIE

Hors des stratégies nommées en haut, il existe d'autres nécessités pour appliquer des stratégies de communication culturellement adéquates par rapport au SIDA. Celles-ci aident à éviter la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH. Ces phénomènes sont très forts en RDC.

Ce sont les informateurs de Kinshasa qui sont pour ces questions les plus éloquents<sup>33</sup>. Car c'est là où il y a le plus d'expériences avec les personnes vivant avec le VIH et où il y a probablement un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH. Ils sont plus accessibles pour une recherche qu'au Kwango, car il existe à Kinshasa divers groupes d'entre-aide de personnes organisées qui vivent avec le VIH, et dont certains s'expriment publiquement. Ce n'est pas encore le cas au Kwango où peu de personnes vivant avec le VIH se sont laissés dépister et ceux qui connaissent leur état d'infection ne le rendent que rarement publique par peur de la stigmatisation et de la discrimination sociale que cela peut leur faire subir.

La peur d'éventuelles discriminations sociales correspond à la tendance culturelle que les personnes vivant avec le VIH sont dans un contexte culturel sub-Saharien souvent stigmatisés et isolés de manière similaire comme le sont les sorciers. Un grand nombre de personnes vivant avec le VIH se sentent dans ce contexte social, victimes de sorcellerie. Ainsi, il faut essayer de comprendre les logiques internes et le rôle de l'étiologie de la sorcellerie dans ce contexte. Sur la base d'une telle compréhension, on peut donner des conseils par rapport au SIDA de telle façon qu'ils puissent aider à atteindre une meilleure intégration sociale des personnes vivant avec le VIH.

---

<sup>33</sup> Donnés recueillies dans le cadre d'une brève recherche de l'auteur, Sophie Kotanyi réalisée en temps que PFI avec le soutien du CERDAS et de MEMISA.

## OBSERVATION SUR LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE

À part les contacts privés, on peut dans le cadre d'une recherche, contacter les personnes vivant avec le VIH par deux voies afin de mieux connaître leur réalité:

a) Par les centres de santé qui traitent ces malades où leurs soignants peuvent leur demander s'ils accepteraient de parler avec vous;

b) Par les groupes de personnes vivant avec le VIH qui se sont organisés en associations d'autoprotection. Celles-ci n'existent pas encore dans les zones de santé que nous avons visitées au Kwango.

## PERSPECTIVES

Le temps nous a manqué lors de la pré étude pour que nous puissions appliquer la première méthode d'approche des personnes vivant avec le VIH au Kwango ; c'est ce que nous ne pourrons poursuivre qu'au cours de l'étude ethnoculturelle prévue dans le futur.

On pourra continuer à vérifier les éléments de la stratégie de communication sur le SIDA concernant les personnes vivant avec le VIH pour savoir comment on peut les aider à éviter leur discrimination, en les soutenant par la manière de communiquer le processus de leur intégration sociale.

## LA COMPLÉMENTARITÉ

---

La stratégie de communication sur le VIH et sur le SIDA a pour but de permettre de faire le pont entre les notions et les pratiques locales et celles qui sont promues par la biomédecine autour du VIH et du SIDA. Une telle stratégie cherche à permettre plus d'efficacité aux approches du VIH et du SIDA, et ceci à tous les niveaux possibles.

Tous les éléments cités en haut devraient permettre à mieux communiquer avec les personnes qu'on interpelle, en se mettant au diapason de leurs propres cultures, de leurs pratiques ainsi que de leurs convictions.

**Il n'est pas du tout nécessaire qu'on adhère aux mêmes convictions que ceux avec qui on essaie de communiquer. Il suffit qu'on prenne en compte et qu'on respecte les convictions et les pratiques des gens qu'on interpelle.**

En essayant de mieux comprendre les pratiques locales, il faut bien faire la différence entre celles qui sont à risques pour la propagation du VIH et celles qui d'autre part permettent à aider à éviter la transmission de cette épidémie. C'est dans ce double sens imprégné de réciprocité, que l'on cherchera à trouver la meilleure manière de faire le pont entre les paradigmes défendus par les professionnels de la santé (biomédecine) et les paradigmes que d'autres professionnels de la santé appliquent en santé par rapport aux pratiques locales (tradipraticiens).

