



10.5281/zenodo.7792637

Vol. 06 Issue 03 March - 2023

Manuscript ID: #0809

PENSER LA RÉTENTION DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES EN CÔTE D'IVOIRE:

Une analyse à partir de cas des Personnes Vivants avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine au le Centre de Santé Communautaire Urbain de Cocody-Palmeraie et à la Formation Sanitaire Urbaine d'Afféry

LATHE You Jeannine¹

Email: ninilathe@gmail.com

TRAORE Tiamba²

Email: tiambtraore@gmail.com

TOH Alain³

Email : alain.toh.1@gmail.com

*Laboratoire d'Etude et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales et Humaines (LERISS)
Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan)*

*Corresponding author. *LATHE You Jeannine
Email: ninilathe@gmail.com*

ABSTRACT

Malgré la démocratisation du traitement contre le VIH au cours des dernières années, des personnes séropositives ne sont souvent pas dans la chaîne de soins antirétrovirale (ONUSIDA, 2020). Ce qui pose le problème de rétention des PVVIH aux soins ARV. La présente étude vise à appréhender les logiques sociales de la rétention des PVVIH aux soins ARV en Côte d'Ivoire à travers l'exploration de cas au CSUCOM Palmeraie et FSU Affery. Elle prend pour appuie la recherche documentaire et l'entretien. Les données de l'étude montrent que la rétention aux soins ARV est le produit d'une diversité de rapports aux soins. Ces rapports sont d'ordre spatial, biologique, culturel et économique. Ils se manifestent par l'actualisation de la culture thérapeutique du patient VIH pour sa survie dans son environnement, social, familial et professionnel. Ainsi, les centres de santé tiennent compte des particularités de chaque PVVIH dans leurs approches de prise en charge et du maintien aux soins. Cela passe par la flexibilité de l'accès aux soins en tenant compte de la vulnérabilité et de l'environnement social de chaque PVVIH.

KEY WORDS

Rétention, PVVIH, soins ARV, Résilience.

¹ Doctorante en Sociologie de la Santé.

² Docteur en Sociologie de la Famille et de l'Éducation.

³ Maître de Conférences de Sociologie.



This work is licensed under Creative Commons Attribution 4.0 License.

INTRODUCTION

La question de la lutte contre le VIH/Sida est un sujet qui a intéressé et qui intéresse davantage divers chercheurs en sciences sociales et humaines. Les auteurs qui s'y intéressent, l'abordent sous divers angles. À cet effet, les auteurs comme G. Bibeau (1991) et G. Rémy (1995) s'intéressent aux stéréotypes associés à la pandémie du VIH/Sida, sa géographie et sa transmission. Sous cet angle, ces auteurs soutiennent que le VIH/Sida, par sa forme épidémique mais aussi par ses modes de transmission apparaît comme un événement social majeur, un « désastre » qui révèle et active des dynamiques sociales intenses (C. Raynaud, 1997). C'est une pandémie qui produit des changements sociaux et politiques majeurs en Afrique avec l'accroissement de l'écart entre ce continent et le reste du monde (J. M. Amat-Roze, 2000). Aussi, les auteurs comme L. Vidal (1993), L. Aventin (1996), L. Bentz (2002), K. Delaunay et L. Vidal (2002), S. Guennif et C. Mfuka (2003) et A. Bekelynck (2014) se penchent sur les principes éthiques de la politique de santé publique en matière de soins thérapeutiques des patients du VIH. Avec la connaissance des conditions d'accès aux traitements antirétroviraux, accès mis en place en 1999 en Côte d'Ivoire, ces auteurs trouvent encourageant la priorité accordée à l'observance conçue comme un domaine d'évaluation des établissements programmés pour l'amenuisement de cette pandémie (L. Bentz, *op.cit*). Les positions et les attitudes des patients VIH, des soignants et du système de santé lorsqu'il s'agit de permettre et d'améliorer l'observance d'un traitement complexe et porteur d'espoir, la question du coût des traitements apparaît centrale, en ce sens qu'il constitue, une préoccupation importante des patients VIH (K. Delaunay et L. Vidal, *Op.cit*). Par ailleurs, M-J. Mayaux (2004), I. Gobatto et F. Lafaye (2005), I. Gobatto et F. Lafaye (2007), orientent leur analyse sur la production de la différenciation sociale de la maladie. Ils estiment que les femmes sont les cibles privilégiées de l'épidémie de l'infection du VIH en Afrique (V. Leroy, 2004). Ainsi, la maladie pousse les femmes à chercher divers soins avec son cortège d'événement inattendus (S. Lingani et G. Korbéogo, 2015).

La présente contribution se positionne dans le champ de la compréhension du lien entre l'accessibilité aux soins Antirétroviraux et la rétention des personnes vivantes avec le VIH aux traitements. À cet effet, l'Etat ivoirien a fait et continue de faire des efforts pour une meilleure prise en charge des PVVIH en vue de réduire l'impact négative de cette pandémie sur la population toute en entière et particulièrement les personnes atteintes par ce virus à effet invalidant.

Dans cette perspective, l'État ivoirien considère la prise en charge médicale des PVVIH comme une intervention majeure mise en place en vue de réduire la transmission du VIH par l'utilisation d'une combinaison fixe d'antirétroviraux en un comprimé d'une prise par jour facilitant l'observance au traitement (MSLS et PNLS, 2020). À ce titre, l'arrêté n°217-2008 du 20 août 2008 institue la gratuité du traitement antirétroviral dans les établissements sanitaires publics ivoiriens. Il abroge ainsi, toutes les dispositions antérieures contraires, notamment l'arrêté du 22 mai 2006 qui fixait le coût du traitement à chaque trois mois dans les établissements sanitaires publics. Cette action s'inscrit dans les lignes directrices de la stratégie mondiale de la lutte contre le sida orientée vers la protection sociale et l'accès aux services vitaux contre le VIH (ONUSIDA, 2021).

En dépit de tous ces efforts visant à améliorer la prise en charge des PVVIH, force est de constater que certaines personnes infectées par le VIH et éligibles au traitement ARV ont un problème d'adhérence au traitement et d'adhésion aux soins dans le Centre de Santé Urbain à base Communautaire (CSUCom) de la Palmeraie et celui de la Formation Sanitaire Urbain (FSU) d'Affery.

Au CSUCOM de la Riviera Palmerais, 56% des 565 patients VIH se sont retirés des soins thérapeutiques en 20219 ; en 2020, sur les 562 patients du VIH, 65% se sont retirés ; en 2021, sur les 578 patients du VIH, 57% se sont retirés. Aussi le FSU d’Affery a- il enregistré 305 patients VIH en 2019, 324 patients VIH en 2020 et 326 patients VIH en 2021 avec respectivement 98%, 95% et 100% de rétention.

Cette question de rétention aux soins ARV est analysée ici sous l’angle de la conscience sanitaire de la maladie et des soins en contexte de prise en charge médicale au CSUCOM Palmeraie et à la FSU d’Affery.

1. Méthodologie

La méthodologie mise en œuvre a consisté à conduire une enquête de terrain au CSUCOM de la Riviera Palmeraie et à la FSU d’Afféry. Le choix de ces institutions s’explique par le fait que ces centres de santé offrent des services de dépistage et de prise en charge aux personnes vivantes avec le VIH. Ils sont au même niveau dans la pyramide sanitaire mais ont une gestion différente : le CSUCOM de la Riviera Palmeraie appartient à la communauté et est située en zone urbaine tandis que la FSU d’Afféry est une structure publique située en zone semi- rurale. De plus nous, dans le cadre de la profession nous avons collaboré avec les acteurs de ces deux (2) structures. Plusieurs missions effectuées dans ces aires sanitaires dans le cadre de la lutte contre le VIH, nous ont permis d’avoir des contacts et des relations pouvant faciliter l’accès aux personnes-ressources. Cela nous a permis d’avoir un accès aux PVVIH, aux acteurs de la chaîne de soins et de la documentation sur le suivi des patients.

