

Enjeux sociaux et politiques de la prise en charge des malades du sida au Congo

Attitudes contradictoires

Marc-Éric Gruénais¹, Madeleine Boumpoto², Gaspard Boungou³, Didier Fassin⁴,
Éric Gauvrit¹, Martial Moundélé¹, Jean-Pierre Poaty⁵, Joseph Tonda²

RÉSUMÉ

Au Congo, la lutte contre le sida s'organise aujourd'hui dans un nouvel État démocratique qui met en œuvre une politique de décentralisation et s'est doté d'une structure spécialisée dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH. L'analyse des discours et pratiques des différents acteurs susceptibles d'intervenir dans la prise en charge des malades –personnels de santé, religieux, tradipraticiens, familles, associations– montre que le débat à propos des conditions de cette prise en charge est particulièrement confus tant l'ensemble de ces acteurs est susceptible de produire des discours contradictoires dès lors qu'ils doivent gérer une tension entre le sentiment d'une nécessaire banalisation de la maladie et la réalité exceptionnelle de l'infection par le VIH.

MOTS-CLÉS

Congo, prise en charge, organisation de la lutte contre le sida, personnels de santé, religieux, tradipraticiens, Afrique.

¹ ORSTOM, Brazzaville.

² Faculté des lettres et sciences humaines, Université Marien Ngouabi, Brazzaville.

³ DGRST, Brazzaville.

⁴ CRESO, Université Paris Nord, Bobigny.

⁵ Ministère du Plan, Brazzaville.

L'objectif initial du projet "Enjeux sociaux et politiques de la prise en charge des malades du sida au Congo" était de mettre en évidence les discours et les pratiques relatifs au sida et aux malades émanant des différentes instances susceptibles d'intervenir dans la prise en charge (famille, tradipraticiens, religieux, personnels de santé, associations), en envisageant le plus grand nombre possible de situations de prise en charge pour mettre en évidence contraintes et rapports de force qui délimitent les rôles de différents types d'acteurs susceptibles d'intervenir dans cette prise en charge. Puis, alors que nous avons acquis des connaissances que nous jugions satisfaisantes sur le contexte social global auquel les sidéens se trouvaient confrontés, les travaux ont été réorientés plus spécifiquement sur le dépistage et le traitement des patients. Après le rappel de quelques données sur la spécificité de la situation congolaise et sur l'évolution de nos travaux, nous soulignerons la confusion du débat à propos des conditions de prise en charge des sidéens, tant l'ensemble des acteurs est susceptible de produire des discours contradictoires.

Une recherche en sciences sociales au Congo

Le Congo est le pays d'Afrique où le taux d'incidence cumulé de cas de sida est le plus élevé. En avril 1995, on dénombrait 7 773 cas de sida déclarés depuis 1986 (OMS, 1995), pour une population totale de 2,3 millions d'habitants ; le nombre total de cas de sida est aujourd'hui estimé entre 15 000 et 20 000 dont 4 500 enfants (Programme national de lutte contre le sida, PNLS, 1992), et le pays compterait 80 000 à 100 000 séropositifs et 9 000 à 12 000 orphelins. Beaucoup plus que ces chiffres globaux, l'ampleur du problème est révélé par la situation dans les structures de soins. Une enquête hospitalière instantanée, menée au mois de juin 1991 par le PNLS avait permis d'établir qu'au CHU de Brazzaville 26% des patients hospitalisés dans les services de médecine étaient infectés par le VIH, ainsi que 15% des donneurs de sang du Centre de transfusion sanguine (Nzingoula, 1994). À l'heure actuelle, environ 1 000 nouveaux cas de sida sont hospitalisés au CHU de Brazzaville chaque année, le sida étant devenu la première cause de mortalité chez l'adulte jeune (15 - 45 ans).