En appliquant une telle approche par les voies du dialogue et du respect des diversités culturelles, on constate que les deux paradigmes ont, par leur diversité, un potentiel complémentaire et qu'ils ne sont pas nécessairement contradictoires. On peut ainsi aider les gens à combiner les avantages des diverses approches, sans essayer de leur interdire à

poursuivre des pratiques culturelles, qui leur tiennent à cœur. Ceci est à recommander dans le cadre du possible, c'est à dire tant que cela n'implique pas des dangers de transmissions biologiques néfastes.

De fait, l'histoire a montré que les tentatives de contredire les pratiques culturelles ont eu très peu de succès, surtout dans les questions concernant la santé: il vaut mieux trouver des voies qui permettent de combiner les diverses approches, ce qui correspond bien plus aux tendances des personnes en RDC (Janzen, 1978).

La perspective de la complémentarité est ainsi une voie idéale permettant d'atteindre plus d'efficacité au niveau du diagnostic (dépistage), des traitements (PTME et ARV) et au niveau de l'éducation à la prévention contre l'épidémie.

\*\*\*

## **Collègues, compagnes et compagnons de recherches à remercier**

### *Au Mozambique :*

---

F. Colete, L. Matuschka, B. Krings-Ney, J. Ziegler, Veronica A. Salada, Matilde B. Cunhaque, F.F. Francisco, E. Mariano, B. Bagnol, C. Palha Sousa, H. Nhaombe, R. Conceição, M. Lafon, E. Mabasso, J. Cafuquiza, C. Mucamissa, D.A. Himua, M. Constantino, A.Ivala, I.Parada Marques, A. Macaringue, Teresa F.Manjaze, Karl & Camilo Sousa. Un grand nombre d'interprètes locaux et de traducteurs/traductrices ont soutenu les travaux dans les langues bantoues Shangane/Ronga, Xitwza, Zulu, Ndaou, Sena, Shona, Macua, /Lomwe .

Plus de 500 tradipraticiens, conseillères et conseillés de rites d'initiations féminines et masculins et des chefs coutumiers de la région du nord de Nampula de cinq districts différents, et le même nombre de cinq provinces du sud et du centre du Mozambique. Avec le soutien des organisations de tradipraticiens AMETRAMO et HERVENARIO. Ainsi qu'un grand nombre d'infirmières, quelques médecins, des responsables de programmes VIH-SIDA, des conseillers et conseillères de dépistage.

### *Avec le soutien des organisations :*

### *Entre 1999-2003 :*

---

Centro de Investigação para o Desenvolvimento Amicar Cabral (CIDAC, Lisabon), la Commission Européenne, HIVOS & ICCO (Holland), ACTIONAID (Mozambique), les producteurs de films COOPIMAGEM & EBANO, Instituto de Comunicação Social (ICS) et MADER (Ministère de l'Agriculture), ACTIONAID et la Coopération Suisse(SDC).

### *Entre 2005-2007*

Health Focus (Potsdam), AGE consultant eG, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ, Allemagne).

### *Entre 2006 et 2007*

La Croix Rouge du Mozambique (CVM), MONASO (Réseau Mozambicain Network des ONG luttant contre le HIV/AIDS), the Conseil National du Combat contre le SIDA (CNCS).

