

Construction Psychosociologique Des Soins Vih Chez Les Hommes Séropositifs Observants En Côte D'ivoire.

N'gnanda Anne-Marie Kouadio

Université Félix Houphouët Boigny (Sociologie) Côte D'ivoire

Résumé :

En Côte d'Ivoire, 60% des hommes ignorent leur statut sérologique. Lorsqu'ils franchissent cette peur et sont dépistés positifs, certains parmi eux refusent les soins. Ainsi, notre attention est portée sur les dépistés positifs qui décident de mener une vie normale en restant stable dans le traitement antirétroviral. Sur quoi s'appuient-ils pour résister au choc psychologique et social auquel ils font désormais face ? L'étude vise à analyser les facteurs individuels ou collectifs qui sous-tendent la construction sociale et psychologique des soins chez les hommes séropositifs observants.

Ainsi, sur la base d'une approche qualitative, trente-six entretiens individuels semi-structurés ont été menés auprès des personnes séropositives, des agents de santé et des responsables d'ONG à Abidjan et à San Pédro.

Il est ressorti de cela que les séropositifs perçoivent le traitement comme une lueur d'espoir. C'est une bouée de sauvetage à laquelle ils s'accrochent pour mener une vie normale. La capacité du traitement à maintenir la bonne santé des séropositifs est une source de motivation d'une rétention durable dans le continuum de soins. Leur expérience d'adhérence au traitement a éveillé leur conscience sanitaire par l'adoption d'une hygiène de vie et de comportements sains. Ainsi, s'est développée une force psychologique à travers une franchise reçue des accompagnateurs en faveur d'un resserrement des liens familiaux et qui a facilité dans une certaine mesure le partage de statut.

Les différents changements de comportement, l'acquisition de nouvelles compétences à partir de leur expérience d'adhésion au traitement sont des facteurs de prévention. Les résultats de notre recherche indiquent qu'il est possible que les parents séropositifs puissent entamer la prévention déjà dans la cellule familiale en visant les adolescents, une cible importante dans la lutte contre la pandémie VIH.

Mots clés : Observance, VIH, Côte d'Ivoire, force psychosociologique, hommes séropositifs

Date of Submission: 25-12-2023

Date of Acceptance: 05-01-2024

I. INTRODUCTION

La Côte d'Ivoire fait partie des pays d'Afrique de l'Ouest les plus touchés par la pandémie VIH. Le taux de prévalence était estimé à 2,9% ; 4,1 % chez les femmes et 1,7 % chez les hommes en 2018 (CIPHIA, 2018). Le dépistage, premier maillant de l'objectif 90-90-90, est une pratique non systématisée chez l'ensemble de la population et plus particulièrement chez les hommes. Cette résistance au dépistage chez les hommes est soutenue par des obstacles d'ordre social, politique, structurel et organisationnel. Car être séropositif est synonyme de rejet social, de marginalisation éventuelle ou même de condamnation à mort (CCP, 2013, 2017). Selon l'enquête démographique et de Santé (EDS, 2011-2012), 60% des hommes ignorent leur statut sérologique et 7,8 % des nouvelles infections à VIH ont eu lieu chez les hommes de plus de 35 ans, ainsi le taux d'infection augmentant avec l'âge.

Cependant, lorsqu'ils franchissent cette peur et sont dépistés positifs, certains parmi eux refusent les soins ou ils se soustraient du traitement par des mécanismes sociaux et psychologiques malgré la gratuité du traitement. Aussi, les données de terrain ont révélé que lorsqu'un homme est déclaré séropositif, il vit dans la hantise de la mort (mort physique, sociale). Tout se passe comme s'il vivait dans une atmosphère mortifère au plan social, psychologique et physique. (Kouadio, 2022.) En Côte d'Ivoire, 94,4% des femmes atteintes du VIH étaient sous traitement contre 85% des hommes (CIPHIA, 2018). Ainsi, notre attention est portée sur les dépistés positifs qui décident de mener une vie normale en restant stable dans le traitement antirétroviral. Alors, nous pourrions nous interroger sur les mécanismes sociaux et psychologiques mobilisés après pour s'adapter, se développer et mener une vie normale. Comment s'organisent-ils après l'annonce de leur statut positif pour mener une vie normale ? Où trouvent-ils la force nécessaire ? Sur quoi s'appuient-ils pour résister au choc psychologique et social auquel ils font désormais face ?

Les recherches en lien avec les traitements antirétroviraux sont le plus souvent appréhendées dans trois perspectives. D'abord, elles se sont inscrites dans une perspective juridique. En effet, l'accès aux traitements dans les pays pauvres se pose en termes de droit humain. Pour cet auteur par exemple : « la commission des droits de l'homme a confirmé en 2001 et à nouveau en 2002 que l'accès aux médicaments contre le sida est un élément essentiel du droit de jouir du meilleur état de santé » (G. Kombe, *et al.*, 2005. P. 671). Ainsi, plusieurs discours et recherches se sont engagés pour un libre accès au traitement antirétroviral surtout dans les pays à faible revenu. (F. EBOKO, 2005 ; 2011.) Ensuite, au niveau macro, les avantages politiques et économiques d'un libre accès au traitement pour les populations des pays en développement sont analysés par plusieurs auteurs. (HARDON, 2005;) Aussi, les facteurs de réussite et d'échec au traitement sont exposés par (Charpentier, *et al*, 2016). Enfin au niveau micro, les études abondent sur la mauvaise observance du traitement sur la santé des individus et sur le système de santé (Fatoumata, 2011 ; kouadio,2022). Les raisons d'un refus ou de la rupture du traitement sont multiples. (Voutyra, Ameziane et Moro, 2020 ; Carillon, 2011 ; Labbé ,2015.)

L'étude vise à analyser les facteurs individuels ou collectifs qui sous-tendent la construction sociale et psychologique des soins chez les hommes séropositifs observants.

II. MÉTHODOLOGIE

Les données de cette recherche ont été recueillies essentiellement dans deux villes de la Côte d'Ivoire. San-Pedro et Abengourou, deux localités touchées par le VIH au plan national. Dans ces villes plusieurs ONG de lutte contre la maladie travaillent en partenariat avec quelques organisations internationales et gouvernementales de lutte contre le VIH. Ce, à travers des activités de prévention et de prise en charge médicale et psychologique des malades.

