

« Des malades comme les autres » ou comment les soignants traitent les malades du sida et la question de la stigmatisation au Burkina Faso

M-E. GRUÉNAIS*, F. OUATTARA*

Résumé

La stigmatisation des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) est un problème récurrent. Celle-ci peut provenir de la communauté, mais aussi éventuellement s'exprimer au sein des structures de soins. Considérant les mauvaises relations qui existent en général entre patients et soignants, la question de la stigmatisation dans les structures de soins en Afrique se pose alors de manière particulière : les PvVIH sont-elles mieux traitées, aussi mal traitées, plus mal traitées ou traitées différemment que les autres patients ? Question qui se pose d'autant plus qu'un des leitmotivs régulièrement réaffirmé dans les structures de soins est que les PvVIH sont des « patients comme les autres ». Une recherche qualitative conduite entre 2001 et 2003 dans quatre villes du sud-ouest du Burkina Faso a permis de recueillir des informations sur les expériences, perceptions et attitudes des personnels de santé à l'égard de l'infection à VIH. Elle montre que les personnels de santé adoptent des attitudes et des codes spécifiques pour éviter un dévoilement explicite de la nature de l'infection face à des malades parfois considérés comme particulièrement difficiles.

Mots-clés : Burkina Faso, stigmatisation, personnels de santé, dévoilement du statut sérologique.

« Ordinary patients ». How health personnel take care persons living with AIDS and deal with risk of stigma in Burkina Faso

Abstract

Stigmatization of persons living with AIDS (PLWA) is a recurrent problem. Stigmatization can emerge from the community but also possibly from health facilities. If we consider bad relationships between patients and providers which were observed in general in African health facilities, the question of stigma seems rather specific : is care for PLWA better, worse, or different than for others patients ? This question is especially relevant regarding the following leitmotiv you can hear everywhere : « PLWA are patients like any others ». Data about health personnel's experiences, perceptions and attitudes come from a qualitative survey carried out between 2001 and 2003 in four localities in south-west Burkina Faso. The results show that health personnel have specific attitudes and codes for preventing disclosure of the real nature of infection, and sometimes consider PLWA as unkind patients.

Keywords : Burkina Faso, stigmatization, health personnel, disclosure.

* Anthropologues IRD, UMR 912 UMR 912 (INSERM-IRD-U2) « Sciences Economiques et Sociales, Systèmes de santé, Sociétés », Observatoire Régional de la Santé (PACA), 23 rue Stanislas Torrents, 13006 Marseille (gruenais@ird.fr, Fatou.Ouattara@ird.bf)

L'offre de soins destinée aux personnes vivant avec le VIH devrait se conjuguer avec des attitudes destinées à lutter contre la stigmatisation. A cet égard, l'analyse des attitudes et des conceptions des soignants à l'égard des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) permet d'envisager un autre angle d'approche de la manière dont la stigmatisation est vécue. Quelles sont les expériences de soins des soignants à l'égard du VIH ? Les PvVIH sont-elles traitées mieux ou aussi mal que les autres patients reçus dans les structures de soins en Afrique subsaharienne¹ ? Existe-t-il des formes de stigmatisation dans le traitement quotidien des PvVIH et si oui, comment se manifestent-elles ?

Lors d'une recherche sur la stigmatisation conduite entre 2001 et 2003 dans 4 villes du sud-ouest du Burkina Faso², nous avons notamment recueilli des informations sur les expériences, perceptions et attitudes des personnels de santé à l'égard de l'infection à VIH. Des entretiens (95 au total) et des observations ont été réalisés dans différentes structures de soins, et plus particulièrement dans des centres de santé. La plupart des entretiens a été réalisé avec des infirmiers et des sages-femmes, principaux interlocuteurs des PvVIH, surtout dans les centres de santé périphériques qui ne bénéficient guère de prestations de médecins, ceux-ci exerçant plutôt en milieu hospitalier urbain. Des observations de longue durée, pendant quatre mois consécutifs, ont également été menées auprès des personnels de santé de différents services (médecine générale, maternité, pédiatrie) pour recueillir discours et pratiques de routine dans leurs interactions avec les usagers (patients et accompagnants). Cette contribution a trait exclusivement aux discours et aux pratiques des soignants principalement paramédicaux, en particulier à leur rapport avec la maladie sida, à leurs pratiques autour de leur gestion de l'information sur le statut sérologique du patient et à leurs opinions vis-à-vis des PvVIH traitées.

