



HAL
open science

De l'idéologie à la méthodologie. Les visages changeants de l'observance aux ARV en Afrique

Alice Desclaux

► **To cite this version:**

Alice Desclaux. De l'idéologie à la méthodologie. Les visages changeants de l'observance aux ARV en Afrique. Atelier " Anthropologie des ARV au Sud " du NAARPS (Network for the Anthropology of ART in Resource Poor Settings), Apr 2005, Aix-en-Provence, France. halshs-00710041

HAL Id: halshs-00710041

<https://shs.hal.science/halshs-00710041>

Submitted on 20 Jun 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

De l'idéologie à la méthodologie. Les visages changeants de l'observance aux ARV en Afrique

Alice Desclaux

Communication

Atelier NAARPS " Anthropologie des ARV au Sud ", CReCSS, Aix-en-Provence, 20-22/04/05

Introduction

— De l'anthropo appliquée

L'anthropologie médicale a connu de profondes évolutions, notamment sous l'effet du sida qui a renouvelé l'approche concernant l'application. En même temps a fait du bien à l'anthropo : Nouveaux objets, approche plus politique, revoir approche éthique, anthropologie des dynamiques plus que des structures, obligation d'aller au-delà d'une lecture univoque selon des courants. N'efface pas le risque de l'instrumentalisation. Démarche volontairement compréhensive et englobante. Mais dans cette collaboration, souvent difficultés à repérer le niveau d'analyse et d'ouverture qui peut faire sens à la fois pour les anthropologues et pour les médicaux. Si l'on prend une perspective appliquée, nécessité de prendre en compte l'optique des partenaires dans la construction de l'objet si l'on souhaite que données soient prises en compte.

L'observance des traitements ARV en Afrique

A partir du milieu des années 1990, demande aux anthropos pour qu'ils travaillent sur l'observance aux ARV. La culture et l'inscription sociale se manifesteraient dans le rapport de l'individu à son traitement, et feraient écran. Question renouvelée à propos des traitements en Afrique. Observance dans des cultures « communautaires », où sida stigmatisé ?

Anthropo du médicament. Envisagé dans le cadre de la Mondialisation et médicalisation vont de pair (médicalisation ou médicamentalisation). S'est développé un courant autour du médicament. (développer un peu). Anthropo du médoc au Sud. L'observance tient une place importante dans cette anthropo du médoc.

Cet article va montrer comment la question s'est posée et comment elle a évolué au cours des dix dernières années. Ainsi, une question qui semble simple, voire simpliste, « Les patients du Sud prennent-ils plus de 95% des médicaments qui leur ont été prescrits ? », interroge les anthropologues sur les rapports entre données empiriques et construction théorique, sur le « devoir » de restitution et d'implication, sur la « contamination idéologique » de la science (ce qui renvoie à l'interrogation : la science peut-elle être a-politique et a-idéologique), et sur la spécificité de leur approche parmi d'autres disciplines scientifiques. D'où l'importance, peut-être plus que sur d'autres thèmes en anthropologie, de définir « solidement » les concepts que nous utiliserons dans l'approche de l'observance, et de préciser la démarche méthodologique la plus appropriée pour aborder l'observance d'un point de vue anthropologique. Je vais tenter de discuter ces points en partant de l'évolution de notre approche de l'observance entre 1997 et 2005, dans le cadre de travaux menés principalement au Sénégal et au Burkina Faso.

L'observance

L'observance est une notion très investie symboliquement dans le monde médical des pays développés. Lorsqu'elle concerne les malades des pays du Sud, et plus particulièrement les ARV depuis 1998, les significations qu'elle revêt sont extrêmement diverses pour les nombreux acteurs du champ du sida. L'analyse des significations et des discours sociaux qui leur correspondent, sur l'observance comme sur d'autres thèmes, relève du rôle de l'anthropologue, a priori aguerri aux distinctions entre discours populaire et médical, discours scientifique et idéologique, entre discours qui prennent des sens divers lorsqu'ils obéissent à des logiques micro ou macrosociales.

