

# **Structures sanitaires et malades confrontés à la prise en charge du sida à Abidjan (Côte-d'Ivoire)**

## **Quelques éléments de réflexion**

Laurent Vidal\*, Auguste-Didier Blibolo\*\*, Bi Tah N'Guessan\*\*\*

### **RÉSUMÉ**

L'appréhension des modalités de prise en charge du sida impose un regard sur les initiatives aussi bien des malades que des personnels de santé. Au sein de deux structures de soins abidjanaises, des études ont été menées visant à comprendre l'organisation des itinéraires thérapeutiques des malades, les relations établies avec leur conjoint et leur rapport à l'institution médicale. Nous avons constaté que les itinéraires thérapeutiques identifiés (qui sont aussi des parcours à la recherche d'informations sur la maladie) permettent de dépasser les oppositions classiques entre médecines "moderne" et "traditionnelle" ; d'autre part, dans la stratégie d'information de son partenaire, le séropositif est amené à effectuer un choix entre une mort physique et une mort sociale ; enfin, la nécessaire durée qui doit caractériser la relation du médecin et de l'assistante sociale au malade suggère une multiplication des lieux de prise en charge, notamment lorsqu'il s'agit de centres de soins spécialisés comme les Centres antituberculeux.

### **MOTS-CLÉS**

Itinéraire thérapeutique, expérience de la maladie, information du partenaire, prise en charge, conseil, Abidjan, Afrique.

\* ORSTOM, Abidjan.

\*\* Institut d'ethnosociologie, Abidjan.

\*\*\* Université d'Abidjan, Côte-d'Ivoire.

## Contextes et méthodes

Dans un contexte épidémiologique situant la Côte-d'Ivoire –et singulièrement Abidjan– parmi les régions les plus touchées par l'épidémie de VIH en Afrique de l'Ouest<sup>1</sup>, la réflexion que nous nous sommes proposés d'engager se fonde sur deux exigences : d'une part, appréhender les liens qui unissent les stratégies de prise en charge et de prévention ; d'autre part, décrire les expériences du sida dont témoignent les malades et les personnels de santé. S'agissant du premier point, une connaissance fine des représentations individuelles du sida et des modalités de diffusion de l'information sur la maladie –du praticien au patient et de ce dernier à son entourage– fournit des arguments pertinents pour toute action de prévention tournée vers des personnes séronégatives. Ce type d'analyse revêt une importance décisive pour comprendre les mécanismes favorisant –ou non– l'adoption de mesures de prévention de la transmission du VIH. En second lieu, l'approche du fonctionnement de structures sanitaires quotidiennement confrontées au sida ne peut être complète et n'autorise des conclusions sur leur adaptation à la demande des patients que si elle prend en compte le regard que les malades eux-mêmes portent sur ces structures.

Au moyen de méthodes (anthropologique, sociologique, économique) et à des échelles variables (groupes de malades et de médecins ; données médicales et comptables d'une période donnée), l'objectif central de notre propos consiste donc à rendre compte d'expériences du sida à Abidjan tant chez ceux qui en souffrent que dans le travail de ceux qui en suivent jour après jour les effets. Ainsi, sur une période de 12 mois, entre 1992 et 1993, près de 40 patients tuberculeux séropositifs ont été rencontrés à leur domicile (L. Vidal), des entretiens ont eu lieu avec 25 malades vivant en couple, des médecins et divers personnels de santé (A.D. Blibolo) et, enfin, le fonctionnement et les données budgétaires d'une structure sanitaire ont été analysés (B.T. N'Guessan). Si l'analyse du poids budgétaire et des implications de l'augmentation du nombre de patients séropositifs sur le fonctionnement du centre de soins s'est concentrée sur les deux Centres antituberculeux (CAT), la démarche anthropologique et sociologique de suivi de patients et d'observation des conditions de prise en charge a concerné à la fois les CAT et l'Unité de soins ambulatoires et de conseils (USAC) du Service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Treichville<sup>2</sup>.