La collecte des données s’est faite en deux (2) phases. La première s’est déroulée dans la période de juin à août 2019 et la seconde de février à septembre 2022.

Cette étude s’inscrit dans une approche mixte qui mobilise à la fois des données qualitatives et quantitatives.

Tableau 1 : Répartition de l’échantillon quantitatif désiré (100 PVVIH) par strates de structures sanitaires

<i>Répartition de l’échantillon quantitatif désiré (100 PVVIH) par strates de structures sanitaires</i>						
Structures sanitaires Nombre (N) Pourcentage (%)	CSUCOM Palmeraie		FSU Affery		Total	
	N	%	N	%	N	%
		63	63	37	37	100
Homme (H)/ Femme (F)	H	F	H	F	H	F
Nombre (N)	14	49	9	28	23	77
Pourcentage (%)	14%	49%	9%	28%	23%	77%

Source : notre étude, février à juillet 2022

Ainsi, l’approche non probabiliste de l’échantillonnage a permis de construire un échantillon quantitatif composé de 100 PVVIH, avec 23% d’hommes et 77% de femmes, réparties entre le FSU Affery (37 PVVIH) et le CSUCOM de la Riviera Palmeraie (63 PVVIH). L’administration du questionnaire s’est faite après le passage des patients chez l’assistant social ou après leur passage à la pharmacie pour la prise de leurs médicaments ARV. Ces personnes se sont délibérément prêtées au questionnaire. Aussi, le choix s’est porté sur des entretiens semi-directifs pour compléter les

informations relatives à l'abandon des PVVIH aux soins ARV au CSUCOM de la Riviera Palmeraie et à la FSU d'Affery.

Ce choix méthodologique est lié à la flexibilité de cette technique de collecte des données puisqu'elle n'est ni entièrement libre ni entièrement dirigée. Les entretiens menés selon la technique centrée sur des thèmes, ont été administrés auprès de 19 PVVIH, 12 personnels communautaires (conseiller communautaire (CC) et assistants sociaux (AS)), et 12 personnels soignants (aux Sages-femmes (SFDE), Infirmiers (IDE) et Médecins).

Tableau 2: Répartition de l'échantillon qualitatif désiré par catégories d'acteurs

Catégories d'acteurs	Nombre d'entretiens par type d'entretien		Nombre de personnes interrogées
	Individuel	Collectif (6 participants)	
PVVIH	13	3	19
Conseillers communautaires (CC) et assistants sociaux	4	2	12
Sages-femmes, Infirmiers et Médecins	6	2	12
Total	23	7	43
	30		

Source : notre étude, février à juillet 2022

Deux types d'entretiens ont été réalisés. Il s'agit d'entretiens de groupe et d'entretiens individuels. Chaque entretien de groupe a regroupé 6 participants. Les mêmes ont également été soumis à l'entretien individuel, à l'exception d'un PVVIH absent à l'entretien de groupe. Au total, vingt et trois (23) entretiens individuels et sept (7) entretiens collectifs ont été administrés sur les quarante et trois (43) personnes, constituées en des catégories d'acteurs à l'étude.

2. Résultats

La conscience sanitaire des soins ARV se présente comme reflet de la rétention des PVVIH au CSUCOM Palmeraie et FSU Affery. Elle se situe entre la connaissance de la maladie et la gestion responsable des informations médicales à la lumière des affections familiales, de la médecine traditionnelle et de la résilience aux pesanteurs sociaux.

2-1. Maintien aux soins ARV entre connaissance de la maladie et gestion responsable des informations médicales

2-1-1. Conception moins alarmiste du VIH

Le tableau 3 ci-dessous indique les raisons qui ont militées en faveur du test de dépistage des PVVIH interviewées.

Tableau 3: Répartition des enquêtés suivant les raisons de leur test de dépistage et le sexe

Raisons évoquées	Genre				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	N	%	N	%		

Après une sensibilisation	0	0%	22	22%	22	22%
Maladies récurrentes	19	19%	52	52%	71	71%
Après un risque sexuel	4	4%	3	3%	7	7%
Total	23	23%	77	77%	100	100%

Source : notre étude, février à juillet 2022

En effet, [71/100 PVVIH] soit 71% des personnes interrogées déclarent avoir fait leur test de dépistage à la suite de maladies récurrentes. Cette affirmation concerne [19/23 PVVIH] soit 82,6% des PVVIH hommes interrogés contre [52/77 PVVIH] soit 67,5% des PVVIH femmes interviewées. Lorsque les personnes sont malades, faire le test du VIH vient en dernier recours. Le caractère chronique, la gravité, la souffrance et la récurrence qui accompagne la maladie amène les malades à se représenter la maladie, à lui donner un sens.

C'est le constat fait à travers les Propos de l'enquêté.3, PVVIH, 2 ans prise en charge des PVVIH au FSU Affery et nous citons :

« Depuis 2 ans je souffre. Alors j'ai demandé à ma sœur de m'accompagner faire une consultation chez un guérisseur traditionnel. Après la consultation, le guérisseur nous a dit que mon problème de santé est lié à la rivière qui est dans mon village. Quelqu'un de ma famille y est allé et m'a jeté un sort. Il m'a demandé d'acheter des choses pour faire le sacrifice et me libérer de la maladie. Malgré tout cela j'étais toujours malade. Quand on m'a hospitalisé à l'hôpital d'Akoupé, c'est là que j'ai accepté de faire mon test de VIH et on m'a dit que j'ai la maladie du SIDA »

On note également que 22% des personnes interrogées qui sont principalement les femmes disent avoir fait leur test de dépistage VIH suite aux messages de sensibilisations reçus sur la maladie du SIDA et le test VIH.

Nous nous sommes aussi intéressés à la perception des individus interrogés sur le VIH et la maladie

Nous remarquons, à travers le tableau 4 ci-après, que près de ¾ des PVVIH interviewées pensent que le VIH/sida est une maladie comme les autres ; [67/100 PVVIH] soit 67% des enquêtés.

Tableau 4: Répartition des enquêtés suivant leur perception du VIH/Sida et le sexe

Perceptions évoquées	Genre				Total	
	Masculin		Féminin			
	N	%	N	%	N	%
Maladie imaginaire	8	8%	4	4%	12	12%
Maladie comme les autres	11	11%	56	56%	67	67%
Châtiment divin/spirituel	4	4%	17	17%	21	21%
Total	23	23%	77	77%	100	100%

Source : notre étude, février à juillet 2022

Concernant les hommes interviewés, [4/23 PVVIH] soit 17,4% pensent que le VIH/Sida est une maladie d'ordre spirituel, contre [8/23 PVVIH] soit 34,8% qui l'associent à une maladie imaginaire et [11/23 PVVIH] soit 47,8% qui la positionnent en tant qu'une maladie comme les autres.

Quant aux femmes enquêtées, [4/77 PVVIH] soit 5,2% mettent le VIH/Sida dans la catégorie des maladies imaginaires contre [17/77 PVVIH] soit 22,1% pensent que c'est un châtement divin ou spirituel et [56/77 PVVIH] soit 72,7% mettent cela au compte des maladies comme les autres.

À l'analyse de ces réponses cette maladie est vue comme une sanction à une faute individuelle ou collective. C'est le manquement à un rituel, la transgression aux règles sociales, (prostitution, homosexualité, etc.), une épreuve divine. Elle est également vue comme un sort jeté par un sorcier sur des personnes pour se venger ou par méchanceté

Cette idée est corroborée par un médecin interrogé au FSU Affery en ces termes :
« Il y a de cela trois mois, j'ai reçu un séropositif dans ce centre qui m'a dit que sa situation était dû à un sort qu'un membre de sa famille lui aurait jeté. Il m'a aussi raconté qu'il y a des sorciers dans sa famille qui sont contre la réussite des jeunes. Et bien avant lui, dans sa famille, il y a un jeune frère qui est devenu professeur de mathématique et qui était pourtant bien portant. Ce dernier a été frappé par cette même maladie, le sida ».