La cible principale dans cette recherche est constituée de personnes vivant avec le VIH. Les critères de sélection étaient : être enrôlé dans les soins pour une durée minimale de deux ans, être observant pendant ces deux ans, être un homme habitant lesdites localités. La seconde était composée d'agents de santé (médecins, infirmiers) intervenant dans la prise en charge des PVVIH, d'agents communautaires intervenant dans l'accompagnement des personnes séropositives et de responsables d'ONG de lutte contre le VIH.

La recherche a utilisé des données qualitatives à partir des entretiens individuels réalisés à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif.

Un point focal a aidé à la sélection des participants dans les deux villes. Après explication et obtention du consentement oral par le point focal, une première explication brève des objectifs de l'étude est expliquée par le point focal. Ensuite, un membre de l'équipe de recherche est rentré en contact avec les différents participants afin de négocier les conditions (le lieu, l'heure de début, la durée, etc.) de l'entretien. Pour des questions d'anonymat, quelques participants ont refusé de signer le document de consentement, surtout à sans Pedro. Ainsi, pour une question d'harmonisation, nous avons retenu le consentement oral dans cette recherche. À Abengourou les participants ont été interviewés pour l'essentiel, au sein de la PMI où un local a été spécialement appréhété pour les entretiens. Une partie des entretiens a été réalisée au domicile des enquêtés quand celui-ci le souhaitait.

À sans Pedro, un local a été aménagé à ce titre au sein d'une ONG de la ville intervenant dans le domaine pour réaliser les entretiens. Les entretiens avec les agents de santé, le personnel paramédical et les responsables d'ONG ont eu lieu au sein des structures sanitaires et sur lieu de travail.

L'échantillon d'enquête était constitué de 30 participants (cibles principales) à raison de 15 participants par localité. Quatre (4) personnes-ressources (médecins, infirmiers et agents communautaires) ont été également interviewées. Aussi, 02 responsables d'ONG ont participé à la collecte de données.

Les participants étaient issus de diverses couches socio-économiques et de divers secteurs d'activités (formels et informels). Ils ont été sélectionnés de façon aléatoire en tenant compte des critères mentionnés plus haut. Le choix des participants dans les deux localités a été facilité par un point focal (agent de santé). En effet, dans chaque ville, la saturation était pratiquement atteinte à partir du 13^e entretien individuel. Ainsi, à partir du 15^e entretien, les informations recueillies ne sont pas différentes de celles contenues dans les entretiens précédents. Les mêmes réponses revenaient. De ce fait, tenant compte de la saturation et de la triangulation, la cohorte d'entretiens est évaluée à 36 individus.

Les prénoms indiqués dans le texte ne sont pas ceux des personnes ayant participé à la collecte de données, ce sont des prénoms d'emprunt pour les besoins de l'étude. Toutes les personnes interrogées étaient anonymes et tout signe permettant de reconnaître un participant a été effacé surtout lorsque la conjonction de certains éléments pouvait faciliter l'identification d'un participant séropositif. Ce qui a justifié la non-signature des consentements par certains participants. Ainsi, le consentement oral a été privilégié dans ce travail. L'individu séropositif, ou personne-ressource a été retenu comme unité ethnographique d'entretien afin de recueillir les points de vue des acteurs (informateurs clés) sur leur environnement (professionnel, social, sanitaire, ou régional), leurs expériences d'adhésion au traitement, leurs parcours et les accompagnements et médiations dans leur vie (Desmarais, 1986 ; Olivier de Sardan, 2008 ; Savoie-Zac,2003). Ces entretiens ont permis de recueillir les perceptions des hommes séropositifs des traitements mis à leur disposition. Le sens de ces soins, les difficultés

rencontrées pour demeurer dans le continuum de soins VIH, le rôle du traitement, les attitudes et les comportements sexuels, sociaux et psychologiques en étant observant dans le continuum ont été recueillis et analysés.

Par ailleurs, parmi les participants on y retrouve des hommes mariés ou vivant en concubinage avec ou sans enfants, des célibataires avec ou sans enfants, des personnes illetrées (mais qui savent s'exprimer en français), d'autres avec un niveau d'instruction primaire, secondaire ou universitaire. L'étape de stockage et de transcription des données a commencé sur le terrain et s'est poursuivie à mesure que l'enquête progressait. Les enregistrements audio des entretiens individuels étaient sauvegardés de façon sécuritaire sur un ordinateur personnel et codé. L'ensemble des entretiens a été enregistré et traité de façon anonyme et confidentielle en tenant compte de normes éthiques. Leur transcription a été effectuée par les enquêteurs en français au fur et à mesure de leur réalisation. Trois codages ont été mobilisés. Il s'est agi du codage ouvert, du codage axial et du codage sélectif. Le codage ouvert a permis l'immersion dans le matériau et la découverte des caractéristiques (propriétés) des phénomènes analysés. Concernant, le phénomène étudié, le codage ouvert a donné les caractéristiques telles que : la bonne santé, la gratuité, force psychologique, comportements sains, resserrement des liens sociaux, etc. L'articulation des propriétés, les relations implicites entre les propriétés sont faites à travers le codage axial. Le codage sélectif quant à lui peaufine et systématise les énoncés pour faciliter l'analyse et l'interprétation des données. (Lejeune, 2019.)

Le corpus d'entretien encodé a ensuite servi à une analyse de contenu thématique. Les discours des différents informateurs clés ont été interprétés et analysés séparément en fonction des catégories sociales et mis en confrontation afin d'en dégager les similitudes et les divergences exprimées sur la réalité sociale étudiée. Les caractéristiques sociodémographiques des auteurs des discours ont été examinées afin de dégager des facteurs d'intelligibilité des représentations et attitudes exprimées par les enquêtes.

III. RÉSULTATS

Perception, représentation et signification du traitement VIH/sida

Les représentations, les perceptions et surtout des valeurs que les individus donnent à un phénomène social, un objet, une pratique ou une norme sociale déterminent leurs comportements et attitudes. Ainsi, il est nécessaire de présenter les significations, les perceptions et les représentations que se font les différentes cibles (les séropositifs et les personnes-ressources) du traitement VIH/sida.

