

LE SUJET DE L'OBSERVANCE. EXEMPLE DE LA MISE SOUS TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL DANS LE CADRE D'UN PROJET PILOTE (COTE D'IVOIRE)

Laurent VIDAL*

L'objectif de mon propos est d'aborder le sujet de l'observance en essayant de comprendre qui est ou qui n'est pas observant et, éventuellement qui doit l'être en matière de mise sous traitement antirétroviral (ARV). Je confronterai pour ce faire les positions des patients, des soignants et du système de santé, dans le cas de la mise en place des traitements antirétroviraux de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire.

Les matériaux de terrains et les analyses présentées sont extraits de deux projets de recherche menés en Côte d'Ivoire, entre 1998 et 2000 : le premier visait à étudier les possibles transformations du rapport à l'infection à VIH, dans diverses populations (malades, soignants...) induites par la mise en place des traitements ARV ; le second était un travail d'évaluation de "l'Initiative Onusida", un projet "pilote" visant à rendre accessibles les traitements du sida, dont les antirétroviraux, dans 9 centres de santé, situés dans les deux principales villes de Côte d'Ivoire, Abidjan et Bouaké¹. Ce faisant mon propos doit être situé à sa juste mesure : d'une part, les critiques du processus d'accès aux traitements ARV ne retirent rien au fait que le principe de rendre accessibles ces traitements reste louable et doit demeurer une priorité dans la "prise en charge" du sida en Afrique ; d'autre part, ces mêmes critiques concernent strictement le système et les pratiques existant autour de l'accès aux ARV, et ne prétendent pas qualifier l'ensemble des pratiques médicales en Côte d'Ivoire.

En abordant la question de l'observance par trois entrées — les patients, les soignants, le système — je souhaite souligner le fait que l'on ne peut limiter l'observance, ou la non observance, d'un traitement au rapport d'un individu (le malade) avec une prescription médicale : les "facteurs contextuels" explicatifs de l'observance des traitements renvoient à la capacité d'observance non seulement des patients mais aussi, et peut-être surtout, de son entourage familial, des soignants et, plus généralement, du système de soins.

* IRD, Montpellier

¹ Les données ont été compilées et analysées par Karine Delaunay, dans le cadre du projet de recherche et de l'évaluation (Delaunay, 2001-a et 2000-b, Vidal, 2000, Msellati, 2001), ainsi que par Gadou Dakouri, Gabin Kponhassia, Clémence Essé, Djénéba Coulibaly-Traoré, ainsi que moi-même lors du travail d'évaluation (Vidal, 2001 ; Coulibaly-Traoré, 2001).

Les patients

Les patients qui entament le processus de mise sous traitement (entretien préliminaire, réalisation d'examen, consultations de rendu des résultats, décision définitive de mise ou non sous traitement, subventionné ou non) jugent les critères pour bénéficier d'un traitement ARV mal définis et mal explicités : ils ont un sentiment d'injustice face à une démarche qui leur paraît très aléatoire et ils ont la conviction que les relations personnelles sont essentielles pour avoir un traitement. Donc d'emblée, en particulier chez ceux qui n'ont pas pu accéder à ce type de traitement, pointe une mise en cause du système.

Deux autres images de ces traitements reviennent de façon récurrente : leur coût qui est jugé trop élevé² et leur efficacité, qui amène à dire qu'ils soulagent, bien plus qu'ils ne guérissent. Chez les patients ayant effectivement entamé un traitement et quel que soit leur niveau de ressources financières on observe une crainte permanente d'un dépérissement progressif des solidarités. Solidarités qui créent naturellement des dettes morales et matérielles tout en laissant planer l'incertitude sur la pérennisation de cette aide. Aussi bien vis-à-vis de la famille que de relations plus éloignées, se pose la question de l'information qui a du être partagée en échange de cette aide. On constate par ailleurs que si la mise sous traitement repose sur la mobilisation d'aides extérieures au milieu familial ou conjugal, son observance elle-même comporte *a priori* un risque de dévoilement du secret, voire de stigmatisation au sein de ce milieu (prise régulière de médicaments, alimentation...). En somme, informer celui qui aidera, d'une part, ne résout pas les difficultés liées à la gestion du secret avec d'autres personnes et, d'autre part, peut avoir des conséquences sur la capacité du malade à suivre son traitement, s'il se trouve mis à l'écart du fait de cette révélation.

