

Le sida en Côte-d'Ivoire : situation et prise en charge des malades

Laurent Vidal*

Afrique contemporaine
N° 178
2^e trimestre 1996

Le sida en Côte-d'Ivoire

18

Illustrations d'une situation épidémiologique préoccupante, les données chiffrées sur le sida en Afrique traduisent simultanément les dimensions politiques et sociales de l'épidémie. D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans son relevé épidémiologique hebdomadaire du 15 décembre 1995, il y avait plus de 11 millions de personnes infectées par le VIH⁽¹⁾. On dispose par ailleurs de calculs de prévalence au sein de populations aussi diverses que les femmes enceintes, les donneurs de sang, les prostituées, les tuberculeux ou, encore, les consultants pour une maladie sexuellement transmissible (MST). A titre d'exemple, en Côte-d'Ivoire, dans ces divers groupes, la prévalence du VIH est la suivante : 45 % chez les tuberculeux pris en charge entre mars 1994 et avril 1995⁽²⁾, 80 % chez des prostituées abidjanaises⁽³⁾, 13,7 % chez des femmes enceintes⁽⁴⁾, 11 % chez des donneurs de sang⁽⁵⁾ et, en moyenne, 21 % chez des patients traités pour une MST⁽⁶⁾.

Ces chiffres imposent une double lecture de la diffusion du VIH. En premier lieu, l'approche statistique de l'épidémie traduit sa généralisation, bien que dans des pro-

* Anthropologue, ORSTOM.

(1) Sauf précision (par exemple « VIH-1 », « VIH-2 » ou « VIH-D » – *i. e.* double infection), le terme « VIH » servira à désigner l'ensemble des virus de l'immunodéficience humaine.

(2) L. Abouya, S. Wiktor, I.M. Coulibaly et al., « Establishment of an HIV Counselling and Testing Program for all Tuberculosis Patients in Côte-d'Ivoire », *IX^e Conférence internationale sur le sida et les MST*, Kampala, décembre 1995.

(3) P. Ghys, M. Diallo, V. Ettienne-Traoré et al., « Dual Reactivity to HIV-1 and HIV-2 in Female Sex Workers in Abidjan, Côte-d'Ivoire », *AIDS*, n° 8, 1995, pp. 955-958.

(4) F. Sylla-Koko, C. Etoua-Ehui, M. T. Anaky et al., « Séroprévalence de l'infection à VIH dans les consultations prénatales d'Abidjan, Côte-d'Ivoire », *IX^e Conférence internationale sur le sida et les MST*, Kampala, décembre 1995.

(5) R. Schutz, D. Savarit, J. Kouadio et al., « Excluding Blood Donors at High Risk of HIV Infection in a West African City », *British Medical Journal*, n° 307, 1993, pp. 1517-1519.

(6) M. Diallo, A. Ackah, M.-F. Lafontaine et al., « HIV-1 and HIV-2 Infections in Men Attending Sexually Transmitted Disease Clinics in Abidjan, Côte-d'Ivoire », *AIDS*, n° 6, 1992, pp. 581-585.

Fonds Documentaire ORSTOM

Cote : B* 7014 Ex :

portions variables d'une région à l'autre⁷. Elle apparaît aussi étroitement associée à la tuberculose et aux pratiques de prostitution. Ceci n'exclut pas toutefois que l'on ait identifié des zones de stabilité de la prévalence. C'est ainsi qu'une étude effectuée dans le nord de la Tanzanie révèle que « là où la promotion du préservatif s'est accompagnée d'une lutte efficace contre les MST, l'incidence du VIH a baissé de 50 % environ en comparaison avec les communautés témoins où cette lutte n'a pas été entreprise ». Au Zaïre, des « enquêtes sentinelles » font état d'une stagnation de la prévalence « autour de 7 % pour la population générale »⁸.

Parallèlement à ce constat général, les mêmes données obligent à une analyse explicitement sociopolitique de l'épidémie. Selon Jonathan Mann, l'ancien responsable du Programme mondial sur le sida de l'OMS, les Africains infectés par le VIH représentent 90 % du total des personnes atteintes dans le monde alors que le continent ne mobilise que 10 % des fonds engagés dans la lutte contre le sida⁹. Élément d'un paradoxe plus général, puisque « en 1991, 94 % des ressources pour la prévention ont été dépensées dans le monde industrialisé où vivent 15 % des personnes infectées ». De plus, au niveau des soins, « 94 % du budget [est affecté] aux 18 % des sidéens qui ont malgré tout la chance de vivre dans les pays riches »¹⁰. D'autre part, les personnes de statut économique précaire – femmes, tuberculeux, prostituées – sont majoritairement touchées. On perçoit donc nettement les enjeux sociaux et politiques de cette maladie.

« Troisième épidémie » affirmait ce même J. Mann devant l'Assemblée générale des Nations unies en 1987, « épidémie raciste », ajoutait R. Sabatier peu de temps après¹¹. Affectant aussi massivement des personnes dont la maladie (ici la tuberculose) ou les comportements sexuels sont en eux-mêmes source d'évitement et parfois de marginalisation, l'infection à VIH souligne avec force la permanence de situations d'exclusion sociale mais, aussi, les insuffisances de la santé publique en Afrique. Illustrant ces faiblesses, il faut rappeler les difficultés rencontrées par le système sanitaire pour accueillir, informer, traiter et hospitaliser les patients séropositifs, handicaps que l'actuel volume de l'aide extérieure ne peut combler.

Cette esquisse de la situation du continent africain face au sida conduit à s'interroger sur l'éventuelle spécificité de l'épidémie de VIH en Afrique. Des prévalences élevées (quoiqu'inégalement distribuées), un système de santé peu capable de prendre en charge la maladie et une mobilisation de la recherche et de l'intervention inférieure à celle qui est destinée aux pays du Nord contribuent à caractériser une épidémie largement inédite et difficilement réductible aux formes et aux implications qu'elle revêt dans les autres régions du monde.