L'approche pluridisciplinaire développée s'est principalement attachée à respecter un double principe de recherche : la fidélité à chacune des options méthodologiques et la rencontre des trois études sur des thèmes ou des situations précises. Concernant le premier point, il a semblé impératif d'éviter –sous le couvert de la revendication d'une pluridisciplinarité– toute uniformisation de nos choix méthodologiques. Ainsi, A.D. Blibolo et L. Vidal ont adopté une démarche qualitative, basée sur le suivi d'un groupe restreint de patients rencontrés plusieurs fois, dans des contextes variés. De son côté, B.T. N'Guessan a procédé à une enquête exhaustive à partir des dossiers médicaux de malades traités durant l'année 1990 dans les CAT<sup>3</sup>. Il a conjointement mené une enquête plus qualitative, auprès du personnel des CAT, afin de cerner les problèmes d'organisation du travail et de fonctionnement de la structure sanitaire posés par le suivi des séropositifs.

Brièvement évoquées, ces options méthodologiques nécessitent une mise au point, relative aux implications éthiques d'une recherche sur le sida auprès de malades : nous pensons plus particulièrement à l'accès aux dossiers médicaux et au travail auprès de patients informés ou non de leur séropositivité. La connaissance du contenu des dossiers médicaux par des personnes étrangères au suivi thérapeutique du patient a été discutée avec les médecins

<sup>1</sup> Djomand *et al.* proposent un bilan complet de la situation épidémiologique abidjanaise à la lumière des données recueillies, depuis 1987, par le projet RETRO-CI.

<sup>2</sup> Pour le fonctionnement de ces deux structures de soins –à travers notamment leur approche de la question de l'annonce de la séropositivité– on pourra se reporter aux témoignages de leurs responsables (Agness-Soumahoro *et al.*, 1994). G. Williams *et al.* (1995) ont par ailleurs récemment dressé un panorama complet de la situation de la prise en charge du sida en Côte-d'Ivoire.

<sup>3</sup> Les résultats de cette partie de son étude sont détaillés dans le rapport rédigé dans le cadre de l'action incitative "Sciences sociales et sida" de l'ORSTOM (Vidal *et al.*, 1994).

responsables des CAT et de l'USAC, pour arriver à la conclusion que, en tant que chercheurs, nous avons la possibilité de consulter ces dossiers, en ayant les mêmes devoirs que les médecins ou les épidémiologistes intervenant dans les CAT. Se pose alors la seconde question éthique relative à l'information du patient sur sa séropositivité. Dès le début de sa recherche, en juin 1990, L. Vidal a ainsi décidé de rencontrer des patients, choisis au hasard, parmi les séropositifs traités pour une tuberculose. Dans un contexte de non-annonce quasi générale de la séropositivité, il apparaissait indispensable d'analyser les situations existantes et non de créer des "cas de figure" exceptionnels dans la réalité. En d'autres termes, l'objectif était bien de se pencher sur les représentations du sida chez les séropositifs et non sur les seules représentations des personnes informées de leur séropositivité. Il s'est avéré par ailleurs que la mention d'une information sur le sida, dans le dossier médical, ne signifie pas que le patient ait véritablement appris à cette occasion sa contamination par le VIH ou qu'il l'ait comprise. Du médecin qui évoque par métaphores le sida au malade qui n'entend pas le message ou qui refuse de le comprendre, une gamme d'attitudes est en effet observable qu'il serait inexact et réducteur d'assimiler à une "annonce de la séropositivité"<sup>4</sup>. Parallèlement aux difficultés rencontrées dans la relation au patient (posséder une information sur la maladie de son interlocuteur que celui-ci ignore ; Vidal, 1993), L. Vidal a poursuivi en 1992 le travail engagé deux ans plus tôt, en partant du principe –intangible– que les discussions avec le séropositif demeuraient confidentielles : ni son entourage, ni le personnel soignant ne devant être informés du contenu des propos du patient, initiative relevant exclusivement de la volonté de ce dernier.

De son côté, A.D. Blibolo a souhaité ne travailler qu'auprès de patients connaissant leur statut sérologique. À la différence de L. Vidal, il est intervenu au sein d'un service, l'USAC, dont les activités sont par essence fondées sur l'information du patient (pré et post-test). Par ailleurs, s'intéressant aux conduites de prévention dans le couple dont l'un au moins des membres est séropositif et, plus généralement, à la vie de ce couple, il importait que la personne qui transmet le message préventif à son partenaire soit informée de sa séropositivité : ce sont moins les représentations de la maladie –sur lesquelles L. Vidal s'est penché– que celles du discours préventif médical dans ses effets sur la vie de couple qui étaient alors au centre des préoccupations d'A.D. Blibolo.

