

Les lois mouvantes de l'offre et de la demande de soins

Des premiers signes de la maladie à son terme prévisible dans le cas du sida – la mort –, le parcours du malade à la recherche de soins s'inscrit dans un cheminement plus large incluant les transformations de sa vie familiale et professionnelle. Aussi, côtoyer des malades pendant plusieurs années (1) facilite une approche rétrospective de la maladie en tant qu'événement d'une vie personnelle qui a connu d'autres inflexions.

Événements singuliers, les parcours thérapeutiques que nous allons évoquer sont le résultat d'une tentative de reconstruction de cheminements individuels recueillis par bribes, au cours de différentes discussions. Nul itinéraire passé ne nous a été d'emblée exposé au cours d'un unique entretien : d'autre part, nous n'avons appris certaines initiatives thérapeutiques engagées pendant notre suivi que plusieurs mois après qu'elles ont eu lieu. Enfin, synthèse de propos dont nous avons parfois dû discuter et reprendre certaines contradictions chronologiques, ces récits témoignent de la dynamique qui gouverne les représentations et les pratiques individuelles des malades.

Les quarante-cinq malades suivis (2) décrivent un ensemble d'itinéraires thérapeutiques dont la lecture 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 de recherche d'un traitement, en fonction de l'existence d'une succession ou d'un cumul de plusieurs recours. Le second axe d'analyse

• Anthropologue à l'Orstom, Paris.

s'attarde plus particulièrement sur les étapes de l'itinéraire thérapeutique afin d'observer dans quelle mesure elles sont régulièrement fréquentées par le séropositif, provisoirement délaissées ou encore définitivement abandonnées. Cette saisie des parcours individuels dans le temps peut difficilement prendre en compte les itinéraires des malades que nous

Les malades entendent l'efficacité thérapeutique comme la somme d'interventions et d'atouts divers résumée ainsi : « Si la providence peut s'ajouter au traitement... »

n'avons rencontrés qu'à une ou deux reprises (soit 49 personnes). En effet, nous ne voulons pas nous contenter de récits rétrospectifs sur la succession des événements intervenus avant notre première discussion : les initiatives passées et présentes décrites ne prennent leur sens et ne révèlent leur logique que dans le cadre d'un suivi qui pose la durée comme condition de l'observation anthropologique des transformations mais, aussi, des permanences. Une prise de distance dans le temps est donc nécessaire pour analyser des itinéraires dont la compréhension se révèle, au fil de leurs étapes, inséparable de l'évolution de l'état de santé du malade.

VARIÉTÉ DE PARCOURS

Des premières manifestations de la maladie à la fin de nos échanges (consécutif au décès, au départ d'Abidjan ou à l'arrêt de notre suivi), les choix du séropositif décrivent deux types de phénomènes : une succession plus ou moins rapide d'étapes et un cumul, à un moment donné, d'au moins deux recours thérapeutiques.

Il est banal de remarquer que tout itinéraire thérapeutique comprend une succes-

par Laurent Vidal*
sion de démarches. Plus intéressant demeure en revanche le nombre de ces recours, la fréquence de leur succession et la variété de leurs caractéristiques. Or, dans le cas de patients infectés par le VIH ayant développé 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. Pour variables qu'elles soient, les manifestations cliniques de l'infection par le VIH observées chez les patients rencontrés comprennent toutes une tuberculose. Aussi, même s'il ne constitue pas une rupture, le passage par le Centre antituberculeux (CAT) représente un moment central de l'itinéraire du malade. Un premier constat s'impose : le séropositif a rarement recours d'emblée aux services d'un CAT. Seuls 12 des 93 (3) malades côtoyés ont cherché auprès des CAT les premiers soins à la toux dont ils souffraient. Encore convient-il de préciser que si ce déplacement a été immédiat pour certains d'entre eux, d'autres reconnaissent avoir attendu plusieurs semaines, voire même deux ou trois mois, avant de se rendre dans un CAT.