La vie quotidienne avec ces traitements est marquée par leurs effets secondaires. Alors, s'en trouve altérée l'image que le malade a de l'observance des prises, ceci à un moment où, pourtant, il s'attache à les suivre scrupuleusement. Ces effets secondaires et les difficultés inhérentes à la prise de ces traitements lourds créent un sentiment de découragement. Leur poids financier nuit au niveau de vie quotidien du patient tout en

² Une trithérapie (avec antiprotéase) non subventionnée revient à 2 500 FF par mois. Les patients dits "démunis" pouvaient obtenir une subvention de 75% et donc avoir une trithérapie à environ 800 FF par mois, ce qui reste bien supérieur au salaire minimum ivoirien. Enfin, les membres d'associations de personnes atteintes ou les femmes ayant participé à des essais de réduction de la transmission mère-enfant du VIH ont droit à une subvention de 95% soit un traitement à 100 FF. Ajoutons que les patients ayant effectué le bilan biologique dans le cadre de l'Initiative Onusida d'août 1998 à mars 2000 sont sans ressources pour 40% d'entre eux : seuls 15% des patients disposent d'un revenu mensuel supérieur à 2500 FF, le montant d'une trithérapie non subventionnée.

compromettant ses projets. Epuisement physique et financier se conjuguent alors pour entraîner ou conforter des situations de dépendance, voire amener à des arrêts de traitement.

Le rôle des soignants doit être souligné et il ne faut pas s'arrêter sur une quelconque responsabilité du patient : quand un malade décide d'arrêter son traitement ARV car il lui attribue directement la dégradation de son état de santé, peut-on lui imputer la responsabilité de cette non observance sachant que les effets secondaires possibles ne lui ont pas été expliqués et qu'ils n'ont pas toujours été combattus ?

Les soignants

Cela montre la portée de l'intervention du soignant, de sa relation au patient, dans le type d'observance du traitement développée par la suite. Les attitudes de soignants lors de la mise sous traitement possèdent un certain nombre de caractéristiques générales. La plus remarquable d'entre elles est, qu'avec les traitements ARV, les soignants tendent à se transformer en évaluateurs des capacités financières de leurs patients : d'emblée et systématiquement, ils mentionnent l'impérieuse nécessité de s'assurer que le patient dispose de ressources financières suffisantes pour se payer le traitement — compte tenu de la fourchette de prix dans lequel il se situe, moyennant le taux de subvention qui peut être obtenu. Cette préoccupation place les médecins dans la position délicate et ambiguë de proposer un traitement ARV et de sélectionner les patients qui y auront accès.

Ce travail de sélection soulève par ailleurs deux autres problèmes majeurs. Tout d'abord, elle postule qu'à partir d'un entretien bref et relativement superficiel avec le patient, ses réelles capacités de mobiliser une aide financière, dans la durée, seront identifiées de façon sûre. Nulle enquête sur les conditions de vie réelles du patient pas plus que sur la nature des réseaux amicaux ou familiaux qu'il est susceptible (ou non) de mobiliser n'est effectuée. Nous sommes ici dans un registre d'impressions générales qui suppose, par ailleurs, que ce type d'évaluation *a priori* des capacités financières est fiable : or nous savons que tant la capacité à observer sur le long terme un traitement lourd que le risque de rupture d'observance ne peuvent être formellement et définitivement déterminés à l'avance (Munzenberger, 1997 ; Singh, 1996).

Le second point est que cette sélection économique en vient à reléguer au second plan la sélection biologique ou clinique des patients. Ainsi, les patients dont le bilan biologique correspondant aux critères établis — par des médecins — pour la mise sous traitement, n'auront pas accès aux ARV dès l'instant où leurs capacités financières sont jugées insuffisantes ou trop aléatoires dans la durée. De plus, les médecins hésitent à

demander les examens biologiques à ce type de patients aux ressources estimées insuffisantes : le diagnostic économique supplante donc le diagnostic médico-biologique.

Les médecins ont finalement plus intégré dans leur pratique que les autres catégories de soignants, les difficultés de pérennisation du traitement compte tenu de son coût et de la complexité du processus de mise sous traitement : ils ont plus fréquemment tendance à ne pas inciter leurs patients à envisager un traitement ARV.

