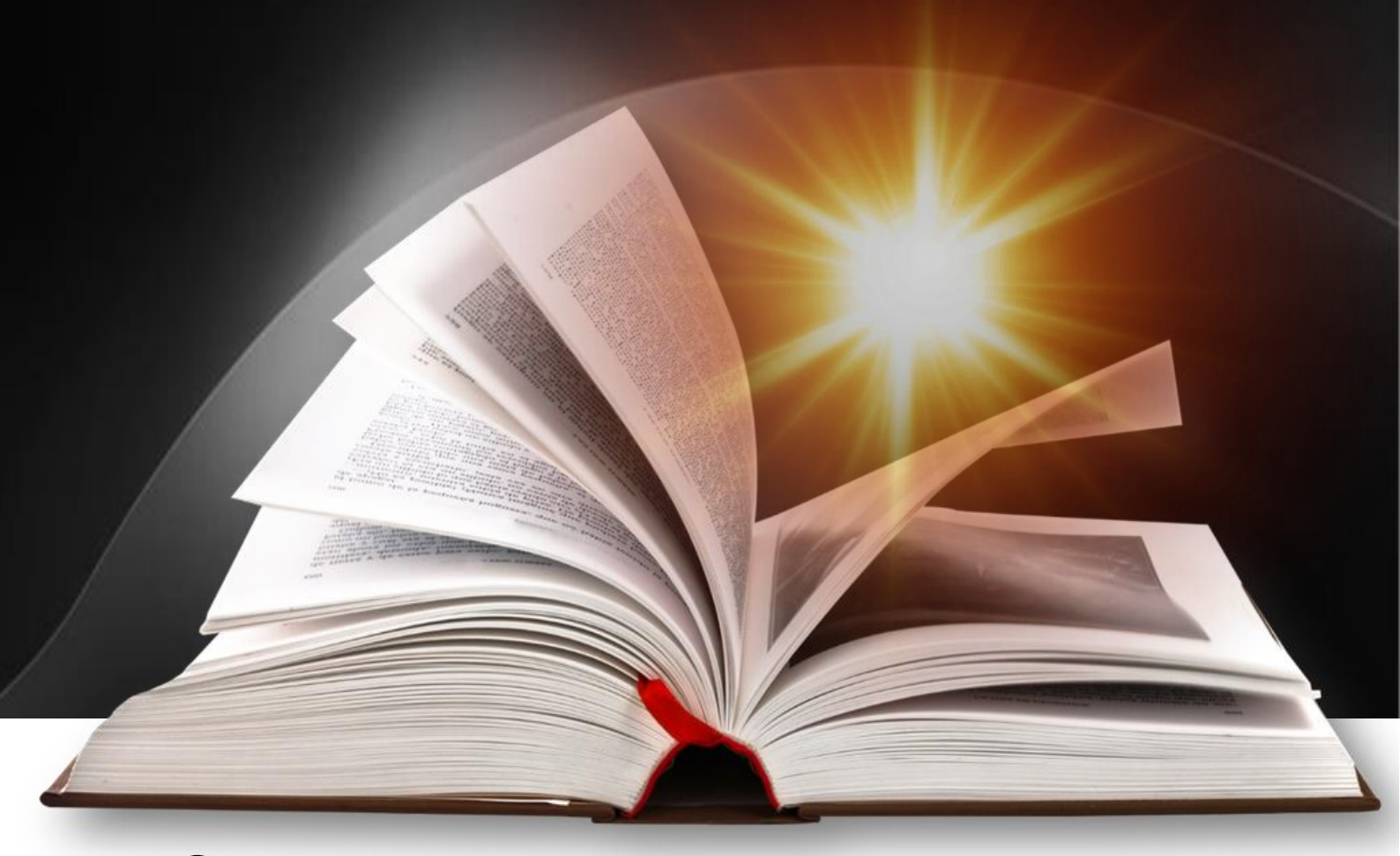
ISSN
: 2790-6248
: 2790-6256

RPJ

Revue Panafricaine de la Jeunesse

- Pan African Youth Journal -



Volume 2, n°1, Janvier - Avril 2023

EDITIONS LUMUMBA
Un nouvel élan de l'édition africaine

Association Panafricaine pour l'Encadrement et la Formation de la Jeunesse

AS
African Scientific Universe

Afrindala Group

© Editions Lumumba

Mécanismes sociopsychologiques du refus et de la rupture des soins VIH chez des hommes séropositifs en Côte d'Ivoire.