Des contextes de prise en charge différents

Du centre hospitalier universitaire urbain, doté d'un plateau technique important, au centre de santé rural périphérique, le « confort » des personnels de santé en matière de dépistage et de prise en charge du sida décroît ; et en l'absence d'un dispositif performant de prise en charge les difficultés de confirmation biologique ouvrent largement la voie aux incertitudes et aux seuls soupçons. Néanmoins, qu'ils exercent dans de grands centres urbains ou dans de petites villes, les personnels de santé partagent les mêmes perceptions. Si la qualité de la prise en charge d'un malade du sida varie d'un contexte urbain à un autre, tout un chacun continue de s'accorder sur la « honte » que représente cette maladie, et à cet égard, la gestion du « secret sidéen » et de la confidentialité peuvent apparaître relativement aisées dans de petites bourgades. De l'avis d'un personnel de santé d'un centre périphérique : « *si le malade est déjà passé par le centre de santé, lui-même et son entourage connaissent déjà le personnel de santé. Alors, si nous [personnel de santé], nous nous rendons au domicile [du patient], nous n'avons pas besoin de nous présenter* ». Dans une petite ville, la confidentialité est sans doute

¹ Ces questions se posent en référence aux nombreuses études qui attestent des mauvaises relations entre soignants et soignés en Afrique subsaharienne (cf., par exemple, GRUÉNAIS, 1996 ; JEWKES *et al.*, 1998 ; FERRINHO et Van LERBERBHE (eds.), 2000 ; JAFFRE et OLIVIER DE SARDAN (eds.), 2003).

² Projet ANRS 1258 « Sida, stigmatisation et exclusion » (OUATTARA *et al.*, 2004).

plus difficile à préserver, mais la densité des liens sociaux et des réseaux d'interconnaissance peut aussi conduire à atténuer la curiosité de l'entourage lors d'une visite d'un personnel de santé au domicile d'un patient, démarche qui pourrait sembler beaucoup plus incongrue dans une grande ville où la distance sociale entre soignants et usagers des structures de soins est maximale.

Les expériences du sida et les craintes de contamination des personnels de santé

La première confrontation des personnels de santé à un cas de sida prend souvent la forme d'un choc initial, lié au manque d'expérience, où se mêlent peur, crainte de la contamination et compassion. Tous les personnels de santé interrogés déclarent avoir eu un contact avec des malades du sida, mais leur expérience initiale est souvent antérieure à l'entrée dans la vie professionnelle ; souvent elle s'est forgée dans leur entourage familial, avec une prise de conscience qui s'est construite à partir d'une succession de décès.

Dans la pratique professionnelle, la première confrontation avec le sida est marquée d'une méconnaissance de certains codes que la routine permettra ultérieurement de s'approprier. Après les premières expériences, la « pitié » et la « compassion » envers les personnes atteintes continuent d'être évoquées dans le discours des professionnels de santé, mais le choc initial s'atténue à mesure que leur expérience de la maladie devient quotidienne et répétitive, quelles que soient les structures de soins.

La conscience du sida chez les personnels de santé s'aiguise notamment avec les craintes d'accident d'exposition au sang. C'est surtout vrai chez les personnels travaillant dans les maternités et qui se plaignent de ne pas disposer du matériel de protection nécessaire (bottes, masque, etc.). La crainte d'une contamination au cours de l'exercice professionnel peut justifier certaines pratiques de dépistage à l'insu, le résultat du test de dépistage réalisé sur le patient étant alors volontiers constitué en preuve du statut sérologique du soignant. Mais de manière plus générale, les soupçons (confirmés ou non) des soignants à l'égard d'un malade peuvent amener les premiers à inviter les seconds à prendre des précautions minimales dans leur geste et leurs attitudes pour éviter une exposition à un risque :

« On ne fuit pas les malades, on les traite comme les autres, mais au moins il y a le port de gants, on fait attention aux aiguilles, au sang. Il y a [aussi] des malades qui toussent, puisque la tuberculose et le VIH ont un système immunitaire commun, si je ne me trompe pas. Donc, quand les malades toussent, on leur dit seulement de nous protéger, il ne faut pas qu'ils se mettent à tousser sur nous ! ».

Il est difficile de prendre la mesure réelle de ces craintes chez les personnels. Sont-elles de mise uniquement pour les personnes infectées ou suspectées d'être infectées par le VIH ? Révèlent-elles une réelle préoccupation à l'égard des règles de protection élémentaire alors même que les personnels de santé travaillent souvent dans des conditions d'hygiène très déficientes ? Ou bien ces énoncés procèdent-ils de discours convenus reconstruits après des formations pas toujours bien appropriées ?