Au-delà de ce choix initial, le cheminement du malade peut se limiter aux structures sanitaires institutionnelles. Ce fut notamment le cas d'Henriette, dont les premiers troubles suivent de quelques jours son accouchement. Elle s'adresse à l'hôpital de Grand-Bassam (à



Le séropositif témoigne d'une autonomie de décision par rapport à l'institution médicale qui ne pourra que s'accroître...

40 km d'Abidjan) où elle réside avant d'être orientée dans un service de PMI (Protection maternelle et infantile) et, de là, dans un CHU d'Abidjan pour être finalement prise en charge par le CAT de Treichville. Le fait que son itinéraire avant le CAT se limite à d'importants centres de soins ne signifie nullement que les décisions de passer de l'un à l'autre soient du seul ressort des médecins: si un médecin du CHU l'a bien adressée, au terme d'une hospitalisation, au CAT, c'est une parente qui l'a auparavant encouragée à partir de Grand-Bassam pour se soigner à Abidjan, dans un CHU.

Un processus analogue marque le parcours de Maïmouna, de dispensaires de quartier au CAT de Treichville en passant par l'hôpital de Port-Bouët (commune située au sud d'Abidjan). Dans cette succession de quatre étapes, deux découlent explicitement d'indications de proches (des amis de son mari): le déplacement initial au dispensaire de Treichville et, surtout, le recours au CAT. Ce dernier choix nous paraît d'autant plus intéressant à mentionner qu'il a finalement consisté à ignorer et contredire les conseils des médecins de l'hôpital de Port-Bouët de se rendre au CHU de Treichville. On observe donc qu'à l'écoute des expériences d'amis et de parents qui ont eux-mêmes fréquentés 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 qui ne pourra que s'accroître avec l'aggravation de son état de santé et le constat 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 de type «moderne» et «traditionnel» susceptibles de se poursuivre au-delà du traitement antituberculeux. Le parcours de Binta – arrivée au CAT de Treichville en décembre 1989

et décédée quatre ans plus tard en décembre 1993 – se présente sous la forme d'une longue succession d'étapes qui, en puisant alternativement dans les registres «modernes» et «traditionnels» de soins, propose une image quasiment exhaustive de l'offre de soins à Abidjan. En effet, après un premier contact avec un dispensaire de quartier, elle rencontre quatre guérisseurs dont les traitements se soldent par des échecs. Elle se rend ensuite à l'hôpital de Port-Bouët, retourne à un dispensaire pour se déplacer – sur les conseils d'un ami – à l'hôpital de Dabou (4). Binta est alors orientée vers un CAT qui la prend en charge et décide de l'hospitaliser dans un CHU: elle reprend contact avec le CAT à sa sortie de l'hôpital. Par la suite, son état de santé s'aggrave et elle fréquente successivement l'hôpital de Dabou, le CAT, le CHU (et son institut de Cardiologie) et un dispensaire, pour finir par une ultime consultation au CAT. Ajoutons que les derniers mois, la plupart du temps alitée et sortant très peu, Binta s'est procurée des remèdes en pharmacie et des médicaments à base de plantes achetés sur les marchés. Que ce soit dans le secteur hospitalier ou dans le domaine des recours traditionnels, Binta s'est construit un itinéraire qui ne peut se résumer à une simple opposition entre médecines «moderne» et «traditionnelle». Dans l'analyse de son parcours, on ne peut faire l'économie d'un regard précis sur son cheminement en milieu hospitalier ainsi que sur ses passages d'un dispensaire et d'un thérapeute à l'autre. Ce sont les échanges entre ces institutions thérapeutiques ou systèmes de soins qui éclairent véritablement l'expérience de la maladie de Binta. En ce qui concerne son parcours dans les institutions de soins modernes, autant les choix de se rendre à l'hôpital de Port-Bouët ou à celui de Dabou ont été effectués par Binta et son mari, autant

ceux de se déplacer, au début, au CAT et au CHU découlent d'une décision médicale. Plus tard, le traitement antituberculeux terminé mais son état de santé se détériorant, Binta prendra l'initiative de renouer avec le CAT, de préférence à l'hôpital de Dabou dont l'éloignement nécessite des frais de transport que son mari n'est plus, à ce moment-là, en mesure d'assumer.