Chez les hommes séropositifs

L'examen des données a révélé que chez les personnes vivant avec le VIH le traitement se présente comme une lueur d'espoir pour elles. C'est une bouée de sauvetage à laquelle le séropositif s'accroche pour se maintenir en vie. En ce sens qu'il a la capacité de lui donner une seconde chance de vivre sans la hantise de la mort. Même s'il ne guérit pas, il lui permettait de mener une vie en toute quiétude, en étant indépendant financièrement et se maintenir dans son réseau social. Observance lui assurait une bonne santé physique, il pouvait vaquer à ses occupations et demeurer toujours productif pour construire l'avenir de leurs progénitures. Chez les hommes vivant avec le VIH, l'espoir de ne plus développer la maladie une fois qu'ils ont accepté leur statut a été la source principale de motivation d'une rétenton durable dans le continuum de soins. Ils pouvaient continuer à vivre normalement, et se fondre dans la société sans être stigmatisés et espérer être déclarés un jour non contagieux. Dans certains cas, l'atmosphère de confiance dans le cadre familiale était une source de motivation supplémentaire, car le séropositif n'était pas obligé de cacher ses médicaments ou d'user de stratagèmes pour les prendre.

Le traitement était perçu par les PPVIH comme un tuteur de résilience sur lequel ils prenaient appui pour rebondir et construire une nouvelle vie après le choc émotionnel qu'ils ont subi à l'annonce de leur séropositivité. Ainsi disaient-ils « c'est sur le traitement que nous nous appuyons pour recommencer à vivre comme un enfant qui apprend à marcher ». Par ricochet, ils affirmaient leur dépendance vis-à-vis du traitement. Les séropositifs enrôlés dans les soins savaient du coup qu'ils étaient engagés dans un processus de longue durée. Dubois un séropositif sous traitement rencontré à San Pédro dans le cadre de nos activités disait à ce propos ceci : « moi, aujourd'hui, je suis conscient que le traitement est mon allié. Nous sommes partenaires pour la vie. Si j'aspire à vivre longtemps sans trouble, je dois accepter la prise quotidienne des médicaments, on n'a pas de choix. »

En outre, la confiance absolue que les malades plaçaient en la médecine moderne et de ses praticiens est également une source de motivation au traitement. En effet, certains malades comparaient leur confiance placée dans le traitement à la foi qu'ils ont en Dieu. Ainsi, pour certains « c'est Dieu qui a donné l'intelligence aux médecins de trouver ce traitement pour aider les malades. Alors, je pense que si la médecin a trouvé les ARV, je ne peux que lui faire confiance et suivre la prescription ». Propos rapporté par un homme séropositif sous traitement à Abidjan. Cette confiance est couplée dans bien des cas par la gratuité du traitement.

En général, les hommes séropositifs rencontrés pensent que tous les malades devraient bénéficier du traitement, car, il évite la dégradation de la santé du malade et lui permet d'être autonome. Ainsi, ils préconisaient

l'institution de mesures de coercition pour contraindre tous les malades dépistés positifs au VIH/sida à se mettre sous traitement. Ceci afin d'éviter qu'il ne développe la maladie. De plus, le traitement lui permet de supprimer sa charge virale à court terme et de briser la chaîne de contamination. En plus, moralement, les hommes séropositifs supportent difficilement le fait de savoir que l'on est séropositif et que l'on n'a pas droit au médicament « c'est comme si on poussait les personnes dépistées positives vers la mort » ; ce qui est inconcevable.

En effet, les participants malades et sous traitement affirmaient que l'accès au traitement est un droit humain, un droit à la santé. De ce fait, autant, il est nécessaire de recourir systématiquement au traitement, autant, il doit être disponible en termes d'accessibilité géographique et financière surtout pour ceux qui désirent s'enrôler dans le continuum de soins VIH.

Chez les personnes-ressources rencontrées

Elles étaient unanimes sur la nécessité de suivre le traitement, car un PVVIH qui suit son traitement peut vivre longtemps. Si l'engagement de faire le test a été pris, alors il faut être disposé à suivre le traitement. « C'est inconcevable de faire le test et de refuser de s'enrôler dans les soins ». Agir ainsi est comparable à un suicide. En ce sens, Konan un agent communautaire à Abidjan disait ceci : « Tu es allé faire ton test qu'on t'annonce que tu as ça et puis tu ne veux pas prendre tes médicaments. Faut aller te suicider, c'est mieux. Par ce que le refus est un suicide qui ne dit pas son nom ». Dans cette perspective, le traitement est absolu chez les malades. Car c'est la seule alternative donnée aux séropositifs de se relever du choc émotionnel subit par l'annonce du statut.

Chez le personnel de santé et paramédical ainsi que chez les responsables d'ONG dans le domaine, les raisons d'adhérer au traitement s'apparentent à celles évoquées chez les séropositifs. Il permettait de retrouver très vite la santé, ne pas développer la maladie pour ne pas perdre sa vie. Surtout pour ne pas éveiller les soupçons sur leur statut chez les parents, les proches et au sein de la société. Suivre le traitement permet de faire des enfants sains qui ne sont pas porteurs du virus. Le traitement est également un moyen de réinvention de soi des séropositifs dévaster psychologiquement et physiquement par le virus en silence dans le corps.

« J'ai un malade que j'accompagne. À l'annonce de son statut sérologique positif, il était dévasté psychologiquement, il a commencé à perdre du poids sans même faire la maladie. Lorsque je lui ai parlé du traitement et de ses bienfaits et qu'il s'est enrôlé dans le continuum de soins, aujourd'hui où je vous parle, il a une vie bien meilleure qu'auparavant. Il a développé un nouveau business et il gagne mieux sa vie » Propos recueillis d'un entretien individuel avec un agent communautaire, accompagnateur de PVVH dans la commune de San Pedro.

En revanche, les raisons de ne pas adhérer au traitement sont le refus même d'accepter son statut, d'être vu dans un centre de traitement du VIH/Sida ou le fait de penser qu'une personne (marabout charlatan, guérisseur) serait capable de guérir définitivement la maladie en toute discrétion. En outre, la non-adhésion au traitement s'explique, selon certains d'entre eux, par l'inefficacité des médicaments, leurs effets secondaires « insupportables » et par la croyance que la prise régulière de ces médicaments peut à la longue déboucher sur d'autres maladies.

Le traitement est une source de rebondissement, un repositionnement social, psychologique et économique pour les séropositifs. Le continuum de soins est en quelque sorte le tuteur de résilience autour duquel se développent les stratégies pour rebondir socialement et physiquement. Ainsi quelles sont les expériences d'observance ou d'adhérence au traitement des personnes rencontrées ?