Nous nous sommes intéressés à la perception des PVVIH interrogées, nous amène à faire une analyse sur comment les PVVIH perçoivent le traitement ARV qui est en somme la justification de leur attitude d'acceptation du traitement ou de son rejet.

Tableau 5: Répartition des enquêtés suivant leur perception du traitement ARV (T/ARV) et le sexe

Perception du T/ARV	Genre				Total	
	Masculin		Féminin			
	N	%	N	%	N	%
Pas contraignant	3	3%	4	4%	7	7%
Moins contraignant	16	16%	27	27%	43	43%
Très contraignant	4	4%	46	46%	50	50%
Total	23	23%	77	77%	100	100%

Source : notre étude, février à juillet 2022

En effet, [4/77 PVVIH] soit 5,2% des PVVIH femmes enquêtées estiment que le traitement ARV n'est pas contraignant contre [27/77 PVVIH] soit 35,1% qui disent que c'est moins contraignant et [46/77 PVVIH] soit 59,7% qui voit en cette trajectoire thérapeutique une très grande contrainte. Quant aux hommes interrogés, cette perception se classe de façon ascendante comme suit : pas contraignant [3/23 PVVIH] soit 13,0% ; très contraignant [4/23 PVVIH] soit 17,4% ; moins contraignant [16/23 PVVIH] soit 69,6%.

Sur le caractère moins contraignant du traitement et positif du traitement, un patient nous a révélé ceci

« Quand j'ai commencé à prendre les médicaments ARV, il fallait prendre un comprimé le matin et deux comprimés le soir. Aussi, il faut prendre les médicaments à la même heure. Vraiment c'était compliqué de respecter surtout quand tu travailles le soir ou quand tu vas aux funérailles. Maintenant là avec le nouveau médicament qu'on nous donne, c'est un comprimé seulement la journée et puis tu peux prendre à n'importe quel moment. » Propos Enq.10, PVVIH, 4 ans prise en charge des PVVIH au CSUCOM Riviera Palmeraie.

L'analyse de ce discours montre que les moments de prise du médicament ont un lien avec la perception des patients sur le traitement.

Les données discours recueillis auprès des malades sur le fait de penser que les ARVs peuvent guérir le sida ne sont pas liées à la sortie des patients du circuit des soins. En revanche, un certain nombre d'idées erronées émises par les patients laissent entrevoir une relation entre ces idées et le statut de perdus de vue.

En effet, les patients qui ne partagent pas l'idée de la guérison du VIH par les moyens tels que la religion, la médecine traditionnelle, etc. ont plus de chance de poursuivre leur traitement comparativement à ceux qui pensent le contraire.

Les propos recueillis chez l'enquêté.1. PVVIH, 3 ans prise en charge des PVVIH au CSUCOM Riviera Palmeraie est un exemple sur les idées préconçues sur le traitement :

« J'ai arrêté de venir chercher les médicaments un moment parce qu'il y a plus de deux ans de cela que je prends les médicaments et je ne suis pas guéri. Alors j'ai donc décidé de voir un tradi-praticien qui pourrait me guérir avec les plantes. Le médicament qu'on prend là a trop de contrainte. Il faut les prendre en se cachant, il faut bien se nourrir avant de les prendre, etc ; »

Nous nous sommes également intéressés à la perception de l'effet du traitement ARV sur la santé des patients.

Tableau 6: Répartition des enquêtés suivant leur perception de l'effet du traitement ARV (T/ARV) sur la santé

Effets du T/ARV sur la santé du PVVIH	Genre				Total	
	Masculin		Féminin			
	N	%	N	%	N	%
Positif	19	19%	65	65%	84	84%
Négatif	0	0%	2	2%	2	2%
Ne sait pas	4	4%	10	10%	14	14%
Total	23	23%	77	77%	100	100%

Source : notre étude, février à juillet 2022

Ce tableau nous montre que, plus de 4/5 des PVVIH interviewées ont une conception positive de l'effet du traitement ARV sur leur santé ; [84/100 PVVIH] soit 85% des enquêtés.

En effet, tous les hommes interviewés ont soit une conception positive du T/ARV [19/23 PVVIH] avec une représentativité de 82,6% ou une conception mitigée [4/23 PVVIH] avec une représentativité de 17,4%. Le traitement ARV leur permet de se maintenir en bonne santé et réduit les maladies opportunistes comme la diarrhée et la survenue de boutons sur le corps

Aussi, certains patients (65%) qui ont participé aux groupes de discussion, pensent qu'il faut arrêter le traitement ARV de temps en temps pour laisser reposer le corps sont-ils plus susceptibles de sortir des soins, tout comme ceux qui pensent qu'il faut arrêter le traitement lorsqu'on commence à se sentir en bonne santé (80%).

« Sincèrement quand je consomme le médicament là, je me sens lourde, j'ai le vertige et j'ai l'impression de me retrouver dans un endroit autre que là où je vis. Je ne sais pas ce qui provoque ça. J'ai dû mal à me lever pour le travail comme si j'avais consommé de la drogue. Quand je suis au bureau, je n'arrive pas à travailler convenablement. Le corps est parfois fatigué d'accepter les comprimés ». Enq. 18. PVVIH, 3 ans prise en charge des PVVIH au CSUCOM Riviera Palmeraie

Par ailleurs, à l'entame du traitement ARV les effets secondaires font que certains patients abandonnent le traitement. Il y a même des proches qui, face à la souffrance de leur frère, sœur ou parent demandent à ces derniers d'arrêter le traitement. Mais certains continuent le traitement malgré les injonctions de ceux-ci. C'est le cas de Enq. 18. PVVIH, 3 ans prise en charge des PVVIH au CSUCOM Riviera Palmeraie qui affirme ceci :

« Quand je prenais ça me faisait des choses, ça me fatiguait. A un moment donné ma grande sœur m'a dit d'arrêter, de venir leur dire que les médicaments me fatiguent. Bon je me suis dit que je vais continuer, quand je serai habituée ça va aller. Effectivement quand je me suis habituée je prenais ça ne me faisait plus rien. (...). Au début, ça fatigue, c'est-à-dire ça te donne la nausée, voilà. Ça m'a fait au moins deux semaines. Donc, ça m'a découragée. Je me suis dit si c'est comme ça, je vais laisser ».

Ces différents troubles vécus par les PVVIH mis sous traitement ARV se présentent parfois au début du traitement. Et parce qu'ils sont « fatigants » et insupportables, ces troubles ont amené certains PVVIH à avoir un désir d'abandon du traitement.

2-1-2. Gestion responsable des informations médicales

La rétention aux soins ARV est marquée par une gestion responsable des informations médicales liées aux statuts du PVVIH. À cet effet, les enquêtés déclarent pour la plupart qu'ils restent silencieux sur leur statut sérologique dans leur environnement social et familial ; [91/100 PVVIH] soit 91% des enquêtés (voir tableau 7 ci-dessous).

Tableau 7 : Répartition des enquêtés suivant l'information ou pas de l'environnement social ou familial sur leur statut sérologique

Environnement social ou familial informé du statut sérologique	Genre				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	N	%	N	%		
Oui	3	3%	6	6%	9	9%
Non	20	20%	71	71%	91	91%
Total	23	23%	77	77%	100	100%

Source : notre étude, février à juillet 2022

Sur les [20/23 PVVIH] soit 87% des hommes interrogés déclarent que leur statut sérologique demeure inconnu de leur environnement socio-familial contre [3/23 PVVIH] soit 13% qui ont informés au moins une personne de leur entourage.

Par ailleurs, cette forte exclusion de l'entourage social et familial concernant l'information sur le statut sérologique est perçue comme une forme de préservation du PVVIH contre les incompréhensions, les rejets et stigmatisation divers dont il peut être victimes (voir le tableau 8 ci-après).