Afin d'approcher cette vaste question des contours originaux du sida en Afrique, la démarche anthropologique paraît disposer de deux atouts. Elle peut analyser les pratiques sociales liées au sida que constituent la prise de risque, la recherche d'un traitement ou le partage de l'information, sans les réduire à de

(7) Sur les facteurs de régionalisation de l'épidémie de VIH, on se reportera aux travaux de géographes : J. Amat-Roze, « Les inégalités géographiques de l'infection à VIH et du Sida en Afrique sub-saharienne », *Social Science and Medicine*, vol. 36, n° 10, 1993, pp. 1247-1256 ; G. Rémy, « Image géographique des infections à VIH en Afrique de l'Ouest », *Médecine d'Afrique noire*, vol. 40, 1993, n° 1, pp. 15-21 ; n° 2, pp. 79-95 ; n° 3, pp. 159-164.

(8) B. Kapita, « Epidémiologie du Sida en Afrique centrale francophone », *Les Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, vol. 5, n° 5, sept.-oct. 1995, p. 288 (revue coéditée par AUFELF-UREF et les éditions John Libbey Eurotext).

(9) Constat effectué à diverses reprises, notamment lors de la VIII^e Conférence internationale sur le sida en Afrique, tenue à Marrakech en décembre 1993.

(10) J. Mann, « Une stratégie insuffisante », *Les Temps Modernes*, octobre 1993, p. 64.

(11) R. Sabatier, *Sida, l'épidémie raciste*, PANOS-L'Harmattan, 1989.

simples considérations culturelles. Elle est en mesure, en outre, de cerner les réponses individuelles et collectives à la maladie au moyen d'études longues et approfondies, et d'éviter ainsi les remarques hâtives et générales sur les caractéristiques sociologiques de l'épidémie.

De l'épidémiologie à l'anthropologie : l'exemple de la Côte-d'Ivoire⁽¹²⁾

Premières enquêtes

Pays d'Afrique de l'Ouest le plus touché par le VIH avec plus de 25 000 cas de sida déclarés et environ 600 000 séropositifs, la Côte-d'Ivoire s'est mobilisée depuis dix ans en organisant des structures de lutte contre le sida et en développant la recherche épidémiologique. De ce dernier point de vue, 1988 constitue une date charnière. C'est en effet l'année de démarrage du Projet RETRO-CI (pour « Rétrovirus-Côte-d'Ivoire ») financé par les *Centers for Disease Control* (CDC) d'Atlanta, aux Etats-Unis, axé sur la recherche et la formation en épidémiologie. Les études antérieures à cette date, dont la première remonte à 1985, ont mis en évidence l'importance de la diffusion du VIH dans différents groupes de la société ivoirienne. Ainsi, dès 1985, sont évalués des taux de prévalence chez les « individus en bonne santé », soit 1,6 % (1,1 % en milieu rural et 2,1 % en ville) et les malades hospitalisés (3,3 %)⁽¹³⁾. Parallèlement à cette approche générale de la prévalence du VIH, des enquêtes auprès des prostituées, notamment à Abidjan, révèlent une contamination par le virus du sida chez le tiers d'entre elles⁽¹⁴⁾.

A une époque où prévaut encore la notion de « groupe à risque », il n'est guère étonnant de voir l'épidémiologie du sida s'intéresser aux prostituées, inaugurant de la sorte une série d'études qui, jusqu'en 1989, les incluront parmi les groupes régulièrement évalués. Dès les premiers mois de 1986, alors que quatorze cas de sida seulement ont été notifiés dans le pays, d'autres groupes seront identifiés, soit en fonction de leur activité professionnelle (personnel pénitentiaire, hospitalier ou hôtelier), soit de leur état pathologique (tuberculeux, diabétiques) soit parce qu'ils constituent une catégorie représentative de la population générale (femmes enceintes)⁽¹⁵⁾. Au-delà de résultats précisant l'extension de l'épidémie (de 2,2 % chez le personnel pénitentiaire à 32,8 % chez les prostituées, en passant par 3,3 % chez les femmes enceintes et 15 % chez les tuberculeux), les auteurs de l'étude – effectuée lorsque l'origine du sida faisait l'objet de débats passionnés, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui dans les milieux de la recherche – émettent l'hypothèse qu'en l'espèce le VIH a été introduit par l'Europe et ses touristes. Ils se fondent sur sa prévalence chez les prostituées et, surtout, parmi le personnel hôtelier d'un complexe touristique de la région d'Abidjan (8,9 %)⁽¹⁶⁾. Peu de temps après cette étude de référence, l'observation s'élargit aux donneurs de sang et aux transfusés (des enfants

(12) Les paragraphes 1 et 2 reprennent, sous une forme remaniée et synthétique, des parties d'un ouvrage à paraître (*Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*).

(13) S.A. Ouattara, M. Meité, M.C. Cot et al., « Compared Prevalence of Infections by HIV-1 and HIV-2 during a 2 Year Period in Subsaharan and Rural Areas of Ivory Coast », *Journal of AIDS*, n° 2, 1989, p. 94-99.

(14) S.A. Ouattara, J. Chotard, M. Meité et al., « Retrovirus Infections (LAV/HTLV-III and HTLV-I) in Ivory Coast, West Africa », *Annales de l'Institut Pasteur*, vol. 137, série E, 1986, pp. 303-310.

(15) F. Denis, F. Barin, G. Gershy-Damet et al., « Prevalence of Human T-Lymphotropic Retrovirus type III (HIV) and type IV in Ivory Coast », *Lancet*, i, 1987, pp. 408-411.