Les sources et expériences d'observance ou d'adhérence au traitement ARV

À l'aune des données de terrain, il est en ressort que la capacité du traitement à maintenir la bonne santé des séropositifs pour une existence normale était l'une des principales connaissances acquises chez les hommes dépistés positifs sous traitement. Cette connaissance a aiguillé plusieurs d'entre eux à recourir aux soins VIH de façon durable. Désormais, leur bonne santé et leur espoir de survie tiennent au traitement. Ils s'y accrochent et restent observants dans le continuum de soins. L'initiation des soins et la rétention durable sont donc suscitées par les connaissances soutenues sur l'existence et l'efficacité du traitement, sur la gratuité des soins et sur les références en cas d'infections et de maladies opportunistes. En fait, ces connaissances ont permis aux hommes infectés de reconsidérer leur perception de la maladie et de la repositionner au rang des autres maladies chroniques. Ce qui les stimulait à recourir aux soins et à y demeurer longtemps. Les propos de Yao un homme séropositif sous traitement, 54 ans, rencontré à San Pedro illustraient la situation :

« Ils ont bien donné les conseils, comment il faut vivre, comment il faut faire le traitement, comment il faut faire les choses donc on nous a tout expliqué. Je n'avais pas toutes ces connaissances sur le traitement. Sinon moi je buvais, mais j'ai arrêté après les rencontres avec les agents de santé (...), je fumais, je sortais en désordre avec les filles, j'ai rangé ma vie. Plus intéressant ... on nous a appris qu'il y a d'autres maladies qui sont plus redoutables que le sida même et qui n'ont pas de traitement ; mais, avec le VIH là, si tu gagnes le traitement que tu suis le traitement tu vis longtemps (...) Je suis sous traitement, voilà tout va bien. »

L'observance du traitement se nourrissait, par ailleurs, de connaissances supplémentaires sur des aspects spécifiques tels que les effets secondaires du traitement, ses implications sur la santé, la gestion des rendez-vous médicaux, l'annonce du statut au conjoint, etc. Ces interactions permanentes entre l'accompagnateur et le séropositif sous traitement créent de la confiance qui incite celui-ci à rester dans le continuum de soins. C'est un soutien psychologique et moral que recevait la personne infectée par le sida et lui redonnait espoir et elle prenait de la confiance en elle-même. Elle trouvait une oreille attentive à sa peine sur qui il pouvait compter pour en parler vu la discrétion autour de la maladie. C'est pourquoi certains accompagnateurs pensaient que le premier contact entre eux et le « client » était déterminant pour la suite du traitement. Un agent communautaire à Abidjan l'a confirmé en ces termes : « ... Le tout premier contact... parce que ce qui se passe ce jour-là, c'est ça qui dit si oui ou non vous allez continuer... on a tissé un lien d'amitié fort, voilà... »

L'analyse des récits d'expériences d'adhésion au traitement a montré que la plupart des hommes séropositifs sous traitement n'ont pas eu d'appréhension à démarrer le traitement et à l'observer. En ce sens que leur participation à des activités organisées par les ONG de lutte contre le VIH dans leur communauté, disaient-ils, leur a été utile pour lever toutes les équivoques en lien avec la maladie et surtout avec le traitement. En leur donnant toutes les informations sur le suivi régulier du traitement étayées par des preuves qui montraient qu'on peut vivre normalement avec le VIH. Ces activités les ont préparés à amortir le choc psychologique de l'infection à s'ouvrir et à accueillir le traitement comme une pêche tendue qui leur permettra de s'accrocher à la vie en ayant une bonne santé.

De plus, le caractère participatif du plan thérapeutique (définir de concert avec le médecin la bonne approche pour le traitement) leur a permis de suivre le traitement aisément, même s'ils regrettaient que celui-ci soit à vie. D'autres, résolument tournés vers les ARV au détriment des « médicaments traditionnels », s'accrochaient au traitement parce que conscients que leur survie en dépendait. Tout de même, quelques-uns parmi eux ignoraient qu'avec leur numéro d'identification, ils pouvaient se faire suivre lorsqu'ils partaient en voyage. Dans l'ensemble, ils appréciaient le traitement et certains estimaient même avoir la chance d'être atteints d'une maladie dont le « médicament » est disponible et peut permettre de vivre normalement. Voici ce qu'a dit à ce sujet l'un d'entre eux :

« (...) Étant donné que je suis de statut sérologique positif... je suis fier de l'être. Parce que je ne suis pas couché sur un lit d'hôpital. Je suis sur mes deux jambes. Je fais mes activités personnelles, je crée d'autres sources de revenus et je me comporte bien. Pourtant il y a des personnes qui sont aussi malades, qui n'ont pas cette maladie, qui sont incapables de marcher. Ils prient Dieu avec tous leurs moyens financiers pour avoir même le sida pour qu'ils soient sur pied comme moi... » (Thomas homme sous traitement, 40 ans, Abidjan.)

Ainsi il en ressort que les séropositifs une fois dans le continuum de soins opéraient un changement de comportement qui se traduisait par l'adoption des comportements sains à tous les niveaux. Qu'en est-il concrètement ?

L'adoption d'une hygiène de vie et de comportements sains

L'accompagnement reçu dans le cadre de la prise en charge des malades a permis d'éveiller la conscience sanitaire chez l'ensemble des participants à l'étude. Il leur a inculqué une hygiène de vie leur permettant d'éviter certaines maladies contagieuses, en particulier les infections sexuellement transmissibles (IST). Paul, un séropositif sous traitement à San Pédro a indiqué : « moi j'ai beaucoup changé beaucoup, je peux dire que je vivais dans les maquis avant. Je sors tous les jours et je ne vois pas femme passée sans la draguer. J'ai tout arrêté, je suis devenu une nouvelle personne. »

En effet, l'ensemble des informateurs clés ont soutenu avoir changé de comportement après les rencontres avec les accompagnateurs. Le principal changement opéré a été un changement de mentalité et d'attitude envers la maladie et les PVVIH. Avec ces rencontres, une vraie connaissance de la maladie était acquise par les séropositifs. De ce fait, ils n'éprouvaient plus ou éprouvaient moins de sentiments de honte et de peur liés à cette affection. Ce sentiment fait qu'ils croient que le VIH/sida est bien réel, qu'il n'est pas fait que pour les autres. Ils ont estimé que VIH va de pair avec les comportements sexuels à risque, mais n'est pas une fatalité. Dès lors, ils abandonnaient des comportements tels que le multipartenariat sexuel, les rapports sexuels occasionnels, surtout sans port systématique du préservatif. Ils adoptaient, en revanche, des comportements à moindre risque (abstinence, fidélité à une seule partenaire, usage unique de certains objets tranchants, etc.) étaient observés par ces derniers comme l'a souligné ce participant :

