

Mise en perspective sociologique de la prise en charge de la co-infection TB/VIH au Burkina Faso

Roger Zerbo¹
Koiné Maxime Drabo¹
Séni Kouanda¹
Jean-Bosco Ouedraogo¹
Bruno Dujardin²
Jean Macq²
Pierre Huygens²

¹ Institut de recherche en sciences de la santé
09 BP : 82
Ouagadougou 09
Burkina Faso
<zerboroger@yahoo.fr>
<m_drabok@yahoo.fr>
<skouanda@irss.bf>
<jbouedraogo.irssbobo@fasonet.bf>

² École de santé publique
Université libre de Bruxelles
ESP-ULB CP 597
808, route de Lennik
1070 Bruxelles
Belgique
<bruno.dujardin@ulb.ac.be>
<jean.macq@uclouvain.be>
<phuygens@ulb.ac.be>

Résumé

Au Burkina Faso, la prise en charge de la co-infection TB/VIH est un défi à relever pour les acteurs des politiques et systèmes de santé et présente des enjeux psychologiques, socioculturels et biomédicaux. L'objet de cet article est de montrer les soucis causés par la co-infection TB/VIH et de proposer une modalité de prise en charge des malades. Il s'agit d'une approche qualitative pour des analyses socioanthropologiques accompagnant un projet de santé publique dans trois districts sanitaires de 2006 à 2008. Nous avons aussi procédé à l'observation des pratiques de soins dans les centres de santé. Les malades font face à une double crainte : l'image sociale négative des deux maladies et la lourdeur des traitements. Il y a un problème d'intégration sociale puisque leurs relations sociales sont mises en difficulté par des humiliations et la marginalisation sociale. L'expérience douloureuse des prises quotidiennes d'antirétroviraux et d'anti-tuberculeux crée une amertume face aux médicaments, en plus des services de soins capricieux. Outre la précarité économique, la stigmatisation sociale et les marginalisations subies par les malades chroniques dans leur environnement débouchent sur une mise en difficulté de l'estime de soi des malades.

Mots clés : Burkina Faso ; santé publique ; sociologie ; tuberculose ; VIH/sida.

Abstract

Sociological perspectives on the management of TB/HIV co-infection in Burkina Faso

In Burkina Faso, the management of TB/HIV co-infection presents a challenge for policy-makers and the health-care system, with its psychological, sociocultural and biomedical issues. The purpose of this paper is to describe the concerns caused by this co-infection and propose a management strategy for these patients. These findings result from a qualitative socio-anthropological study during a public health project in three health districts from 2006 to 2008 and from the observation of care practices in health centres. Patients face a double burden: the negative social image of both diseases and complicated difficult treatment. They deal with problems of social integration, with their social relations impaired by humiliation and marginalisation. The painful experience of daily doses of antiretroviral and anti-TB drugs creates bitterness against drugs, aggravated sometimes by apparently capricious care. In addition to economic insecurity, these chronically ill patients face social stigma and marginalisation, all damaging to their self-esteem.

Key words: Burkina Faso; HIV/AIDS; public health; sociology; tuberculosis.

La tuberculose (TB) est une maladie persistante qui pose un problème de santé publique depuis les années 1800. Au Burkina Faso, un programme national mis en place depuis les années 1990 coordonne les activités de lutte contre la TB. Ce programme applique les stratégies qui prennent

racine dans les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avec un traitement gratuit des patients [1]. Au regard de la longue durée du traitement (six à huit mois pour les régimes de premières lignes), des difficultés socio-économiques émergent chez les malades sous traitement, leur autonomie n'est pas