### *En République Démocratique du Congo : En 2010-2011*

Professeur Bruno Lapika et ses Assistants du CERDAS, entre autres Taty Kuketuka, Dr. Ralf Syring (Health Focus) et Dry José Ndukapele, une équipe de 20 facilitateurs de RDC Compétence SIDA travaillant dans toutes les provinces de la RDC, Dr. Olivier Wala Wala de UCOP+, Dr. Mireille Bambule du PNLs, Dr. Jean Floribert Kabwau du PNMLS, Dr. Florimond Mibakale et ses collègues de MEMISA Bruxelles Peter Persyn, de Kinshasa et au Kwango, Dr. Angel Kuifashe, Dr. Jean Munongo Muteba, Dr. Chiara Castellani et Sœur Ria de CARITAS-RDC, l'équipe de GTZ Santé à Kinshasa et au Kwango ainsi que de nombreuses interprètes et traductrices et traducteurs sur le terrain du Kwango et à Kinshasa. Une centaine de tradipraticiens, conseillés et autorités coutumières de Kasongo Lunda, Popokabaka, Kimbau, Mwela Lembwa et Kenge au Kwango (Bandundu) ainsi que 11 tradipraticiens interviewés à Kinshasa avec le soutien du CERDAS (UNIKIN).

---

## **Références bibliographiques**

**Airhihenbuwa, C.O. & De Witt, W. (2004)**

Culture and African context of HIV/AIDS prevention, care and support. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance (SAHARA)* 1, pp. 4-13.



**Asforth, A. (2005)** *Witchcraft, Violence, and Democracy in South Africa*. Chicago, Illinois, University of Chicago Press.

**Bagnol, B. (2007)** *Elementos para uma etiologia do HIV/SIDA baseada nas percepções dos/as médicos/as tradicionais do Centro de Moçambique (Manica, Gorongosa e Machanga) e no Alto Mólocuê*. Research report of the 1st year of the DIALOGO Research in 2006 for MONASO, C.V.M., Maputo, Mozambique

**Benoist J. & Desclaux A. (1996)** *Anthropologie et Sida*. Paris: Karthala

**Bonnet D. & Jaffé Y. (2003)** *Les maladies de passage-Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala

**Camaroff, J. & J. (1993)** *Modernity and its malcontents: Ritual and power in post-colonial Africa* Chicago

**Capara A. (2000)** *Transmettre la maladie. Représentation de la contagion chez les Alladian de la Côte d'Ivoire*  
Paris: Karthala .

**Colson, E., (2007)** *Tonga Religious Life in the Twentieth Century* Bookworld Publishers, Lusaka

**Cros, M. (2005)** « Résister au sida: Récits du Burkina » PUF, Paris

**Devisch, R., W. de Mahieu (1979)** Mort, deuil et compensations mortuaires chez les Komo et les Yaka du Nord du Zaïre, Tervuren, Annales du musée royal de l'Afrique centrale, no 96, (1-18, 69-112).

**Devisch, R. (2003)** : Sentir et dire sa force vitale: le rêve et l'oracle médiumnique en milieu yaka. L'autre: cliniques, cultures et sociétés - Revue transculturelle, 4/1: 33-42

**Devisch, R., Brodeur, C. (1996)** „*Forces et signes. Regards croisés d'une anthropologue et d'un psychanalyste sur les Yaka* », Editions des archives contemporaines

**Devisch, R. (1996)** The cosmology of life transmission. In M. Jackson ed., *Things as they are: new directions in phenomenological anthropology*. Bloomington, Indiana university press, 94-114.

**Devisch, R. (1986)** : Marge, marginalisation et liminalité: le sorcier et le devin chez les Yaka du Zaïre. *Anthropologie et sociétés*, 10/2:117-137. ("Les dynamiques à la marge", Ellen Corin, ed.).

**Devisch, R. (1985)**: Polluting and healing among the Northern Yaka of Zaïre. *Social science and medicine*, 21:693-700 (Special issue: "Women as healers - Women as polluters").

**Devisch, R. (2003)** : Les sciences et les savoirs endogènes en Afrique noire: perspectives anthropologiques. In F. Nahavandi, ed., *Repenser le développement et la coopération internationale*. Paris, Karthala, 109-134.