Ces attitudes en matière de sélection des patients ne sont pas indifférentes lorsque l'on s'intéresse à l'observance en tant que telle. En premier lieu, force est de constater que, dans le cadre du système mis en place par l'Initiative Onusida et au regard de sa fonction et de ses compétences médicales, le médecin fait parfois preuve d' "inobservance" : il sélectionne, alors qu'un Comité est censé intervenir après lui pour effectuer ce travail ; il lui arrive de ne pas chercher à recueillir les données essentielles à la compréhension de l'état clinique du patient, en s'arrêtant à la mesure superficielle de ses capacités financières. Au-delà de ce constat, la non-observance du médecin ne peut être disjointe des éventuelles difficultés d'observance du patient lui-même : le médecin qui "sélectionne" de lui-même et qui privilégie l'économique sur le médical sera dans une relation avec le patient sous traitement (et non uniquement avec le patient se présentant pour être mis sous traitement) ne facilitant pas l'observance de ce dernier.

Deux observations relatives au contact initial entre le soignant et le patient traduisent la difficulté à construire une relation propice à une observance du traitement à venir. Je pense tout d'abord aux informations contradictoires que reçoit le patient lorsqu'il effectue la démarche de mise sous traitement, de l'assistant social qui l'encourage à ne pas perdre espoir et évoque l'intérêt des traitements ARV au médecin qui, plus tard, tempère fortement ce discours "rassurant" en évoquant les contraintes et écueils liés à l'accès et au suivi de ces traitements. De plus, lorsque le médecin demande au patient de venir avec le proche susceptible de le soutenir financièrement pour acheter régulièrement son traitement, il intègre de fait dans sa démarche une rupture de la confidentialité à laquelle le patient n'est pas nécessairement préparé ou qu'il souhaite tout simplement éviter. Ce qui est directement en jeu à cet instant n'est certes pas l'observance du traitement : ces pratiques médicales ne situent pas la relation thérapeutique dans le registre de la confiance, pourtant indispensable pour que le patient — une fois sous traitement — se sente soutenu par les soignants dans ses efforts pour respecter le suivi du traitement.

En matière de suivi du patient sous traitement ARV, deux pratiques médicales sont susceptibles d'influencer l'observance. Tout d'abord il a été constaté que la position d'écoute du soignant, exigée par la perspective de délivrer un traitement complexe, porteur d'incertitudes et d'interrogations de la part du malade, n'est en réalité guère la règle : et lorsqu'elle s'impose, elle apparaît plus contrainte que spontanée. Les principaux arguments

avancés par les médecins pour justifier leur attitude est à la fois le manque de temps pour pouvoir expliquer les traitements et répondre aux demandes des patients, ainsi que l'absence de formation aux problèmes spécifiques soulevés par le suivi thérapeutique mais aussi psychologique des patients sous ARV. Manque de temps d'autant plus nettement ressenti que les médecins se sont placés dans la situation de devoir sélectionner les patients demandeurs de traitements, intervention qui non seulement les détourne d'une stricte approche médicale de la mise sous traitement, mais de plus est longue. Or ne pouvoir consacrer suffisamment de temps au patient sous traitement ne peut guère encourager celui-ci dans sa démarche d'observance.

En second lieu, un certain nombre d'hésitations des médecins participent de l'image d'un système d'accès aux ARV opaque, aux règles de fonctionnement floues et changeantes. La confiance dans le médecin s'en trouve inévitablement altérée et, partant, le soutien qu'est en droit d'espérer le patient pour suivre les recommandations censées contribuer à une "bonne observance". Faute de directives précises — dont ils sont par ailleurs demandeurs — les médecins changent ou suspendent des traitements. Donc, soit la non observance se voit alors imposée de fait, soit elle se trouve incidemment encouragée par des changements de traitement qui sont aussi peu discutés avec le patient que la forte standardisation du traitement initial.

Lorsqu'à cela s'ajoute le refus de médecins, durant un certain temps, de prescrire des médicaments génériques ARV, sous prétexte que leur "contrôle de qualité" n'avait pas été effectué et alors qu'il y avait des ruptures de stock d'ARV sous forme de spécialités, nous sommes en présence d'une somme de pratiques médicales qui compliquent indiscutablement et même rendent impossible l'observance par le patient de son traitement. Conscient des difficultés qu'ils rencontrent à établir une relation thérapeutique confiante avec leurs patients, nombre de médecins en viennent alors à déléguer aux associations de personnes séropositives le travail de suivi des contraintes posées par les traitements ARV. Les malades ont intégré le fait que les médecins prescrivent mais ne suivent pas le traitement ARV. Le "sujet" de l'observance se déplace, progressivement des malades aux soignants, de la prise d'un traitement à son administration.