Le Congo a reconnu officiellement l'existence du sida dès 1983 ; avec le Rwanda et l'Ouganda, il est l'un des pays africains à avoir réagi le plus vite à l'épidémie. Dès décembre 1985, alors que plusieurs pays continuaient de nier l'existence de personnes infectées par le VIH sur leur sol, un comité scientifique de diagnostic et de lutte contre le sida était mis en place par le ministère de la Santé congolais. En octobre 1986, le dépistage systématique des anticorps anti-VIH débutait à la banque de sang de Brazzaville, et en août 1987, un PNLS était créé pour mettre en œuvre la politique nationale de prévention et de prise en charge des malades.

La lutte contre le sida va se développer dans un contexte de remise en cause économique et politique d'un modèle étatique issu d'un régime socialiste de parti unique. Du fait de l'endettement croissant de la sphère publique (c'est le pays le plus endetté par habitant du continent africain), le Congo a dû concilier son exigence d'autonomie d'État souverain avec l'acceptation de la tutelle économique des organismes internationaux occidentaux, comme le Fonds monétaire international (FMI) ou la Banque mondiale. Des programmes d'ajustement structurel imposent, dès 1985, une cure budgétaire qui affecte en premier lieu les secteurs de l'éducation et de la santé. L'abandon du régime de parti unique, à partir de 1990, va ouvrir une période d'instabilité politique qui culminera avec la guerre civile de la fin de l'année 1993. Si la paix revient progressivement, en revanche les difficultés budgétaires persistent : depuis 1992, les agents de l'État – dont l'effectif décroît régulièrement sous l'effet des mesures d'ajustement structurel – perçoivent leur salaire très irrégulièrement, et la dévaluation du franc CFA en janvier 1994, entraînant un renchérissement des prix des médicaments, va encore affaiblir un peu plus le secteur de la santé. C'est donc un État fragilisé qui doit répondre aujourd'hui au défi sanitaire, social, économique et politique du sida.

Alors que le maître-mot des nouveaux dirigeants est la "décentralisation", en 1992 le pays se dote du Plan national de développement sanitaire (PNDS) pour réorganiser son système de santé. Le PNDS se propose de mettre en place un système de référence/contre-référence, réorganisant la carte sanitaire en créant des circonscriptions socio-sanitaires avec ses hôpitaux (régionaux) de référence, et des Centres de santé intégrés (CSI), censés se conformer à une politique de recouvrement des coûts; et dont la gestion est supervisée par un comité de santé. La lutte contre le sida doit désormais se faire dans le cadre du PNDS, le PNLS étant alors rattaché à la Direction générale de la santé publique et non plus, comme antérieurement, au Cabinet du ministre de la Santé⁶.

Depuis la fin de l'année 1994, le Congo dispose d'un nouvel outil pour la prise en charge des sidéens : le Centre de traitement ambulatoire (CTA) de Brazzaville⁷. Cet hôpital de jour, spécifiquement destiné à la prise en charge des sidéens, a une quadruple vocation : «un rôle de référence dans le domaine des soins aux sidéens, un rôle de surveillance épidémiologique et de recherche notamment centré sur l'évaluation clinique et les essais thérapeutiques, un rôle de conseil (prise en charge psychosociale) auprès des personnes infectées par le VIH et de leur famille, enfin un rôle de formation et de recyclage des professionnels de santé» (M'Pelé, 1994). Le CTA est censé recevoir des personnes dépistées séropositives, donc déjà informées de leur statut sérologique, pour bénéficier d'un suivi médical et d'un soutien psychosocial en contrepartie d'une cotisation mensuelle de 5 000 F CFA.

Aussi, tant en raison de l'évolution politique et économique du pays, de la situation épidémiologique en regard du sida, des nouveaux dispositifs institutionnels mis en place pour réformer le système de santé en général, que de l'expérience pilote que représente le CTA, le Congo représente un cas de figure d'un intérêt tout particulier en Afrique au sud du Sahara⁸.