**Devisch., R., S. Van Wolputte, J. Le Roy and Lapika Dimomfu (2002):**

Medical pluralism and lay therapy management in Kinshasa. Uppsala & Leuven, ULRiCA (Uppsala-Leuven research in cultural anthropology), 132p.

**Devisch, R., Lapika Dimomfu, J. Le Roy and P. Crossman (2001):**

A community-action intervention to improve medical care services in Kinshasa, Congo: mediating the realms of healers and physicians. In N. Higginbotham, R. Briceno-Leon, N. Johnson, eds., *Applying health social science best practice in the developing world*. London, Zed, 107-140.

**Devisch, R., P. Persyn (1992)** Health cultures in Zaïre. In J. Cook e.a., *Methodology and relevance of health systems research*. Brussels, European commission DGXII STD, 133-150

**Dieckmann, N. (2007)** *Sexualität, Zukunftsvisionen und HIV/AIDS im Spannungsfeld von Tradition*

*und Moderne, Region Beira, Mosambik.* M.A. thesis (unpublished), Universität zu Köln, Institut für Völkerkunde (Bonn, Germany).

**Douglas, M. (1967)** *Purity and Danger*. London, Routledge and Kegan Paul.

**Douglas, M. (1970)** *Natural Symbols*. London, Barrie and Rockliff.

**Douglas, M. & Calvez, M. (1990)** *The self as risk-taker: a cultural theory of contagion in relation to AIDS*. *Sociological Review* 38, pp. 3445–3464.

**Farmer, P. (1996)** *Sida en Haiti- la victime accusée*. Paris: Kartala

**Freire, P. (1970)** *Pedagogy of the Oppressed*. New York, Continuum.

**FHI/IMPACT, 2002.** *Rapport d' évaluation qualitative des connaissances, attitudes et comportements des jeunes en matière de sexualité avant le mariage dans la zone pastorale de Kibuye / Diocese de Nyundo* Bericht eine Rwandaisische NRO- FHI/Impact-Rwanda, Kigali

**Gausset, Q. (2001)** AIDS and cultural practices in Africa: the case of Tonga (Zambia). *Social Science and Medicine* 52, pp. 509–518.

**Gausset, Q. & Mogensen, H.O. (1996)** Sida et pollutions sexuelles chez les Tonga de Zambie. *Cahiers d'Etudes Africaines* 36(143), pp. 455–476.

**Geschire P. (1995.)** *Sorcellerie et politique en Afrique. La viande des autres*. Paris: Karthala

**Gbadegesin, S. (1998)** Yoruba philosophy: individuality, community and the moral order. In: Eze, E.C. (ed.) *African Philosophy: An Anthology*. Oxford, Blackwell.

**Green, E.C. (1999a):** *Indigenous Theories of Contagious Disease*. California, Altamira Press.

**Green, E.C. (1999b):** The involvement of African traditional healers in the prevention of AIDS and STDs. In: Hahn, R.A. (ed.) *Anthropology in Public Health: Bridging Differences in Culture and Society*. Oxford, Oxford University Press.

**Ingstad, B., Bruun, F.I. & Tlou, S. (1997)** AIDS and the elderly Tswana: the concept of pollution and consequences for AIDS prevention. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 12, pp. 357–372.

**Jacobson-Widding, A. (1989)** “Notion of heat and Fever among the Manyika of Zimbabwe” in *Culture, experience and Pluralism. Essays on African Ideas of illness and Healing, Acta Universitatis Upsaliensis*, Uppsala Studies in Cultural Anthropology 13., Uppsala

**Jacobson-Widding, A. (1979),** *Rd-White-Black as a Mode of Thought. A study of triadic classification by colours in the ritual symbolism and cognitive thought of the peoples of the lower Congo*. Almqvist & Wiksell International, Uppsala, Stockholm

**Jacobson-Widding, A. and van Beek. (1990a)** *The creative communion. African Folk Models of Fertility and the Regeneration of Life*. Uppsala

**Jacobson-Widding, A. (1990b)** “The Shadow as an Expression of Individuality in Congolese Conceptions of Personhood” in *Personhood and Agency. The Experience of Self and Other in African Cultures*. M.Jackson and I.Karp, Uppsala, 1990, pp.31-58 Smithsonian Institute Press, Washington.