[Sociopsychological mechanisms of HIV denial and discontinuation among HIV-positive men in Côte d'Ivoire]

Kouadio N'gnanda Anne-Marie[1]
Université Félix Houphouët Boigny/Côte d'Ivoire
Email : ngnanda1974@gmail.com

ISSN

: 2790-6248

: 2790-6256

Revue Panafricaine de la Jeunesse

- Pan African Youth Journal -

DOI : https://doi.org/10.58610/RPJ.2790.6248.6256.31

Editions Lumumba I Afriscience I Association Panafricaine pour l'Encadrement et la Formation de la Jeunesse

EDITIONS LUMUMBA

Un nouvel élan de l'édition africaine

Revue Panafricaine de la Jeunesse (RPJ)
ISSN : 2790-6248
e-ISSN : 2790-6256
© Editions Lumumba - APANAEFJ
Bibliothèque Nationale du Congo I Ordonnance loi n° 89-010
du 11 janvier 1989 – Permis d'implantation n° BNC/DPHK/08/2022

Afrindala Group

La Revue Panafricaine de la Jeunesse (RPJ) est une revue scientifique internationale, interdisciplinaire et interactive. Elle se veut un lieu de diffusion de travaux de recherche originaux et substantiels sur diverses questions liées aux enjeux et défis des sociétés africaines, dans toutes les disciplines scientifiques. La RPJ est enregistrée par le Centre International de l'ISSN (International Standard Serial Number) sous les numéros ISSN : 2790-6256 et e-ISSN : 2790-6248.

Les Éditions Lumumba, sous la houlette du label panafricain Afrindala Group, branche scientifique « Afriscience », sont une maison d'édition établie en RD Congo conformément à l'Ordonnance-Loi n° 89-010 du 11 janvier 1989 et opérant sous le permis d'établissement n° BNC/DPHK/08/2022. Enregistrées auprès de l'Agence Internationale de l'ISBN, par l'intermédiaire de l'Agence Francophone pour la Numérotation Internationale du Livre (AFNIL), les Éditions Lumumba sont repértoriées sous l'identifiant éditeur : 978-2-38489.

Le comité scientifique international, composé d'enseignants et de spécialistes d'Afrique et d'ailleurs, assure une diversité d'expertises et de perspectives. En tant que membre de Crossref, une organisation américaine participant à l'indexation globale du contenu scientifique, les Éditions Lumumba bénéficient d'un préfixe DOI (10.58610) pour attribuer un DOI unique à chaque œuvre éditée. Cela permet aux publications d'être accessibles à des milliers de membres de Crossref et à des centaines d'organisations, y compris des institutions scientifiques et universitaires du monde entier, augmentant considérablement la visibilité et l'impact international des travaux publiés.

Les Éditions Lumumba s'appuient sur un vaste réseau de distributeurs et de partenaires internationaux, incluant des universités, des ONG et de grandes plateformes telles que CAIRN.INFO (la plus grande bibliothèque numérique francophone), DILICOM, OpenEdition Books, la plateforme Afriscience, etc.

© Editions Lumumba

Revue Panafricaine de la Jeunesse

— RPJ —

- Pan African Youth Journal -

Revue scientifique internationale, interdisciplinaire et interactive

Périodicité : avril, août et décembre
Prix du numéro : 30 USD
Abonnement annuel : 100 USD
Version numérique disponible sur : www.afriscience.org
Suivez-nous sur nos réseaux sociaux :
@editionslumumba | @afriscience

Imprimé en République Démocratique du Congo

Tél. (+243) 90 43 370 19
Email : contact@editionslumumba.com
Site web : www.editionslumumba.com
Siège : 10, avenue de la Moto croisement boulevard M'siri, ville de Lubumbashi, RD Congo

Editorial

Ce premier numéro du Volume 2 de la Revue Panafricaine de la Jeunesse pour l'année 2023 témoigne de la détermination des scientifiques africains provenant de différents pays. Leur objectif commun est d'éclairer les acteurs politiques, scientifiques, sociaux, etc., en fournissant des données scientifiques fiables. C'est pourquoi, dans une perspective panafricaine, la Revue Panafricaine de la Jeunesse s'est positionnée comme une plateforme internationale pour l'échange et la diffusion d'études africaines. Auparavant, ces études devaient être publiées dans des revues non africaines, voire étaient rejetées en raison de divergences avec leur prétendue "*politique éditoriale*".