Comment savoir ?

Les personnels de santé sont loin d'être toujours favorables à la pratique de dépistages dans les « règles de l'art » (pré-test et consentement éclairé). En 2002 (mais la situation aujourd'hui a sans doute bien changé), même dans les centres hospitaliers disposant d'un plateau technique important et de tout le dispositif - y compris associatif - nécessaire à une bonne prise en charge des PvVIH, on évoquait la persistance de tests à l'insu de patients, qualifiés de « test sauvage » par certains de nos interlocuteurs. Mais dans des contextes où « dire le sida » reste encore une entreprise délicate, ces tests réalisés à l'insu de certains patients relevaient d'une stratégie consistant à faire prendre conscience à un patient de la nécessité d'effectuer le dépistage : après le test à l'insu qui se révélait positif, on pouvait alors procéder à un pré-test, pour amener la personne dont la séropositivité était déjà connue à (re-)faire un test, mais volontairement, et à accepter d'être orientée vers une association.

Les personnels déclarent de prime abord souhaiter connaître le statut sérologique de leurs malades. Mais lorsque l'on questionne plus précisément leur pratique, les positions sont beaucoup plus ambiguës. Ils regrettent que l'ensemble de l'équipe soignante ne soit pas toujours informée de la sérologie d'un patient alors même qu'elle sait qu'un test a été fait :

« C'est très difficile [d'obtenir la confirmation], parce que si le chirurgien voit un malade qui présente un tableau, c'est-à-dire une altération de l'état général, c'est là qu'on se dit que c'est probablement 'ça' ; mais on n'est pas assez sûr. On attend la confirmation [du test demandé par le chirurgien], qui ne vient pratiquement jamais ».

Tous les personnels rencontrés ont conscience que l'on ne peut poser un diagnostic sûr sans confirmation biologique. Mais faute de partage d'information sur le statut sérologique d'un patient à l'ensemble de l'équipe soignante, ou du fait d'un plateau technique limité qui ne permet pas une confirmation, les personnels soignants avancent alors que la plupart du temps, ils ne peuvent que soupçonner. D'un côté, ils déclarent vouloir savoir, mais, d'un autre côté, ils avancent aussi que ne pas disposer de confirmation biologique leur permet, légitimement, de ne pas avoir à révéler le statut sérologique au patient et à son entourage :

« Pour les malades qui sont hospitalisés ici, il y a des cas où nous on peut dire que le malade souffre de telle maladie, souffre du VIH. Mais notre comportement ne doit pas prouver au malade qu'il souffre de 'ça' effectivement. Il y a des cas aussi où les parents peuvent soupçonner, ils peuvent venir s'asseoir et dire : « docteur, je ne sais pas de quoi mon malade souffre », pour nous amener à dire réellement de quoi il souffre. Nous, en tant qu'infirmiers, nous ne sommes pas habilités à dire, à dévoiler le secret ».

Certaines informations individuelles sur les patients, dont sont souvent informés les infirmiers qui exercent à la périphérie et qui connaissent bien « leur population », peuvent être convoquées pour « confirmer » le diagnostic. On a pu apprendre que « le monsieur n'a pas été fidèle envers sa femme » ; à moins que « Lors de l'interrogation, le mode de vie du patient peut nous faire penser aussi au sida ». L'instabilité matrimoniale, la succession de décès dans la famille sont autant d'indices qui permettent de conforter le soupçon d'infection. Certaines activités sont réputées pour dessiner des contextes particulièrement favorables à la transmission : être chauffeur routier, vendre la bière traditionnelle dans les marchés, travailler

dans un salon de coiffure font figure de « facteurs de risque ». Les soupçons peuvent également être confortés du fait de l'origine étrangère de la personne ou parce que l'on sait qu'elle a séjourné à l'étranger³. Aussi, dans un contexte où les personnels de santé n'ont guère de possibilité d'obtenir une confirmation biologique, les critères cliniques sont alors parfois « complétés » par des variables individuelles rapportées à des idées préconçues sur les groupes à risque. La non disponibilité de tests sérologiques ou l'impossibilité d'obtenir une confirmation (notamment du fait de l'éloignement des centres de référence) sont des situations qui favorisent une évaluation aléatoire de la séropositivité des patients par des soignants qui se basent alors sur des critères non exempts de discrimination.