**Jacobson-Widding, A. (1991)** *Body and Space. Symbolic Models of Unity and Division in African Cosmology and Experience* Acta Univrsitatis Upsaliensis, Uppsala Studies in Cultural Anthropology 16, pp.119-142, Uppsala

**Janzen, J.M. (1978):** *The Quest for Therapy: Medical Pluralism in Lower Zaire*. London, Penguin.

**Janzen, J.M. (1992)** *Ngoma: Discourses of Healing in Central and Southern Africa. Comparative Studies of Health Care Systems and Medical care*. Berkeley, Los Angeles and Oford: University of California Press.

- Kotanyi, S. (2003a)** *Espírito Corpo* [medical anthropological film]. Maputo, Mozambique, Coopimagem.
- Kotanyi, S. (2003b)** 'Viver de novo. Não se decide sozinho' [visual anthropological long-term observation]. Maputo, Mozambique, Instituto de Comunicação Social (ICS) and Ministry of Agriculture and Rural Development (MADER).
- Kotanyi, S. (2005)** Relevanz von indigenen Konzepten von Krankheit und Ansteckung für eine wirksamere HIV/AIDS Prävention im soziokulturellen Kontext am Beispiel von Mosambik. *Curare* 28 (2/3), pp. 247–264.
- Kotanyi, S. (2005)** Rapport pour la GTZ Santé du Mozambique sur le développement d'un approche culturelle de l'éducation sur le VIH dans le cadre des rites d'initiations féminin dans la province de Sofala. - non publié -
- Kotanyi, S. (2008)** : Rapport du projet «DIALOGO entre pratiquantes da medecina traditional et biomédica sobre o VIH/SIDA em Moçambique». Red Cross Mozambique (CVM) et MONASO. - non publié -
- Kotanyi, S. & Krings-Ney, B. (2009)**: Introduction of culturally sensitive HIV prevention in the context of female initiation rites: an applied anthropological approach in Mozambique. *African Journal of AIDS Research*, 2009, 8 (4), pp. 491-502. (South Africa)
- Kotanyi, S. (2010)** : "Dialogue culturel autour du SIDA en RDC" Rapport non publié du 1er atelier d'introduction à l'approche culturelle du VIH et du SIDA en RDC. Réalisé à Kinshasa en Août 2010 par le CERDAS: Prof. Bruno Lapika, et par le PFI, Kotanyi avec le soutien de MEMISA.
- Kotanyi, S. (2011)** : "Pré-étude ethnoculturelle autour du SIDA au Kwango", Caritas, non publié
- Lapika D. (1984)** L'art de guérir chez les Kongo, Discours magique ou science médicale in Cahiers du CEDAF, Série 1, n° 3.
- Lapika D. (1980)** La Médecine Traditionnelle au Zaïre, Mémoire de Maîtrise F.U.L./Arlon
- Lapika Dimomfu, B., Kambamba Sola-Ami (1997)** : Etude Ethno-culturelle sur le SIDA au Zaïre. OMS, Kinshasa
- Lapika D (2000)** L'intégration des savoirs traditionnels dans la gestion de la biodiversité en Afrique Centrale in *The African anthropologist, Journal of the Pan African Anthropological Association*, vol. 7, n° 1.
- Lapika Dimomfu, B. : (2002)** : Medical pluralism and lay therapy management in Kinshasa, Upasala University, T. & M., Sweden
- Lapika Dimomfu, B. : (2003)** : Etude sur l'impact social du VIH/sida en RDC, PNMLS/Banque Mondiale, Kinshasa
- Lapika D. (2009)** Savoirs endogènes et développement durable en Afrique, Actes de la XVIIIème Semaine Philosophique de Kinshasa, Colloque international co-organisé avec l'ISP de l'UCL du 20 au 24 janvier 2009, in *Recherches Philosophiques Africaines*, N° 35, Facultés Catholiques de Kinshasa, pp 139-148.
- Lapika D. (2007)** La sorcellerie des enfants à Kinshasa, CISS, Kinshasa.
- Lapika D. (2001)** Dynamique Culturelle et soins de santé en zones péri-urbaines de Kinshasa, VLIR, Belgique.
- Last, M. (1986)**:  
The professionalisation of african medicine. Manchester
- Lewertowski, C. & Nathan, T. (1998)** *Soigner: Le Virus et le Fétiche*. Paris, Odile Jacob.