Je souhaiterais clore cette présentation des positions de soignants qui participent du contexte de l'observance par deux remarques d'ordre plus général. En premier lieu, les soignants, toutes catégories confondues, sont fortement demandeurs à la fois d'informations et de formations sur la prise en charge par ARV. Demandes exprimées plus systématiquement par les non médecins, peu associés aux séances de formation et regrettant le faible partage d'informations par les médecins, mais que ces derniers formulent aussi. Le contenu de ces demandes est varié : recevoir des directives précises sur les conduites à tenir en cas d'échec ou d'effets secondaires du traitement ; organiser des

formations régulières – et non ponctuelles –, dans les structures sanitaires d'exercice ; être associés aux réunions d'équipe des médecins qui prescrivent les traitements.

Ces deux dernières séries de demandes émanent de non-médecins et soulèvent le problème du hiatus entre médecins et autres soignants, exacerbé par le fait que les non-médecins — pourtant au contact direct des malades — s'estimant éloignés d'informations susceptibles de les aider dans leurs tâches d'accueil et de suivi des patients. Ceci alors que les assistants sociaux et les "conseillers" développent des stratégies de prise en charge des patients sous ARV qui visent explicitement à favoriser l'observance des traitements prescrits par les médecins.

Cela me conduit à une seconde remarque sur les liens entre la connaissance des ARV et leur utilisation effective. Les soignants rencontrés qui affirmaient ne pas connaître le coût exact des traitements ARV, les critères biologiques ou cliniques de mise sous traitement ou encore leur disponibilité (dans telle ou telle structure) justifient cela par le fait qu'ils "n'utilisent pas" ces traitements. Ce pragmatisme de la connaissance rejoint le regret formulé par certains de n'avoir pas été formés au maniement de ces traitements *in situ*, sur le lieu même de leur travail et lors de séances où le formateur n'avait pas entre les mains les médicaments dont il évoquait l'utilisation.

Voir, être en situation de travail, pratiquer, sont donc constitutifs de la connaissance (les caractéristiques de la prise en charge par ARV). Dans le même ordre d'idée, les soignants qui ne suivent pas de patients sous ARV ne se prononçaient pas sur l'efficacité de ces molécules : aucune référence n'était faite à un savoir général, académique, attestant de l'efficacité de ces traitements et seule l'absence de pratique guidait leur appréciation sur leurs connaissances. La pratique semble donc nécessaire pour affirmer "connaître", mais elle n'est pas à elle seule suffisante. C'est ce dont témoignent les soignants qui, bien que travaillant dans des structures prenant en charge l'infection à VIH, sont plus au fait des avancées de la connaissance relative à leur pratique dès lors qu'ils sont impliqués dans des activités d'associations de lutte contre le sida ou qu'ils côtoient dans leur entourage un malade du sida (Desgrées du Loû, 2000). Cette proximité avec la maladie, en dehors des activités strictement médicales, enrichit les connaissances et donc modèle *in fine* la pratique professionnelle.

Que la pratique ne soit pas elle seule "suffisante" nous en avons aussi le témoignage à travers le cas de ces non-médecins qui prennent en charge le sida et sont demandeurs d'informations. En somme, l'expérience de ces soignants — même si elle ne relève pas d'une connaissance scientifique clinique ou biologique sur les ARV pas plus qu'elle n'est assimilable au suivi clinique effectué par les médecins spécialisés — impulse une demande de connaissances nouvelles ou affinées.