Mais l'observance en matière d'ARV a comme particularité le fait que la multiplicité des discours à son propos n'épargne pas le monde scientifique ; là aussi, coexistent des discours idéologiques et scientifiques, empiriques et stratégiques, cliniques et politiques. Dans certains cas ces discours et les logiques sous-jacentes s'affrontent, notamment dans le champ de la santé publique ; très souvent, ces discours se superposent, conduisant à des propos polysémiques, où empirisme, théorisation scientifique et idéologie, sont combinés dans des proportions diverses. Les discours scientifiques sur l'observance aux ARV dans les pays du Sud sont ainsi prédéterminés par des discours sous-jacents sur l'altérité culturelle et économique, inscrits dans l'histoire des « rapports Nord-Sud ».

Depuis 1998, les discours scientifiques autour de l'observance ont changé rapidement sous l'effet de glissements symboliques, d'observations empiriques, et de changements d'optique suivant l'adoption de nouveaux objectifs opérationnels notamment dans le cadre de la généralisation de l'accès aux traitements. Cette « histoire des idées scientifiques » autour des ARV au Sud reste à écrire. Dans ce contexte évolutif, et concernant une catégorie conceptuelle –l'observance- qui n'est pas issue de l'anthropologie mais qui a été définie par la médecine, les écueils sont nombreux pour l'anthropologue. Comme sur d'autres thèmes, il risque de se voir instrumentalisé par la santé publique ; il peut aussi se voir assigner une conception de la culture à la fois réductrice (par rapport aux définitions contemporaines de la culture) et totalisante quand elle est considérée comme la clé de l'observance. Au-delà, autour de l'observance, la tentation pourrait être grande d'interpréter les données de manière « politiquement efficace », notamment en réponse à des propos d'ordre idéologique en circulation. Enfin, les données empiriques concernant l'observance sont diverses, relatives aux contextes et aux particularités des personnes sus traitement, et évolutives, remettant en permanence en question les lectures théoriques faites par les anthropologues (on peut se demander par exemple si les approches conceptuelles élaborées avant 2000 sont encore pertinentes lorsque le traitement est réduit à la prise d'un comprimé matin et soir.

On peut distinguer cinq phases dans l'approche qu'a adoptée le « monde de la santé publique » concernant l'observance aux ARV dans les pays du Sud, et plus particulièrement en Afrique. J'entends par là des professionnels de santé qui ont mis en place des programmes d'accès aux ARV dans le cadre d'ONG, puis d'institutions nationales et internationales –avec quelques décalages.

Les perceptions évolutives de l'adhésion dans le monde de la santé publique

- 97-98: L'observance menacée par de multiples écueils spécifiques au Sud (et à l'Afrique)
- 99-01: L'observance comme un indicateur de la faisabilité des traitements ARV
- 02-03: L'observance produite par les programmes d'accès aux ARV
- 04-05: L'observance produite par le système de soin
- 05-06: L'observance comme produit du système médical ?

1997-1998: L'adhésion menacée en Afrique

- **Contexte: Recommandations de Dakar recommandations. Experience dans les pays développés et projets pilotes. Craintes induites par l'expérience des MST, ou du partage du traitement**
- **Recherche: à Dakar, quantitative + qualitative, centrée sur les patients**
- **Contribution de l'anthropologie: Distinction observance / adhésion**

Lorsqu'en 1997 des médecins et spécialistes de santé publique se sont réunis à Dakar sous l'égide de l'International AIDS Society pour définir des recommandations cliniques, de santé publique et d'ordre social pour l'utilisation des ARV en Afrique, leur approche de l'observance est teintée d'inquiétude. S'ils affichent une démarche volontariste pour l'accès aux traitements, une petite enquête que nous avons réalisée en 1998 auprès de responsables africains et européens a montré qu'ils craignaient d'abord que se renouvelle l'expérience du traitement des MST, devenu presque incontrôlable tant les patients préfèrent désormais se traiter sur le marché informel, et n'achètent leur traitement que jusqu'à la disparition des symptômes. Les responsables de santé publique craignaient aussi que les patients africains ne revendent ou ne partagent leur traitement du fait de la rareté et la cherté des médicaments (Desclaux 2000). A cette époque, certains médecins ont aussi l'expérience de la prise en charge de patients du Sud dans les hôpitaux du Nord, et insistent sur l'impact des représentations des patients concernant le sida, notamment leurs modèles explicatifs favorisant des étologies sorcellaires, qui limiteraient l'intérêt des patients pour des traitements médicamenteux.