Tableau 8: Répartition des enquêtés suivant les motivations autour du silence sur le statut sérologique

Raisons évoquées	Genre				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	N	%	N	%		
Peur d'être incompris	8	8,8%	8	8,8%	16	17,6%
Peur d'être rejeté	7	7,7%	7	7,7%	14	15,4%
Peur d'être stigmatisé	5	5,5%	56	61,5%	61	67,0%
Total	20	22%	71	78%	91	100%

Source : notre étude, février à juillet 2022

Notons que, le silence autour du statut sérologique de PVVIH est associé à la peur. Cette peur est matérialisée au niveau des hommes par l'incompréhension [8/20 PVVIH] soit 40%, le rejet [7/20PVVIH] soit 35% et la stigmatisation [5/20 PVVIH] soit 25% des hommes enquêtés. Quant aux femmes, elles sont marquées par la peur de la stigmatisation [56/71 PVVIH] soit 78,9%, de l'incompréhension [8/71 PVVIH] soit 11,3% et du rejet [7/71 PVVIH] soit 9,9%.

De plus, parmi les enquêtés qui ont informés au moins une personne de leur environnement social et familial, nous avons [4/9 PVVIH] soit 44,4% qui ont porté leur statut à la connaissance d'une ami.e contre [3/9 PVVIH] soit 33,3% à leur conjoint et [1/9 PVVIH] soit près de 11,1% à leurs parents (voit tableau 9 ci-après).

Tableau 9: Répartition des enquêtés suivant le groupe de personnes informés du statut sérologique

Groupe de personne informés du statut sérologique	Genre				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	N	%	N	%		
Conjoint.e	1	11,1%	2	22,4%	3	33,3%
Parents (Père, mère, sœur, frère...)	0	0%	1	11,1%	1	11,1%
Ami.e/connaissance	2	22,2%	2	22,2%	4	44,4%
Collègue/patron	0	0%	1	11,1%	1	11,1%
Total	3	3%	6	6%	9	100%

Source : notre étude, février à juillet 2022

En effet, les PVVIH qui ont partagés l'information de leur statut sérologique à une tierce personne mentionnent en grande partie que leur ami.e/connaissance et /ou leur conjoint.e sont les personnes avec qui ils partagent l'information sur leur statut sérologique ; [7/9 PVVIH] soit près de 77,8% de cette catégorie de PVVIH interviewée.

2-2. Conscience aux soins ARV à la lumière des affections familiales et de la médecine traditionnelle

2-2-1. Affections familiales convoquées

Les données de l'étude indiquent que des personnes interrogées perçoivent le VIH comme une maladie fatale, un sort qu'on a lancé par les sorciers, une punition divine. Ce témoignage illustre bien ce fait.

« Je me suis rendu à l'hôpital sur recommandation de mon frère médecin car je tombais malade de façon récurrente. Au cours de la consultation avec le médecin, il m'a proposé de faire le test de sida, chose que j'ai accepté, car mon mari le lui fait régulièrement avant ses voyages. La dame qui a fait le test me dit que le test est positif. J'ai compris que la malédiction ne cesse de s'abattre sur moi. Chaque fois que j'ai un bonheur, le malheur vient. Dieu me punit parce que je n'ai pas respecté mon corps. Je suis sorti avec plusieurs hommes. Quand j'ai pris les médicaments, je ne suis plus retournée à l'hôpital car pour moi la maladie est spirituelle. Situation a duré plusieurs moi. (...). Mais, après la visite du conseiller communautaire. J'ai repris mes soins ». Propos Enq.30, PVVIH, 3 ans prise en charge des PVVIH au CSUCOM Palmeraie.

Nous pouvons noter que le caractère chronique, la gravité, la souffrance et la récurrence qui accompagnent la maladie amène les malades à se représenter la maladie, à lui donner un sens. Ainsi, l'étiologie de la maladie empreinte de préjugés, arrache le VIH/ sida à la notion de transmission par des pratiques sexuelles déviantes ou impures, faisant en sorte que le corps vu comme dangereux et contaminant (O. Labra et A. Lacasse, 2015). Le schème de cette représentation se manifeste aux yeux des PVVIH comme étant impropre, fécondé par des habitudes de vie douteuses ou par une moralité mal vue. Ce qui se traduit principalement par des images injectées dans une préoccupation pour la vie du couple et la procréation en raison de la pression qu'exerce l'entourage social (K. Atta, 2012).

Par ailleurs, les perceptions des patients concernant la rétention aux traitements antirétroviraux sont construites à partir de la présentation que les conseillers communautaires, les assistants sociaux et les médecins font des traitements antirétroviraux au stade de l'inclusion et au cours de la consultation mensuelle. Cette présentation dans sa dimension informative, insiste davantage sur les effets positifs, sur la chance de bénéficier d'un tel traitement, et sur les contraintes de l'observance, que sur les éventuels effets secondaires, peu explicités. Cette dernière idée est corroborée par un médecin interrogé, en ces termes.

« Il y a de cela trois mois, j'ai reçu un séropositif dans ce centre qui m'a dit que sa situation était dû à un sort qu'un membre de sa famille lui aurait jeté. Il m'a aussi raconté qu'il y a des sorciers dans sa famille qui sont contre la réussite des jeunes. Eh bien avant lui, dans sa famille, il y a un jeune frère qui est devenu professeur de mathématique et qui était pourtant bien portant. Ce dernier a été frappé par cette même maladie, le sida. Je lui ai dit que cela peut être vrai, mais il est nécessaire et important pour lui de prendre toutes les dispositions pour améliorer son état de santé avec en suivant régulièrement son traitement ARV. ». Propos Enq.31, Médecin assurant la prise en charge des PVVIH au CSUCOM Palmeraie.

À l'analyse de ces discours cette maladie est vue comme une sanction à une faute individuelle ou collective. C'est le manquement à un rituel, la transgression aux règles sociales, une épreuve

divine. Elle est également vue comme un sort jeté par un sorcier sur des personnes pour se venger ou par méchanceté. Ce qui fait développer le stigma social culturellement enraciné. Ainsi, l'examen des comportements des soignants, de leurs représentations et leurs attitudes relatives à la gestion des patients qui ont connu une interruption de suivi médical (rendez-vous manqué ou arrêt de traitement qui ont repris le traitement) montre que certains prestataires de santé véhiculent une vision très normative des prescriptions médicales.

Par ailleurs, les prestataires de santé interrogés disent indiquer le « *meilleur chemin* », « *la bonne voie* » à leurs patients. Plus que des recommandations, ce sont des conduites à suivre qui sont édictées. La norme médicale s'érige en loi. En conséquence, les patients qui ne suivent pas les recommandations sont perçus comme déviants, vivant ainsi dans la « *clandestinité* ». Certains sont qualifiés de « *rebelles* ». Face à eux, les prestataires de santé adoptent des attitudes qui varient selon la perception qu'ils ont des causes de la rupture du suivi du traitement. Aussi, si les ruptures sont perçues légitimes puisque liées à des contraintes socio-économiques, les soignants s'avèrent compréhensifs et conciliants. Mais, dès lors que ces causes sont perçues illégitimes, puisque relevant d'un « *manque de volonté* » du patient, les soignants adoptent des attitudes coercitives. Le mode de communication est alors basé sur les remontrances et la culpabilisation, rendant tout dialogue difficile, compromettant la collaboration soignant-soigné et enfin, renforçant l'asymétrie de la relation.

2-2-2. Médecine traditionnelle convoquée

Les données recueillies font émerger des attitudes et images qui laissent entrevoir une relation entre les traitements ARV et la guérison du VIH comme le précise l'enq.28 illustre en ces termes.