La science africaine est une valeur fondamentale à capitaliser et à promouvoir, et cela ne peut être réalisé qu'en impliquant tous les acteurs. C'est pourquoi, les membres du comité scientifique de la Revue Panafricaine de la Jeunesse, ainsi que les instructeurs externes issus de divers horizons, ont accepté de relever ce défi en apportant leurs solutions et leur expertise à cette revue. Ce mélange de connaissances et d'idéologies provenant de différents pays africains et d'ailleurs fait de la RPJ une revue panafricaine d'avenir, porteuse d'espoir et de renaissance scientifique.

En tant que l'une des principales revues africaines dans le domaine de la recherche scientifique, la RPJ s'efforce de maintenir des normes de qualité élevées pour tous les articles publiés. Elle enregistre aujourd'hui un taux d'acceptation de 50%, ce qui témoigne de la rigueur de notre processus de sélection. L'accueil chaleureux reçu de la part du grand public africain et d'autres régions reflète notre engagement en faveur de la promotion d'une science africaine de qualité.

Cette édition présente les contributions de chercheurs émérites issus d'une large gamme de pays africains, tels que le Sénégal, la RD Congo, le Togo, le Madagascar, le Cameroun, le Mali, le Burkina Faso et le Bénin. Ces chercheurs représentent différents domaines et secteurs de l'activité scientifique en Afrique, leur permettant ainsi de proposer des recherches originales et pertinentes sur une variété de questions touchant les sociétés africaines dans divers secteurs, tels que la jeunesse, la technologie, le droit, la sociologie, l'économie, le développement, l'environnement, la politique, la gestion des ressources humaines, la sociologie du développement, la culture et les arts, la littérature, la médecine, la santé, etc.

Notre comité de rédaction, notre comité scientifique et nos évaluateurs externes travaillent en étroite collaboration avec les auteurs afin de garantir la qualité et la pertinence de chaque article publié. Nous sommes convaincus que cette approche collaborative est essentielle pour renforcer la position de la science africaine à l'échelle mondiale et veiller à ce que les sociétés africaines bénéficient des avantages de la recherche de qualité.

Plongez-vous dans ce numéro de notre revue et découvrez les trésors de la science africaine. En rejoignant notre communauté de lecteurs, vous contribuerez à renforcer la position de la science africaine à l'échelle mondiale, tout en permettant aux sociétés africaines de bénéficier des avancées de la recherche de qualité. N'hésitez plus et embarquez pour un voyage fascinant à travers les découvertes, les innovations et les idées novatrices qui façonnent l'avenir de l'Afrique et du monde.

Dr Basile Mulwani Makelele
Professeur des Universités

Equipe de la revue

Comité de rédaction

- Directeur de Publication : M. le Pr. **Basile Mulwani Makelele**, RD. Congo
- Rédacteur en chef : M. le Pr. **Philippe Kasongo Maloba Tshikala**, Belgique
- Rédacteur en chef Adjoint : M. **Valery Ngoy Ndala,** RD. Congo
- Traducteur en chef : M. le Dr. **Fo-Koku D. Woameno**, Togo
- Relecteur Principal : M. **Jean-Micky Kafuwa Musongo**, RD Congo
- Responsable de la mise en ligne : Mme **Blin Acouh Marie-José**, Côte d'Ivoire
- Secrétaire de rédaction : M. **William Agbaka,** Bénin
- Référente pour le suivi du processus d'adhésion : Mme **Marie Mbatshiona Mundi**, RD. Congo
- Responsable administratif et financier : M. **Banon Zinsou Côme**, Bénin
- Responsable des partenariats : M. **Fidèle BUKASA KABWE,** RD. Congo

Comité scientifique

- Abdoulaye Ouedraogo, PhD, Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (MEFP), Burkina Faso
- Abi-Kaberou Gildas, PhD, UAC/ENS-Porto-Novo/Laboratoire de Pédagogie et de Didactique des Humanités (LaPEDIH), Benin
- Adaba Koffi Amessou, PhD, Université de Lomé, Togo
- Akimou Tchagnaou, PhD, Université de Zinder, Niger
- Ambombi Eyolo Azede Espoir, PhD, Chaire MBA, Afrikan campus, Congo Brazza
- Amoussou Franck, PhD, Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- Ballo Drissa, PhD, Enseignant-Chercheur, Mali
- Basile Mulwani Makelele, PhD, Université de Lubumbashi, RD. Congo
- Bekolo Engoudou Bruno, PhD, Université de Douala, Cameroun
- Bitouga Bernard Aristide, PhD, Université de Douala, Cameroun
- BOUMA Carine Nadège, PhD, Université de Bamenda, Cameroun
- Christian Bumute, PhD, Université de Likasi, RD Congo
- Essome Lele Gislain Arnaud, PhD, Unité de recherche ECLLA, Université de Jean-Monnet Saint-Étienne, Cameroun
- Félix N'dia Anon, PhD, Université Félix Houphouet-Boigny, Côte d'Ivoire
- Fidélie Ntshikala, PhD, Université de Kolwezi, RD Congo
- Fo-Koku D. Woameno, PhD, Université de Lomé, Togo