Tirés à part : R. Zerbo

acquise, et la pathologie n'est pas mondialement éradiquée [2]. L'épidémie du sida en Afrique sous-saharienne a été suivie de près par une augmentation des cas de TB [3]. Ainsi, les Programmes nationaux de lutte anti-TB ont dû faire face au défi d'assurer les services de diagnostic et de traitement pour un nombre croissant de cas [4, 2]. Jusqu'en 2007, on note une bipolarité des programmes de lutte contre la TB et contre le sida au Burkina Faso. Avec les nouvelles recommandations de l'OMS d'élargir la lutte contre la TB à la co-infection TB/VIH, de nouvelles dispositions sont prises pour prendre en compte cette problématique [5]. La co-infection TB/VIH rend le diagnostic de la TB plus complexe, et le traitement des deux maladies conjointes est assez lourd. Au-delà de la problématique des échecs thérapeutiques, l'interruption et la non-adhésion aux traitements [6, 7], d'autres facteurs sont envisageables, notamment le fort taux de mortalité chez les co-infectés et l'insuffisance du paquet de soins offerts à ces malades. Les incohérences dans la coordination des systèmes de soins antirétroviraux (ARV) et antituberculeux interpellent à plus d'un titre, étant entendu que ces deux maladies ont un poids social et thérapeutique considérable [8]. L'avènement du VIH/sida a connu une mobilisation à la dimension des épidémies comme la peste, la lèpre et la TB. C'est dans ce sens que s'expliquent les efforts communautaires et médicobiologiques en vue de gérer la maladie et le malade [9]. Au Burkina Faso, des actions de luttes multisectorielles et multidimensionnelles ont été entreprises en réponse à la pandémie du sida [10] et à la TB [11]. Élargir la réponse dans le cadre de la lutte contre la co-infection TB/VIH, c'est tenir compte des aspects sociaux, les constructions culturelles de la santé et l'individualité du malade [12]. Au-delà de l'analyse globale de la dimension clinique de l'offre de soins, cette initiative embrasse les aspects de prévention et de prise en charge des malades dans ses dimensions médicales, sociales, économiques, culturelles et spirituelles. La décentralisation des soins antituberculeux [13] a été le principal changement dans les CSPS [5, 14, 15], et celle du traitement du sida demeure à ce jour un enjeu majeur dans l'organisation du système de santé au Burkina Faso. L'analyse anthropologique des conditions de soins donne ici accès aux problèmes relationnels dans le vécu quotidien des malades chroniques. Cet article aborde aussi bien les

processus thérapeutiques que les conditions d'existence par une approche qualitative.

Méthode

Nous mobilisons dans cette étude l'expérimentation et l'approche compréhensive dans une démarche anthropologique en considérant que les acteurs sont traversés à la fois par des logiques culturelles, sociales, institutionnelles, ainsi que des motivations et des stratégies individuelles [16, 17]. Ces différents registres donnent accès aux connaissances permettant une description des pratiques médicales à l'échelle individuelle et sociale. Nous avons réalisé une étude diagnostique exploratoire de type socioanthropologique permettant de comprendre les comportements de santé des populations, des malades et la pratique des agents de santé face à la TB et au sida [18]. Elle s'est déroulée de février à avril 2006. Toutes les personnes qui ont participé à cette étude ont donné d'abord leur consentement, et les données ont été anonymisées. L'étude se déroule dans la région sanitaire du plateau central qui compte les districts sanitaires de Boussé, Ziniaré et Zorgho. Elle couvre une superficie de 8 453 km² pour une population de 785 796 habitants. Elle comprend trois districts sanitaires : le district sanitaire de Boussé compte un centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) et 17 centres de santé et de promotion sociale (CSPS), celui de Ziniaré un CMA et 33 CSPS et le district sanitaire de Zorgho compte un CMA et 32 CSPS. L'organisation du système de santé au Burkina Faso est pyramidale : le premier niveau : le CSPS ; le deuxième niveau : le CMA et le troisième niveau : le centre hospitalier universitaire (CHU). L'étude exploratoire anthropologique a été réalisée à l'aide des données d'observations de la pratique quotidienne des professionnels de la santé et des entretiens individuels semi-structurés. Les entretiens ont inclus des malades tuberculeux (14 personnes), des membres d'associations intégrant des personnes séropositives (20 personnes), des professionnels de la santé chargés du traitement des tuberculeux (24 personnes), des tradithérapeutes (cinq personnes) et des proches de malades (cinq personnes). L'enquête s'est déroulée en français et dans deux langues locales (Djoula et Mooré), selon la volonté des enquêtés qui ont donné leur