«...comme on est bien jeune, et on habite la commune de Yopougon avec ses rues et ses maquis. Il y a tellement de belles filles chaque samedi ou bien chaque dimanche, on ramenait une proie comme on aime bien le faire, voilà. Pourtant, avec les conseils reçus pour la vie, j'ai compris que tout ça, c'est éphémère et c'est dangereux qu'on peut contaminer les gens, ce n'est pas bon. ... J'ai diminué mes sorties hasardeuses et je ne pratique plus le désordre sexuel » (homme sous traitement, 26 ans, Abidjan).

De façon spécifique, les activités incluses dans la prise en charge ont favorisé chez les hommes sous traitement une prise de conscience sanitaire plus grande. Ce qui les a conduits à l'adoption de comportements

sains tels que l'arrêt de la consommation d'alcool et de cigarettes, une pratique régulière du sport, une alimentation plus équilibrée, des comportements en lien avec leur bien-être général. Ces comportements portaient également sur la culture de l'unité familiale, la focalisation des efforts sur la réussite des enfants et la santé du conjoint. Deux hommes sous traitement ont confirmé ces changements dans leur vie :

« Avant je fumais et je buvais, j'ai arrêté tout ça et je vois que ça m'arrange ... Je fais le sport aussi » (Pierre homme sous traitement, 32 ans Abidjan).

« Je prends la vie du bon côté... je dis que j'ai une vie qui est très rangée; avec ça ma vie est plus rangée encore. Parce que, je ne dis pas parce que moi je suis infecté, que je vais infecter quelqu'un d'autre. Donc ça fait que je suis toujours à la maison, je suis concentré sur mes enfants . Si je sais qu'avec le préservatif ça peut passer, je m'abstiens avec ma femme ... je m'abstiens jusqu'au jour où elle va me dire qu'elle a envie d'avoir des rapports avec moi. Parce que moi je m'abstiens pour ne même pas la contaminer et je vais toujours utiliser préservatif» (homme sous traitement , 58 ans, San Pedro).

Au-delà de l'individu, les changements opérés ont été perceptibles au sein des familles, voire des communautés. Ils se traduisent par la limitation des « sorties nocturnes » du père de famille, une vie conjugale plus stable, une meilleure gestion des ressources familiales, plus d'attention accordée à la femme, une bonne entente au sein du couple pour le bien-être de toute la famille. L'éducation des enfants, leur scolarisation est bien planifiée et suivie par les parents en occurrence le père. Ainsi, disait un informateur

« Maintenant je comprends que ma famille est précieuse, je regarde bien leur école, leur éducation même, pour ne pas faire comme moi et attraper le sida. Moi je mérite j'ai eu une vie désordonnée, moi Kouassi, un chercheur de femme, un bandit tout le monde sait que je suis voyou. Aujourd'hui, j'ai changé, je prends soin de ma famille. On peut dire que quelque part malheur est bon. »

IV. DISCUSSION

La rétention durable des hommes séropositifs dans le continuum de soins est la résultante d'une nouvelle perception, représentation de la maladie et de son traitement. Toute chose qui a développé chez ceux-ci une force psychologique à travers une certaine franchise reçue des accompagnateurs. Ce qui a permis un resserrement des liens familiaux et qui a facilité dans une certaine mesure le partage de statut.

« On ne guérit pas du Sida » : une franchise paradoxalement stratégique au développement d'une force psychologique chez le séropositif observant

Le processus de prise en charge du VIH s'efforce d'être un système holistique dans la mesure où elle a intégré les aspects biomédicaux, sociaux et psychologiques du traitement. Proth a montré que dans la prise en charge trois dimensions sont à considérer : le médical, le sociale et l'associative à travers l'expérience du traitement. (Proth, 2014). Ainsi, dans ce processus de prise en charge est intégré l'accompagnement ou la médiation. En effet, au cours des activités contenues dans la prise en charge, des rencontres de formations et informations individuelles avec les séropositifs sont réalisées par les accompagnateurs et le personnel médical. En conséquence, Pierret a indiqué qu'au cours du traitement antirétroviral hautement actif contre le VIH des patients, des aspects liés à la stabilité, apprentissage, reprise et intégration sont également pris en compte. (Pierret, 2007.) En chine par exemple, la prise en charge sociale du VIH mis en place par le gouvernement est présentée par certains auteurs comme un cas d'école. (TAN Xiaodong, PENG Zhao, SHAN Guan *et al*, 2005.) Cette perspective développée dans la prise en charge du VIH vient soutenir un repositionnement conceptuel, une autre vision et une perception de la maladie par les séropositifs en particulier et en général par les personnes saines. Ce travail de déconstruction est mis en perspective par les travaux de ces auteurs qui selon eux :

« Dans quelle mesure les dispositions associées à la pratique du body-building interfèrent-elles sur la gestion de la maladie chronique ? En quoi participent-elles à la construction d'une identité de « coriace », c'est-à-dire au déploiement d'une résistance farouche à l'égard des injonctions médicales au nom du contrôle de soi ? » (S. Ferez É. Perera, 2018, p 95.)