(16) *Ibid.*, p. 411.

atteints de drépanocytose, une forme particulière d'anémie)⁽¹⁷⁾. Il apparaît que ces enfants polytransfusés, testés entre novembre 1986 et juillet 1987, sont fortement touchés par le VIH (22,4 %), dans des proportions que l'on ne retrouve ni parmi les non-transfusés (0,6 %) ni parmi les adultes donneurs de sang (9,8 %). La conclusion qu'il existe une « transmission élevée du VIH-1 et du VIH-2 par transfusion sanguine en Côte-d'Ivoire »⁽¹⁸⁾ ne va pas dans le sens de l'approche épidémiologique classique qui privilégie, dans le cas de l'Afrique, la transmission hétérosexuelle. Sans remettre en cause la prédominance de cette dernière voie de diffusion du VIH, il semble important de remarquer qu'en Côte-d'Ivoire, dès 1987, les niveaux d'infection des personnes transfusées sont, avec ceux relevés chez les prostituées, parmi les plus élevés. Les transfusés ne feront plus l'objet d'études de prévalence, mais la contribution de la transfusion à la diffusion du sida en Côte-d'Ivoire n'en demeurera pas moins régulièrement approchée à travers les études sur les dons de sang. Ainsi, dès 1987, en divers lieux des cinq régions du pays, sont relevés des taux comparables et élevés d'infection par le VIH chez les donneurs de sang : 12,3 %⁽¹⁹⁾ et 15 %⁽²⁰⁾.

A l'occasion d'une seconde étude menée à l'échelle des régions, l'approche épidémiologique s'affine en s'intéressant aux patients traités pour une MST (35,3 % d'entre eux se révèlent infectés par le VIH)⁽²¹⁾ et, de façon distincte, aux malades hospitalisés dans un service de maladies infectieuses (45 %) et en médecine générale (23 %)⁽²²⁾.

L'enquête nationale de 1989

A cette époque, la présence et surtout l'évolution de l'épidémie du VIH sont admises par la communauté scientifique. On se préoccupe donc d'en quantifier la diffusion dans l'ensemble de la population adulte (de 15 à 65 ans) résidant en Côte-d'Ivoire. Près de 5 000 personnes sont testées au cours de l'enquête nationale de 1989, à l'exception notable des Abidjanais. Il apparaît que 7,3 % des urbains et 4,9 % des ruraux sont infectés, ce qui correspond à 400 000 adultes séropositifs pour l'ensemble du pays⁽²³⁾. La prévalence est deux à trois fois plus forte chez les hommes que chez les femmes ; les hommes les plus atteints sont ceux âgés de 35 à 44 ans (16,3 % de cette classe d'âge en ville sont séropositifs et 10,7 % en milieu rural), et les femmes, celles de 25 à 34 ans (prévalence de 7,9 % en ville, 5 % en milieu rural). Ces résultats ne doivent pas masquer les fortes disparités régionales constatées que la présence d'Abidjan dans l'échantillon aurait sans aucun doute accentuées : l'écart entre le Nord et le Sud est considérable (2,2 % de séropositifs au Nord contre 8,3 % au Sud)⁽²⁴⁾.

(17) S.A. Ouattara, M. Gody, M. Rioche et al., « Blood Transfusions and HIV Infections in Ivory Coast », *Journal of Tropical Medical Hygiene*, n° 91, 1988, pp. 212-215.

(18) *Ibid.*, p. 214.

(19) S.A. Ouattara, M. Diallo, M. Meité et al., « Epidémiologie des infections par les virus de l'immunodéficience humaine VIH-1 et VIH-2 en Côte-d'Ivoire », *Médecine Tropicale*, vol. 48, n° 4, 1988, pp. 375-379.

(20) K. Odehouri, K. De Cock et J. Krebs, « HIV-1 and HIV-2 Infection Associated with AIDS in Abidjan, Côte-d'Ivoire », *AIDS*, n° 3, 1989, pp. 509-512.

(21) S.A. Ouattara et al., « Epidémiologie des infections... », *op. cit.*

(22) K. Odehouri et al., *op. cit.*

(23) N. Soro, G. Gershy-Damet, A. Coulibaly et al., « Seroeprevalence of HIV Infection in the General Population of the Côte-d'Ivoire, West Africa », *Journal of AIDS*, n° 2, 1990, pp. 1193-1196.

(24) G. Gershy-Damet, K. Koffi, B. Soro et al., « Seroepidemiological Survey of HIV-1 and HIV-2 Infections in the Five Regions of Ivory Coast », *AIDS*, n° 4, 1991, pp. 462-463.

Le projet « RETRO-CI »

Abidjan, à travers plusieurs de ses structures sanitaires, constituera le terrain de recherche par excellence des épidémiologistes du projet RETRO-CI. L'originalité de cette focalisation géographique – faisant suite à une approche plus nationale de l'épidémie de sida – se double d'un choix de thèmes peu étudiés jusqu'en 1988 : la place de l'infection à VIH dans la mortalité (générale et en milieu hospitalier), la prévalence dans les centres antituberculeux (CAT) et les CHU d'Abidjan, ou encore le sida chez l'enfant, notamment à travers sa transmission par la mère.

Parmi les travaux les plus cités pour illustrer la gravité de la situation du pays au regard du sida, la première étude publiée par RETRO-CI en 1989 révèle que, dans les deux grands hôpitaux d'Abidjan, 28 % et 43 % des patients admis dans divers services sont infectés, les hommes plus que les femmes, et les personnes nées hors de Côte-d'Ivoire plus que les natifs du pays (53 % de séropositifs contre 34 %, dans les deux hôpitaux confondus)⁽²⁵⁾. Ces deux éléments amènent les auteurs à formuler l'hypothèse du « rôle important » de la prostitution féminine dans le développement du sida à Abidjan⁽²⁶⁾, partant du principe que les hommes étrangers viennent en général sans leur famille en Côte-d'Ivoire et fréquentent de ce fait davantage les prostituées que les Ivoiriens. Quelques années après ces premières études, Ghys et al., en 1995, constatent que parmi les prostituées séropositives (80 % de leur échantillon), celles infectées par les deux virus (VIH-D) sont plus fréquemment des étrangères – mais aussi des prostituées de plus longue date et demandant moins d'argent par rapport sexuel – que les prostituées séropositives pour le VIH-1 ou le VIH-2⁽²⁷⁾.