L'INTERVENTION DES GUÉRISSEURS

Face aux interventions des guérisseurs, on observe un processus analogue consistant à porter des appréciations variées sur les options thérapeutiques en évitant de les réduire à un jugement global sur la «médecine traditionnelle» ou, comme dans le cas précédent, sur la «médecine moderne». Dans le cas de Binta, le premier de ces guérisseurs évoque un empoisonnement et lui donne quatre traitements: tous échouent et Binta s'estime de toute façon «trop pauvre» pour être la cible d'un acte de jalousie, donc d'un empoisonnement. A son grand regret, le second guérisseur ne lui fournit aucune explication sur l'origine et la nature de sa maladie, ce qui ne l'empêche pas de suivre deux de ses traitements. A nouveau, deux traitements sont délivrés par un troisième thérapeute qui a le défaut de ne lui proposer que des «purges», alors qu'elle a «mal partout» (ce qui impose selon elle un autre type d'intervention). Enfin, déçu par ces différents échecs, Binta n'entame même pas le traitement du quatrième guérisseur consulté. En somme, réagissant en fonction des conseils de ses proches (son mari, des amis) et de ses ressources financières, Binta a suivi 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 vs CHU; CAT vs hôpitaux divers; guérisseur vs guérisseur).

Le double phénomène de la richesse du parcours et de la recombinaison des oppositions autour d'étapes précises trouve diverses autres illustrations. De Noëlle qui, avant sa prise en charge au CAT, enchaîne les pratiques

...avec la maladie et le constat, tant de l'échec des traitements engagés, que de l'impossibilité d'en assumer les frais.



d'automédication (remèdes et plantes), les traitements auprès de guérisseurs et le recours à une clinique de quartier, à Lamine qui – tant avant qu'après son traitement au CAT – consulte aussi bien des guérisseurs que les structures sanitaires de son quartier, nous pourrions multiplier les exemples de parcours qui n'excluent a priori aucun des recours disponibles à Abidjan (5). De plus, le choix de tel guérisseur plutôt que tel autre (rencontré au début de la maladie, dans le cas de Lamine), d'une part, et 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 (attitude de Noëlle peu avant son décès), d'autre part, confirment la nécessité d'éviter toute catégorisation des itinéraires thérapeutiques en des termes (« moderne » vs « traditionnel ») qui ne rendraient pas compte de la précision des décisions individuelles.

Parallèlement à ces successions d'étapes, les itinéraires des séropositifs peuvent aussi donner lieu à des cumuls de recours. L'option consistant à s'adresser conjointement à au moins deux thérapeutes doit s'appréhender à la fois suivant un argument temporel (le cumul est-il bref ou étalé sur plusieurs mois ?) et en fonction du type de recours engagé. Au regard du premier axe d'interprétation par la durée, le cheminement de Marie présente un cas de figure exemplaire – peut-être même extrême – par la constance des choix dont il témoigne. Résidant à Bonoua, à 60 km d'Abidjan, cette jeune femme se rend tout d'abord dans l'hôpital de cette ville qui, face à l'aggravation de son état de santé, l'oriente vers un CHU d'Abidjan où elle est hospitalisée deux semaines, avant d'arriver au CAT en juillet 1991. Au cours de son traitement antituberculeux, elle entre en contact avec une guérisseuse, sur les conseils d'une tante (la sœur de sa mère) : depuis lors, tout en respectant les rendez-vous fixés par le CAT, elle ne quittera plus cette guérisseuse, s'installant chez elle durant plus de deux ans et demi. A la différence de la plupart des interventions des guérisseurs dont nous ont fait part les malades, le traitement suivi par Marie est gratuit. Elle effectue quotidiennement des « lavages » et vit avec des femmes généralement présentées comme victimes d'un acte de sorcellerie. Le parcours de Marie confirme – sous une expression origi-

nale : trente mois chez une guérisseuse tout en restant en contact avec le CAT – la nécessité pour les malades du sida 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.