Mots et gestes : éviter d'éveiller la suspicion

N'avoir à gérer que le soupçon est loin cependant de toujours offrir aux personnels de santé le « confort » de ne pas avoir à révéler le diagnostic. Les personnels de santé ne sont pas les seuls à connaître les signes présomptifs de la maladie ; ils peuvent être confrontés aux attentes d'un entourage qui soupçonne un proche d'être infecté par le VIH. L'infirmier est alors placé dans une position délicate, celle de devoir soigner, prescrire, parler en évitant que ses agissements se constituent en actes de confirmation du « pré-diagnostic » de l'entourage.

Des craintes inchangées à l'égard du dévoilement de la séropositivité

Le sida reste très largement tû dans les structures de soins. Les représentations des personnels de santé des conséquences d'une information explicite aux patients sur leur statut sérologique ne semblent pas avoir beaucoup évolué depuis une dizaine d'années (GRUÉNAIS *et al.*, 1994). Les personnels de santé rappellent qu'annoncer à une personne qu'elle est atteinte du VIH peut avoir trois conséquences néfastes : un découragement de la personne qui risque de se suicider et « l'annonceur » pourrait alors être considéré responsable ; la crainte de l'abandon du malade par sa famille ; la dissémination volontaire du virus par la personne contaminée pour se venger. Ces conséquences supposées de l'annonce de la séropositivité, que l'on entend évoquer un peu partout en Afrique subsaharienne, sont largement fantasmatiques⁴. Les discours sur les risques de rejet sont néanmoins dominants chez les personnels de santé et les craintes de ces derniers donnent lieu à l'adoption d'infinies précautions afin que le malade hospitalisé, soupçonné par les infirmiers d'être atteint par le VIH, ne risque pas d'être informé.

La délicate utilisation des gants

L'utilisation des gants, réputée instaurer une distance entre le soignant et le patient, donne lieu à toute une série de discours et d'attitudes vis-à-vis de patients chez lesquels on ne tient pas à éveiller les soupçons. Certains personnels n'hésitent pas à refuser de porter des gants pour éviter un dévoilement passif de la séropositivité en donnant l'impression d'une mise à distance du patient, alors que sa prise

³ Les conceptions populaires, on le sait, ont tôt fait de rendre responsable l'étranger (le pays étranger ou l'individu étranger) de la dissémination d'un mal ou d'une épidémie ; la xénophobie, voire le racisme viennent toujours très bien s'articuler aux épidémies.

⁴ Il faudrait arriver à démontrer que le taux de suicide chez les personnes atteintes est plus élevé que dans le reste de la population, et que la connaissance de sa séropositivité conduit *ipso facto* à une activité sexuelle accrue. Quant au rejet systématique par la famille, il est bien loin d'être documenté ; nos observations tendent à prouver que le plus souvent un parent proche reste solidaire de la personne atteinte.

en charge requiert beaucoup d'empathie. Des personnels vont même jusqu'à exagérer la nécessité d'un contact physique étroit avec les patients malades du sida. La non utilisation des gants trouve parfois sa justification dans l'observation du comportement de médecins expatriés, alors volontiers érigés en modèles, que l'on voit régulièrement prodiguer des soins sans gants.

Soignants et accompagnants : entre conseils d'hygiène et risques d'éveil de soupçon

On sait combien en Afrique subsaharienne les accompagnants sont des auxiliaires de santé essentiels pour assurer la prise en charge des patients, étant donné le manque de personnel et la vétusté des installations : ils apportent la nourriture à « leur » patient, s'occupent de sa toilette et de son hygiène, et aident souvent les personnels de santé dans leurs actes de soins (tenir une perfusion, nettoyer la table d'accouchement, etc.). Pour les personnels de santé, les conseils aux accompagnants sont encore plus importants que les conseils aux malades : ce sont eux qui, en charge du malade, sont *a priori* beaucoup plus susceptibles d'entendre les conseils que les patients alités ou diminués. Certains considèrent que les accompagnants devraient être les premiers destinataires de l'information sur le statut sérologique de « leur » patient, d'autant plus qu'ils semblent souvent soupçonner la nature réelle de la maladie et qu'ils sont alors particulièrement réceptifs. Mais tout ceci ne suffit pas pour leur « dire » le sida de leur proche. Il apparaît essentiel que les accompagnants se protègent pour ne pas être contaminés accidentellement, par exemple, en manipulant le sang ou les excréta du patient. Cependant, donner des conseils d'hygiène et de prévention reste délicat car pour la plupart des personnels rencontrés, tous les conseils à destination des accompagnants, qu'il s'agisse d'attitudes à adopter à domicile ou de précautions à prendre à l'hôpital, sont à dispenser de manière à ne pas éveiller les soupçons de l'entourage sur la séropositivité de leur malade. Pour les personnels de santé, tout conseil est susceptible de susciter des interrogations chez les accompagnants des malades et l'embarras peut surgir chez le soignant interpellé par un accompagnant. Il faut alors user « d'astuces » pour exprimer la nécessité qu'il y a pour l'accompagnant à prendre des précautions. Suggérer, dire sans dire, donner des conseils aux patients, notamment en matière d'hygiène, sont une manière d'orienter les malades et leur entourage vers le diagnostic mais sans nommer la maladie.