Nous sommes alors convenus de travailler en priorité à Brazzaville, la capitale, et dans une moindre mesure, à Pointe Noire, seconde ville du Congo, capitale économique du pays, et également localité la plus touchée par l'épidémie. En effet, ayant pour préoccupation première de procéder à un état des lieux quant à la réalité que pouvait recouvrir le sida pour le plus grand nombre de types d'acteurs, seules les deux plus grandes villes du Congo étaient alors susceptibles de regrouper des spécialistes ou des corporations ayant réellement un discours sur la maladie ; dans les zones rurales ou dans les villes secondaires, en effet, le sida était alors "moins visible", parce que l'incidence de l'épidémie y est plus faible, mais aussi parce que l'information des personnels de santé ou des potentiels "leader d'opinion" sur la maladie y est moindre. À tous les types d'acteurs rencontrés –depuis les quelques praticiens spécialisés sur la maladie, les différents personnels de santé appartenant à tout type de structures, les devins-guérisseurs, les responsables de congrégations religieuses, jusqu'aux présidents d'associations d'entraide– nous posions peu ou prou toujours des questions autour des mêmes thèmes : leur expérience vécue du sida (afin d'apprécier la mesure dans laquelle le discours proposé était fondé sur des fantasmes, une information indirecte ou une confrontation personnelle à une personne atteinte), la nécessité ou non d'informer le patient des résultats de la sérologie VIH, les pratiques d'évitement ou de stigmatisation enregistrées à propos de cas de personnes atteintes, l'apport des médecines traditionnelles et des pratiques religieuses à la prise en charge, les interprétations relatives à l'origine des contaminations individuelles, les positions à l'égard de l'utilisation du préservatif.

⁶ À l'évidence, une telle réorganisation ne peut aller que dans le sens de la nouvelle agence des Nations Unies en charge du sida et qui préconise davantage d'actions de proximité et une refonte de la verticalité des PNLS.

⁷ Créé sous l'égide de l'OPALS (Organisation panafricaine de lutte contre le sida) et du PNLS, avec le soutien du ministère français de la Coopération.

⁸ Surtout si l'on considère que P. Lissouba, Président de la République du Congo, se fait désormais le héros du combat contre la maladie comme le laisse supposer son intervention à la tribune de l'UNESCO (novembre 1995) en faveur de la création d'un fonds panafricain de lutte contre le sida.

Dans un premier temps⁹, alors que nous ne disposions guère d'informations sur la "gestion" de la maladie au Congo; nous nous sommes attachés à identifier les discours, attitudes et pratiques d'acteurs susceptibles d'intervenir dans la prise en charge des malades; cinq thèmes ont alors été privilégiés: les politiques publiques (Fassin, 1994), les solidarités familiales et associatives, les attitudes des personnels de santé face à l'infection à VIH, les discours et pratiques des tradipraticiens et des religieux, et les réactions des univers féminins (femmes confrontées au sida et associations féminines). Dans la première phase du projet, il n'était guère envisageable, pour les non médecins, que nous étions de travailler auprès des personnes atteintes car toutes les "conditions éthiques" ne nous semblaient pas réunies (tests alors pratiqués à l'insu la plupart du temps, faiblesse des dispositifs de prise en charge, méconnaissance initiale de l'équipe des enjeux et des risques de stigmatisation des malades) (Gruénais, 1995a); dès lors les informations recueillies avaient trait aux attitudes de chaque type d'acteurs à l'égard de la maladie et des sidéens. Le travail mené, notamment en milieu hospitalier, avait cependant attiré tout particulièrement notre attention sur le sujet délicat de l'annonce, et les travaux ont pu se poursuivre sur les questions plus spécifiques du dépistage et du traitement des personnes infectées par le VIH au Congo (Gruénais, 1994, 1995b). Le thème est d'importance car, en reconnaissant que "la vérité" demeure très difficile à dire et qu'il est illusoire de prétendre tenir un discours standard sur l'annonce de la séropositivité (Vidal, 1993); après l'éclosion d'un débat sur "le droit de ne pas savoir" (Kerouedan, 1995), et eu égard aux spécificités des situations en Afrique (dysfonctionnement des systèmes de santé, inaccessibilité des antiviraux pour la majorité de la population, systèmes de représentation et comportements qui seraient un obstacle à la bonne compréhension de la maladie), il apparaissait opportun de se demander si les difficultés propres aux relations interindividuelles entre médecins et patients dans un tel contexte autorisaient toutes les "adaptations" des règles internationalement reconnues. La question des conditions du dépistage et de mise en place d'un dispositif de suivi des malades prenait d'autant plus d'acuité au Congo que le CTA ouvrait ses portes à la fin de l'année 1994. Les conditions éthiques étant désormais réunies (personnes informées, existence d'une structure de prise en charge), il était alors possible d'entreprendre une étude spécifique auprès des personnes atteintes¹⁰.