- Gaby Ilunga Mutombo, PhD, Université de Lubumbashi, RD Congo
- Gano Nouhou, PhD, Université cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal
- Gninneyo Sylvestre-Pierre NIYA, PhD, Ecole Normale Supérieure, Burkina Faso
- Kongue Toyindou, PhD, Université de Lomé, Togo
- Lago Blé Angelin, PhD, Université Jean-Lorougnon Guede, Daloa, Côte d'Ivoire.
- Matthias Cinyabuguma, PhD, Banque mondiale, RD Congo
- Melingui Ayissi, PhD, Université de Douala, Cameroun
- Metsena Ndjavoua, PhD, Université de Maroua, Cameroun
- Mohamed Atteyoub H. dit Modibo SIDIBÉ, Phd, Université des sciences sociales et de gestion de Bamako (USSGB), Mali
- Moussa Coulibaly, PhD, Université Assane Seck de Ziguinchor, Sénégal
- Moussa Dourfaye Abdoul-kadze, Phd, Service de Santé, Niger
- Nebie Boukary, PhD, Université de Fada N'Gourma, Burkina Faso
- Nyebe Atangana Sandrine, PhD, Ministère des enseignements secondaires, Cameroun
- Patrice M'Bétien KONE, PhD, Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire
- Philippe Kasongo Maloba Tshikala, PhD, Université de Lubumbashi, RD Congo
- Raymond-Bernard Ahouandjinou, PhD, Université d'Abomey Calavi, Benin
- Serge Caleb Mbula Musasa Mwadianvita, PhD, Université Pédagogique Nationale (UPN) de Kinshasa, RD Congo
- Sidibé Ousmane, PhD, Université de San Pedro, Côte d'Ivoire
- Yamsoumouna Ndimma Joël., PhD, Centre d'études et de recherches en Droit international et communautaire (CEDIC), Tchad

SANTE

Revue Panafricaine de la Jeunesse
Revue scientifique internationale
ISSN : 2790-6248 I e-ISSN : 2790-6256
Editions Lumumba
Un nouvel élan de l'édition africaine
Email : contact@editionslumumba.com
Afriscience
African Scientific Universe

Mécanismes sociopsychologiques du refus et de la rupture des soins VIH chez des hommes séropositifs en Côte d'Ivoire.

[Sociopsychological mechanisms of HIV denial and discontinuation among HIV-positive men in Côte d'Ivoire]

Kouadio N'gnanda Anne-Marie[1]
Université Félix Houphouët Boigny/Côte d'Ivoire
Email : ngnanda1974@gmail.com

Résumé

Le but de ce travail est de montrer comment par des mécanismes sociaux, culturels et psychologiques les hommes dépistés positifs refusent ou se soustraient au traitement. À partir d'une approche qualitative et d'une perspective compréhensive, les sens, les significations derrière le refus et la rupture des soins VIH seront analysés. Ainsi, à l'aide d'un guide d'entretien semi- directif, des entretiens individuels ont été réalisés. Il ressort que la persistance des idées fausses, le choix de s'abandonner à la « mort programmée », la peur du soupçon social est autant de facteurs explicatifs du refus et de la rupture des soins VIH. En effet, la phobie de la maladie a forgé une attitude de déni face à la maladie chez certains séropositifs. Par ailleurs, la médecine de tradition africaine et la prière, sont des alternatives au traitement VIH, car, évaluées plus efficaces. Ces pratiques face à la maladie compromettent non seulement la santé des séropositifs, mais aussi les efforts du système de santé. Des recommandations de recherches sont faites pour amener les hommes séropositifs à accepter leur statut, à initier le traitement et à être observants.

Mots clés : soins VIH, rupture du traitement, le refus, hommes, Côte d'Ivoire.