consentement. Les échanges portaient essentiellement sur la compréhension de la maladie, les itinéraires thérapeutiques, les relations soignants-malades ainsi que les conditions de vie des malades dans leur environnement social. Les entretiens ont été réalisés dans les centres de santé et aux domiciles des malades qui le souhaitaient. Dans le contexte d'un processus d'intervention en santé publique par une recherche-action, trois sessions de réflexions collectives basées sur une analyse méthodique des expériences vécues par les acteurs concernés eux-mêmes [19] ont été organisées. Elles sont basées sur l'analyse de l'expérience des acteurs du système de santé qui a permis de décrypter les relations complexes de l'offre et de la demande de soins et d'interpréter les actions qui en résultent. En août 2007, les infirmiers responsables de poste de santé dans 24 CSPS ont suivi dix jours de formation en conseil d'épistage et acquis des informations de base sur le VIH/sida, la co-infection TB/VIH et la technique du *counseling*. Ils ont bénéficié aussi bien d'un enseignement théorique que d'un stage pratique de terrain pour s'essayer à cette nouvelle pratique professionnelle. Les 24 CSPS ont reçu des dotations en réactifs et consommables médicaux nécessaires pour proposer et réaliser gratuitement le test rapide de dépistage du VIH chez tous les malades et suspects tuberculeux. Les malades infectés par le VIH sont d'office pris en compte dans une file active de malades sous ARV de la région sanitaire. Une session de monitoring des activités innovantes associées aux paquets d'activités des CSPS a permis de récolter des données sur le changement des pratiques professionnelles des agents de santé. L'analyse qualitative est basée sur la théorie enracinée [16]. Trois groupes thématiques ont été retenus : les « relations sociales des malades », leurs « rapports aux médicaments » et leurs « perceptions sur leur maladie et leurs conditions d'existence ».

Résultats

Recomposition des relations sociales du malade

Dans la région sanitaire du plateau central, on compte 425 cas de séropositifs en 2007, dont 224 personnes sous ARV.

Les problèmes sociaux et psychologiques caractérisent la situation des personnes séropositives. Elles sont confrontées à des problèmes d'intégration sociale qui se traduisent par un isolement, un manque de soutien ou un effritement de l'aide apportée par les proches familiaux. Les malades TB/VIH font face au risque quotidien de stigmatisation sociale. La chronicité des pathologies fait qu'ils rencontrent des difficultés économiques, de subsistances. Au sein de la population, la corrélation est très vite établie entre les deux maladies, renforçant ainsi les suspicions : « *En famille, on ne s'occupe pas de la femme, et elle doit se débrouiller pour survivre avec ses enfants, je pense que c'est à cause de ça qu'elle ne veut pas accepter faire le test de la TB. Si c'est une maladie qui s'ajoute au sida, ça sera pire qu'avant. Avec une seule maladie, on ne se préoccupe pas d'elle ! Si ça devient deux maladies, peut-être on va la chasser de la famille* » (agent communautaire à Ziniaré). Certains malades VIH+ vivent une situation complexe dans leurs relations sociales mises en difficultés. Elles se caractérisent par des conduites de brimade et de marginalisation, notamment les épouses et veuves. Certaines sont sous la menace du retrait de la garde des enfants. Au regard de sa marginalisation, la femme est confrontée à des difficultés économiques. Les malades vivent donc dans un environnement social hostile, ce qui les pousse vers les clubs et associations de malades chroniques, tuberculeux et séropositifs qui sont leur réconfort : « *... C'est que, elle a le soutien parce que si elle est dans une association, les gens de l'association vont la soutenir ; c'est eux ses proches maintenant. Ce que je peux ajouter, c'est qu'il faut plus de conseils parce que c'est toujours une insuffisance de connaissances* » (malade à Boussé). La co-infection TB/VIH entraîne une reconstitution des réseaux sociaux des patients autant pour l'aide à l'observance thérapeutique que pour une réintégration sociale. Dans ce sens, des associations et clubs de malades sont mis en place pour les aider à subvenir à leurs besoins alimentaires et socio-économiques. Bien que le fonctionnement de ces associations soit fondé sur les aides et les subventions, on déplore souvent des détournements et un manque de transparence. Il se met en place de nouvelles formes de relations sociales, de réseaux de sociabilité à l'intérieur des clubs et autres groupes constitués pour les besoins du traitement.