Paradoxes, contradictions, incertitudes

Les discours relatifs au sida et aux sidéens, articulés¹¹ à partir de signifiés empruntés aux registres les plus divers (du développement sanitaire, de l'expérience vécue, de la religion, de la tradition, etc.), peuvent conduire à des propositions contradictoires. Le sida permet ainsi d'élaborer des énoncés dans lesquels une chose peut être elle-même et son contraire, ouvrant la voie aux plus grandes incertitudes quant aux discours et pratiques adaptés à la prise en charge des malades. Pour illustrer cette production d'énoncés contradictoires, nous envisagerons ici les discours de trois types d'acteurs: les personnels de santé, les religieux et tradipraticiens, les femmes, en nous attachant tout particulièrement aux propos se rapportant aux solidarités familiales et aux interprétations de la maladie. Nous évoquerons pour terminer les réactions de malades face aux prestations offertes par un service spécialisé.

Les discours relatifs au soutien du malade, notamment parmi les personnels de santé, font état de l'existence *a priori* d'une solidarité des parents autour des sidéens, solidarité qui est également présentée comme une spécificité africaine. Mais si les parents sont censés être par

⁹ 1992-1994, première phase du projet soutenue par l'action incitative ORSTOM "Sciences sociales et sida".

¹⁰ C'est ainsi que grâce au soutien de la Mission française de coopération et d'action culturelle du Congo, et en relation avec la Direction des études et de la planification du ministère de la Santé du Congo, une enquête spécifique a été menée pendant quatre mois (mars-août 1995) auprès de personnes atteintes fréquentant notamment le CTA.

¹¹ Au sens de la deuxième "articulation" du langage, telle qu'elle a pu être définie par Martinet, mais aussi dans une acception plus courante d'imbrication, d'engrènement.

nature solidaires du malade, ils sont considérés comme étant également par nature prêts à s'entre-déchirer lorsqu'ils doivent faire face à un épisode pathologique. En effet, tout aussi spécifiquement africaine serait l'interprétation persécutive du mal (l'attribuant à une agression sorcière) qui aiguise les conflits intrafamiliaux, créant une situation nuisible à la sérénité nécessaire à l'accompagnement du malade. Alors, afin que la famille soit vraiment solidaire, il faudrait, dit-on, banaliser la maladie pour empêcher la stigmatisation des personnes atteintes, faire du sida une "maladie comme les autres" pour éviter les interprétations en termes d'agression en sorcellerie. Mais les personnels de santé qui tiennent ces discours ne sont-ils pas les premiers à faire du sida une maladie exceptionnelle lorsqu'ils prennent d'innombrables précautions dans leurs contacts avec les sidéens, ou encore lorsqu'ils inventent des stratagèmes afin que personne ne sache (et surtout pas le patient) qu'une sérologie VIH est demandée. De plus, faire du sidéen un malade comme les autres n'est pas nécessairement susceptible de résoudre les interrogations relatives à l'interprétation de la maladie, et partant, aux solidarités familiales puisque c'est aussi exposer le patient à la conception "ordinaire" de la maladie due à la sorcellerie, schème explicatif général pour toutes les maladies.