Abstract

The aim of this work is to show how through social, cultural and psychological mechanisms men who test positive refuse or evade treatment. From a qualitative approach and a comprehensive perspective, the meanings, meanings behind the refusal and disruption of HIV care will be analyzed. Thus, with the help of a semi-structured interview guide, individual interviews were conducted. It appears that the persistence of misconceptions, the choice to abandon oneself to "programmed death",

[1] Membre de l'Association Internationale des Sociologues de Langue Française (AISLF)

the fear of social suspicion are all explanatory factors for the refusal and breakdown of HIV care. Indeed, the phobia of the disease has forged an attitude of denial towards the disease among some HIV-positive people. In addition, traditional African medicine and prayer are alternatives to HIV treatment, because they are evaluated as more effective. These practices in dealing with the disease not only jeopardize the health of HIV-positive people, but also the efforts of the health system. Research recommendations are made to get HIV-positive men to accept their status, initiate treatment and be observant.

Keywords : HIV care, treatment disruption, refusal, men, Côte d'Ivoire.

0. Introduction

La Côte d'Ivoire fait partie des pays les plus touchés par la pandémie VIH en Afrique de l'Ouest. Le taux de prévalence était estimé à 2,9% ; 4,1 % chez les femmes et 1,7 % chez les hommes en 2018 (CIPHIA, 2018). Cependant, des études ont montré qu'un nombre important d'hommes ne fréquentent pas les (CDV), mieux ils ne cherchent pas à avoir accès au traitement lorsqu'ils sont déclarés séropositifs. De plus, lorsqu'ils arrivent à initier le traitement, ils ne sont pas toujours observants et certains parviennent à l'interrompre pour des raisons qui seront analysées tout au long de ce travail.

Aujourd'hui encore des difficultés pour atteindre les hommes et les convaincre à faire le dépistage, à s'enrôler dans le continuum et à y demeurer persistent. Si rien n'est fait, les efforts de lutte contre la pandémie dans le pays n'atteindront pas les résultats escomptés. Ainsi, plusieurs organisations nationales et internationales de lutte contre le VIH ont mis en place des programmes en vue d'améliorer les connaissances, les attitudes et comportements face à la maladie.

Dans une perspective quantitative, les études ont montré qu'il existe des ruptures de soins VIH liées au système sanitaire. Toute chose qui entache la santé des individus ainsi que les efforts de la santé publique pour maintenir les populations en bonne santé. La rupture des soins, mieux le refus de continuer le traitement ou de l'initier est expliqué par un ensemble de facteurs individuels, relationnels et organisationnels (Carillon, 2011.) Selon certains auteurs, la rupture de confiance entre médecin et patient liée à la gestion des effets indésirables du traitement est l'une des raisons d'interruption des soins par le patient (Préau, Villes, & Spire 2009 ; Voutyra, Ameziane, & Moro, 2020). Les facteurs culturels privilégiant la réputation du groupe au détriment de l'individu favorisent également la rupture ou le refus du traitement VIH. Ainsi, le refus de la prise en charge devient une forme de protection contre la mauvaise réputation de l'individu et sa famille (Labbé, 2015).

La rupture du traitement chez les hommes comme cible est très peu abordée dans la recherche sociologique. Dans ce travail, nous abordons la rupture et le refus des soins

chez les hommes. Son but est de montrer comment par des mécanismes sociaux, culturels et psychologiques les hommes dépistés positifs refusent ou se soustraient volontairement au traitement.

À partir d'une approche qualitative et d'une perspective compréhensive, nous allons percevoir les sens, les significations derrière ces attitudes et comportements face aux soins VIH.

1. Méthodologie

Les données utilisées dans ce travail proviennent de l'enquête de terrain menée en octobre, novembre, décembre 2022 et début janvier 2023 dans le cadre de cette étude. Le temps relativement long mis pour l'enquête s'explique par les difficultés à convaincre les PVVIH, cible primaire, à participer à l'étude. À cause de la méfiance de cette cible, il fallait entreprendre plusieurs démarches et tentatives avant la réalisation effective d'un l'entretien. L'étude s'est déroulée dans la ville d'Abidjan, précisément dans trois communes (Yopougon, Abobo et Cocody). Les entretiens se sont déroulés dans plusieurs structures de lutte contre le VIH. Ce, avec l'aide des points focaux qui intervenaient dans la prise en charge des PPVIH.