Ces deux perspectives, ainsi que l'analyse des effets du sida sur les activités des personnels de santé, situent le malade et ses relations au thérapeute<sup>5</sup> au centre du propos à venir. Des itinéraires thérapeutiques aux difficultés rencontrées par les soignants des CAT, en passant par la transformation du regard porté par le séropositif sur le message préventif, nous souhaitons décrire autant de situations à même de contribuer au dialogue, à l'échange entre malades et professionnels de la santé.

## **Itinéraires thérapeutiques des malades des centres antituberculeux**

La description et l'analyse du contenu et des déterminants des choix thérapeutiques des séropositifs pris en charge pour une tuberculose constitue une des préoccupations centrales des médecins désireux de saisir les réactions de leurs patients face à la maladie. La lecture des itinéraires thérapeutiques peut s'effectuer suivant deux directions, que l'on se penche sur l'enchaînement des différentes étapes les unes par rapport aux autres, ou sur les effets de la durée dans l'organisation de chaque parcours. La première approche révèle ainsi deux modèles, selon qu'il y a succession ou cumul de plusieurs recours. Le second axe d'analyse

<sup>4</sup> Sur ces questions de représentations de la maladie et du message médical –tant diagnostique que préventif– voir les textes suivants : Vidal, 1992a, 1992b, 1994 et 1995, ainsi que l'ouvrage qui dresse le bilan de quatre années de recherche à Abidjan (Vidal, 1996).

<sup>5</sup> Sous ce terme volontairement général nous comprenons tout intervenant dans le domaine du soin, tradithérapeutes et médecins confondus.

s'intéresse aux étapes de l'itinéraire thérapeutique afin d'observer dans quelle mesure celles-ci sont régulièrement suivies par le séropositif, provisoirement délaissées ou encore définitivement abandonnées.

### **Succession et cumul**

Pour variables qu'elles soient, les manifestations cliniques de l'infection par le VIH observées chez les patients rencontrés comprennent toutes une tuberculose, suivant et précédant elle-même divers autres problèmes de santé. L'enchaînement des étapes de soins revêt une dimension originale précisément parce qu'il concerne une affection grave qui prend des formes cliniques contrastées. Aussi, même s'il ne constitue pas une rupture, le passage par le CAT représente un moment central de l'itinéraire du malade. Un premier constat s'impose : le séropositif a rarement recours en première instance aux services d'un CAT. Le cheminement du malade peut alors se limiter aux structures sanitaires institutionnelles : cela ne signifie pour autant nullement que les décisions de passer de l'une à l'autre demeurent du seul ressort des médecins. On observe, en effet, qu'à l'écoute des expériences d'amis et de parents qui ont eux-mêmes fréquenté le CAT et, plus généralement, telle structure de soins plutôt que telle autre, le séropositif témoigne dès les premiers temps de son parcours d'une autonomie de décision par rapport à l'institution médicale. Cette autonomie ne pourra que s'accroître avec l'aggravation de son état de santé et le constat tant de l'échec des traitements engagés que de l'impossibilité d'en assumer les frais.

La variété des parcours avant l'arrivée au CAT ne concerne bien entendu pas uniquement l'offre médicale moderne (aussi bien les CHU et les CAT que les médecins ou infirmiers privés). La succession d'étapes peut ainsi prendre la forme d'une alternance de recours puisés parmi les registres aussi bien "modernes" que "traditionnels" et susceptibles de se poursuivre au-delà du traitement antituberculeux. Il nous semble important d'attirer l'attention sur le fait que, réagissant en fonction des conseils de ses proches (son conjoint, des amis) et de ses ressources financières, le malade suit un itinéraire qui met en parallèle et oppose moins les grandes catégories thérapeutiques entre elles (médecines "moderne" et "traditionnelle") qu'au sein de celles-ci, des recours précis (CAT, CHU ou hôpitaux divers ; guérisseurs entre eux). Le choix de tel guérisseur plutôt que tel autre ou celui d'un déplacement au CAT, longtemps après la fin du traitement antituberculeux, en lieu et place de consultations dans des centres de soins proches du domicile, confirment la nécessité d'éviter toute catégorisation des itinéraires thérapeutiques en des termes ("moderne" versus "traditionnel") qui ne rendraient pas compte de la précision des décisions individuelles. De leur côté, les processus de cumul obéissent à la nécessité de multiplier les démarches thérapeutiques pour répondre, à la fois, à la survenue –souvent brutale– d'un problème de santé et, plus largement, à des interrogations sur l'origine et l'évolution de leur maladie.