Le sida ébranle les certitudes au sujet de la solidarité familiale mais aussi celles relatives au couple. Les cas fréquemment rapportés de dissolution des couples lorsque l'un des partenaires ou l'un des enfants est infecté viennent justifier que les médecins taisent la séropositivité pour préserver l'unité familiale. Or, d'une manière générale, éviter la propagation de l'épidémie, en ayant le souci de prévenir l'infection chez un partenaire, ou en faisant la promotion de l'utilisation du préservatif, est plus aisé dans des situations que "la morale" réprovoque dès lors que le préservatif est *ipso facto* associé à un multipartenariat, ou du moins à des relations amoureuses encore instables, en bref, "à l'absence de confiance" dans le partenaire, et partant à des projets conjugaux non encore arrêtés. Ainsi, par exemple, pour des femmes déclarant avoir habituellement des rapports sexuels protégés, le préservatif est présenté comme un objet qui relève de la sphère féminine : ce sont les femmes, disent certaines, qui doivent prendre l'initiative de l'utilisation du préservatif ; inversement, celles qui ne l'ont jamais utilisé considèrent volontiers que c'est à l'homme de proposer. Par ailleurs, l'utilisation du préservatif est de manière bien compréhensible plus aisée lorsque le partenaire n'est pas considéré comme "l'homme de la maison" (pour reprendre une expression congolaise) ; en d'autres termes, les femmes qui se définissent comme célibataires auraient une propension beaucoup plus grande à avoir des rapports sexuels protégés que les femmes "mariées"¹² ; compte tenu de l'instabilité des couples au Congo, doit-on alors en conclure que les célibataires, ou du moins des célibataires d'un certain statut, pourraient être moins exposés au risque que les femmes mariées (cf. p. 51, article d'Isabelle Bardem et Isabelle Gobatto) ? Bien plus, l'exposition au risque n'augmenterait-elle pas avec l'adhésion à un groupe religieux lorsque l'on sait que ceux-ci, non seulement condamnent l'utilisation du préservatif, mais avancent qu'avec l'aide de Dieu une femme ne peut être atteinte, même si son partenaire est infecté ? Dans ces contextes où les risques de contamination pourraient s'élever à mesure qu'ils sont considérés par certaines femmes et certains religieux comme nuls ou secondaires, l'union socialement reconnue et l'adhésion à un groupe religieux pourraient constituer des "facteurs de risque".

Sans doute les milieux médicaux risquent-ils parfois d'ajouter à la confusion lorsqu'ils prônent une collaboration avec les tradipraticiens et les religieux¹³ dans le domaine de la lutte contre le sida. En effet, très schématiquement, tradipraticiens et religieux fondent leurs pratiques

¹² Il existe bien évidemment toute une gradation de situations des relations de couple ; aussi certaines expressions ne doivent pas nécessairement être entendues dans une acception absolue : "ne pas avoir d'homme de la maison" ne signifie pas toujours ne pas avoir de relation régulière avec un partenaire, et être "mariée" ne correspond pas toujours à une situation de cohabitation.

¹³ Nous appelons "religieux" ces "travailleurs de Dieu" qui, au Congo, au sein d'Églises protestantes ou catholiques généralement prises dans la mouvance pentecôtiste ou charismatique, ou encore au sein d'Églises synchrétiques néo-traditionnelles, s'adonnent à la lutte contre la sorcellerie et la magie et à la "guérison" par la prière, l'eau bénite et éventuellement les plantes.