« Durant mon parcours de soins, j'ai arrêté un moment de venir chercher les médicaments un moment parce qu'il y a plus de deux ans de cela que je prends les médicaments et je ne suis pas guéri. Alors j'ai donc décidé de voir un praticien qui pourrait me guérir avec les plantes. (...). Tu sais, le médicament qu'on prend là a trop de contrainte. Il faut les prendre en se cachant, il faut bien se nourrir avant de les prendre, etc » Propos Enq.28, PVVIH, 3 ans de prise en charge des PVVIH au CSU Afféry

Certes, les combinaisons d'antirétroviraux (ARV), apparues en 1996 et la combinaison fixe le Dolutegravir apparue en 2017 ont permis de réduire de plus de 85% la mortalité des patients et leur action n'est pas seulement thérapeutique puisqu'elle offre une meilleure tolérance, moins de réactions indésirables aux médicaments, moins d'interactions médicamenteuses et une plus grande barrière génétique à la résistance. Aussi, pour traiter les personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les médicaments antirétroviraux sont disponibles à l'échelle planétaire, grâce à la mobilisation de la communauté internationale. Par ailleurs, la recherche est essentielle pour offrir aux patients non plus un traitement à vie, mais une rémission durable comme le montre ce discours.

« Sincèrement quand je consomme le médicament là, je me sens lourde, j'ai le vertige et j'ai l'impression de me retrouver dans un endroit autre que là où je vis. Je ne sais pas ce qui provoque ça. J'ai dû mal à me lever pour le travail comme si j'avais consommé de la drogue. Quand je suis au bureau, je n'arrive pas à travailler convenablement. Le corps est parfois fatigué d'accepter les comprimés ». Propos Enq.38, PVVIH, 3 ans de prise en charge des PVVIH au CSUCOM Palmeraie

Il ressort de tout ce qui précède que les patients n'ont pas une bonne connaissance du traitement ARV (son fonctionnement, son implication sur l'état de santé du malade). Cette perception qu'ils ont du traitement est alimentée par des pesanteurs socioculturelles qui influencent leurs attitudes à l'endroit du traitement ARV. Ils le perçoivent comme une contrainte, quelque chose qui vient déconstruire leur quotidien, leurs rapports sociaux avec leur entourage. Cette conception montre la nécessité de redoubler d'efforts pour développer de nouvelles options thérapeutiques. Il ne faut pas oublier que si les ARV permettent aux patients de vivre avec le VIH, le traitement de cette infection chronique reste lourd. Les trithérapies, qui ne sont pas dépourvues d'effets secondaires, doivent être prises à vie, avec une observance sans faille. Pourtant, elles n'éliminent pas totalement le virus, dont la persistance au sein de réservoirs est associée à une inflammation chronique et généralisée du système immunitaire. Les patients ne récupèrent pas une espérance de vie totalement identique à la population générale puisqu'ils présentent, entre autres, des risques accrus de maladies cardiovasculaires, neurologiques, de cancer et de vieillissement précoce de l'organisme (F. Barré-Sinoussi, *op.cit*). Souvent, la maladie et ses contraintes médicales s'intègrent brutalement dans la vie des individus puisque formulées comme autant de nouvelles normes auxquelles se conformer et finalement, autant de difficultés qui se rajoutent à celles préexistantes.

Ainsi, si lesdites recommandations sont évidemment mentionnées pour le bien des patients, leur formulation est néanmoins déterminante dans leur acceptation par les patients et par ricochet pour le maintien du patient dans le circuit de soins. Certaines attitudes des soignants ne permettent pas aux patients de se réappropriier leur maladie et d'acquérir une autonomie dans la gestion de leur infection. Cette autonomie est pourtant nécessaire pour s'astreindre au suivi de l'infection.

2-3. Résilience aux pesanteurs sociaux comme ciment de la rétention aux soins ARV

2-3-1. Normalité sociale retrouvée

Les propos des enquêtés attestent de l'importance, pour les patients, de la disparition des principaux symptômes. L'effacement du malaise, cette restauration clinique annule le stigmate et redonne à l'individu une normalité sociale qui lui permet de retrouver son statut antérieur. La plupart des patients expriment leur « reconnaissance » vis-à-vis du service d'accès aux soins ARV pour ce retour à la santé. L'un des déterminants essentiels de la qualité de vie sous ARV est le fait d'être ou non le seul à connaître son statut sérologique, et la prise en charge médicale qu'il exige.

« (...) Il y a un patient qui se disait qu'il n'a plus beaucoup de temps à vivre par ce que le VIH est une maladie incurable. (...). Je lui ai dit que c'est vrai cette maladie est incurable, mais l'associée à la durée de vie sur terre reste totalement infondée. Grâce aux traitements ARV, l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH tend à rejoindre celle de la population générale. Le virus évolue très lente et les traitements sont de plus en plus efficaces. Donc, vous avez beaucoup d'année devant vous. Depuis lors, les signes cliniques de ce patient ont disparu et il continue de respecter ces rendez-vous ! ». Propos Enq.25, Conseiller communautaire assurant la prise en charge des PVVIH au CSUCOM Palmeraie.

Ainsi, le progrès médical acquis grâce aux ARV suscite une évolution manifeste sur le plan des images et des attitudes face aux VIH en contexte de COVID 19. Mais, l'amendement des représentations sociales du sida pour les autorités sanitaires reste un défi. En effet, si les patients s'accommodent des contraintes liées au traitement, le vécu de l'atteinte par le VIH reste marqué par la crainte d'être découvert, stigmatisé et rejeté, aussi par la peur d'être contaminant, bien après la disparition des signes cliniques et la restauration des capacités physiques.

2-3-2. Visions sociales amendées

Des données de l'étude mettent en avant une vision amendée du statut sérologique de la personne humaine. Le discours suivant fait ressortir cette réalité sociale liée à la prise en charge des PVVIH.

« Aujourd'hui, le COVID 19 tue plus vite que le SIDA ! Moi, je traîne ma maladie depuis plusieurs années. Mais, je vie. Mieux encore, j'arrive à vaquer à mes occupations quotidiennes ! Tout simplement parce que j'ai appris à m'accepter moi-même. Si tu n'arrives pas à t'accepter toi-même, ton entourage aura du mal à t'accepter ! (...). Avec les progrès de la médecine, on peut bien vivre avec le VIH sans faire la maladie. Mais, pour cela il faut respecter les consignes des spécialistes de la santé. (...). Aujourd'hui, il est facile de faire un enfant quand on est séropositif. (...). Pour l'entourage familial, amical, voisinage et socio-professionnel, il faut savoir prendre son temps et faire attention au choc pour ceux et celles qu'on aime. (...). Il peut avoir un changement de regard extérieur sur ta personne. (...). Certes, cacher la vérité ou inventer des histoires est difficile, et parler de sa séropositivité à sa famille ou à ses proches peut être libérateur. Mais si on pense que cela n'apportera pas d'avantages, autant ne rien dire. (...). Le plus important c'est savoir exactement que dire et quand parler de la séropositivité. À chacun de développer, au fil du temps, ses propres stratégies pour composer avec son entourage et se préserver. (...). En tout cas, chacun a le droit à une intimité, à un jardin secret. On n'a pas à répondre sur les conditions de contamination si on n'en a pas envie ! » (Propos Enq.14, PVVIH, 7 ans de prise en charge des PVVIH au CSUCOM Palmeraie).

En effet, cette vision passe par une image revisitée de la PVVIH ensemencée dans des discours convoquant l'acceptabilité de son statut sérologique comme toutes autres maladies chroniques qui viennent rectifier son mode de vie. Ce mode de vie concerne principalement le respect des rendez-vous de soins, la compréhension des attributs de son statut sérologique et la conduite à tenir face à son environnement social.

2-3-3. Sédentarisation des espaces de soins ARV

Consultations, dépistage ou prélèvement du sang, analyse des prélèvements et test de la charge virale comme trajectoire socio-médicales des patients PVVIH.

La prise en charge des patients PVVIH dans les centres de santé communautaire est assurée d'abord par les médecins pour les consultations, ensuite, les aides-soignantes spécialisées dans le dépistage et le prélèvement du sang du patient, le laboratoire pour l'analyse des prélèvements et la vérification de la charge virale enfin les conseillers ou conseillères de communauté sont amenés à faire des visites chez les patients, leur promulguer des conseils, veiller à la continuité et au respect de la prise des médicaments. Aussi, il faut noter que les sages-femmes et le personnel en pharmacie interviennent également dans cette prise en charge des patients.