Lorsque que nous soulignons l'importance d'appréhender chaque recours en tant que tel, pour ses caractéristiques propres, indépendamment d'une quelconque appartenance à un système « moderne » ou « traditionnel » de soins, nous ne prétendons pas refuser toute pertinence à la délimitation des pôles « traditionnel » et « moderne » des pratiques de soins : les malades s'y réfèrent dans leurs discours, les médecins les opposent et, surtout, les représentants de ces pôles proposent des traitements guère comparables dans leur forme. Ceci étant, l'analyse de l'itinéraire de tout séropositif tend à relativiser l'importance explicative de ces deux catégories et 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

Il convient d'éviter toute catégorisation des itinéraires thérapeutiques en des termes (« moderne » vs « traditionnel ») qui ne rendraient pas compte des décisions individuelles.

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. Dans cette perspective, alors qu'il a toujours respecté les rendez-vous du CAT, Ibrahima s'adresse ponctuellement à des dispensaires ou se contente de remèdes – plantes et comprimés achetés au marché par sa mère – pour traiter des problèmes de santé qu'il estime ne pas relever d'une consultation au CAT. De même, Jean se rend au CAT aux dates prévues, au dispensaire de son village (dans la périphérie d'Abidjan) pour des problèmes jugés bénins, et à l'hôpital de

Dabou, lorsque son état s'aggrave. Dans le registre « traditionnel » des procédures analogues de cumuls n'excluant par le recours au CAT s'observent. Augustin décide par exemple de se rendre au CAT et de tenter de se procurer les remèdes prescrits (après son traitement antituberculeux) mais choisit aussi de consulter des guérisseurs tout en consommant des préparations à base de plantes fournies par sa mère : à l'instar de nombreux autres patients, ce malade entend l'efficacité thérapeutique comme la somme d'interventions et d'atouts divers que l'un d'entre eux résumera par la formule suivante : « Si la providence peut s'ajouter au traitement... »

PERMANENCES ET ABANDONS

Qu'elles se succèdent les unes aux autres ou qu'elles se déroulent de pair, les initiatives thérapeutiques des séropositifs ont pour caractéristique d'être périodiquement remises en cause par le patient. En effet, la maladie se développe dans des directions et suivant des intensités inattendues tandis que les réponses médicales s'avèrent d'une efficacité inégale : la pertinence des choix effectués se trouve par conséquent régulièrement évaluée à la lumière de ces données. On ne peut de ce fait éviter

d'analyser les itinéraires thérapeutiques à l'aune de la constance des démarches suivies.

A l'image de Marie, restée plusieurs années en traitement chez une guérisseuse, divers exemples de fidélité à une offre de soins pourraient être cités. Attardons-nous sur le choix du CAT consistant à respecter les dates des rendez-vous pendant et après le traitement antituberculeux et à se déplacer prioritairement dans cette structure sanitaire en cas de problème de santé. Tout en s'inscrivant dans ce cadre commun, les parcours de Fanta et de Jeanne ont pris des directions et obéi à des décisions guère comparables.

D'octobre 1990 à son décès en décembre 1991, Fanta n'a de cesse d'affirmer un double désir : respecter scrupuleusement les consignes des médecins du CAT – en particulier les

Alors qu'il a toujours respecté les rendez-vous du Centre antituberculeux, Ibrahima s'adresse ponctuellement à des dispensaires...