"thérapeutiques" sur une relation particulière avec des entités du monde invisible (ancêtres, génies, Esprit saint, etc.) et qui leur permettent de combattre "efficacement" les agents causaux ultimes de la maladie également situés dans ce monde invisible ; donc collaborer avec eux c'est aussi nécessairement entrer en relation avec des spécialistes de l'Au-delà alors même que les personnels de santé tentent de récuser les interprétations "sorciers" de la maladie. Mais la relation entre personnels de santé, d'une part, et tradipraticiens et religieux, d'autre part, peut être porteuse d'autres ambiguïtés : les premiers s'adressent aux seconds pour autant qu'ils n'affirment pas "guérir" le sida et qu'ils ne retiennent pas trop longtemps les malades auprès d'eux de telle sorte qu'ils puissent accéder rapidement aux structures de soins officielles ; alors que, pour les seconds, soigner sans perspective de guérir n'a pas de sens et leurs pratiques de "guérison" leur semblent d'autant plus légitimes que, face au sida, la médecine elle-même se proclame impuissante.

En fait, nombre de tradipraticiens pensent que le sida est une maladie construite par le savoir médical et récuse parfois toute possibilité d'origine sorcière de la maladie en soutenant que le sorcier ne connaît pas cette maladie qui est celle des Blancs, des intellectuels et des médecins. Cependant, certains avancent que le sorcier peut envoyer un sida, parfois distingué du «sida des Blancs» ; ils peuvent alors guérir le «sida de la sorcellerie», un vrai-faux sida qui peut se traiter au moyen de toutes les techniques appropriées pour des «maladies de la sorcellerie». Les plus inventifs des religieux, pour leur part, intègrent le sida et d'autres maladies dans une logique divine des manifestations du feu punitif qui consume tous ceux qui «ne marchent pas avec Dieu». Pour les religieux, la sorcellerie étant une manifestation de Satan et des mauvais esprits, rien n'empêche que Satan ou les mauvais esprits «donnent le sida» à ceux «qui ne suivent pas Christ». Le sida peut alors être guéri, grâce à la foi et aux «plantes révélées». Approprié comme objet de connaissance, le sida ne se situe donc plus dans un rapport d'extériorité comme chez les tradipraticiens. Cette maladie, qu'elle soit ou non considérée comme pouvant être "provoquée" par un sorcier, n'en présente pas moins les caractéristiques encore mal définies d'une maladie sanction d'une inconduite, et qui peut être guérie par des plantes et/ou des prières. Ce sont les Églises indépendantes, recours "modernes", qui semblent prêter le plus d'attention au sida, sans doute parce qu'elles sont le lieu où l'incertitude quant au statut nosologique du sida peut s'exprimer le mieux.

Si la nécessité d'une prise en charge communautaire qui implique différents relais –notamment familles, tradipraticiens et religieux– est toujours davantage affirmée par les milieux médicaux, on a souvent le sentiment qu'en toute circonstance la référence médicale et hospitalière reste privilégiée ; les attitudes des familles, des tradipraticiens et des religieux étant priées de se conformer à ce que les personnels de santé souhaiteraient qu'elles soient. Or cette situation est à l'image des incertitudes et des contradictions qui caractérisent le comportement des malades.

L'arrivée d'un malade dans une structure spécialisée est l'un des moments d'une longue histoire de maladie chargée d'épisodes d'affections fréquemment associées au VIH. La structure de soins spécialisée a un effet généralement positif sur le malade qui découvre qu'il n'est pas seul et reprend espoir grâce à la promesse du médecin de vivre 10 à 15 ans supplémentaires avec sa séropositivité, alors qu'il se croyait condamné à disparaître très rapidement. La prévention des maladies opportunistes et une surveillance médicale accrue font que le malade reprend confiance un moment, et pendant les périodes de rémission, se met à espérer la guérison. Mais, parallèlement à cet espoir de guérison, le malade réalise que cette structure est un centre de soins exclusif pour séropositifs et/ou sidéens ; le fréquenter et surtout prendre le traitement qu'on y dispense signifie qu'on est infecté par le VIH alors que, jusque-là, on pouvait continuer à le nier ou à douter. À la faveur des immanquables rechutes, le malade réalise que le traitement devenu signifiant de la maladie ne guérit pas, à l'instar de celui délivré par les autres hôpitaux et par les guérisseurs déjà fréquentés. Le traitement médical va alors cristalliser tous les sentiments négatifs et, souvent, le malade va cesser de fréquenter le centre de soins pour s'adresser de nouveau à d'autres types de recours. Cependant, quand bien même le malade cherche "ailleurs", il revient à la structure spécialisée le jour où il se sent très mal. Quoi qu'il dise du traitement médical, le malade ne coupe pas définitivement avec la structure spécialisée qui devient alors un recours