« Moi je ne fais pas de prise en charge, je fais le dépistage, on veut des volontaires envoyés par un médecin, quand on dit volontaire, c'est ceux-là même qui viennent d'eux même ou soit il vient pour connaître son statut sérologie ou soit c'est le médecin qui l'envoie par ce qu'il a vu quelque chose qui ne va pas, là quand il vient, je le prépare déjà, parce que tout commence (...) les conseillères, tout commence dessus par ce que quand quelqu'un vient, c'est pour

une par une force cardiaque, pour une première personne même s'il fait son test, il faut que je fasse la vérification pour voir même si la personne est séropositif (...) les petits conseils qui sont là, ça ne manque pas, je fais ton dépistage, je te prépare déjà moralement à accepter comme ça ton statut, d'abord ton résultat, je te prépare comme ça à prendre tes médicaments, quand je finis ton coaching, je t'ai préparé moralement déjà à prendre tes médicaments ».

« Donc quand le malade arrive, il part d'abord chez le médecin, de là-bas il vient chez nous et d'ici, on le confie aux conseillers de la communauté. (...). Je souhaite que les médecins s'impliquent dans la prise en charge parce qu'on dirait eux ils voient ça en autre chose » (...). « Quand je vois que la personne est négative, la seule chose que je peux faire c'est de la conseiller et lui donner un rendez-vous six (6) mois après au point de voir s'il a respecté les consignes qu'on lui a donné, il n'est pas couché avec des personnes sans préservatif, bon voir si tu as suivi tous les conseils qu'on t'a donné et on fait ton dernier test, s'il est négatif, on lui redonne rdv 1 an après ». (Propos Enq.2, Conseiller communautaire, 8 ans de prise en charge des PVVIH au FSUCOM Affery).

2-3-4. Familiarisation des rapports de soins

Le rapport entre personnel soignant et les patients PVVIH est d'une part fraternel et d'autre part amical. Notons que le personnel soignant développe des rapports de fraternité avec ses patients. Ils forment tous une famille malgré leur épidémie. Cet état de fait permet au patient de se faire dépassement moral et d'oublier son handicap.

Les liens amicaux qui se créent sont dus par le fait que les conseillères communautaires entreprennent parfois des visites chez les patients pour leur apporter leur compassion, tout en prodiguant des conseils (comment se tenir et s'auto-prendre en charge) pour retrouver un meilleur état de santé. Ceci met en évidence le rapport familial et amical du personnel soignant à l'égard des patients PVVIH.

« Le centre dispose des conseillers de la communauté, pour connaître chez eux à la maison, donc quand ils ne viennent pas comme ça et que ça fait 2 semaines, ces conseillers-là vont chez eux pour parler avec eux, mais il y a d'autres qui disent carrément qu'ils ne viennent pas donc quand c'est comme ça et que la personne insiste, on ferme son dossier ». (...). « On est ami à eux, ce n'est pas facile de vivre avec cette maladie, donc quand ils viennent comme ça, on essaie de mettre nos problèmes de maison de côté, on essaie d'être jovial, d'être accueillant, en tout qu'à, il y a beaucoup on est ami à eux, on leur dit qu'on forme une famille. Si certains ne reviennent plus c'est à cause de ces pasteurs-là, souvent quand ils s'en vont là, ils ont plus confiance en leur pasteur là que ce qu'on leur dit. Sinon rien n'est payant chez nous, on ne paie pas les médicaments ». (...). « un jour on était venu, il y avait un monsieur qui nous exhortait qu'on a qu'à prendre les médicaments, que si on a sida, ce n'est pas la fin du monde, que, il y a des gens qui n'ont pas ça mais ils meurent donc si nous on a ça et on vit encore, donc on a qu'à prendre les médicaments et au fur et mesure on allonge, ils vont envoyer(...) peut être on va plus prendre les petits comprimés comme ça, donc ce qui est sûr, on a qu'à prendre les médicaments, on est en bonne santé, on est là, donc quand il a dit ça, ça m'a donné la force quoi ». (...). « Tout ce qu'il faut, on leur donne conseil, si un patient n'est pas encore conscient de sa situation, pour venir à tes rendez-vous, là, les conseillères

sont acculées pour ça, moi je ne peux rien dire ». (...). « Je dois te convaincre à accepter ton statut, et quand tu arrives ici, elles aussi, elles vont te donner des conseils, un patient ne sort pas d'ici sans prendre ses médicaments » (Propos Enq.8, Conseiller communautaire, 7 ans de prise en charge des PVVIH au FSUCOM Affery).

Cette conception peut se comprendre à travers la conscience sanitaire associée aux espaces de soins. En effet, présente l'hôpital se présente souvent comme le cadre social d'un drame perso-original dans ses résonances douloureuses (B. Chenot, 1960). Le problème de la rétention aux soins ARV est en même temps celui d'une société qui s'organise pour une meilleure prise en charge de la pandémie et celui des PVVIH qui souffrent. Les espaces de soins réunissent dans ce cas de figure une unité de lieu, le malade et le médecin reflétant la nature des relations entre l'État et les PVVIH.

Alors, l'idée de participation ou de maintien aux soins repose sur une expression imagée en "tous pour un, un pour tous" contre le VIH. Cette conception oublie la diversité contradictoire des intérêts, et en particulier des rapports de domination. Car la participation requiert des enjeux ou des profits de l'opération de participation. Ladite opération s'opère soit au profit du malade ou des institutions de santé publique (D. Fassin et E. Fassin, (1989). Aussi, l'une des réalités essentielles du SIDA est le fait qu'il constitue une maladie de la pauvreté, de l'isolement, de l'exclusion, de l'injustice, du sous-développement et de l'exploitation sexuelle et économique (M. Lallemand et S. Le Cœur (1995). Le traitement ARV est à la fois le moyen et le moteur d'une solidarité entre l'État promoteur de la santé publique et les PVVIH en contexte de soins.

Certes, la maladie s'inscrit souvent dans un registre de souffrance. En cela, la médecine est l'une des pratiques basées sur une relation sociale pour laquelle la souffrance est la motivation fondamentale et l'espoir d'être aidé et peut-être guéri (P. Ricœur (1996). Tout dépend de la conscience sanitaire tournée vers le maintien aux soins.

3. Discussion

3-1. Connaissance bio-médicale, un outil de décision et d'adhésion aux soins ARV

L. Mamosi (1983), indique que les services de documentation doivent avoir des objectifs. Ces objectifs peuvent se limiter au service concerné ou être en rapport avec l'institution de tutelle. Toutefois, les objectifs doivent indiquer le travail à faire, la voie à suivre et le point à atteindre. En d'autres termes, les objectifs constituent un guide, un aide-mémoire et un point de repère. Pour un service donné, ils précisent ce qu'il faut réaliser, la quantité, la qualité ainsi que le pourquoi de ce travail. Alors, fixer les objectifs, c'est déterminer à l'avance ce qu'il faut faire, visualiser l'ensemble des activités et le point d'arrivée.

G. Chouinard (1995 : 89) fait remarquer que l'information biomédicale connaît une croissance exponentielle et les limites de la mémoire humaine ne permettent plus, même dans un domaine restreint, de suivre l'évolution des connaissances. D'où l'importance de remplacer le programme traditionnel des études médicales basé sur la transmission des connaissances et la mémorisation, par une formation adaptée à la complexité et à la révolution des connaissances visant la solution de problèmes et la gestion de l'information.

R. Aubin (1995 :82) montre que l'abondance même de la littérature bio-médicale oblige à faire un choix. L'auteur soutient sa pensée par le fait que l'utilisateur n'est pas toujours préparé à porter un jugement de valeur sur les textes qu'il a entre les mains. C'est en cela que le spécialiste en information médicale a pour rôle essentiel d'évaluer le sérieux des études scientifiques (méthodologie, révision par les pairs, etc.) et former le jugement critique des usagers. En effet, les bibliothèques bio-médicales ont certes ouvert leurs portes aux nouvelles technologies. Mais, doivent prendre le leadership dans leur établissement. Cela exige de bien les connaître et de se tenir au courant des développements pour être en mesure de former les usagers à ces nouveaux outils.