rendez-vous fixés – et s'adresser à tout guérisseur proposant un traitement du sida. Elle ne concrétisera jamais ce second souhait puisqu'elle décèdera à son retour dans son village d'origine où sa mère avait décidé de lui faire suivre un traitement traditionnel. La constance de Fanta dans ses recours au CAT trouve un juste équivalent dans l'itinéraire thérapeutique de Jeanne. Depuis ses premiers soins au CAT de Treichville en janvier 1990, cette jeune femme – conseillée en cela par sa sœur sage-femme – s'attache à ne manquer aucun des rendez-vous prévus et à solliciter sans tarder les médecins du CAT en cas de nécessité. En revanche, elle suit à deux reprises (de février à juin 1992, puis de décembre 1992 à septembre 1993) le traitement d'un guérisseur réputé d'Abidjan, encouragée par sa sœur qui en assume les frais. Le décès de son enfant en juin 1992 puis le départ en congés de sa sœur, l'année suivante, l'obligent à interrompre ses déplacements chez ce thérapeute qui demande alors à ses patients un paiement mensuel de ses remèdes et leur consommation sur le lieu même de leur remise. Ces contraintes n'empêchent toutefois pas Jeanne de suivre assidûment durant plusieurs mois un traitement qui ne s'est jamais substitué à l'aide apportée par le CAT. Alors qu'elles ont toutes deux appris leur séropositivité dès le début de leur traitement antituberculeux, seule Jeanne accepte de partager cette information avec ses proches. En ne se confiant à personne, Fanta se ferme aux conseils de ses parents et de ses amis qui seraient en mesure de l'aider – ou de la dissuader – dans

sa recherche d'un guérisseur. En effet, c'est bien de ce dialogue avec autrui qu'émerge chez Jeanne l'idée de s'adresser à un guérisseur réputé, sans avoir à se soucier du coût élevé du traitement (25 000 F CFA par mois, soit 500 FF avant la dévaluation) pris en charge par sa sœur, par ailleurs au courant de sa séropositivité. Fanta, de son côté, se trouve dans l'impossibilité de solliciter l'aide – tant en conseils qu'en argent – de personnes avec lesquelles elle refuse d'emblée d'évoquer sa séropositivité et son souhait de la traiter en dehors du CAT. De son côté, tout déplacement au CAT, qu'il s'inscrive ou non dans le cadre d'une consultation prévue de longue date, peut en revanche s'accorder aisément avec la volonté de ne partager avec personne l'information sur

...ou se contente de remèdes achetés au marché par sa mère pour traiter des problèmes qu'il estime ne pas relever du CAT.

sa séropositivité. Dans ce cas, le séropositif estime que son entourage, même s'il ignore son statut sérologique, acceptera de l'aider à se soigner dans une structure sanitaire connue pour avoir traité durant de longs mois sa tuberculose : il ne lui sera dès lors posé aucune question sur la nature de la maladie l'amenant à s'adresser au CAT.

La crainte d'avoir à justifier des choix autres que celui du CAT – manifeste chez Fanta – ne suffit toutefois pas à assurer cette structure sanitaire d'une fréquentation assidue de ses anciens patients. Appréhendés sur plusieurs

années, les recours au CAT comprennent en effet des interruptions qui permettent d'affiner l'image que l'on a du déroulement des itinéraires thérapeutiques s'organisant autour de cette structure de soins. Le sentiment prévaut alors d'un rapprochement du CAT s'effectuant plus à la suite de pressions extérieures ou d'hésitations à engager sur le long terme d'autres initiatives thérapeutiques, que par véritable conviction d'y trouver une solution durable à son affection. Dans des conditions certes différentes, les parcours de Lamoussa et de Sylvia illustrent ce type de rapport au CAT, hésitant entre un recul provisoire et un abandon définitif de cette offre de soins.

RUPTURE ET ÉLOIGNEMENT

Lamoussa s'adresse au CAT d'Adjamé en juillet 1989 après être passé par les deux CHU de la ville. Il suit normalement son traitement antituberculeux puis rompt le contact avec le CAT auprès duquel il récupère son dossier

médical. Il a d'autre part perdu sa carte de patient du CAT et craint de ne pouvoir y être reçu à nouveau, en particulier s'il s'y présente sans rendez-vous. Lamoussa s'adresse donc au CHU de Treichville lors d'une rechute à la fin de 1991. En janvier 1993, alors que son état s'aggrave et qu'il a interrompu son travail de boulanger, il consent finalement à partir à deux reprises au CAT. Les remèdes qui lui sont prescrits ne le soulagent que brièvement et il décède en mai 1993 après une ultime rechute qui l'amène à s'adresser à une clinique privée d'Anyama, petite ville des environs d'Abidjan.