A l'époque, les études réalisées au Nord en matière d'observance sont essentiellement quantitatives. Elles revendiquent une approche centrée sur le patient, abordent plusieurs aspects de sa vie psychologique, relationnelle et sociale, dans les questionnaires d'observance, et explorent les connaissances concernant le traitement, parfois même les représentations, de même que les motifs d'inobservance et les difficultés éprouvées pour prendre les traitements. A Dakar, lorsque le gouvernement sénégalais crée un programme pilote d'accès aux ARV, nous avons mis en place le même dispositif d'enquête par questionnaires passés au moment de la dispensation, que nous avons cependant complétés par des entretiens qualitatifs répétés auprès d'une trentaine de patients.

Dès les résultats préliminaires en 1999, est apparue évidente l'importance d'établir une distinction observance et adhésion. En effet, de nombreux patients demandeurs des ARV parés de l'image très valorisée de « traitement unique du sida » ont déclaré ne pas avoir pris leur traitement pour des raisons diverses – matérielles, liées aux contraintes de la vie quotidienne, etc. Les patients « adhéraient » au traitement, mais ne parvenaient pas toujours à être observants. L'observance (cad l'adéquation des prises du traitement à la prescription du médecin, qui renvoie aux pratiques) n'est pas déterminée uniquement par l'adhésion (cad l'adéquation des perceptions du traitement à celle du médecin, de l'ordre des représentations). La distance entre perceptions et pratiques est d'autant plus importante au Sud qu'elle recouvre toutes les contraintes économiques et structurelles qui font barrière à l'observance pour des patients « adhérents ».

La confusion entre adhésion et observance semble inévitable dans la littérature médicale anglo-saxonne qui ne dispose pas de termes lexicaux stabilisés pour distinguer ces deux aspects. Nos partenaires médecins, pourtant conscients de ce hiatus, sont souvent victimes de cette confusion lorsqu'ils utilisent eux-mêmes le terme « adhérence » (qui est un anglicisme). Au risque d'être considérés comme « tatillons sur le vocabulaire », je crois qu'en tant qu'anthropologues nous avons suffisamment d'éléments qui montrent qu'il est indispensable d'être fermes sur ces définitions. On peut se demander si la notion d' « adhérence » présentée comme « approche centrée sur le patient », d'apparence sensible aux individualités, lorsqu'elle ne distingue pas dans son approche les déterminants liés aux perceptions individuelles des déterminants liés à l'environnement, n'a pas un effet d'imputation des facteurs structurels aux individus, conduisant à la culpabilisation de la victime que Paul Farmer a si bien décrite comme une violence structurelle. Dans ce cas, la terminologie, comme la méthodologie, refléterait une idéologie sous-jacente, valorisant l'autonomie individuelle, dont des

anthropologues (Farmer, Massé, Dozon, etc.) ont montré qu'elle correspond à une forme de traitement politique de la santé –considérée comme une responsabilité individuelle.

Nous avons retenu de cette période d'une part le caractère fantasmatique des craintes médicales autour de l'usage des antirétroviraux en Afrique (aucune crainte n'étant validée par l'usage), d'autre part l'importance non seulement méthodologique mais épistémologique de la distinction entre adhésion et observance.

1999-2001: L'adhésion comme témoin de la faisabilité du traitement ARV

- **Contexte: Haïti. Dakar. Abidjan.**
- **Discours: Délivrer des ARV est faisable**
- **Recherche: A Dakar, les problèmes généraux et spécifiques concernant l'adhésion**
- **Contribution de l'anthropologie: Mise en lumière des facteurs institutionnels de l'observance.**

Autour de 2000, les données de Dakar et de l'équipe de Paul Farmer en Haïti montrent qu'un niveau élevé d'observance peut être atteint dans les pays du Sud. Ces données limitées (sur moins de 100 personnes en Haïti, environ 150 à Dakar) reçoivent un accueil qui pourrait sembler démesuré compte tenu des effectifs limités de ces études : une réunion est convoquée par l'OMS pour redéfinir la stratégie en matière d'ARV au Sud, qui interprète ces données comme la preuve de la faisabilité de l'utilisation des ARV au Sud, voire de leur efficacité. L'extrapolation de ces résultats probablement scientifiquement « hardie » tient à leur signification dans la controverse politique et idéologique à propos de l'utilisation des ARV au Sud. Les taux d'observance élevés enregistrés à Dakar sont aussitôt repris par Onusida qui érige le programme sénégalais au rang de « Best practice », avant même la publication de l'évaluation du programme.