De la nécessité de guérison à la phobie des médicaments

Au Burkina Faso, l'expérience de la co-infection TB/VIH s'exprime en termes de frayeur face à une éventuelle atteinte par la TB pour les VIH+. Elle suppose d'entamer un traitement assez lourd et contraignant quasiment indispensable pour la survie. Les TB/VIH s'accrochent à la vie, malgré tout. Une crainte se lit sur le visage des malades au travers de leurs expériences douloureuses qu'ils se partagent au sein des groupes de parole et des sessions d'échanges d'expériences. Des crises d'interactions sont parfois constatées entre ces malades chroniques et les agents de santé soit pour la disponibilité des médicaments, soit pour l'observance qui traduit le malaise des malades face aux médicaments : « *Si la TB est confirmée, le malade va ajouter les comprimés de la TB aux ARV, ça veut dire que, tous les jours, il n'aura rien d'autre à faire que d'avalé des médicaments dont le nombre peut atteindre 10 à 15. De plus, les médicaments de la TB ne donnent pas envie de les prendre, ils sont gros. Quand tu regardes, ça ne te donne pas envie d'avalé* » (agent de santé à Boussé). Les associations qui accompagnent des malades chroniques influencent positivement ou négativement leurs rapports aux médicaments et au service de santé. Témoins privilégiés des autres malades, l'estime de soi et le partage d'expérience du vécu de la maladie chronique influencent les adhésions aux traitements des personnes suspectes d'une co-infection. Les malades se sont dits que le traitement est difficile et les agents de santé en rajoutent lors des entretiens de traitement, ce qui renforce l'amertume face aux médicaments.

Représentation négative de la vie et de la maladie

La TB et le sida conduisent les malades dans un état psychologique très affecté. Chez les personnes séropositives suspectes de TB, on constate une certaine négligence de la TB. Cette négligence est doublée de fatalisme face à l'idée d'une issue mortelle à cause du sida : « *Par exemple, si elle prend les ARV et ça la fait souffrir et elle doit prendre les comprimés de la TB en même temps ! Les comprimés de la TB se prennent à jeun, ça même ce n'est pas facile et s'il faut avaler plusieurs comprimés le même jour, je*

pense que c'est ce qui fait qu'elle ne veut pas faire le test » (un malade à Boussé). Submergé par des ennuis de santé, sa précarité économique progressive, l'estime de soi est dangereusement entamée au point que certains refusent les propositions de solution à leurs problèmes : « *La femme séropositive s'est déjà mise dans la tête qu'elle est un cadavre. Elle soigne déjà le sida, et la TB vient s'ajouter. Elle se dit qu'elle préfère mourir ! C'est ce qui fait que la femme refuse de prendre les médicaments. Mais si ses conseillers insistent, elle finira par comprendre* » (un tradipraticien à Ziniaré). L'intégration sociale du malade requiert ici une réorganisation institutionnelle pour le mieux-être des malades en difficulté. La prise en charge des malades chroniques se manifeste ici dans une triple dimension et interpelle sur le concept de prise en charge globale. Il s'agit aussi bien des aspects médicaux, socioenvironnementaux que psychologiques, nécessaires pour une bonne qualité de vie, malgré la maladie.