(1) Nous avons mené de 1990 à 1994 une recherche anthropologique sur les réponses individuelles et familiales au sida, à partir d'un suivi de tuberculeux infectés par le VIH pris en charge dans l'un des deux Centres antituberculeux (CAT) d'Abidjan. Nous tenons à remercier les D^r Malick Coulibaly et Douhourou Coulibaly, alors médecins chef des CAT d'Adjamé et de Treichville, qui ont accueilli cette recherche.
(2) Nous avons contacté 94 patients des CAT infectés par le VIH :

quarante-cinq ont été l'objet d'un suivi, c'est-à-dire rencontrés au moins trois fois sur une période de plus de trois mois (avec une moyenne de 15 entretiens étalés sur 26 mois).
(3) Une personne parmi les 94 n'a pu nous fournir une information précise sur ce point.
(4) Actif depuis 1988 dans le domaine de la prise en charge des patients séropositifs, cet hôpital, situé à 50 km à l'ouest d'Abidjan, dispose d'un service de conseil.
(5) Une simple énumération des

recours thérapeutiques mobilisés par les séropositifs montre la variété des démarches engagées. Les services de santé suivants sont ainsi fréquentés : CHU d'Abidjan, CAT, hôpitaux (Port-Bouët, Dabou...), services de PMI, Institut national de santé publique, Centre national de transfusion sanguine, dispensaires, cabinets privés de médecins ou d'infirmiers, cliniques. D'autre part, ont été mentionnées les pratiques d'automédication consistant à utiliser des remèdes déjà disponibles, payer des médicaments en pharmacie au

moyen d'anciennes ordonnances ou sans ordonnance et, enfin, acheter des comprimés – souvent à l'unité – auprès de revendeurs dans la rue. En ce qui concerne le recours aux guérisseurs et l'utilisation de plantes, les malades se déplacent à leurs consultations, reçoivent leur visite, se procurent des plantes auprès d'eux à ces occasions ou, encore, en achètent sur les marchés. Notons enfin le recours aux diverses Églises qui attribuent un effet thérapeutique aux prières, réclusions et offrandes demandées aux malades.

Sylvia réside à Anyama lorsque débute en janvier 1990 la toux qui la conduit à une clinique locale, puis à l'hôpital de Port-Bouët, à l'initiative de son frère aîné. Dorénavant installée à Port-Bouët, elle se rend au CAT d'Adjamé sur les conseils d'un ami d'Anyama, ancien malade de ce CAT. D'avril à octobre 1990, Sylvia suit régulièrement le traitement antituberculeux et, déclarée guérie, elle délaie les consultations prévues dans le cadre du contrôle de l'évolution de sa guérison. Estimant à la fois ne souffrir d'aucun problème de santé particulier et ne pas disposer de l'argent nécessaire pour son déplacement et l'achat d'éventuels remèdes, Sylvia attend le mois de juin 1991 pour reprendre contact avec le CAT. Elle obtient alors la confirmation de la guérison de sa tuberculose mais reçoit une ordonnance dont elle ne pourra se procurer qu'une partie des remèdes prescrits. Nous verrons par la suite Sylvia une dernière fois en octobre, avant son départ chez sa sœur à Grand-Lahou : elle ne retournera pas au CAT jusqu'à cette date.