Ils démontrent que les séropositifs peuvent mener une vie normale et défier la maladie sous toutes ses coutures à travers l'expérience de traitement d'un « body-builder séropositif ». Dans le cas de notre travail, selon les accompagnateurs professionnels, un commentaire souvent partagé pendant les rencontres avec les malades pousse des hommes séropositifs à privilégier le traitement ARV tout en évitant la tradi-thérapie. Il s'agit d'une vérité révélée selon laquelle on ne guérit pas du VIH/sida, mais en revanche les soins font baisser la charge virale y compris « éventuellement » chez les tradi-thérapeutes permettant de « vivre normalement ». En d'autres termes, ceux parmi les hommes séropositifs qui sont tentés par une aventure tradi-thérapeutique comprennent, à travers cette vérité, que même chez les tradi-praticiens, ils ne trouveront pas la guérison souhaitée et promise. Cependant, à tout le moins, ils connaîtront « éventuellement » (ce qui n'est pas prouvé) une baisse de la charge virale avec tous les effets pervers que cela peut provoquer sur leur santé. En conséquence, ils optent pour le traitement ARV qui, certes, ne guérit pas, mais fait baisser la charge virale avec toute une batterie de contrôles qui en garantit la stabilité. L'amalgame dans le rôle du traitement, à travers les attentes des patients qui le plus souvent confondent

la guérison et l'amélioration de la santé dans le cadre de la prise en charge du VIH est expliqué, analyser et préciser dans le travail de (Hane, 2011). Le souhait des patients de trouver un traitement curatif motive les acteurs surtout les malades à collaborer pour résorber ce problème dans le domaine du VIH. Ainsi, selon A. Berthe, I. Traoré, L. Berthé-sanou *et al*, 2013, P 675)

« La grande majorité des enquêtés trouvait qu'il serait pertinent de tester un vaccin contre le VIH à Ouagadougou. La quasi-totalité des FICS participerait à cet éventuel essai et plusieurs facteurs les motiveraient à le faire. Les potentielles parties prenantes à ce futur essai étaient aptes à jouer le rôle attendu d'eux. Une véritable stratégie de communication serait indispensable pour réussir cet essai ».

La participation des séropositifs rencontrés aux différentes activités en lien avec le VIH leur a permis de garder espoir et de poursuivre leurs objectifs personnels pour réaliser leurs projets de vie. Ils se sont convaincus de l'idée que « le sida n'est pas une fatalité » et ont développé une force psychologique caractérisée par la « rage de guérir », l'envie de vivre et de se maintenir en bonne santé pour assumer les responsabilités familiales, la volonté de protéger les siens, surtout la conjointe et les enfants contre l'infection. Cet état d'esprit les pousse en permanence vers la recherche de soins, bravant les barrières sociales (honte, peur, rejet, effritement de la masculinité, etc.). Ainsi, cette force psychologique les rend résilients, optimistes et leur permet de s'épanouir dans leur environnement familial et social. Ils acceptent leur état de malade et surmontent, autant que possible, les contraintes de la maladie et du traitement.

Cette force motive leur adhésion à tout programme ou activité en vue de les soutenir et de les aider psychologiquement, socialement et économiquement. D'où la naissance d'ONG à travers les pays pour soutenir les PVVIH. Ces structures ont pour finalité de redonner vie, de donner une nouvelle chance aux personnes séropositives et assurer leur repositionnement social et économique. (Korbéogo et Lingani 2013).

Ils deviennent alors beaucoup plus regardants sur leurs soins, et plus aptes à développer des stratégies pour rester discrètement et longtemps sous traitement, notamment quand leur statut sérologique n'est pas encore partagé dans l'entourage. Ils ont aussi la capacité de retourner « sans gêne » au centre de santé pour les soins. En clair, ces activités ont permis d'opérer chez les hommes dépistés positifs une réinterprétation positive de la maladie qui a constitué, ensuite, le socle d'un équilibre mental, voire socio-économique (compétences en matière de gestion financière qui les aide à bien gérer leurs ressources familiales). Un participant a résumé cette mentalité de résilience et de résistance à la maladie en ces termes :

« Depuis que j'ai commencé le traitement avec les différentes rencontres, j'ai pris conscience que la vie continue malgré mon état de santé. Je dois continuer à vivre comme les autres. Bon voilà, je fais mes activités pour subvenir à mes besoins et puis j'essaie de me concentrer sur ma famille et de tout faire pour elle. Donc j'essaie de me focaliser sur ces objectifs et puis bon je continue. La vie, je me dis que la vie ne s'arrête pas là. Donc le fait d'être dans le programme m'a libéré totalement. Je me dis que je peux vivre comme les autres c'est un peu ça » homme sous traitement, 25 ans San Pédro).

Le développement de cette force psychologique chez les séropositifs sous traitement à travers l'espoir que donne le continuum de soins VIH a également fait naître une redéfinition des liens de famille et sociaux.

Le resserrement de liens familiaux et sociaux facilitant le partage du statut

Au cours des activités contenues dans le paquet d'activités (PA) de prise en charge des PVVIH, des liens sociaux s'établissent sous forme de fraternité et d'amitié tissés lors des ateliers. Ces rencontres peu importe leur nature sont des plates-formes d'échanges, de partage d'expériences et de connaissances entre les participants devenus désormais une communauté ayant un but commun. Dans ce nouveau réseau social, le réconfort et le soutien moral sont mutuellement apportés aux uns et aux autres. C'est une forme de solidarité qui implique tant les participants (les séropositifs) que les accompagnateurs qui constitue une source de motivations diverses : motivation à être observant, motivation à l'adoption de comportements à moindre risque, motivation à un repositionnement, à une redéfinition de la maladie et de son traitement et une motivation à poursuivre les objectifs, etc. Ce qui inéluctablement va agir positivement sur les déterminants de l'anxiété et de l'angoisse chez les PVVIH sous traitement. En effet (K. Horo *et al*, 2014 P 377) ont confirmé par leurs travaux qu'il existe chez certains dépistés des troubles anxio-dépressifs en affirmant : « Au cours de la prise en charge du VIH dans le service de pneumologie de Cocody, les troubles anxio-dépressifs sont présents chez les patients sans enfants, dépistés au stade avancé de la maladie ou en échec thérapeutique ».

La présence de personnes-ressources séropositives ou non dans le protocole de prise en charge est une donnée importante qui facilite l'équilibre des malades. Ainsi, ces auteurs ont confirmé que : « Les pairs apparaissent comme une ressource importante pour ces jeunes, notamment quand ils sont impliqués dans le déroulement de la prise en charge des adolescents vivant avec le VIH » (R. Adamou *et al*, 2021. P 762)

Le programme a, par ailleurs, permis aux hommes séropositifs sous traitement de resserrer les liens sociaux avec leurs familles ou leur entourage. Cela passe, en général, par une acceptation de leur nouveau statut, la redéfinition du lien familial comme une partie de la solution à la maladie, et l'adoption des comportements afférents (culture de la prudence, choix de pratiques saines et à moindre risque pour soi et pour l'entourage, etc.).