Discussion

Conditions sociales des malades atteints du sida et de la tuberculose

La TB et le sida constituent des problèmes majeurs de santé publique dans le monde. On estime à neuf millions de nouveaux cas de TB [20] et à 2,5 millions de nouvelles infections par le VIH, en 2007 [21]. En effet, 5 à 10 % des personnes en contact avec le *Mycobacterium tuberculosis* développent la TB, mais ce risque est d'autant plus élevé chez les personnes infectées par le VIH [20]. La co-infection TB/VIH est doublement frappée de stigmatisation. Le stigmatisme renvoie, selon Goffman (1975), à « *la situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société* ». Dans le cas de la TB, la stigmatisation est construite à travers une interaction basée sur l'évitement des malades à cause de la dangerosité et de la transmissibilité de la maladie [18]. Celle liée à la séropositivité relève plus d'une image sociale négative associée à l'infection à VIH traduisant des comportements déviant (dépravation de la sexualité et toxicomanie) et des transgressions d'interdits sociaux [22-24]. C'est donc un

processus basé sur une construction sociale qui marque doublement les malades co-infectés. C'est dans ce sens qu'Adam et Herzlich [25] écrivaient que « certaines maladies chroniques comme certains handicaps disqualifient les personnes qui en sont atteintes, celles-ci faisant l'objet d'une stigmatisation ». La stigmatisation des malades chroniques devient ainsi une « invariante culturelle » dans diverses communautés. Une étude sur les séropositifs à la Guadeloupe montre qu'ils ont la mort dans l'âme [26], ce qui engendre en eux une sorte de stoïcisme. Les malades co-infectés font face à une double crainte : l'image sociale négative des deux maladies et la lourdeur des traitements. Ils ont un problème d'intégration sociale. Cette dynamique de dévalorisation sociale des personnes séropositives a été montrée au Burkina Faso [27]. La situation d'évitement créée par la stigmatisation entraîne des abandons de traitement [7], mais surtout des résistances aux traitements. Cette lourdeur du traitement reste un domaine qu'il faudrait explorer et considérer dans la lutte contre les maladies ainsi que pour le mieux-être des malades. Étant malade chronique hébergeant sida et TB, la lassitude face au poids social et l'acharnement thérapeutique engendrent un isolement progressif du malade par rapport à son réseau social. Par ailleurs, la solidarité communautaire enseignée par la socialisation s'effrite. Charmillot [28] montre que chez les *Mossi* de Ouahigouya au Burkina Faso, c'est cette solidarité communautaire qui constitue, « pour la grande majorité de la population, l'unique système de protection sociale ». L'épidémie de sida et la TB sont à la fois révélatrices des inégalités sociales [29] et mettent en question les valeurs de la sociabilité. La prise en charge sociale et médicale des malades constitue également un questionnement pour une réorganisation des institutions médicales.

Interactions malade-soignant et enjeux de la co-infection TB/VIH

L'une des conséquences de l'entretien de mise en traitement des malades tuberculeux est l'internalisation du stigmate lié à la TB. À travers les travaux de Macq *et al.* au Nicaragua [30], on remarque que la conduite de cet entretien, fortement chargée de mise en garde sur les risques de