S. Tietse (2004 : 295), pense que l'enjeu majeur d'une médecine forte reste la qualité des soins. Pour l'auteur, cette qualité des soins est conditionnée par une pratique clinique qui s'appuie sur des preuves scientifiques solides lorsqu'elles sont disponibles et sur l'actualisation des connaissances des médecins. Ces exigences obligent les professionnels de la santé à s'informer ou se former en toute confiance. Pour y parvenir, ils doivent rechercher et cerner l'information pertinente parmi toute celle accessible à travers diverses sources.

Pour M. Tanti (2017 : 56), le nombre de données circulant sur Internet a littéralement explosé ces dernières années. Ce phénomène amène les organisations de santé publique à porter une attention particulière à ces différentes formes de données, entre autres pour orienter les politiques décisionnelles. Pour l'auteur, l'exploitation des données massives collectées, analysées, filtrées et diffusées dans le dispositif permet aux décideurs et aux experts du Service de santé de suivre en temps quasi réel la dynamique épidémique de la maladie. Ces données permettent également aux utilisateurs d'avoir une connaissance permanente et fine de la menace liée la maladie, en particulier de mortalité élevée, d'absence de traitements et de vaccins. Cette connaissance a été particulièrement prégnante stratégiquement, pour faire face à une épidémie d'ampleur sans précédent qu'est l'Ebola. Elle a permis aux décideurs de dédier un centre de traitement dédié exclusivement au personnel des soignants d'Ebola (CTS) en 2015 en Guinée.

L'étude sur la question de la rétention à la thérapie ARV indique que la connaissance de la maladie et la gestion responsable des informations médicales des patients favorisent la rétention des PVVIH au centre de santé communautaire urbain de la Riviera Palmeraie et la formation sanitaire urbaine d'Afféry.

3-2. Résilience en contexte de maladie à l'épreuve des soins ARV

M. Anaut (2005) annonce que dans le champ de la clinique et des soins, les apports de la résilience et des facteurs de protection sont convergents, complémentaires face aux risques et à la vulnérabilité des personnes. Pour l'auteur, la résilience enrichit la clinique en proposant de nouvelles perspectives dans la compréhension de la souffrance et la prise en charge des patients dans le vaste secteur sanitaire et social.

Pour M. Anaut (2015), les pratiques cliniques dans les domaines sanitaires et sociaux ont connu une mutation importante au cours des dernières décennies en s'affranchissant du cadre de référence du modèle psychopathologique. En effet, que ce soit en psychologie et psychiatrie comme dans les divers champs de la santé et des interventions socio-éducatives, nous sommes passés d'une approche essentiellement centrée sur la prise en compte des défaillances, de la vulnérabilité et des facteurs de risque des sujets, à l'identification des ressources, des compétences et des facteurs de protection. C'est en ce sens que le terme de résilience fait référence aux compétences trouvées-crées

par des individus pour faire face à des situations délétères comme les événements de vie traumatiques, les accidents, les maladies, les handicaps, les carences affectives graves et la grande précarité.

D. Laflamme et J. J. Lévy (2016), mettent en évidence la diversité des populations (enfants, adolescents, adultes et personnes âgées), l'extension du réseau de soutien familial et externe (système médical et hospitalier), le type de relations parentales (enfants, époux, épouse, frères et sœurs, grands-parents), le degré d'investissement dans les soins et le suivi des malades. Pour ces auteurs, les caractéristiques sociodémographiques, cognitives, affectives, relationnelles et de personnalité jouent aussi un rôle important dans les stratégies et les modes d'ajustement adoptés par les proches aidants.

Pour l'OMS, (2021), la maladie à coronavirus (COVID-19) a eu un impact considérable sur tous les secteurs de la société, entraînant un recul dans les gains en matière de santé et les efforts pour atteindre la couverture sanitaire universelle. La réorientation des ressources du système de santé pour agir face à la pandémie de COVID-19 a entraîné une perturbation prolongée des services de santé essentiels. De nouveaux obstacles à la demande de soins de santé, tels que la restriction des déplacements, la réduction de la capacité de paiement et la peur de l'infection, ont posé des défis supplémentaires et sans précédent, sans parler de la dure réalité, dans de nombreux contextes, de l'insuffisance des articles pour la lutte anti-infectieuse et des capacités de test. La couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire sont des objectifs complémentaires.

Pour Z. ORA et al., (2022), la soutenabilité d'un système de santé est sa capacité à maintenir ses fonctions essentielles en résistant aux stress internes et externes, notamment les défis économiques, épidémiologiques et environnementaux auxquels il doit faire face. La résilience d'un système de santé est sa capacité à prévenir, absorber, s'adapter et rebondir face à une crise tout en minimisant les impacts négatifs sur la santé de la population, les services de santé et l'économie en général.

La présente étude a montré que les acteurs de soins mobilisent divers repères de soins pour se construire une identité thérapeutique influençant la rétention aux soins ARV au centre de santé communautaire urbain de la Riviera Palmeraie et la formation sanitaire urbaine d'Afféry.

Conclusion

En somme, des contraintes, effets somatiques et significations sociales sont en constante interaction dans la conscience sanitaire des PVVIH et des acteurs aux soins ARV. Chacune d'entre elles occupe une place relative importante en fonction des acteurs, de leurs conditions matérielles d'existence et de leur statut social. Ces modalités et les positions des PVVIH dans la chaîne thérapeutique peuvent évoluer au cours du traitement. Ainsi, le traitement antirétroviral retentit de multiples manières sur la façon dont les PVVIH vivent leur maladie et sur les perceptions qu'ils ont de ces soins. Mais, les relations avec l'environnement social des PVVIH, chargent le maintien aux soins ARV de significations variées et transformables au cours du traitement. Par ailleurs, les vecteurs sociétaux sont essentiels si l'on veut que le programme de lutte contre le VIH soit efficace. La protection sociale sensible au VIH permet aux personnes vivantes avec le VIH de bénéficier du même service avec le reste de la population. Ce qui éviterait l'exclusion de ce groupe. Cette protection sociale sensible au VIH éviterait la stigmatisation. Aussi, la transformation des normes sociales néfastes, la réduction de la discrimination et des inégalités fondées sur le sexe, la promotion de l'émancipation des femmes et la réalisation de la santé sexuelle et reproductive et des droits des femmes et des filles, des hommes et des garçons dans toute leur diversité (populations clés) sont

cruciales pour le maintien des patients aux soins. Souvent des barrières empêchant ces personnes de participer pleinement à la riposte au VIH et de bénéficier des services et du soutien dont elles ont besoin. Pour le maintien du PVVIH dans les soins ARV, la société doit être transformée pour être plus inclusives et respecter, protéger et réaliser les droits de chacun. En plus, il faudra continuer d'innover pour mettre au point de nouvelles technologies biomédicales et des stratégies de prestation de services encore plus efficaces afin d'accélérer les progrès vers l'éradication du sida. Cette mise en œuvre des progrès biomédicaux doit être fondée sur le droit humain, les besoins prioritaires des malades et s'inscrire dans le cadre des approches communautaires inclusives. En fin, il faut investir davantage dans la mise au point d'un vaccin contre le VIH et d'un traitement curatif.