L'exigence centrale qui ressort de l'analyse des attitudes des soignants (pratiquer et côtoyer le sida pour avoir accès à la connaissance de sa prise en charge) constitue un "facteur contextuel" essentiel de l'observance des patients. En effet si l'on admet que l'objectif d'observance doit s'inscrire dans un équilibre entre le "contrôle médical" d'une part, la "résistance des patients", d'autre part (Lerner, 1997 ; O'Connor, 1995), on conçoit difficilement que le premier volet de cette relation soit affaibli par des niveaux de connaissances et d'implications personnelles hétérogènes et une circulation de l'information entre soignants limitée. Pour que le patient puisse exercer un droit de "résistance" qui l'aide dans sa démarche d'observance il ne doit pas être confronté à des attitudes et discours changeants : si c'est néanmoins le cas, il déplacera ses demandes, des médecins et des soignants en général, vers les acteurs du monde associatif.

Le système

Le fonctionnement du système de soins se caractérise par son opacité et sa fragilité. Je mentionnerai les ruptures de stocks de médicaments dans les structures de santé identifiées pour les délivrer : emblématique de la non-observance du système lui-même, cette situation a contraint des patients, dans le meilleur des cas à se prêter, se donner ou s'échanger des remèdes, à se tourner vers les cliniques privées pour compléter un traitement et, dans le pire des cas, à arrêter de se traiter. Ceci alors que le patient a souvent dû attendre plusieurs mois, entre sa première consultation médicale en vue d'obtenir un traitement ARV et la première prise de médicaments de ce traitement. L'abnégation des patients face à une procédure aussi longue et opaque a certes renforcé leur volonté de suivre le plus scrupuleusement possible un traitement aussi difficile à obtenir : dans le même temps, elle n'a pu qu'altérer l'image du système dans l'efficacité desquels ils ont placé leurs espoirs.

Donc, ne décrire l'observance des traitements qu'au travers des stratégies des patients serait assurément réducteur. Il faut replacer les pratiques des soignants et des patients, ainsi que le fonctionnement du système mis en place, dans le système de soins global. Système qui se caractérise, en matière de prise en charge du sida — en général et non spécifiquement par ARV —, par un faible accès au test de dépistage (Desgrées du Loû, 2001), par des pratiques d'annonce de la séropositivité qui ne respectent pas toujours la confidentialité et par des soins (hors ARV) souvent difficilement accessibles aux malades (par manque de ressources financières pour se déplacer ou acheter les remèdes prescrits, ou faute de ces remèdes dans les pharmacies des centres de santé publics). De ce point de vue, le fonctionnement du système conçu pour permettre l'accès aux ARV reprend et parfois même aggrave des dysfonctionnements plus généraux en matière de "prise en charge de l'infection à VIH".

La relative analogie des difficultés auxquelles doivent faire face les patients selon qu'ils s'adressent à une prise en charge "généraliste" du VIH ou "spécialisée" par ARV ne saurait faire oublier la nature différente des attentes qu'ils placent en chacune et des exigences que celles-ci leurs "renvoient". La perspective d'avoir accès aux ARV a créé un espoir réel et inédit chez les malades, pour un traitement par ailleurs fort contraignant (financièrement, physiquement et psychologiquement) : aucune autre offre de soins pour les personnes séropositives n'avait présenté jusqu'alors de telles caractéristiques. La volonté de recourir à un traitement ARV se caractérise donc par une tension entre un espoir et une somme de difficultés à surmonter que le système a de fait accrue. C'est dans ce cadre là que doivent être mesurées les stratégies des patients pour observer leur traitement, ainsi que les difficultés voire l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent pour maintenir une "bonne observance" dans le temps.

La question que l'on ne peut aujourd'hui éviter de se poser est donc de savoir jusqu'à quel point la demande, l'intérêt et l'implication des patients pour ces traitements (il n'est qu'à se rappeler les stratégies qu'ils mettent en œuvre pour observer leurs traitements et pérenniser les financements nécessaires à celui-ci) ne vont pas se trouver émoussés à moyen et long terme par les contraintes créées par le système mis en vigueur par l'Initiative Onusida.

Conclusion : observance et morale

Je soulignerai pour conclure que les procédures de prise en charge par ARV constituent un bon exemple de présence de repères moraux dans la pratique médicale. Des études ont montré, dans les pays du Nord, que la nécessité de s'assurer que le patient pourra suivre régulièrement un traitement lourd débouche parfois, chez des médecins, sur des attitudes qui ne répondent pas à des critères médicaux (Bogart, 2000) : on observe un *a priori* négatif envers le patient toxicomane, jugé — le plus souvent sans "preuve" particulière de cette affirmation— comme incapable d'observer correctement son traitement. Nous sommes ici confronté à l'irruption dans la pratique médicale de principes moraux³, qu'*a posteriori* le comportement du patient sous traitement ne justifie guère.