De façon tout à fait exemplaire, ce type d'interprétation, beaucoup trop simpliste, appelle une réflexion d'ordre anthropologique. Les questions sont nombreuses, et portent aussi bien sur les différentes formes de prostitution et les profils sociologiques de leurs clients, que sur l'accès aux soins des prostituées : vont-elles moins que les autres femmes à l'hôpital ? Les étrangères rentrent-elles rapidement dans leur pays d'origine lorsqu'elles tombent malades ? Il faudra pourtant attendre 1992 pour que des recherches sociologiques sur les conditions de vie des prostituées et les comportements de leurs clients soient entreprises⁽²⁸⁾.

Complément logique des informations sur la prévalence du VIH en milieu hospitalier, l'équipe de K. De Cock réalise en 1988 deux études sur les caractéristiques des décès survenus dans les deux CHU d'Abidjan à cette époque. Première cause de mortalité chez les hommes hospitalisés, seconde chez les femmes⁽²⁹⁾, le sida apparaît comme le principal facteur explicatif de la hausse du taux de décès (+54 %) dans les services de médecine entre 1983 et 1988. L'augmentation la plus importante apparaît chez les patients de 20 à 39 ans et dans les services de maladies infectieuses et de pneumophtisiologie, tous fortement touchés par le VIH⁽³⁰⁾. Ces chiffres en milieu hospitalier sont comparés à ceux relevés dans les statistiques générales de la ville qui traduisent des hausses importantes du taux de mortalité de 1983 à 1988 chez les personnes âgées de 20 à 39 ans (+90 % chez les hommes et +26 % chez les femmes) alors que dans l'ensemble, tous sexes et tous âges confondus, cet indicateur enregistre une baisse de près de 7 %. En contribuant

(25) K. De Cock, K. Odehour, J. Moreau et al., « Rapid Emergence of AIDS in Abidjan, Ivory Coast », *Lancet*, ii, 1989, pp. 408-411.

(26) *Ibid.*, p. 410.

(27) P. Ghys et al., *op. cit.*, 1995.

(28) K. Kalé et Mah Bin, *Connaissances, attitudes et pratiques des prostituées face aux MST/sida. Premières journées nationales de lutte contre le sida*, Abidjan, Côte-d'Ivoire, 16-18 novembre 1992.

(29) K. De Cock, B. Barrère et L. Diaby, « AIDS : the Leading Cause of Adult Death in the West African City of Abidjan », *Science*, n° 249, 1990, pp. 793-796.

(30) K. De Cock, B. Barrère, M.-F. Lafontaine et al., « Mortality Trends in Abidjan, Ivory Coast », *AIDS*, n° 5, 1991, pp. 393-398.

pour une part importante à cette augmentation de la mortalité – depuis 1983, 21 % des décès masculins et 17 % des décès féminins lui sont attribuables⁽³¹⁾ – le sida apparaît dès lors clairement comme un problème de santé publique majeur.

La volonté de cerner les implications, en termes de santé publique, de la connaissance chiffrée de l'influence du sida sur des indicateurs spécifiques se retrouve dans les études sur la tuberculose menées dans les centres anti-tuberculeux (CAT). Partant du constat d'une prévalence du VIH parmi les tuberculeux de 40 % (entre juillet 1989 et janvier 1990), les épidémiologistes remarquent que, tout en étant l'infection opportuniste la plus fréquemment associée au VIH en Afrique, la tuberculose, banale et contagieuse, peut être traitée. Pour ces différentes raisons, « les efforts pour [la] contrôler en Afrique sub-saharienne ne peuvent plus être dissociés des programmes de santé publique de prévention et de prise en charge de l'infection par le VIH-1 et le VIH-2 »⁽³²⁾. Les données recueillies entre 1989 et 1990 sur la prévalence du VIH parmi les enfants de 1 à 14 ans traités dans les CAT confortent cette conception d'une lutte associée contre le sida et la tuberculose : 11,8 % de ces enfants sont séropositifs et, plus particulièrement, 23,4 % des plus jeunes âgés de 1 à 4 ans⁽³³⁾. Pour ce dernier groupe se pose bien évidemment la question du statut sérologique de la mère et du taux de transmission du VIH. Or, les études engagées de 1989 à 1992 soulignent précisément une présence importante de l'infection chez les femmes venant accoucher – 12 % dans un centre de protection maternelle et infantile (PMI) d'Abidjan⁽³⁴⁾ – qui correspond à une transmission du VIH-1 au quart des enfants des femmes suivies durant deux ans.

Le problème des donneurs de sang

Si une part importante des interventions de RETRO-CI a concerné les CHU, les CAT et les PMI, deux autres secteurs du système de santé abidjanais ont retenu l'attention des chercheurs de cette équipe. Il s'agit des services traitant des MST et de ceux collectant des dons de sang. On a déjà noté que les premiers sont fréquentés par une proportion non négligeable de personnes séropositives. Le questionnaire auquel répondent les patients interrogés dans ces centres de soins a permis de mettre en évidence une corrélation entre rapport sexuel avec une prostituée et contamination par le VIH. Ce même facteur de risque ressortira nettement de l'analyse, l'année suivante, des sérums de donneurs de sang au centre national de transfusion sanguine (CNTS)⁽³⁵⁾. S'intéressant aux nouveaux donneurs de sang, les médecins du CNTS ont mis en évidence chez ces derniers une prévalence du VIH de l'ordre de 11 %⁽³⁶⁾. Ces donneurs séropositifs sont pour la plupart âgés de 20 à 39 ans et ont mentionné une ou plusieurs relations sexuelles avec des prostituées. Recueillie dans le but d'exclure du don de sang les personnes séropositives, cette seconde information s'avère utile puisqu'elle permettrait de se débarrasser des trois quarts des poches de sang contaminées⁽³⁷⁾.