Cette capacité à se surpasser pour épouser ce nouveau mode de vie se nourrit d'un ensemble de valeurs acquises : la lutte pour la survie, le courage, la persévérance, la maîtrise de soi, la connaissance et l'estime de soi, etc. Ces valeurs ont contribué à renforcer, chez les hommes sous traitement, la détermination à resserrer les liens avec la famille ou avec certains proches pour faire face à la maladie. La capacité des hommes sous traitement à transformer leur faiblesse (statut d'infectés) en force (infection au VIH comme source de rapprochement familial) se nourrit également de la prise de conscience de la non-fatalité du VIH/sida et des changements que cette prise de conscience a opérés en termes de ruptures avec les pratiques à risque et le choix d'une vie « saine et rangée ».

En somme, l'expérience d'adhérence au traitement est une plate-forme de valorisation des personnes infectées, de repositionnement social. Désormais, les hommes séropositifs savent qu'avec l'observance du traitement VIH, ils peuvent mener une vie sexuelle, économique et sociale normale. Ceci, dans le contexte d'un lien familial consolidé, qui rapproche plus le père des enfants et de la mère tout en stimulant son désir de vivre. Un participant raconte son expérience de resserrement du lien familial en ces termes :

« Je sais maintenant que je veux être plus proche de ma famille. Et dans la réalité je suis encore plus proche de ma famille. Parce que déjà même quand je descends du boulot, je suis à la maison. Je fais mes prières et je suis encore dans la maison. Je ne sors pratiquement plus. Si je sors, c'est les dimanches, parce que les dimanches je vais... j'ai un *grin* d'amis. Je vais pour pouvoir échanger avec eux et on parle de tout surtout les sujets en lien avec les VIH et les IST aussi. Sinon ça m'a rapproché plus de ma famille » (Yapi, homme sous traitement, 38 ans, Abidjan).

Par ailleurs, la prise en charge a aidé certains participants à partager leur statut avec leur famille, surtout avec leur conjoint. L'information sur la gratuité et l'accès aux soins diffusée lors des ateliers a été le principal stimulateur. Plusieurs hommes dépistés positifs ont ainsi franchi le pas pour partager leur statut avec leurs proches ; une attitude qui a encouragé, dans certains cas, d'autres membres de la famille à faire le test de dépistage. Un agent de santé intervenant dans la prise en charge raconte une expérience de partage de statut d'un homme séropositif: « J'ai encadré un patient, je l'ai suivi pas à pas dans l'annonce de son statut à sa famille surtout à sa femme. Aujourd'hui c'est chose faite, ça n'a pas été tout à fait immédiatement. Avec un bout de temps, il a pu annoncer les résultats à ma famille et à ma mère sans rejet » (Gisel, agent communautaire, San Pédro).

En outre, le programme a permis le partage du statut aux parents proches et à certains amis. Le partage du statut avec ces personnes tient au fait qu'ils constituent un groupe de soutien moral et d'entraide et d'aide familial en plus des accompagnateurs professionnels.

Cependant dans certains cas l'impact des activités sur le partage du statut sérologique reste limité. Les participants ont continué à avoir un peu de réserve quant au partage de leur statut avec leur entourage. Ils ont continué à être méfiants sur le partage de leur statut sérologique dans leur entourage. C'est dire que la peur du regard social « accusateur » persiste chez certains malgré l'exposition aux connaissances et informations ayant vocation à dédramatiser la maladie. Généralement, cette peur est exprimée dans des expressions du genre : « *J'avais peur d'être rejeté* ».

V. CONCLUSION

Plusieurs stratégies sont développées pour contenir le virus parmi lesquelles le traitement antirétroviral. Ainsi, au cours de notre travail, nous avons questionné les mécanismes sociaux et psychologiques mobilisés par les séropositifs après pour s'adapter, se développer et mener une vie normale tout en étant observant. Comment s'organisent-ils après l'annonce de leur statut positif pour mener une vie normale en demeurant dans le continuum de soins ? Ainsi, la nouvelle perception de la maladie et de ses modes de prévention, du traitement, etc., constituent le socle sur lequel s'appuient les séropositifs pour résister à la maladie et se fondre dans la population tout en menant une vie paisible.

Le traitement est une lueur d'espoir pour les séropositifs, un tuteur de résilience sur lequel, ils s'appuient pour une réinvention de soi afin de rebondir face à l'agressivité de la maladie. Leur expérience du traitement leur a acquis des connaissances solides en lien avec le traitement. Par conséquent, la bonne santé qu'octroie le traitement est le principal moteur de motivation pour demeurer observant chez les séropositifs rencontrés. De plus, une fois dans le continuum de soins, ils opèrent un changement radical de comportement en adoptant les mesures de prévention pour éviter la transmission de la maladie aux autres. En effet, pendant leur participation aux activités de prise en charge, ils savent que le VIH est une maladie incurable, cependant le traitement garantit une bonne santé jusqu'à être indétectable. Cette franchise leur a permis de développer une force psychologique intérieure afin de se maintenir en vie en étant observants. Aussi, leur expérience dans le continuum de soins leur a permis de se rapprocher davantage de leur famille. Cette reconsidération des liens familiaux rend plus facile l'annonce de leur séropositivité sans avoir peur d'être rejeté par leur famille.

Les différents changements de comportement, l'acquisition de nouvelles compétences à partir de leur expérience d'adhésion au traitement sont des facteurs de prévention. En ceci que le resserrement des liens familiaux, l'aisance de l'annonce du statut sont des indicateurs probables de discussion du sujet VIH au sein de la

cellule familiale. Une étude menée par CCP Côte d'Ivoire a indiqué que les parents ne parlent pas de sexe avec leurs enfants.