Des présupposés du même ordre conduisent, en Afrique, certains soignants à juger les malades analphabètes incapables de suivre un traitement un tant soit peu complexe. Or des observations même rapides révèlent clairement la précision avec laquelle ces patients,

³ Au delà du cas des traitements du sida, BH Lerner (1997) a montré que les affirmations médicales relatives à la non observance des traitements ont de tout temps été fondées sur des jugements de valeur, que le patient soit décrit comme "ignorant", "récalcitrant" ou, plus récemment, "non compliant".

avec l'aide du médecin ou du pharmacien, cochant le nombre et la fréquence des prises de médicaments sur les boîtes : par ailleurs, les entretiens effectués avec ces malades sont fréquemment traversés de précisions qui traduisent leur capacité à mémoriser les consignes médicales, de même que les prix des médicaments achetés.

A cela il faut ajouter une moralisation potentielle de la relation thérapeutique : elle s'est moins humanisée que moralisée. Moralisation sous jacente à l'appropriation par le médecin de la sélection "financière" des patients — définissant une catégorie de "bons" malades, car fiables. Moralisation inhérente, aussi, à la demande adressée au patient de lui présenter la personne s'engageant à payer son traitement et qui prend ici deux aspects : d'une part, le soignant vérifie ce faisant que le patient a bien informé autrui de sa séropositivité (ce qui est considéré comme étant la "norme morale") et, d'autre part, il s'assure, là encore, de la fiabilité financière de ce proche (ce qui est aussi présenté comme une "norme morale").

Ces attitudes médicales expriment le fait que ne pas avoir d'argent est non seulement rédhibitoire pour accéder à un traitement mais aussi, d'une certaine façon, contraire à une exigence "morale" induite par le fonctionnement du système mis en place pour réguler l'accès à ces traitements.

Bibliographie

- BOGART L.M., KELLY J.A., CATZ S.L., SOSMAN J.M., 2000, "Impact of medical and nonmedical factors on physician decision making for HIV/AIDS antiretroviral treatment", *Journal of AIDS*, 23 : 396-404.
- COULIBALY-TRAORE D., VIDAL L., 2001, "Les patients infectés par le VIH, l'accès aux traitements et l'Initiative Onusida. Une étude qualitative", in in Msellati P., Vidal L. & Moatti J.-P., 2001, (à paraître).
- DELAUNAY K., 2000-a, "Accès aux traitements antirétroviraux : un suivi de patients" , in L.Vidal & P. Msellati (éd), *op. cit.* : 98-153.
- DELAUNAY K. , DOZON J.-P., KPONHASSIA G., MSELLATI P., 2001-a, Processus décisionnel et mise en place de l'Initiative (1996-2000), in Msellati P., Vidal L. & Moatti J.-P., 2001, (à paraître).
- DELAUNAY K., VIDAL L., MSELLATI P., 2001-b, Description du processus de mise sous traitement, in Msellati P., Vidal L. & Moatti J.-P., (à paraître).
- DESGREES DU LOU A., CHEVALLIER-SCHWARTZ M., COULIBALY-TRAORE D., 2000, "Pratique de dépistage et de prévention du VIH/sida", in L. Vidal & P. Msellati, *op. cit.* : 27-72.