(31) Pour un bilan de l'impact démographique du sida à Abidjan, voir M. Garenne, M. Madison, D. Tarantola et al., *Conséquences socio-démographiques du sida en Abidjan, 1986-1992*, Paris, CEPOD, 1995, 193 p.

(32) K. De Cock, E. Gnaoré, G. Adjorlolo et al., « Risk of Tuberculosis in Patients with HIV-I and HIV-II Infections in Abidjan, Ivory Coast », *British Medical Journal*, n° 302, 1991, pp. 496-499.

(33) M. Sassin-Morokro et al., « Tuberculosis and HIV Infection in Children in Abidjan, Côte-d'Ivoire », *Trans. Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 88, 1994, pp. 178-181.

(34) G. Adjorlolo-Johnson, K. De Cock, E. Ekpini et al., « Prospective Comparison of Mother-to-Child Transmission of HIV-1 and HIV-2 in Abidjan, Ivory Coast », *Journal of American Medical Association*, vol. 272, n° 6, 1994, pp. 462-466.

(35) R. Schutz, *op. cit.*

(36) R. Schutz *op. cit.* ; De Savarit, K. De Cock, R. Schutz et al., « Risk of HIV Infection from Transfusion with Blood Negative for HIV Antibody in a West African City », *British Medical Journal*, n° 105, 1992, pp. 498-502.

(37) R. Schutz, *op. cit.*, p. 1598.

La situation épidémiologique du pays au regard du sida et l'évolution biologique de l'infection relativisent par conséquent les gains en matière de sécurité transfusionnelle obtenus par la modernisation du système de transfusion sanguine, pourtant nécessaire et utile. Mais ces progrès matériels doivent composer avec les caractéristiques épidémiologiques et biologiques de l'infection à VIH. Il n'est dès lors guère étonnant de voir la technique de l'exclusion des donneurs de sang à partir de l'analyse de facteurs de risque devenir la principale solution pour réduire la contamination par le VIH du sang transfusé dans l'ensemble du pays⁽³⁸⁾. Il paraît important de souligner que cette technique fait appel aux outils de la sociologie quantitative.

Passant de l'analyse des « groupes » à celle des « facteurs de risque », la recherche épidémiologique sur le sida en Côte-d'Ivoire s'est donné progressivement les moyens de formuler des propositions répondant aux impératifs de santé publique : nécessité d'interventions conjointes sur le sida et la tuberculose, le sida et les MST ; importance de la connaissance des comportements et des profils sociodémographiques des séropositifs. De même, les constats, concordants dans le temps, relatifs au poids du sida sur la santé de la mère et de l'enfant donnent à penser que la prévention de la diffusion du VIH chez les femmes constitue le défi majeur de santé publique en Côte-d'Ivoire. L'épidémiologie montre de façon claire que la proportion de femmes infectées par rapport aux hommes s'accroît et que près du quart d'entre elles transmettront le VIH à leur enfant, dans un contexte de faible fréquentation par les femmes de certaines structures de soins comme les CAT – les trois quarts des tuberculeux qui y sont pris en charge sont des hommes⁽³⁹⁾ – ou de dépistage comme le CNTS.

Ainsi, lorsque l'épidémiologie donne la mesure de l'intensité d'un problème et en cerne les enjeux en termes de politique de santé, elle trace des directions de recherche que les sciences sociales avec leurs outils et leurs concepts ne peuvent ignorer.

● **D'une anthropologie de la maladie à une anthropologie de la santé, et réciproquement**

Au cœur des activités de soins et de prise en charge, les rapports entre le personnel de santé et les malades du sida génèrent des attentes et des demandes des séropositifs en matière d'accueil, d'information et de respect de la confidentialité, auxquelles tentent de répondre médecins et assistants sociaux lors de la révélation du statut sérologique. Sur ce point précis de l'information du malade, la compréhension du message médical, du double point de vue du patient et du praticien, est indispensable.

Il convient de formuler une hypothèse : l'expérience du séropositif révèle les failles des systèmes de santé. Comprendre cette expérience n'est donc pas un jeu gratuit, mais peut contribuer à trouver des solutions ou des palliatifs. L'hypothèse est cohérente si l'on considère le malade du sida comme un « révélateur » et un « réformateur social ». Dès 1987, M. Pollak et M.A. Schiltz estiment que le sida « révèle [...] la logique des échanges sexuels [...] leur face cachée sous forme de phénomènes de désidentification, d'angoisses sociales et de rejet »⁽⁴⁰⁾. Deux ans plus tard, à la conférence de Montréal sur le sida, D. Defert ira encore plus loin :

(38) R. Schutz, *op. cit.*, p. 1519.

(39) K. De Cock, E. Gnaoré et al., « Risk of Tuberculosis in Patients... », *op. cit.*, 1991.

(40) M. Pollak et M.A. Schiltz, « Identité sociale et gestion d'un risque de santé », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 68, juin 1987, pp. 101-102.

« c'est lui le révélateur des crises. Il devient un des acteurs privilégiés des transformations, il devient un nouveau réformateur social »⁽⁴¹⁾. On peut ainsi définir un cadre de réflexion qui se situe au carrefour de l'anthropologie de la maladie (fondée sur les parcours individuels des malades insérés dans des réseaux de représentations divers : familiaux, amicaux, professionnels...) et de l'anthropologie des systèmes de santé (au sein desquels s'affrontent décisions thérapeutiques et choix de santé publique, impératifs financiers et contraintes politiques). Loin d'être contradictoires, les deux approches se complètent, dès lors qu'on se penche sur les expériences des malades.