Qu'elle révèle une succession ou un cumul de recours, l'analyse de l'itinéraire de tout séropositif tend à mettre l'accent sur des choix précis, dictés tant par l'état de santé de la personne à un moment donné que par la nature des conseils formulés par les proches et par le niveau de dépenses acceptable : ce sont bien de tels critères qui amènent le malade à préférer l'achat de plantes au recours à un guérisseur cher, un déplacement dans un dispensaire à une consultation payante à l'hôpital ou, inversement, le recours au CAT suite à un regain de la toux –même si l'on s'attend à devoir payer des examens et des remèdes–, plutôt que l'achat de comprimés inefficaces au marché.

### **Permanences et abandons**

Signe de sa capacité d'initiative, le séropositif se réserve constamment la possibilité de remettre en cause les choix thérapeutiques effectués. La maladie se développe en effet dans des directions et suivant des intensités inattendues, tandis que les réponses médicales s'avèrent d'une efficacité inégale. Qu'il prenne la forme d'une rupture brutale ou d'un éloignement progressif, l'abandon d'un recours thérapeutique constitue un événement indissociable des processus de cumul et de succession évoqués précédemment : ainsi, refuser de s'adresser à nouveau au CAT –et, surtout, persister dans cette volonté– ouvre sur d'autres options de soins (CHU, dispensaire, guérisseur ou automédication). Nous pouvons

mentionner ici le cas de malades, arrivés sans retard au terme de leur traitement antituberculeux et assidus aux rendez-vous semestriels ou annuels de contrôle de leur état physique qui, lors de la rechute précédant leur décès, ne se sont pas déplacés au CAT. La crainte d'avoir à engager des dépenses importantes, la peur d'être hospitalisé ou encore la certitude du malade ou de ses proches de pouvoir trouver –au village ou à Abidjan– d'autres thérapeutes et centres de soins aptes à le soulager incitent le séropositif à ne pas s'adresser aux médecins des CAT en cas d'urgence. L'abandon se présente, dès lors, comme un effacement au profit de recours eux-mêmes susceptibles d'être contestés puis délaissés.

Soulevant d'importants problèmes médicaux (notamment lorsqu'il intervient durant le traitement antituberculeux), l'abandon du suivi par le CAT peut s'accompagner de mises à l'écart d'autres recours thérapeutiques. Parmi ceux-ci, nous trouvons les interventions de guérisseurs qui –trop onéreuses ou inefficaces– décident le malade de n'y avoir plus recours. Les observations les plus longues révèlent à cet égard que c'est moins la médecine "traditionnelle" qui est globalement en cause dans ce type de jugement, qu'un guérisseur clairement identifié que le malade s'engage à ne plus fréquenter. En d'autres termes, nous avons rencontré bien plus de séropositifs décidés à ne plus solliciter un guérisseur donné –choix confirmés par leur parcours les mois suivants– que de séropositifs évitant systématiquement tout recours à la médecine "traditionnelle".

## Difficultés de la prévention chez les couples touchés par le sida

Si l'on s'intéresse plus spécifiquement au recours à l'hôpital, la première interrogation du malade concerne alors le coût de sa prise en charge (consultation, examens, prescription médicale, hospitalisation). À cette perspective de dépenses importantes, s'ajoute dorénavant la proposition de test de dépistage pour le VIH. Autre élément nouveau dans l'image de l'hôpital partagée par les personnes séropositives, les recommandations médicales qui accompagnent l'annonce de l'infection par le VIH impliquent directement sa vie familiale et notamment conjugale : seuls les diagnostics de tuberculose ou de MST revêtaient jusqu'alors une telle dimension. Les personnes séropositives prises en charge à l'USAC sont alors encouragées à protéger leurs relations sexuelles, tant pour éviter de contaminer leur partenaire (dont le statut sérologique est *a priori* inconnu) que pour se prémunir contre toute réinfection. S'agissant du cas précis des couples stables, en particulier mariés, le séropositif se trouve confronté à un choix en apparence clair : utiliser des préservatifs, donc faire reculer la propagation de la maladie tout en protégeant son conjoint, ou décider d'avoir un enfant tout en risquant de nuire à sa santé et à celle de son partenaire. Si l'on reprend la comparaison entre maladies transmissibles ou contagieuses (MST, tuberculose), d'un côté, et sida, de l'autre, on constate un discours médical à double portée : dans un cas, le message de protection de l'entourage familial (pour la tuberculose) ou du partenaire (pour les MST) s'inscrit dans un dispositif thérapeutique efficace alors que, dans l'autre, l'impossible guérison s'accompagne de recommandations déconseillant toute grossesse. Or, les couples touchés par le VIH rencontrés par le biais de l'USAC semblent clairement assimiler l'utilisation de préservatifs à une véritable mort sociale.