contamination des proches et des échecs de traitement en cas de non-observance, est intériorisée par le malade. Ce qui fait que durant les deux premières semaines de traitement, le malade tuberculeux a une image très négative de lui-même. Les agents de santé jouent donc un rôle négatif dans la gestion des rapports sociaux des malades, leur estime de soi, la représentation de leur maladie et du médicament [31]. De plus, les médiocres interactions entre malade et prestataire de soins, sur fond d'incompréhension et de déficits de dialogue, ont été mises en évidence chez plusieurs auteurs [32]. C'est dans ce sens qu'il est recommandé d'adopter systématiquement une approche centrée sur le malade [12], qui mettrait l'accent sur une meilleure connaissance de la personnalité du malade, un souci constant pour son bien-être psychologique et social. La prise en compte de cette approche améliore considérablement la qualité de vie des malades [30]. Par ailleurs, on note que la prise en charge de la co-infection TB/VIH est un défi pour les acteurs des politiques et système de santé, parce que le nombre devient de plus en plus croissant et la prise en charge médicale de plus en plus compliquée [33]. En Afrique du Sud, des études ont mis en évidence l'insuffisance du paquet de soins offerts aux malades tuberculeux par le système de soin, en cas de séropositivité [8]. Cette situation est d'autant plus visible dans les centres de santé périphériques, comme c'est le cas au Burkina Faso. Au-delà de la pathologie, le malade est pris en compte dans son individualité, ses catégories culturelles, son environnement. La politique d'offre de soins aux malades co-infectés est à la recherche de cette prise en charge globale, jusque dans les centres de santé périphériques [15]. À l'issue de cette réflexion analytique et prospective, nous proposons quelques pistes d'action dans le sens de la prise en charge de la co-infection TB/VIH.

Conclusion

Cet article n'a pas pour ambition d'aborder toutes les questions relatives à la co-infection TB/VIH. Nous avons surtout analysé les aspects comportementaux liés à la cohabitation de ces deux pathologies. Outre la précarité économique, la stigmatisation sociale et les marginalisa-

tions subies par les malades chroniques dans leur environnement mettent en péril leur estime de soi. Celle-ci serait une dimension importante à explorer et à promouvoir en vue d'organiser mieux les adhésions aux traitements, d'améliorer leurs rapports sociaux et leur condition de vie, avec la collaboration des agents de santé et les acteurs communautaires. La nécessité d'une approche systémique des soins de santé requiert davantage les apports des sciences sociales dans la mise en œuvre des programmes de santé publique. ■

Remerciements et autres mentions

Projet « Formation Recherche-action en Santé » : (Foresa) avec l'appui de l'ESP/ULB, la CTB (Belgique), financement de l'UE (EuropAid Santé/2004/078-590). Dr Dembélé Mathurin, Programme national tuberculose, Burkina Faso. Dr Salifou Konfe, directeur régional de la Santé du plateau central, Burkina Faso.

Financement : aucun ; **conflits d'intérêts** : aucun.

Référence

1. OMS, DOTS. Un guide pour comprendre la stratégie DOTS contre la tuberculose recommandée par l'OMS. Genève : OMS 1999.
2. OMS Stratégie DOTS. Un cadre élargi pour lutter efficacement contre la tuberculose, WHO/CDS/TB/2002.297. Genève : OMS, 2003.
3. Elzinga G, Nunn P. TB and HIV: joint problems, joint solutions? *Bull World Health Organization* 2002; 80:469-70.
4. WHO A strategic framework to decrease the burden of TB/HIV. Geneva : WHO 2002.
5. Farmer P, Reichman L, Iseman M. *The global impact of drug-resistant tuberculosis*. Boston : Program in Infectious Disease and Social Change, 1999.
6. Raviglione MC, Dye C, Schmidt S, Kochi A. Assessment of worldwide tuberculosis control. *Lancet* 1997 ; 350 : 624-9.
7. Hane F, Thiam S, Fall AS, *et al.* Identification des barrières pour une lutte efficace contre la tuberculose au Sénégal : une approche anthropologique. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007; 5 : 539-43.
8. Connolly C, Davies GR, Wilkinson D. Qui ne réussit pas à achever le traitement de la tuberculose ? Tendances évolutives et facteurs de risque pour l'interruption du traitement dans un programme de traitement directement observé basé sur la communauté dans un district rural d'Afrique du Sud. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999 ; 3 : 1081-7.