Expériences et enseignements du malade

Les apports des expériences du malade, pour le développement d'une anthropologie des systèmes de santé, sont divers. Rares sont en effet les propos et les attitudes des séropositifs qui ne mettent en scène un recours thérapeutique ou un thérapeute clairement identifié⁽⁴²⁾. Transformations des représentations, choix d'une structure de soins ou démarche auprès d'un thérapeute font apparaître que l'expérience des malades est fortement déterminée par le discours sur la maladie tenu par les représentants de la santé, guérisseurs, médecins, assistants sociaux, infirmiers. S'y ajoute, bien entendu, un ensemble d'informations délivrées par un entourage qui ne participe d'aucun système de santé. Toutefois, ces parents ou conjoints, ces amis et collègues de travail sont aussi d'anciens malades ou clients des structures de soins et des thérapeutes consultés par le séropositif. A ce titre, leurs conseils, leurs injonctions et leurs aides sont aussi, au moins pour partie, la résultante d'une pratique et d'une représentation de l'offre de soins.

Le cas des séropositifs des centres antituberculeux, bien que particulier, est un bon exemple des questions soulevées par les relations du patient avec le milieu médical. Ces malades ne cessent pas de jauger l'offre de soins à laquelle ils s'adressent. Médecins et guérisseurs confondus sont l'objet d'une évaluation régulière de leurs interventions thérapeutiques et de leurs diagnostics. Fait caractéristique, les malades sont par ailleurs extrêmement sensibles aux modalités de leur accueil. Dans le cas des CAT, cette attention se fonde parfois sur une image erronée des missions et de l'organisation de cette structure. C'est ainsi que tel patient se plaint que le CAT refuse de prendre en charge un de ses parents. Or cette décision est justifiée par le fait que le parent en question ne souffre pas de tuberculose. Quoi qu'il en soit, après ce refus, le patient manifeste à l'égard du CAT une plus grande exigence, voire une véritable défiance, ce qui n'est pas le cas d'un malade qui n'a pas connu d'expérience négative de ce genre.

Les récits des séropositifs abondent de jugements sur ce qu'ont été et sur ce que devraient être le traitement de la tuberculose, l'annonce de la séropositivité et le traitement des affections survenant en marge ou après la tuberculose. Ces opinions méritent d'être analysées dans la mesure où elles dépassent la simple revendication irréaliste et posent les jalons d'une possible implication dans le fonctionnement de la structure sanitaire et dans la nature de la relation établie avec le personnel de santé.

S'agissant de l'organisation de la prise en charge, les remarques de patients se plaignant de longues attentes avant le dépistage de la tuberculose, puis la consultation médicale, posent le problème des capacités d'accueil des CAT. On ne

(41) D. Defert, « Un nouveau réformateur social : le malade », *SIDA* 89, Suppl. au n° 5, juin 1989, p. 17.

(42) L. Vidal, « Sida et représentations de la maladie. Eléments de réflexion sur la séropositivité et sa prise en charge (Abidjan, Côte-d'Ivoire) », *Cahiers des Sciences Humaines*, vol. 28, n° 1, 1992, pp. 67-81 ; L. Vidal, « Itinéraire thérapeutique et connaissance de la maladie chez des patients séropositifs pour le VIH (Abidjan, Côte-d'Ivoire) », *Les Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, vol 2, n° 5, sept.-oct. 1992, pp. 320-329.

prétendra pas que ce simple constat du malade peut à lui seul engendrer la prise de conscience d'une situation et la nécessité d'y remédier. Plus modestement, en déplorant de longues attentes alors qu'il est fatigué et malade, le patient révèle moins l'insuffisance des moyens mis en œuvre ou la faiblesse des effectifs médicaux – c'est une évidence – que le risque réel de détérioration du rapport aux soignants créé par ces conditions d'accueil.

Autre exemple : la demande pressante de certains malades pour obtenir des médecins un remède enlevé de leur traitement – compte tenu du protocole thérapeutique choisi par ceux-ci – alors qu'ils le jugent seul efficace, suggère une interprétation analogue. Il ne s'agit pas de contester le choix des médecins, mais d'affirmer qu'il devrait être l'occasion d'échanges et d'explications sur les motivations, les objectifs et l'évolution du traitement. Un tel effort n'est pas une perte de temps : un malade déçu est souvent un malade qui abandonne son traitement...

L'économie de l'accompagnement du sida donne au malade une autre occasion de porter un jugement sur le système de santé. Au terme du traitement antituberculeux, forfaitaire et bon marché⁽⁴³⁾, la délivrance systématique d'ordonnances onéreuses confronte brutalement les malades à de sérieuses difficultés financières et les obligent à établir une hiérarchie dans les dépenses de santé. D'un autre côté, la nécessité d'achats répétés de médicaments conduit le séropositif à solliciter amis et parents, ce qui ne manque pas de lui faire percevoir les limites de la solidarité. Cette solidarité est à la fois aléatoire et circonstanciée. Aléatoire dans la mesure où elle dépend des revenus – eux-mêmes fluctuants – des proches susceptibles d'aider le malade, et circonstanciée, car elle se développera prioritairement en faveur du patient qui, au moins dans les premiers temps de sa maladie, a su mobiliser les ressources issues de son travail, manifestant de la sorte sa capacité initiale à se « prendre en charge ». Par la suite, ne disposant plus de revenus, il sera plus facilement aidé que le malade qui a constamment sollicité son entourage, bien avant le déclenchement de sa maladie.

La connaissance des profils professionnels des malades des CAT et celle du prix des médicaments en pharmacie suffisent à faire comprendre les graves difficultés financières auxquelles sont soumis les séropositifs contraints d'acheter leurs remèdes. Les réponses apportées par les malades à ces contraintes permettent toutefois de dépasser cette approche purement comptable. La prise de distance progressive avec le CAT constitue une conséquence remarquable de la rupture entre un traitement antituberculeux d'un montant relativement modeste, payé en une seule fois dès l'accueil du patient, et une succession d'ordonnances – dont chacune est plus chère que l'ensemble du traitement antituberculeux. Bien que d'autres facteurs interviennent dans ce processus de recul par rapport aux CAT⁽⁴⁴⁾, force est de constater qu'une telle attitude conduit à s'interroger sur le fonctionnement d'une structure de soins dont l'objectif premier demeure le dépistage et le traitement de la tuberculose, mais qui doit adapter sa mission de santé publique à l'arrivée massive de patients infectés par le VIH, donc susceptibles de développer dans l'avenir d'autres pathologies que la tuberculose.