Alors qu'au début de l'étude les 25 couples rencontrés se sont déclarés unis (ils partagent le même toit et ont des relations sexuelles), après 12 mois de suivi, 10 patients ont affirmé s'être séparés de leurs conjoints et deux couples disent ne plus avoir de relations sexuelles (tout en vivant ensemble). La nécessité de se déplacer pour rechercher des soins ou la peur d'être contaminé ont certes motivé de telles évolutions. Néanmoins, la principale raison identifiée comme étant à l'origine de ces ruptures demeure l'utilisation systématique des préservatifs : pour résumer l'opinion partagée par les couples concernés, il leur paraît difficile d'accepter le préservatif dans un contexte social qui juge le couple à sa capacité à bâtir une famille. En présence d'un dilemme consistant à choisir l'utilisation systématique du préservatif pour garantir sa santé ou à la rejeter pour protéger son union conjugale, la personne séropositive perçoit l'hôpital –à travers le discours préventif qu'il assimile– de façon inédite : le lieu où il lui est indirectement demandé de choisir entre une mort physique ou une mort sociale. C'est dans la gestion concomitante de ces deux perspectives que se

construisent les réponses au message préventif standardisé. L'image de l'hôpital et du discours médical relatif au sida révélée par cette étude confirme la nécessité d'orienter la réflexion sur la perception du conseil aux personnes séropositives en direction d'une analyse de la "hiérarchisation" des risques auxquels estime s'exposer l'individu infecté par le VIH : risques sanitaires, conjugaux, plus largement familiaux, ou encore professionnels. En contrepoint à cette appréhension de l'image de l'institution médicale par le malade –tout à la fois porteuse de diagnostics et de graves dilemmes– nous souhaitons présenter quelques réflexions émanant des professionnels de la santé sur la nature de leur travail au contact du sida.

## Acteurs de la prise en charge médicale face au sida

Quelles sont les difficultés rencontrées quotidiennement, dans l'exercice de leur profession, par les médecins et assistantes sociales mobilisés pour l'accueil et le traitement des personnes infectées par le VIH dans les deux CAT ? Parallèlement aux consultations habituelles, les médecins sont amenés à faire du conseil lorsqu'ils reçoivent des patients séropositifs, devenant de la sorte des confidentiels de certains d'entre eux. La plupart des médecins rencontrés ont ainsi confirmé l'attachement des séropositifs à leur personne. Ce type de relation engendre un important travail supplémentaire, sachant que les praticiens sont amenés à recevoir chaque jour 10 à 15 anciens tuberculeux séropositifs, certains d'entre eux venant à l'improviste. D'une façon générale, le temps relativement important consacré aux patients séropositifs s'explique par la nature des problèmes à résoudre, parmi lesquels l'évacuation du patient vers un CHU ou l'obtention de médicaments.

Comme nous le savons, l'une des principales difficultés à laquelle sont confrontés les médecins demeure l'annonce de la séropositivité. Tenus au secret médical, les praticiens ne recourent pas à des interprètes et sont donc aidés par les assistantes sociales. Le temps mobilisé pour l'annonce prolonge inévitablement l'attente des autres malades : parmi d'autres considérations, cette situation peut amener –comme nous l'avons noté précédemment– certains malades à rechercher des soins auprès d'autres personnes ou institutions. Ajoutons que les patients séropositifs se rendent en moyenne deux fois plus souvent au CAT que les séronégatifs. Pour apprécier à sa juste mesure la charge de travail supplémentaire que cela représente, un calcul simple révèle que le temps de consultation d'un patient séropositif est de 15 à 30 minutes contre 10 minutes pour un séronégatif. Les médecins sont progressivement contraints de réduire le temps de consultation, ce qui provoque chez les malades une frustration liée au fait qu'ils estiment ne pas avoir eu le temps d'exposer leurs problèmes<sup>6</sup>. S'impose, dès lors, le constat que les difficiles conditions de travail des médecins –et incidemment celles des assistantes sociales– vont les amener progressivement à diminuer le temps consacré à la consultation proprement clinique mais aussi à leurs interventions dans le domaine du conseil. Le processus engagé de décentralisation des activités des deux CAT d'Abidjan se justifie donc pleinement et, dans l'optique d'une amélioration de la relation du soignant au malade, on peut espérer qu'il occasionnera une indispensable réduction de la charge de travail des médecins.