Références bibliographiques

- AMAT-ROZE Jeanne-Marie, (2000), Une maladie émergente exemplaire : l'infection à VIH/Sida. Les faits africains, In : *Espace, populations, sociétés, Maladies émergentes et reviviscentes*, pp. 167-178.
- ANAUT Marie, (2005), "Le concept de résilience et ses applications cliniques", In : *Association de Recherche en Soins Infirmiers*, « Recherche en soins infirmiers » 2005/3 n° 82, pp. 4-11.
- ANAUT Marie, (2015), "La résilience : évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques", In : *Association de Recherche en Soins Infirmiers*, « Recherche en soins infirmiers » 2015/2 n° 121, p. 28-39.
- ATTA Kouamé, (2012), "Approche psychoqualitative du VIH/sida en contexte africain : cas du vécu de l'infection chez des patients du Service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) d'Abidjan", In : *Recherches qualitatives*, 31(1), pp. 130-151.
- AUBIN Robert, (1995), "Les 200 visages des bibliothèques de la santé", In : *Documentation et bibliothèques*, 41(2), pp. 77-82.
- AVENTIN Laurent, (1996), "Appréhension du VIH/sida dans le secteur privé à Abidjan : stratégies d'entreprises et médecins du travail", In : *Journal des anthropologues-Anthropologie, entreprise, entrepreneurs*, n°66-67, pp. 211-223.
- BARRÉ-SINOUSI Françoise, (2012), "Dix ans de combat pour la santé globale. Vers un monde sans VIH", In : *Le diplomatique, Janvier 2012*, pp. II-III.
- BEKELYNCK Anne, (2014), "Le rôle des entreprises privées dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire : des vecteurs d'une utopie sociale aux partenaires d'une action publique", In : *Lien social et Politiques*, (72), pp. 129-149.
- BENTZ Laurence, (2002), "Quelles conditions opératoires pour améliorer l'observance aux antirétroviraux en Côte d'Ivoire ? (Commentaire)", In : *Sciences sociales et santé, Volume 20, n°2*, pp. 31-38.
- BIBEAU Gilles, (1991), "L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes", In : *Anthropologie et Sociétés*, 15(2-3), pp. 125-147.
- CHENOT Bernard, (1960), "Les problèmes de la santé publique", In : *Revue des Deux Mondes (1829-1971)*, (1er MAI 1960), pp. 19-28.
- CHOUINARD Germain, (1995), "Le rôle d'une bibliothèque des sciences de la santé dans un Système Intégré pour la Gestion de l'Information Biomédicale (SIGIB)", In : *Documentation et bibliothèques*, 41(2), pp. 89-93.
- DELAUNAY Karine et VIDAL Laurent, (2002), "Le sujet de l'observance. L'expérience de l'accès aux traitements antirétroviraux de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire", In : *Sciences sociales et santé, Volume 20, n°2*, pp. 5-29.
- FASSIN Didier et FASSIN Eric, (1989), "La santé publique sans l'État ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal" In : *Revue Tiers Monde, Octobre-Décembre 1989, Vol. 30, n° 120 (Octobre-Décembre 1989)*, pp. 881-891.
- FASSIN Didier, (1997), "L'internationalisation de la santé : entre culturalisme et universalisme", In : *Esprit, Février 1997, n° 229 (2) (Février 1997)*, pp. 83-105.
- GOBATTO Isabelle et LAFAYE Françoise, (2005), "Petits arrangements avec la contrainte. Les professionnels de santé face à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire)", In : *Sciences sociales et santé, Volume 23, n°1*, pp. 79-108.

- GOBATTO Isabelle et LAFAYE Françoise, (2007), "De l'Art d'accommoder le modèle biomédical ou comment rendre « convenables » et « recevables » des protocoles de prévention à Abidjan (Côte d'Ivoire)", In : *Sciences sociales et santé, Volume 25, n°3*, pp. 5-29.
- GUENNIF Samira et MFUKA Claude, (2003), "La lutte contre le sida en Thaïlande : de la logique de santé publique à la logique industrielle", In : *Sciences sociales et santé, Volume 21, n°1*, pp. 75-98.
- LABRA Oscar et LACASSE Anaïs, (2015), "Représentations sociales du VIH/sida chez les étudiants de niveau universitaire d'une région éloignée du Québec", In : *Revue canadienne de service social, 32(1-2)*, pp.167-186.
- LAFLAMME Diane et LÉVY Joseph Josy, (2016), "La maladie grave et le deuil vécus en contexte familial : la contribution des modèles théoriques et des démarches intégratives à l'avancement des recherches", In : *Enfances Familles Générations* [En ligne], 24 | 2016, mis en ligne le 15 août 2016, consulté le 17 janvier 2023. URL : <http://journals.openedition.org/efg/1042>
- LALLEMANT Marc et LE COEUR Sophie, (1995), "Expérimentation clinique des vaccins contre le VIH : Dilemmes scientifiques et éthiques", In : *History and Philosophy of the Life Sciences, 1995, Vol. 17, n° 1, La construction historique des vaccins*, pp. 151-169.
- LEPLÈGE Alain et BLANC Philippe, (2000), "Éthique et santé publique", In : *Le corps humain sous influence : La bioéthique entre pouvoir et droit, n°3*, pp. 66-81.
- LEROY Valériane, (2004), "L'inégalité des sexes face à l'infection par le VIH-sida en Afrique : un cercle vicieux anthropologique, sociologique, épidémiologique et clinique, facteur d'entretien de l'épidémie", In : *Sciences sociales et santé, Volume 22, n°3, « Genre et Santé »*, pp. 71-85.
- LINGANI Salfio et KORBÉOGO Gabin, (2015), "Le VIH/sida comme accident au cours d'une vie : lente découverte, gestion sociale et exclusion des femmes séropositives au Burkina Faso", In : *Recherches féministes, 28(2)*, pp. 243-264.
- MAMOSI Lelo, (1983), "L'avenir de la profession de science de l'information en Afrique", In : *Documentation et bibliothèques, 29(1)*, pp. 23-30.
- MAYAUX Marie-Jeanne, (2004), "Multithérapies antirétrovirales et procréation : données épidémiologiques", In : *Sciences sociales et santé, Volume 22, n°3, « Genre et Santé »*, pp. 41-44.
- MSLS et PNLS, (2020), *Directives nationales 2015 de Prise En Charge des Personnes Vivant avec le VIH*, Abidjan : Ministère de la Santé et de la lutte contre Sida (MSLS) et le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), 32p.
- OMS, (2021), *Renforcer la résilience du système de santé pour instaurer la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire pendant et après la COVID-19*. Exposé de la position de l'OMS, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021, 54p. (WHO/UHL/PHC-SP/2021.01). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- ONUSIDA, (2021), *Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026 mettre fin aux inégalités, mettre fin au SIDA*, Genève : ONUSIDA, 164p.
- ORA Zeynep, GANDRÉ Coralie et WHARTON George, (2022), *Soutenabilité et résilience du système de santé français*, Document de travail, DT n° 88 Juin 2022, 56p.
- RAYNAUT Claude, (1997), "L'Afrique et le sida : questions à l'anthropologie, l'anthropologie en question", In : *Sciences sociales et santé, Volume 15, n°4, Sida : nouvelles perspectives en anthropologie et en sociologie ?* pp. 9-38.

- RÉMY Gérard, (1995), "Les infections par le VIH dans l'espace africain. Une mise en question géographique", In : *Espace, populations, sociétés, La géographie de la santé en question*, pp. 105-115.
- RICŒUR Paul, (1996), "Les trois niveaux du jugement médical", In : *Esprit, Décembre 1996, n° 227 (12) (Décembre 1996)*, pp. 21-33.
- TANTI Marc, (2017), "Technologies d'exploitation du big data dans les organisations et transformations organisationnelles : une étude de cas au sein du Service de santé des armées françaises", In : *Documentation et bibliothèques, 63(4)*, pp. 46-58.
- TIETSE Samuel, (2004), "Construction de la valeur d'usage des sources d'information stratégiques en médecine : application dans le domaine hospitalo-universitaire", In : *Documentation et bibliothèques, 50(4)*, pp. 295-303.
- VIDAL Laurent, (1993), "L'épreuve du sida. Une anthropologie entre éthique et terrain", In : *Journal des anthropologues, n°50-51, Hiver 1992-Printemps, Ethique professionnelle et expériences de terrain*, pp. 121-