Les médecins, pour faire face à ces situations cliniques inédites, proposent fort naturellement au patient séropositif, guéri de sa tuberculose, de suivre l'évolution de son état de santé et de le recevoir en consultation en cas de problème. De toute évidence, cette disponibilité médicale ne suffit pas à réactiver le

(43) Le traitement antituberculeux de six mois est délivré contre le paiement d'un timbre de 5 000 francs CFA (50 F). Une fois la guérison de la tuberculose attestée, le séropositif a la possibilité de venir en consultation quand il le désire, pour quelque affection que ce soit, et se voit alors prescrire une ordonnance.

(44) Son image étant associée à un centre de traitement de la tuberculose, celle-ci guérie, les séropositifs – malgré les encouragements des médecins à venir les voir en cas de nécessité – peuvent préférer recourir à des structures de soins de proximité.

lien établi avec le CAT, singulièrement perturbé par le prix des médicaments dorénavant prescrits. En somme, par sa critique du coût des ordonnances doublée d'une forme de nostalgie pour le traitement antituberculeux – dont l'efficacité est par ailleurs supérieure à celle des traitements donnant lieu à des prescriptions médicales –, le séropositif pose incidemment la question de la priorité thérapeutique des CAT. S'agissant des tuberculeux infectés par le VIH, la tuberculose doit-elle demeurer la préoccupation initiale ou simplement accompagner la prise en charge plus générale du sida ? La seconde option reviendrait, notamment, à pourvoir suffisamment les CAT en antibiotiques de telle sorte que tout ancien tuberculeux qui se présenterait pour une autre affection liée à son statut sérologique puisse en bénéficier.

Thérapeutes et institutions entre représentations et pratiques

Les procédures d'annonce de la séropositivité représentent un objet de recherche central pour une anthropologie de la santé qui se veut conjointement une anthropologie de la maladie. A travers elles apparaissent les choix de santé publique des CAT (se focaliser de préférence sur la tuberculose et/ou sur le sida ?) et, au-delà, la nature de la relation thérapeutique.

Dans le cas de figure d'une annonce effective, le patient est informé de son statut sérologique lors de la deuxième consultation, soit deux mois après le début de son traitement antituberculeux et du dépistage du VIH alors que le laboratoire fournit au CAT le résultat du test trois semaines après le prélèvement. Face au risque de transmission du VIH au partenaire pendant cette période, et bien que le malade dépisté ait reçu dès le pré-test une information sur la nécessité de protéger ses relations sexuelles, sans attendre le résultat de la sérologie, l'idée s'impose d'une annonce intervenant, par exemple, dès la quatrième semaine. Il faut ajouter que, les semaines passant, les malades risquent d'être progressivement amenés à négliger les conseils de prévention délivrés pour la transmission du VIH au profit de mesures concernant la seule maladie alors clairement identifiée, la tuberculose. Ce phénomène a été mis en évidence lorsque l'annonce intervient plusieurs mois après le test, et on ne peut exclure qu'il se manifeste plus tôt.

Partant de ces considérations, nous avons évoqué avec le D^r M. C., médecin-chef d'un CAT, la possibilité d'insérer, entre la première et la seconde consultation antituberculeuse (lors de la prise en charge puis après deux mois de traitement), une convocation du patient destinée à l'informer de son statut sérologique. Le D^r M. C. nous a alors fort simplement expliqué qu'un tel dispositif créerait un problème d'organisation dans le traitement de la tuberculose et d'information du malade dépisté séropositif. D'une part, la structure sanitaire ne dispose pas du personnel suffisant pour ajouter une consultation obligatoire, lors de la quatrième semaine, à celles programmées à intervalles de deux mois. D'autre part, la deuxième consultation intervient alors que l'état de santé du tuberculeux s'améliore, les épisodes de toux et la fatigue générale disparaissent. De ce fait, le D^r M. C. constate que la relation thérapeutique entre le médecin et le malade peut se fonder sur une information encourageante qui favorise la révélation et l'acceptation, dans un second temps, de la séropositivité. Bien qu'inévitable, l'instauration d'une annonce systématique a eu des effets parfois négatifs, difficilement prévisibles lorsqu'elle fut décidée. En effet, parallèlement aux patients récemment pris en charge, les séropositifs guéris de leur tuberculose, jamais informés de leur statut sérologique et revenant au CAT pour une consultation, se trouvaient brutalement confrontés au résultat d'un test réalisé plusieurs mois, voire un ou deux ans auparavant. La vie personnelle et les activités professionnelles du séropositif connaissent à ce moment des changements

d'autant plus difficiles à accepter que la révélation intervient alors même que la personne s'estime guérie de l'affection – la tuberculose – qui l'a contrainte à un long traitement au CAT.

Tant en ce qui concerne l'option thérapeutique du CAT que la nature de la relation au séropositif, la position du responsable du CAT est claire, affirmant ce que l'on pourrait appeler une double priorité : les CAT doivent garder pour vocation le traitement de la tuberculose et organiser les services rendus aux malades dans cette perspective ; dans le même temps, du point de vue du médecin, le moment le plus acceptable pour l'annonce de la séropositivité est la deuxième consultation, lorsque les premiers résultats en matière de tuberculose sont obtenus. Ainsi, si les procédures de prise en charge de la tuberculose ne sont pas remises en cause, la pratique des CAT débouche néanmoins sur une systématisation de l'annonce de la séropositivité.