Les résultats de l'étude portant sur les motifs d'inobservance (prise manquée ou interruption du traitement) montrent que ces facteurs sont en partie les mêmes qu'au Nord (problème médical, oubli, endormissement) et en partie spécifiques au Sud. Parmi les facteurs spécifiques au Sud, dominant le coût du traitement et les difficultés d'approvisionnement. Le même type de difficulté est éprouvée à Abidjan par les patients qui entament une grève de la faim après une rupture de l'approvisionnement en ARV. Ainsi, les premiers facteurs qui apparaissent comme déterminants de l'inobservance sont des facteurs « institutionnels ». Jusqu'alors, les approches théoriques décrivaient l'observance comme dépendant du patient, du produit et de la relation avec le médecin, voire d'un « contexte socioculturel » peu défini. Décrire les « facteurs institutionnels d'observance » comme un champ spécifique particulièrement important au Sud est scientifiquement légitime. C'est aussi un moyen de clarifier le débat face à certains discours émis au Nord à propos de supposés facteurs culturels d'inobservance. Méthodologiquement, cela suppose de développer les recueils d'information ayant trait à l'institution, aux modalités et critères d'obtention du traitement, et à l'appréciation des patients concernant les modalités d'obtention du traitement.

On peut penser que l'utilisation de ce concept, en permettant d'éviter « l'accusation de la victime » autoriserait la publication de résultats insuffisants en matière d'observance dans les pays du Sud si de tels résultats venaient être constatés. Il est actuellement difficile de savoir si l'absence de publications de tels résultats tient au fait que les données d'observance sont satisfaisantes dans tous les lieux où elles sont recueillies, si de tels recueils existent, ou si de telles données ne sont pas publiées par crainte de remettre en question le développement des programmes ARV au Sud.

2002-03: L'observance appuyée par les programmes ARV

- **Contexte: Recommandations de Gorée. Développement de programmes d'appui à l'observance, projets d'éducation thérapeutique**
- **Recherche: A Dakar, études complètes qui montrent les limites**

- **Contribution de l'anthropologie: Dévoile les limites parmi les patients des programmes. Soulève la question du " patient invisible ". Besoin d'approches spécifiques**

Les résultats concernant les facteurs institutionnels d'inobservance, montrant notamment l'importance de l'accessibilité du traitement, en particulier sur le plan économique, ont alimenté les Recommandations de Gorée, publiées en 2001, qui portaient sur les aspects sociaux des programmes ARV en Afrique (Révision des recommandations publiées par l'IAS). Simultanément, les programmes d'éducation thérapeutique des patients se multiplient, centrés sur le développement de leurs aptitudes à prendre le traitement dans diverses circonstances, parallèlement aux groupes de parole et d'auto-support, aux clubs d'observance et aux visites d'appui à domicile. Les associations trouvent leur place dans la construction de modalités d'appui aux patients, en adaptant notamment le modèle du counselling au traitement. Un champ d'investigation s'ouvre pour l'anthropologue dans ce qui apparaît parfois comme un nouveau marché du traitement du sida, où se développent des projets et programmes très divers, qui bénéficient d'une bienveillance consensuelle de la part des financeurs: ce domaine pourrait être abordé en s'appuyant sur les concepts de l'anthropologie du développement.

Les études en cours à Dakar montrent cependant que, si les patients pris en charge sont « encadrés » par ces initiatives, d'autres échappent au traitement en amont, faute de passer les étapes de la pré-sélection, ou interrompent leur suivi et disparaissent dans la catégorie des « perdus de vue ». Dès lors, ne travailler sur l'observance que parmi les patients suivis apparaît comme une approche limitée et partielle. Cette question met en évidence les limites d'une approche épidémiologique restreinte à des cohortes. Elle constitue un défi méthodologique pour l'anthropologue qui ne peut approcher qu'indirectement ces patients exclus ou non inclus dans les programmes: enquête auprès des « perdus de vue » si l'organisation administrative des programmes permet de les retrouver, recueil des itinéraires de soin pour analyser les retards de prise en charge en amont, analyse des critères de sélection, des procédures d'admission et processus d'inclusion des patients.