comme les autres, mais avec l'espoir que cette structure sera la première à bénéficier des progrès médicaux : les scientifiques découvriront peut-être un jour le remède, d'où la nécessité de ne pas s'éloigner définitivement des structures spécialisées.

Gérer ces contradictions entre l'idée que l'on se fait de la situation la plus adaptée pour assurer une prise en charge sereine, le souci de préserver l'individu d'un risque d'infection, les exigences médicales et morales, apparaît pour le moins très délicat, surtout si l'on prétend trouver la solution qui pourrait s'appliquer à toutes les situations. Cependant, pour les patients, le principal risque est sans doute celui qu'ils encourent lorsque leur maladie, en raison de son caractère chronique, cesse d'être un événement pour l'entourage, voire pour le système de santé "qui ne peut plus rien faire". Les structures hospitalières sont souvent dans l'incapacité de fournir des traitements satisfaisants, d'assurer un suivi médical réel, sans compter la saturation des services liée à des occupations de lits pendant une très longue période ; le sida peut devenir ainsi un non-événement médical, et le malade n'a plus qu'à retourner chez lui. À mesure que le sidéen avance dans la maladie, les solidarités familiales s'estompent parfois, et l'état de santé du parent malade cesse d'être un objet de débat et de conflit ; le sida devient un non-événement familial. Quant aux solidarités qui peuvent s'exprimer au sein des associations d'entraide (d'originaires, folkloriques, etc.), elles ne s'expriment qu'en cas de décès, éventuellement en cas d'hospitalisation, mais jamais pour une aide au long cours ; en raison de sa chronicité, le sida devient alors un non-événement pour le réseau de connaissances et de solidarité du malade. Dès lors, l'abandon du sidéen n'est plus loin.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Fassin D. (1994). L'espace privé de la santé publique. Pouvoir, politique et sida au Congo. *Annales*, 4 : 745-775.
- Gruénais M.-É. (1994). Qui informer ? Médecins, familles, tradipraticiens et religieux au Congo. *Psychopathologie africaine*, 26 (2) : 189-209.
- Gruénais M.-É. (1995a). Incertitudes ethnographiques. À propos d'une recherche sur le sida. *Journal des Anthropologues*, 60 : 25-32.
- Gruénais M.-É. (1995b). Dire ou ne pas dire. Enjeux de l'annonce de la séropositivité au Congo, in : Dozon J.-P. et al. eds. *Les sciences sociales face au sida en Afrique : cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM, 163-173.
- Keruedan D. (1995). Les femmes africaines face au sida : le droit de savoir pour le droit d'exister séropositives. *Cahiers Santé*, 5 : 259-261.
- M'Pelé P. (1994). Incidence du sida au Congo et présentation du CTA. *Communication à l'Atelier sur la prise en charge des sidéens au CHU de Brazzaville*, Brazzaville, PNLS/ORSTOM/MCAC.
- Nzingoula S. (1994). La prise en charge du sida au Congo. *Communication à l'Atelier sur la prise en charge des sidéens au CHU de Brazzaville*, Brazzaville, PNLS/ORSTOM/MCAC.
- OMS (1995). *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 27.
- Programme national de lutte contre le sida (PNLS) (1992). VIH/Sida/MST Surveillance. *Bulletin épidémiologique semestriel*, Brazzaville, République du Congo, ministère de la Santé, 5.
- Vidal L. (1993). Compte rendu de la 7^{ème} Conférence internationale sur le sida en Afrique, Yaoundé, 8-11 décembre 1992. *Bulletin du GIDIS-CI*, 4 : 80-84.