Éléments de réflexion comme indiqué dans le titre, ces données sur le rapport du malade aux soins et aux thérapeutes suggèrent deux axes de recherche que les sciences sociales doivent investir. En premier lieu, toute typologie visant à opposer ou mettre en parallèle des pratiques médicales ou, plus largement, des prises en charge "modernes" et "traditionnelles" nous paraît peu conforme aux initiatives et représentations des malades. D'autre part, ces dernières, ajoutées aux projets familiaux du couple touché par le VIH, obligent à redéfinir le contenu du message préventif délivré par le médecin. De même qu'il importe de dépasser la logique d'interprétation opposant recours traditionnels et modernes, il nous semble

nécessaire de résoudre le dilemme (informer ou non son partenaire, renoncer ou non à avoir un enfant) qu'éprouvent les malades en présence du discours médical. À cet égard, bien qu'il ne s'agisse que d'un élément de solution à ces difficultés (qui renvoient aussi à des problèmes psychologiques, culturels et de communication), la restauration d'un dialogue avec le malade dont les objectifs ne seraient remis en cause ni par le manque de temps, ni par l'absence de toute solution thérapeutique (antibiotique à défaut d'antirétrovirale) constituerait une avancée importante vers un meilleur accompagnement de la séropositivité.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agness-Soumahoro J., Coulibaly M., Sidibé K., Misontsa A.D. (1994). Médecins, malades et structures sanitaires. Témoignages de praticiens à Abidjan et Brazzaville [propos recueillis et présentés par M.E. Gruénais et L. Vidal]. *Psychopathologie africaine*, 26, 2 : 247-263.
- Djomand G., Greenberg A.E., Sassan-Morokro M., Tossou O., Diallo M.O., Ekpini E., Soro B., Brattegaard K., Yapi A., Odehourri K., Coulibaly D., Coulibaly I.M., Kadio A., Gnaoré E., De Cock K.M. (1995). The epidemic of HIV/AIDS in Abidjan, Côte-d'Ivoire : a review of data collected by Projet RETRO-CI from 1987 to 1993. *Journal of AIDS*, 10 : 358-365.
- Vidal L., N'Guessan B. T., Blibolo A. D. (1994) *Coûts du sida et prise en charge de la séropositivité : aspects anthropologiques et économiques de la maladie à Abidjan (Côte-d'Ivoire)*. Rapport pour l'action incitative "Sciences sociales et sida", ORSTOM, 59 p.
- Vidal L. (1992a). Sida et représentations de la maladie. Éléments de réflexion sur la séropositivité et sa prise en charge (Abidjan, Côte-d'Ivoire). *Cahiers des sciences humaines*, 28, 1 : 83-98.
- Vidal L. (1992b). Itinéraire thérapeutique et connaissance de la maladie chez des patients séropositifs pour le VIH (Abidjan, Côte-d'Ivoire). *Cahiers Santé d'études et de recherches francophones*, 2, 5 : 312-321.
- Vidal L. (1993). L'épreuve du sida : une anthropologie entre éthique et terrain. *Journal des anthropologues*, 50-51 : 121-128.
- Vidal L. (1994). Le temps de l'annonce. Séropositivité vécue à Abidjan. *Psychopathologie africaine*, 26, 2 : 265-282.
- Vidal L. (1995). Enjeux d'une anthropologie de la connaissance du sida : expériences des séropositifs des Centres antituberculeux d'Abidjan, in : *Les Sciences sociales face au sida : cas africains autour de l'exemple ivoirien*. Éd. ORSTOM, Coll. Colloques et séminaires, 177-186.
- Vidal L. (1996). *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*. Paris, Anthropos - Economica.
- Williams G., Tamale N. (1992). *La communauté d'entraide : faire face au sida en milieu urbain ougandais*. Stratégies pour l'espoir n°6, Action Aid - Amref, 37 p.
- Williams G., Blibolo A.D., Kérouédan D. (1995). *Colmater les brèches. Soutien et soins aux séropositifs et aux malades du sida en Côte-d'Ivoire*. Stratégies pour l'espoir n°10, Action Aid, 61 p.