La non nomination du sida

Ne jamais évoquer explicitement le sida est au cœur des stratégies des personnels de santé. Ils utilisent des codes entre eux pour éviter un dévoilement explicite aux non initiés, c'est-à-dire les patients et les accompagnants. Garder le secret apparaît particulièrement important lorsque l'on a affaire à des enfants dépistés séropositifs. Annoncer que l'enfant est infecté exigerait la mise au point d'une stratégie complexe d'annonce aux parents auxquels il faudrait faire comprendre qu'eux-mêmes doivent se faire dépister. L'essentiel reste de ne pas éveiller les soupçons, de ne jamais nommer explicitement le sida devant les malades et leur entourage. Les personnels de santé débordent alors d'imagination pour trouver des codes langagiers incompréhensibles aux profanes. Un terme fréquemment utilisé, seul ou accompagné d'autres termes, pour désigner le sida est celui de « terrain ». Communiquer à haute voix sans se faire comprendre, en utilisant des termes apparemment techniques, est une pratique relativement courante dans les structures de soins. Voici un exemple observé dans un service de médecine.

Un infirmier commence les soins de la journée dans le service au lit n° 1 ; au même moment un autre infirmier était en train de préparer une perfusion, et demande à son collègue : « est-ce que le BW fort [pour Western Blot] a été fait finalement ? » ; l'infirmier répond « oui, c'est confirmé ». Ils se sont regardés et ont continué les soins. Quelques temps après, un nouveau cas « suspect » vient d'être hospitalisé ; nous en sommes informés brutalement par un infirmier qui nous interpelle en ces termes : « tu as un cas au lit 23 ! »

On peut se demander ce qui vient finalement motiver de telles précautions discursives car une bonne partie des personnels a le sentiment que les malades du sida connaissent leur statut sérologique et que l'information est partagée par leur entourage.

Quelle signification donner finalement à ce paradoxe qui consiste à éviter d'éveiller les soupçons par des stratégies comportementales et langagières très sophistiquées sur ce que tout le monde sait. S'agit-il d'un vrai paradoxe ? Les personnels feignent-ils ici de se rassurer ? Cela leur permet-il de légitimer leur position sur la non annonce de la séropositivité, l'annonce devenant inutile face à la connaissance largement partagée ? Tout se passe comme si le mot « sida », beaucoup plus que le mal en lui-même, était tabou, chez les agents de santé comme dans la population, dès lors qu'il peut être rapporté à une situation concrète. Tout le monde sait, mais il n'en persiste pas moins des comportements qui laissent planer des doutes. En fait, il apparaît bien souvent que personnels de santé, patients et entourage des patients sont totalement investis dans l'univers du « faux semblant » (GOFFMAN, 1975 : 91 - 111).

Le mauvais patient

Ce malade si particulier qui motive toutes les précautions discursives et comportementales que nous avons présentées, recouvre néanmoins toutes les caractéristiques de « malade ordinaire », voire de patient particulièrement indiscipliné, agressif, mal éduqué à l'égard des personnels de santé lorsque ceux-ci brossent son tableau psychologique et comportemental. On lui attribue parfois une certaine responsabilité quant aux mauvaises conditions de sa prise en charge médicale dans les structures de soins. Le malade du sida est souvent décrit comme agressif et égoïste. Selon un infirmier, lui-même séropositif, « on dit que les PvVIH, à un certain moment de la maladie, deviennent égoïstes », et ont du mal à comprendre que l'on ne puisse pas avoir à leur égard une attention de tous les instants. Les malades du sida sont réputés pour avoir un comportement perturbé, dû à la maladie, et leur prise en charge devrait parfois relever de la psychiatrie selon certains infirmiers. Selon bon nombre de soignants rencontrés, les malades du sida sont des « malades aigris » qui cherchent parfois à nuire aux infirmiers, notamment par leur propension à vouloir dissimuler leur maladie⁵. Dès lors, les personnels de santé peuvent adopter des conduites pour, disent-ils, « discipliner ces malades rebelles ». Une certaine unanimité semble se dessiner contre les « intellectuels », soit ces patients lettrés qui réagissent plutôt négativement lorsque les personnels de santé font une allusion au sida. Les réactions attribuées