Les résultats de notre recherche indiquent qu'il est possible que les parents séropositifs puissent entamer la prévention déjà dans la cellule familiale en visant les adolescents, une cible importante dans la lutte contre la pandémie VIH.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- [1]. ADAMOU Rabi, DE FREITAS GIRARDI Júlia, AKA DAGO-AKRIBI Hortense Et Al., (2021) « Étude Qualitative Sur Le Vécu De L'annonce Du Statut VIH Aux Adolescents En Côte d'Ivoire », Santé Publique, Vol. 33, N° 5, P. 753-762.
- [2]. BERTHE Abdramane, Traoré Isidore T, Berthé-SANOU Lalla Et Al. (2013) « Acceptabilité D'un Essai Vaccinal Contre Le VIH A Moyen Terme Au Burkina Faso : Perceptions Des Acteurs », Santé Publique, Vol. 25, N°5 P. 675-683.
- [3]. CARILLON Séverine, 2011, « Les Ruptures De Suivi Médical Des Personnes Vivant Avec Le VIH A Kayes (Mali). Approche Anthropologique », Sciences Sociales Et Santé, 29, P.5-39.
- [4]. CHARPENTIER Nicolas, Quatremère Guillemette, MABIRE Xavier Et Al., (2016) « Freins Et Leviers De La Prise En Charge Du Traitement Post-Exposition Au VIH », Santé Publique, Vol. 28, N°6 P. 791-799.
- [5]. CIPHIA (2017-2018) : Évaluation De L'impact Du VIH Dans La Population Générale En Côte d'Ivoire, Fiche Récapitulative : Résultats Préliminaires, Juillet 2018.
- [6]. DESMARAIS Danielle (1986). « Chômage, Travail Salarié Et Vie Domestique : Esquisse D'une Trajectoire Sociale » In D. Desmarais Et P. Grell (Dir), Les Récits De Vie : Théorie, Méthode Et Trajectoires Types, Montréal, Éditions Saint Martin
- [7]. EBOKO Fred (2011), « Soigner Le Sida En Afrique. Recherche Biomédicale Et Engagement Humanitaire », Ethnologie Française, Vol. 41, N03 P. 497-507.
- [8]. EBOKO Fred, (2005) « Le Droit Contre La Morale ? L'accès Aux Médicaments Contre Le Sida En Afrique », Revue Internationale Des Sciences Sociales, Vol.4 N° 186, P. 789-798.
- [9]. FERREZ Sylvain, PERERA Éric, (2018). « Ceux Qui Disent Que Je Suis Malade, Je Les Invite A Venir Prendre L'entraînement Avec Moi. : Devenir Body-BUILDER A L'épreuve Du VIH », Staps, Vol.1 N° 119, P. 95-116.
- [10]. HANE Fatoumata, (2011) « L'observance Des Traitements Dans Le Cadre Du VIH. Un Nouvel Enjeu Pour La Prise En Charge. Commentaire », Sciences Sociales Et Santé, Vol. 29, N°2 P. 41-46.
- [11]. HARDON Anita, (2005) « La Lutte Contre L'épidémie De Vih/Sida En Afrique Subsaharienne : Les Politiques A L'épreuve De La Pratique », Revue Internationale Des Sciences Sociales, Vol.4 N° 186, P. 661-669.
- [12]. HORO Kigninman, YESSONGUILANA Yéo-Ténéna Jean-Marie, KOFFI Marc Olivier Et Al., (2014) « Anxiété Et Dépression Au Cours Du Traitement Antirétroviral A Abidjan », L'information Psychiatrique, Vol 90, N°5.P. 373-379.
- [13]. Institut National De La Statistique (INS) Et ICF International. (2012). Enquête Démographique Et De Santé Et A Indicateurs Multiples De Côte d'Ivoire 2011-2012. Calverton, Maryland, USA : INS Et ICF International
- [14]. Johns Hopkins Center For Communication Programs. (2013) «Recherche Formative Sur Les Comportements Sexuels À Risque Chez Les Adultes.»
- [15]. KOMBE Gilbert, FIENO John, BHATT Paurvi Et Al., (2005) « La Thérapie Antirétrovirale Hautement Active, Voie De Passage Vers L'éducation Pour Tous En Afrique Subsaharienne », Revue Internationale Des Sciences Sociales, Vol.4 N° 186, P. 671-683.
- [16]. KOUADIO N'gnanda Anne-Marie. (2023) « Mécanismes Sociopsychologiques Du Refus Et De La Rupture Des Soins VIH Chez Des Hommes Séropositifs En Côte d'Ivoire » Revue Panafricaine De La Jeunesse (RPJ), Vol 2, N°1, Janvier – Avril P.313-325
- [17]. KORBÉOGO Gabin, LINGANI Salfo (2013), « Des Vies Reconstituées. Exclusion Et Réinsertion Sociale Des Femmes Vivant Avec Le VIH A Ouagadougou (Burkina Faso) », Sciences Sociales Et Santé, Vol. 31) No3 P. 5-28.
- [18]. LABBÉ Fabienne, (2015), « J'en Ai Tellement Marre D'aller A La Clinique Tous Les Mois ! » : Vih, Antirétroviraux Et Prise En Charge Médicale Aux Iles Fidji. Journal De La Société Des Océanistes, 141, P. 283-303.
- [19]. LEJEUNE Christophe, (2019) Manuel D'analyse Qualitative. Analyser Sans Compter Ni Classer. De Boeck Supérieur, « Méthodes En Sciences Humaines », 149p
- [20]. OLIVIER DE SARDAN Jean Pierre (2008). La Rigueur Du Qualitatif : Les Contraintes Empiriques De L'interprétation Socio Anthropologique, Louvain-La-Neuve, Academia-Bruylant
- [21]. PIERRET Janine, (2007) « Une Analyse En Termes De Carrières : Le Cas De Personnes Traitées Par Des Antirétroviraux Hautement Actifs Contre Le VIH Entre 1998 Et 2000 », Sciences Sociales Et Santé, Vol. 25, N°2 P. 73-99.
- [22]. PROTH Bruno, (2014) « Prêter Main-Forte Au Traitement Du VIH Au Tchad. Un Sociologue Parmi Des Cliniciens », Journal Des Anthropologues, Vol3-4 N° 138-139, P. 183-203.
- [23]. SAVOIE-ZAC Lorraine (2003) « L'entrevue Semi-Dirigée » In B. Gautier (Dir) Recherche Sociale De La Problématique A La Collecte De Données, Québec, Presses De l'Université Du Québec.
- [24]. TAN Xiaodong, PENG Zhao, SHAN Guan Et Al (2005), « Initiative Gouvernementale, Soutien Social Et Entraide » : Un Nouveau Modèle Social De Prise En Charge Des Patients Atteints Du Vih/Sida A Suizhou (Chine) », Revue Internationale Des Sciences Sociales, Vol.4 N° 186, P. 685-689.
- [25]. VOUTYRA Marina, AMEZIANE Abdelhak, MORO Marie Rose, 2020. « Être Ou Ne Pas Etre, Telle Est La Question » : De L'inobservance A L'observance Du Traitement Antirétroviral », Psychologie Clinique, Vol.2 N° 50, P. 137-149.