- DESGREES DU LOU A., DE BECHON N., 2001, "Attitudes par rapport au sida, accès au dépistage et connaissances des traitements du VIH à Abidjan dans le contexte de l'implantation de l'Initiative Onusida/Ministère de la santé ivoirien", in Msellati P., Vidal L. & Moatti J.-P., (à paraître).
- LERNER B.-H., 1997, "From careless conspuives to recalcitrant patients : the historical construction of noncompliance", *Social Science and Medicine*, 45, 9 : 1423-31.
- MSELLATI P., VIDAL L. & MOATTI J.-P., 2001, L'accès aux traitements de l'infection à VIH dans les pays en développement. Exemple de l'évaluation de l'Initiative ONUSIDA/Ministère ivoirien de la santé, ANRS Coll. 'Sciences sociales et sida" (à paraître).
- MUNTZENBERGER N., CASSUTO J.-P., GASTAUT J.A., SOUVILLE M., MORIN M., MOATTI J.-P., 1997, "L'observance au cours des essais thérapeutiques dans l'infection à VIH. Une discontinuité entre l'histoire des patients et la logique des essais", *La Presse Médicale*, 8 : 358-65.
- O'CONNOR B.B., 1995, *Healing traditions. Alternative medicine and the health professions*, Philadelphie, University of Philadelphia Press : 287 p.
- SINGH N., SQUIER C., SIVEK C., WAGENER M., HONG NGUYEN M., YU V.L., 1996, "Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus : prospective assessment with implications for enhancing compliance", *AIDS Care*, 8, 3 : 261-269
- VIDAL L. ET MSELLATI P. (ed), 2000, Les thérapies antirétrovirales en Côte d'Ivoire : attentes suscitées et transformations sociales du rapport à la maladie, Rapport final, ANRS : 161 p.
- VIDAL L., ESSE C., GADOU D. ET KPONHASSIA G., 2001, "Les professionnels de santé face à l'Initiative Onusida : une étude qualitative (Abidjan, Bouaké, Côte d'Ivoire)", in Msellati P., Vidal L. & Moatti J.-P., (à paraître).



Institut de recherche
pour le développement

Réseau

Anthropologie de la santé

Les professionnels de santé

Bulletin n° 2
Juin 2001

Unité de Recherche Socio-Anthropologie de la santé
SHADYC (EHESS - CNRS)

SOMMAIRE

- Editorial, par Yveline Diallo, Marc-Eric Gruénais, Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan.....p. 5

Les professionnels de la santé : Pratiques, identités et déontologies

- **Partie I : Atelier de Dakar**

- Les pratiques institutionnelles dans les service de psychiatrie de l'hôpital de Fann-Dakar. Leçons d'un réexamen critique.
par René Collignon.....p. 11
- Hiérarchies sociales et enjeux de santé dans une société à économie de plantation au Cameroun.
par Séverin C. Abega, Daniel Bley, Hélène Pagezzy, Nicole Vernazza Lichtp. 27
- Les relations des soignants titulaires et des soignants bénévoles dans les centres de santé publics de Conakry.
par Yveline Diallop. 37
- De la rénovation des murs à celle des pratiques ? L'exemple de *Jalluße*, maternité et dispensaire (1997-2000).
par Frédéric Le Marcis.....p. 47
- Conscience professionnelle, clientélisme et corruption : pratiques et justifications des personnels de santé du centre médical d'Orodara (Burkina Faso).
par Fatoumata Ouattara.....p. 63
- La référence obstétricale.
par Aïssa Diarap. 97
- Etre sage-femme au Mali.
par Younoussa Tourép. 107
- Etude de la socialisation de sages-femmes jeunes diplômées dans la vie professionnelle dans la zone urbaine de Dakar.
par Patricia Mahé-Vasseur p. 127
- Apprentissage de la violence infirmière en milieu hospitalier au Niger.
par Eric Hahonou.....p. 133
- Programme de l'atelier p. 149

- **Partie II : Séminaire EHESS**

- La pratique médicale comme processus aléatoire et fragile (Algérie).
par Mohamed Mebtoul.....p. 155
- Le sujet de l'observance. Exemple de la mise sous traitement antirétroviral dans le cadre d'un projet pilote (Côte d'Ivoire).
par Laurent Vidal.....p. 165
- Remettre la relation au cœur de la méthode clinique, une priorité pour améliorer la qualité des soins.
par Pierre Blaise.....p. 175
- Ethique religieuse et déontologie médicale.
par Marc-Eric Gruénais..... p. 185
- La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée.
par Jean-Pierre Olivier de Sardanp. 195

- La relation médecin-malade problèmes relationnels entre le personnel médical, para-médical et les malades (et leur entourage).
par Ginette Raimbaultp. 211
- Une configuration particulière : le dispositif affectif des personnels de santé en Afrique de l'Ouest.
par Yannick Jaffré.....p. 217
- Programme du séminaire p. 235

- **Liste des participants**
- Liste des participantsp. 239

- **Publications**
- La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis
Afrique contemporaine. Numéro spécial 3^{ème} trimestre 2000 p. 249
- Système et politique de santé. De la santé publique à l'anthropologie.
Médecine du Monde, Karthala, sous la direction de Bernard Hours, 2001p. 251