⁵ Dissimuler sa maladie signifie ici ne pas donner aux soignants les indications pour orienter la thérapeutique, mais surtout ne pas prévenir le soignant des risques d'exposition.

aux « intellectuels » finissent de conforter les personnels soignants de ne pas annoncer la séropositivité à un patient, ni proposer un test⁶. Le malade du sida peut se révéler au bout du compte, aux yeux des personnels de santé, comme un mauvais patient en partie responsable de son abandon par les services de santé, voire de sa propre stigmatisation.

Conclusion : les contradictions des personnels de santé

Pour les personnels de santé, les malades du sida sont donc des malades comme les autres mais auxquels il faut prêter une attention particulière. Il convient de ne manifester aucune distance vis-à-vis du malade, mais en même temps, il faut s'en méfier particulièrement et déployer d'infinies précautions pour éviter tout risque de dévoilement trop explicite. Ces contradictions sont l'expression d'un certain désarroi de personnels qui doivent composer avec les difficultés financières, la part émotionnelle face à une maladie qui frappe un grand nombre de personnes et devant laquelle ils se sentent souvent « impuissants ». En outre, face à la dimension « honteuse » du sida, les soignants tentent d'adopter des comportements spécifiques pour préserver le « secret sidéen ».

Notre analyse se fonde sur des observations faites en 2002 et 2003 que d'aucuns considéreront comme datées. Aujourd'hui, un « confort » supplémentaire indéniable pour les soignants et bien évidemment surtout pour les PvVIH est venu des mesures de décentralisation, notamment en matière d'accès aux ARV et d'accès à des tests rapides fiables. Néanmoins, un rapide sondage effectué en 2008 dans des structures de soins de l'ouest du Burkina Faso atteste d'une persistance de « l'inconfort » vis-à-vis de la nomination explicite de la maladie, et les stratégies discursives persistent. Par ailleurs, si la prise en charge aujourd'hui s'est considérablement améliorée par rapport à la situation rencontrée en 2002, il est loin d'être sûr qu'à côté des files actives attachées à des centres de référence le « confort » et les *a priori* des personnels de santé dans les structures de santé « ordinaires » les plus périphériques aient fondamentalement évolué.

Références bibliographiques

- FERRINHO P., Van LERBERBHE W. (eds.), 2000. *Providing health care under adverse conditions. Health performance and individual coping strategies*, Anvers, ITG Press.
- GOFFMAN E., 1975. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Editions de Minuit (1^{re} Ed. anglaise 1963).
- GRUÉNAIS M. E., 1996. « A quoi sert l'hôpital africain ? », *Les Annales de la Recherche Urbaine*, 73, 1996 : 119 - 128.
- GRUÉNAIS M. E., VIDAL L., 1994. Médecins, maladies et structures sanitaires. Témoignages de praticiens à Abidjan et Brazzaville. *Psychopathologie africaine*, XXVI (2) : 247 - 264.
- HERZLICH Cl., ADAM P., 1997. Urgence sanitaire et liens sociaux. L'exceptionnalité du sida ?, *Cahiers Internationaux de Sociologie*, Vol. CII : 5 - 28.
- JAFFRE Y., OLIVIER de SARDAN J. P. (eds.), 2003. *Une médecine inhospitalière*, Paris, Karthala.
- JEWKES R., NAEEMAH A., MVO Z., 1998. « Why do nurses abuse patients ? Reflections from south African obstetric services », *Social Science and Medicine*, 47 (11): 1781 - 1795.
- OUATTARA F., GRUÉNAIS M. E., HUYGENS P., TRAORÉ A., 2004. Sida, stigmatisation et exclusion. Etude anthropologique au Burkina Faso (Bobo Dioulasso, Banfora, Niangoloko, Orodara), Rapport final, ANRS, IRD-SHADEI (<http://www.ur002.ird.fr/resultats/rapports/anrs/ANRS.pdf>).

⁶ Discours paradoxal si l'on en juge par la récurrente invocation de l'analphabétisme comme cause d'une mauvaise prise en charge des patients.