L'anthropologie retrouve là:

- d'une part la nécessité d'une approche flexible plus proche d'une démarche ethnographique que de l'enquête psychosociale pour faire face aux difficultés méthodologiques,
- d'autre part certaines approches propres à sa discipline parmi les sciences sociales: mettre à jour le non-dit des sociétés, porter la voix de ceux que l'on n'entend pas, explorer les logiques effectives sous-jacentes aux logiques affichées.

2004-05: L'observance est produite par le système de soins

- **Contexte: 3x5, L'accès est considéré comme un enjeu majeur, articulation PTME, TB, VCT**
- **Recherche: A Dakar, étude de l'observance après 48 mois de traitement; au Burkina, données sur les itinéraires de soins**
- **Contribution de l'anthropologie: Soulève la question de la cohérence et du pluralisme entre programmes médicaux**

Au cours des deux dernières années, l'approche du monde de la santé publique a rapidement évolué sous l'effet conjugué du Programme 3x5 de l'OMS qui élargit les ambitions en matière de couverture pour les ARV dans les pays du Sud, et du Fonds global pour le sida, la tuberculose et la malaria, qui fournit à ces pays les moyens pour mettre en place des programmes. L'amélioration de l'accès aux ARV est considérée par l'OMS comme un élément indispensable pour l'extension du traitement, ce qui suppose d'une part de lever la barrière économique pour les patients; d'autre part de favoriser les « passerelles » entre programmes divers (notamment de la PTME, des services Tuberculose, des services de dépistage VIH vers les programmes d'accès aux ARV).

Nos résultats à Dakar concernant des patients sous traitement depuis 48 mois en moyenne montrent alors une légère diminution de l'observance, liée principalement aux interruptions volontaires du traitement et aux événements sociaux ou déplacements des patients. Les premiers motifs d'interruption volontaire incluent un désir d'enfant qui n'a pas trouvé de réponse et d'appui dans les services de soin, et la volonté d'expérimenter des « vacances thérapeutiques » évoquées un temps sous le terme d'interruptions programmées de traitement dans le cadre d'essais cliniques. Ces notions mettent à jour des failles dans les réponses du système de soin, dans l'incapacité de gérer des demandes que les patients considèrent comme traitées dans les services de soin des pays développés, et des aspects liés à l'intégration du traitement au long cours dans la vie quotidienne. Elles révèlent aussi la nécessité de considérer -et d'explorer- l'observance sur une longue durée, et d'aborder, pour la comprendre, les multiples aspects du « vécu du traitement ». Enfin, elles mettent à jour des faits qui « interrogent » médecins et anthropologues –tels que la responsabilité de l'abandon du traitement qui, lorsqu'elle est revendiquée par un patient du Sud, peut être critiquée et instrumentalisée. Se pose alors la question des modalités de publication d'informations « politiquement » sensibles.

Au Burkina Faso, contrairement au Sénégal où le programme national a le monopole de l'approvisionnement et de la distribution des traitements fournis gratuitement aux patients, les enjeux sont différents. A Ouagadougou par exemple, les ARV sont disponibles dans le cadre d'une dizaine de programmes et filières mis en place par le ministère de la santé, les ONGs, les coopérations bilatérales, les OBC, les organismes internationaux, une fondation privée, des programmes de recherche appliquée ou fondamentale, l'approvisionnement privé, sans parler des programmes de mutualisation et de prise en charge par les entreprises, avec différents modes de paiement et tarifs. Les patients comprennent rapidement la géographie de l'accès économique au traitement, aux services et au soutien, et nombreux sont ceux qui, après leur inclusion dans un programme, en découvrent les avantages et les limites. Nos enquêtes de terrain montrent que certains patients commencent une "errance thérapeutique" avant de trouver le programme qui convient le mieux à leur condition économique. La plupart d'entre eux maximisent les bénéfices et multiplient les demandes pour diverses formes d'aide dans des sites différents, selon leur accessibilité et disponibilité respectives. D'autres en paient les conséquences, lorsque le recours à une seconde structure de prise en charge remet en cause le droit au traitement dans le premier service dont les responsables estiment avoir été trahis. Dans ces situations, une rupture de traitement peut être la conséquence d'une mauvaise articulation entre programmes, d'un conflit de compétence ou de territoire : ces situations évoquent des déterminants de l'observance qui ne sont plus liés à une institution, mais à l'ensemble du système de soin biomédical. L'anthropologue retrouve là aussi son impératif d'approche monographique et de "mise en contexte" de ses observations, mais son travail se complexifie à la mesure de l'extension de son objet d'investigation.