Même s'il s'avère temporaire, l'abandon du recours systématique et immédiat au CAT représente un événement notable de tout itinéraire thérapeutique. Lamoussa et Sylvia prennent leurs distances vis-à-vis de cette structure sanitaire au terme de leur traitement de six mois : au-delà des raisons avancées (perte de la carte de prise en charge ; guérison de la tuberculose), ce choix rend délicate toute reprise de contact. Ainsi, ce n'est qu'au stade terminal de sa maladie que Lamoussa se déplacera au CAT alors que Sylvia n'y consentira qu'à contrecoeur, fortement incitée à le faire par son frère. Ajoutons enfin que, dans ces deux parcours, le retour au CAT – difficile et maintes fois reporté – n'a représenté qu'une étape limitée dans le temps, ponctuée par la délivrance d'ordonnances, et nullement suivie d'une fréquentation de cette structure de soins comparable à celle des débuts de la prise en charge.

Qu'il prenne la forme d'une rupture brutale ou d'un éloignement progressif, l'aban-

C'est moins la médecine « traditionnelle » qui est globalement en cause qu'un guérisseur clairement identifié que le malade s'engage à ne plus fréquenter.

don d'un recours thérapeutique constitue un événement indissociable des processus de cumul et de succession évoqués précédemment. La décision, confirmée par la suite, de ne plus recourir à tel thérapeute ne signifie bien entendu pas l'abandon de toute thérapeutique : refuser de s'adresser à nouveau au CAT – et, surtout, persister dans cette volonté – ouvre sur d'autres options de soins (tant auprès d'un CHU, d'un dispensaire, d'un guérisseur que par le biais d'une automédication). Lamoussa se détourne ainsi une ultime fois du CAT après y avoir reçu des ordonnances, pour se diriger vers un centre de soins privé. Nous avons côtoyé d'autres malades, arrivés sans retard au terme de leur traitement 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 la certitude du malade ou de ses proches de trouver – au village ou à Abidjan – des guérisseurs 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 de leur mode de recours eux-mêmes susceptibles d'être contestés puis délaissés.

Posant un grave problème médical lorsqu'il intervient durant le traitement antituberculeux, l'abandon du suivi par le CAT ne doit pas occulter les mises à l'écart d'autres recours thérapeutiques. Parmi ces derniers, nous trouvons les interventions des guérisseurs qui – trop onéreuses ou inefficaces – peuvent convaincre le malade de ne plus y recourir. Les observations effectuées révèlent à nouveau que c'est moins la médecine « traditionnelle » qui est globalement en cause dans ce type de juge-

ment, 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 ». L'offre en ce domaine est trop vaste – en hommes et en compétences, d'Abidjan au village – et l'évolution de la maladie trop variable en forme et en intensité pour que le malade ayant déjà utilisé une des possibilités offertes par la médecine traditionnelle exclue dans l'avenir toute nouvelle démarche dans ce domaine : dans ces registres de prise en charge et dans ceux relevant du système de soin moderne, la faculté d'initiative du malade, assimilant conseils, aides et expériences multiples, débouche inévitablement sur des parcours ouverts, éloignés de tout enchaînement prévisible.

Ces quelques figures des parcours thérapeutiques de patients infectés par le VIH suggèrent le développement d'études qui rapprochent les expériences des malades et des médecins. Construites d'année en année, au fil des échanges établis au sein de la structure sanitaire et enrichies de contacts avec d'autres thérapeutes, ces expériences doivent être l'objet d'une attention particulière de la part des chercheurs en sciences sociales dans la mesure où, par leur caractère exemplaire, elles permettent d'interroger la relation patient/praticien bien au-delà du traitement et de l'accompagnement du sida.

• Sous une forme différente, cette analyse des parcours des séropositifs reprend la typologie développée dans une communication présentée lors de l'Atelier de synthèse Orstom-ANRS de septembre 1995 (L. Vidal, A.D. Bilibolo et B.T. Nguessan, 1996, « Structures sanitaires et malades confrontés à la prise en charge du sida à Abidjan (Côte d'Ivoire) », ANRS, Coll. Sciences sociales et sida, à paraître) ainsi que certains cas individuels exposés dans un ouvrage à paraître (« Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique »).

Même s'il s'avère temporaire, l'abandon du recours systématique et immédiat au CAT représente un événement notable de tout itinéraire thérapeutique.