9. Comolet TM, Rakotomalala R, Rajaonariora H. Les facteurs déterminant l'observance du traitement antituberculeux en milieu urbain à Tamatave, Madagascar. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998 ; 2 : 891-7.
10. CNLS-IST, Secrétariat permanent. *Bilan général de la mise en œuvre du plan national multisectoriel de lutte contre le VIH et les IST*. Ouagadougou : CNLS-IST, 2009.
11. Programme national tuberculose. Guide technique de lutte contre la tuberculose. Édition 2008.
12. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 2000 ; 51 : 1087-110.
13. Henbest RJ, Fehrsen GS. *Patient centredness: is it applicable outside the West? Its measurement and effects on outcome. Family practice*. Oxford : Oxford University Press, 1992.
14. Drabo KM, Dauby C, Coste T, et al. Decentralising tuberculosis case management in two districts of Burkina Faso. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006 ; 10 : 93-8.
15. Dembélé SM. *Partir des propositions des acteurs pour améliorer les résultats du Programme national de lutte contre la tuberculose au Burkina Faso*. Thèse de doctorat en sciences médicales, université libre de Bruxelles, 2009.
16. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: Grounded Theory procedures and techniques*. Beverly Hills (Californie) : Sage, 1990.
17. Olivier de Sardan JP. *Anthropologie et développement. Essai en socioanthropologie du changement social*. Paris : APAD-Kartala, 1995.
18. Zerbo R, Huygens P. *Diagnostic et prospection de la qualité de prise en charge des patients avec la participation des acteurs du système de santé au Burkina Faso : le cas des patients tuberculeux et la co-infection tuberculose-sida*. Rapport final, IRSS-Burkina Faso, octobre 2006.
19. Van Campenhoudt L, Chaumont J-M, Franssen A. *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*. Paris : Dunod, 2005.
20. Harries AD, Dye C. Tuberculosis. *Ann Trop Med Parasitol* 2006 ; 100 : 415-31.
21. Onusida. *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida*. Genève : Onusida, 2008.
22. Benoist J, Desclaux A. *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*. Paris : Karthala, 1996.
23. Aggleton P, Parker R. *Cadre conceptuel et base d'action : stigmatisation et discrimination associées au VIH/sida*. Genève : Onusida, 2002.
24. Desclaux A. *Stigmatisation, discrimination : que peut-on attendre d'une approche culturelle ?* Actes de la table ronde organisée le 29 novembre 2002 à l'Unesco-Paris « VIH/ SIDA stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique ». Études et rapports, série spéciale, n°20, Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel. Paris : Unesco, 2003.
25. Adam P, Herzlich C. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan/HER, 2001.
26. Bombereau G. *Représentations sociales du VIH/sida en Guadeloupe et recommandations à l'usage de la santé publique la peur ou la mort dans l'âme dans les Antilles françaises*. Thèse de doctorat, université Laval Québec et université René-Descartes-Paris 5, Paris, France, 2005.
27. Ouattara F, Gruenais ME, Huygens P, Traoré A. *Sida, stigmatisation et exclusion*. ANRS, 2004.
28. Charmillot M. Socialisation et lien social face au sida : compte-rendu d'une étude de cas dans la ville mossi de Ouahigouya (Burkina Faso). *ethnographiques.org* 2005 ; (8) [en ligne]. [www.ethnographiques.org/2005/Charmillot - consulté le 26.10.2010]
29. Castro A, Farmer P. Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante. *Anthropologie et Sociétés* 2003 ; 27 : 23-40. <http://id.erudit.org/iderudit/007444ar>
30. Macq J, Solis A, Martinez G, Martiny P. Tackling tuberculosis patients' internalized social stigma through patient centred care: An intervention study in rural Nicaragua. *BMC Public Health* 2008 ; 8 : 154.
31. Konan CB, Hane F, Delaunay K, et al. L'inégale prise en compte de l'autre (exemples de la tuberculose et de la prévention). In : Vidal L, Fall AS, Gadou D, eds. *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest : entre savoirs et pratiques*. Paris : L'Harmattan, 2005 : 101-36.
32. Vidal L, Fall AS, Gadou D. *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest : entre savoirs et pratiques*. Paris : L'Harmattan, 2005.
33. Trébucq A. Tuberculosis control in the world: results and challenges. *Med Trop* 2004 ; 64 : 587-94.