2005-06: L'observance dépend du système de soins ?

- **Contexte: Emergence de traitements neo-traditionnels**
- **Recherche: Au Burkina Faso, premières données sur la socialisation dans les réseaux de soins**
- **Contribution de l'anthropologie: Enjeux de la complémentarité /compétition entre systèmes de soins**

Les données les plus récentes montrent la place importante, probablement croissante, qu'occupent les traitements parallèles du sida. Ces traitements ont émergé dans les années 1990, et leurs promoteurs ont d'abord établi leur clientèle sur l'inaccessibilité des ARV ; en 2001 encore, les médias internationaux relayaient le message selon lequel par manque d'ARV, les Africains utilisaient les « traitements africains » du sida. Depuis, ces produits de substitution aux ARV sont devenus complémentaires. Des médecins prescrivent désormais des produits pharmaceutiques qui prétendent simultanément à une efficacité antivirale et une origine traditionnelle, et sont présentés comme légitimés par la science. Des thérapeutes « néotraditionnels » proposent aux patients de prendre leurs traitements soit en complément des ARV, soit après interruption des ARV. Certains de ces traitements sont éminemment porteurs de sens pour les patients, du fait du charisme de leur prescripteur et fournisseur, lorsqu'ils sont proposés dans un contexte à l'interface du thérapeutique et du

religieux, ou lorsqu'ils offrent une perspective de sociabilité ou un espoir économique aux consommateurs appelés à devenir eux-mêmes distributeurs du produit. Désormais, enquêter sur l'observance suppose de travailler auprès d'individus qui ne sont plus seulement des patients, mais aussi des croyants, des revendeurs, des futurs parents, dont les représentations du traitement croisent d'autres aspirations. Ceci suppose pour l'anthropologue d'élargir son approche -jusqu'où ?, et parfois d'enquêter de manière indirecte sur des objets qui sont parfois le substrat de conflits de légitimité.

Conclusion : Nouvelles questions pour l'anthropologie

- **Des domaines plus vastes à explorer**
- **La collaboration devient plus difficile alors que les thèmes s'élargissent**
- **Unité / diversité parmi diverses populations**
- **Le retour de la culture**
- **Le retour de la confrontation entre logiques**

On connaît désormais à peu près les conditions nécessaires pour assurer un bon niveau global d'observance. Les études quantitatives s'intéressent davantage aux facteurs d'inobservance qu'à la quantification du niveau global d'observance, et devraient conduire à investiguer de manière qualitative des déterminants repérés par les enquêtes quantitatives.

Mais la question de l'observance aux ARV dans les pays du Sud s'est complexifiée. Alors que le traitement se simplifiait progressivement, effaçant en partie les obstacles objectifs à l'observance, la part des obstacles liés aux déterminants économiques, sociaux, institutionnels, liés au système de soin s'est accrue. Dès lors la collaboration avec les spécialistes d'une approche psychosociale centrée sur l'individu peut apparaître plus difficile.

Pour les anthropologues, il reste probablement à décrire et analyser les facteurs d'observance dans des populations aux profils sociaux, économiques, culturels ou démographiques divers.

Avec l'émergence du pluralisme médical, des traitements traditionnels et néotraditionnels, la culture, qui avait été un temps éclipsée par l'économique et le politique, du moins en première analyse, revient au premier plan parmi les déterminants des pratiques. Face aux décisions des individus, en partie libérés de contraintes matérielles, on voit apparaître une variété de discours sur ce qu'est un « bon traitement du sida ». Les confrontations de discours semblent inévitables, concernant les traitements légitimes pour chaque groupe social, la liberté individuelle en matière de choix du traitement ou de choix d'interrompre son traitement, les rôles respectifs des acteurs des secteurs communautaires, médical et traditionnel. Des difficultés méthodologiques en perspective, l'observateur étant toujours soupçonné d'avoir choisi son camp.