- Mariano, E. (2007)** *Relatório de Pesquisa SUL de Govuro, Matutuine, Moamba, Magude. Research report of the 1st year of the DIALOGO.* [unpublished report] MONASO, Red Cross of Mozambique (C.V.M.), Maputo, Mozambique.
- Melo, R. (2005)** *'De Menina a Mulher': Iniciação Feminina entre os Handa no Sul de Angola.* Lisboa, Portugal, Ela por Ela.
- Moore, H.L. & Sanders, T., (2001)**, *Magical Interpretations, Material realities. \_ Modernity, Witschcraft and the Occult in Postcolonial Africa.* Routledge, London
- Ngubane, H. (1977)** *Body and Mind in Zulu Medicine: An Ethnography of Health and Disease in Nyuswa-Zulu Thought and Practices.* London7New York: Academic Press
- Salomonsen, J. (2008)** *Shielding girls at risk of AIDS by weaving Zulu and Christian ritual heritage.* Presentation at the Annual Meeting of the tenth EASA - Conference [European Association of Social Anthropologists], Ljubljana, Slovenia, August 2008.
- Rödlach, A. (2006):** *Witches, Westerners, and HIV.* Walnut Creek, California, Left Coast Press.
- Sitholi, J. (2001):** 'A cultural approach to AIDS in Africa.' African Online Services, 31 March 2001. Available at: <<http://www.aegis.com/news/afrol/2001/AO010306.html>>
- Tempels, P. (1969)** *Bantu Philosophy.* Paris, Présence Africaine.
- Thomas L.V. (2000)** *Les chairs de la mort- Corps, mort, Afrique.* Paris
- THETA (1998):** Innovation or re-awakening ?- Role of Traditional Healers in the Management and Prevention of Hiv-Aids in Uganda.Evaluation report. Kampala
- Thornton, R.J. (2008):** Unimagined Community: Sex, Networks, and AIDS in Uganda and South Africa. Berkley, California, University of California Press.
- UNAIDS (2000 & 2002):** Collaboration with Traditional Healers in HIV/AIDS Prevention and Care in Sub-Saharan Africa: A Literature Review. Geneva, UNAIDS, Best Practice Collection
- UNESCO (1999-2003) :** L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA Nr 1 bis 20. Paris : <http://www.unesco.org/aids>
- Wolf, A. (2001):** AIDS, morality and indigenous concepts of sexually transmitted diseases in southern Africa. *Afrika Spectrum* 36(1), pp. 97–107
- Wolf, A. (2007)** Medical dialogue between traditional experts and biomedical health workers in Kasungu, Malawi. In: *Medical Dialogue.* Eschborn, Germany, GTZ (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit) HIV Practice Collection.
- Wolf, A. (2007):** Medical dialogue between traditional experts and biomedical health workers in Kasungu, Malawi. In: *Medical Dialogue.* Eschborn, Germany, GTZ (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit) HIV Practice Collection
- Wreford, H.T. (2008):** Working with Spirit — Experiencing Izangoma Healing in Contemporary South Africa. New York, Berghahn Books
- Wredord, J. (2008):** *Myths, masks and stark realities: traditional African healers, HIV/AIDS narratives and patterns of HIV/AIDS avoidance. Working paper,* [ASRU \[Centre for Social Science Research\]](http://www.asru.org), Cap Town.