Le processus d'insertion de l'annonce, moment essentiel du suivi du sida dans le cadre général de prise en charge de la tuberculose, ne peut être étudié, dans ses enjeux professionnels (problèmes d'effectifs, nouvelle relation au malade) et thérapeutiques (soigner prioritairement la tuberculose), que par une analyse portant alternativement sur les positions des médecins et les attentes des malades. Au carrefour de la problématique de la maladie et de celle du système de soins, l'« annonce de la séropositivité » est un thème qui relève de l'analyse anthropologique et ce d'autant qu'il a été le plus souvent traité sous des angles psychologiques ou psychiatriques.

Alors que nous proposons de situer l'annonce dans un système de représentations, au centre d'un processus étalé dans le temps de l'information du malade⁽⁴⁵⁾, les approches psychologiques tendent à la réduire au seul moment de la révélation du statut sérologique. Difficultés des médecins, réactions des malades fondent des descriptions et des typologies qui – tout en proposant d'intéressantes grilles de lecture de l'événement ponctuel qu'est un diagnostic de maladie mortelle⁽⁴⁶⁾ – s'interdisent une véritable compréhension du contexte familial, des choix thérapeutiques passés et des perceptions individuelles de la maladie, de la guérison ou de la mort. Autant d'interrogations qui permettent de mettre en évidence l'existence de trois réalités : longs parcours thérapeutiques à l'occasion desquels de multiples informations sur la maladie sont assimilées ; relations complexes entre les patients et l'institution sanitaire (qui, dans le cas des CAT, traite efficacement de la tuberculose mais pêche, selon les malades, par une information insuffisante sur la nature et les perspectives d'évolution de la maladie) ; confrontation des personnels soignants avec une pathologie affectant en nombre et en gravité des patients habituellement et définitivement guéris. Pas plus qu'elle ne relève d'une démarche fondée sur la seule analyse du fonctionnement de la structure de soins et de la nature de la relation établie entre personnels soignants et patients, la compréhension des mécanismes à l'œuvre dans les procédures d'annonce de la séropositivité ne se résume à l'approche psychologique des difficultés à transmettre et à entendre un message.

La question de l'annonce oblige, en somme, à un constant *échange* entre des positions d'observations traditionnellement affectées à l'anthropo-

(45) L. Vidal, « Le temps de l'annonce. Séropositivités vécues à Abidjan », *Psychopathologie Africaine*, vol. 26, n° 2, 1994, pp. 265-282.

(46) La littérature sur les modalités de l'annonce et, surtout, ses conséquences tant pour le médecin que pour le patient, met l'accent sur les phénomènes de *burn-out* (épuisement psychique) du personnel de santé, et, bien entendu, sur les diverses phases vécues par le séropositif à cet instant (choc émotionnel, déni, acceptation...). Pour des analyses qui débordent le cadre des expériences africaines, on pourra se référer notamment à Coyle et al. (1992), Dworkin et al. (1991), Linard (1992) et, au sein de l'ouvrage, coordonné par A. Ruffiot (1989) – précurseur dans la réflexion sur les dimensions psychologiques du sida –, aux textes de M. Micoud et A. Thomé.

logie de la maladie (l'interprétation par le malade des discours relatifs à sa santé au regard de ses propres représentations de l'affection) et de la santé (l'organisation de la prise en charge face à l'annonce).

Au terme de ce parcours au sein d'interrogations épidémiologiques et anthropologiques suggérées par l'épidémie de VIH, émerge un vaste espace de recherche et d'intervention constitué par la confrontation des divers systèmes de santé avec le sida. Systèmes de santé – précisons-le immédiatement – qu'une approche anthropologique se doit d'étudier comme la somme des recours disponibles et mobilisés par les malades, par-delà leur appartenance à quelque registre *a priori* que ce soit (« moderne » ou « traditionnel »). Peut-être conviendrait-il dès lors de parler plus précisément de systèmes thérapeutiques au sens large, en soumettant au regard anthropologique la pratique du médecin spécialiste, de l'infirmier de dispensaire, du devin-guérisseur ou du thérapeute « spécialiste » du sida. Ceci étant, passer d'un savoir à l'autre, de l'exercice d'une thérapeutique à l'autre, suppose la médiation d'un objet de recherche commun : l'expérience des malades demeure la voie de réflexion indispensable pour décrire et comparer les systèmes thérapeutiques dans leur diversité. Dans le même temps, cette expérience progressivement construite de la maladie s'impose comme le point focal autour duquel s'agrègent analyses des représentations et pratiques, d'une part, problématique de l'organisation de l'offre de soins, d'autre part. Evoquée à travers l'exemple des CAT et de leurs malades, cette indispensable émergence d'une thématique de recherche qui dépasse les distinctions sous-disciplinaires (maladie/santé) favorisera une anthropologie qui, tout en interrogeant le malade notamment dans ses réponses à l'annonce de la séropositivité, questionne *ipso facto* le praticien – tous savoirs et statuts confondus – dans sa confrontation avec une pathologie aux implications professionnelles inédites.

● Bibliographie complémentaire

A. Coyle et M. Soodin, « Training, Workload and Stress among HIV Counsellors », *AIDS Care*, n° 2, 1992, pp. 217-221.

J. Dworkin, G. Albrecht et J. Cooksey, « Concern about AIDS among Hospital Physicians, Nurses and Social Workers », *Social Science and Medicine*, n° 3, 1991, pp. 239-248.

F. Linard, « La prise en charge psychologique et sociale des patients atteints de sida », *Transcriptase*, mars 1992, pp. 8-9.

M. Micoud, « Le médecin face au Sida », in A. Ruffiot (sous la dir. de), *Psychologie du Sida. Approches psychanalytiques, psychosomatiques et socioéthiques*, P. Mardaga, Bruxelles, 1989, pp. 291-298.

A. Thomé, « La douleur indicible du séropositif », in A. Ruffiot, *op. cit.*, pp. 57-75.