L'enquête de terrain est de type qualitatif, elle a concerné deux cibles. La cible primaire était constituée d'hommes dépistés positifs qui étaient sous traitement et qui à un moment donné l'ont abandonné et de ceux dépistés positifs qui refusent de se mettre sous traitement. La seconde cible est composée de personnes-ressources, les agents de santé (médecins et infirmiers impliqués dans la prise en charge des PVVIH), des agents communautaires et des responsables d'ONG de lutte contre la pandémie. L'enquête avait pour but d'identifier à travers les discours des participants les facteurs explicatifs de la rupture des soins et du refus de s'enrôler dans le continuum de traitements VIH.

Les participants à l'enquête ont été sélectionnés dans divers secteurs d'activités et couches sociales : ouvriers du secteur privé et industriel, ouvriers agricoles, paysans, travailleurs du secteur public (instituteurs, douaniers, retraités, etc.), travailleur du secteur tertiaire (commerçants, pâtissiers, etc.), mais aussi chômeurs en quête d'emploi. En ce qui concerne leur statut social, on y retrouve des hommes mariés ou vivant en concubinage avec ou sans enfants, des célibataires avec ou sans enfants, des personnes illettrées (mais qui savent s'exprimer en français), des hommes avec des niveaux d'instruction (primaire, secondaire ou universitaire).

Au total trente-neuf (39) personnes ont participé à l'étude. Dix-huit (18) hommes séropositifs, pas sous traitement dont huit (8) ayant interrompu le traitement au moment de l'enquête. Sept (7) agents communautaires et six (6) agents de santé intervenant dans la prise en charge. Huit (8) accompagnateurs des PVVIH ayant rompu leur traitement.

L'étape de préparation a commencé par une exploration du terrain. Elle a permis d'identifier des personnes ressources et des points focaux potentiels pour faciliter l'organisation de la collecte de données. La collecte de données a démarré par des séances de mobilisation. Ce qui a permis de rencontrer des responsables d'ONG de lutte contre le VIH impliquées dans les activités de collecte de données dans le cadre de l'échantillon d'enquête.

À l'aide de guides d'entretien semi-structurés, élaborés autour des facteurs de rupture de soins, du déni de la maladie et de la peur ont été administrés aux différentes cibles. Ceci, en prenant le soin de recueillir préalablement, auprès de chaque participant, son consentement libre et éclairé. En effet, tenant compte de la sensibilité de l'enquête, les consentements ont été obtenus oralement.

L'analyse de contenu thématique a permis de faire l'analyse des données empiriques. Il s'est agi de dégager des unités de sens, des corpus de données, et les incorporées dans les analyses pour étayer les propos expliquant la rupture ou le refus des traitements à travers le déni de la maladie, les croyances religieuses et le recours à des soins alternatifs.

Elle a consisté à analyser le contenu des discours livrés par les informateurs lors des entretiens individuels selon la méthode suivante : Extraction, pour chaque thème des messages clés tels qu'exprimés par les informateurs. Hiérarchisation de ces messages en fonction de leur fréquence d'apparition dans chacun des d'entretiens selon la cible et dans l'ensemble. Comparaison entre les différents entretiens de façon à dégager les divergences et les convergences. Illustration des messages clés par un verbatim qui reflète la perception exprimée par les enquêtés. L'analyse est réalisée entretien par entretien afin de rendre compte pour chaque entretien de la perception d'ensemble des informateurs clés sur le fait social étudié (la rupture et le refus du traitement VIH) et de retenir la pertinence de leur analyse.

2. Résultats

Dans les lignes qui suivent, sont abordés les facteurs susceptibles d'être à l'origine du non-recours aux soins VIH. Il en existe principalement trois : la persistance des idées fausses sur la maladie, le choix de s'abandonner à la « mort programmée » *versus* la mise sous traitement, la peur du soupçon social pouvant être éveillé par le dispositif de suivi du traitement. En plus de ces trois principaux facteurs, d'autres raisons ont été évoquées.

2.1. La persistance des connaissances erronées : un facteur de la rupture ou du refus des soins VIH/sida

Depuis l'avènement de la maladie jusqu'à ce jour, ce, malgré les multiples actions menées auprès des populations, certaines personnes pensent encore que le VIH n'existe pas et n'a jamais existé. Selon les données du terrain, c'est est une pure invention à des fins économiques et démographiques. Ainsi, le VIH est un mécanisme

mis en œuvre pour contrôler la croissance démographique des pays sous-développés. Aussi, elles estiment que le VIH est une invention à but lucratif dans le but de capter des ressources financières à travers les industries de production des ARV et des préservatifs. Donc, selon A.S, PVVIH, âgée de 49 ans, père de 4 enfants affirme que : « …*par le canal des hôpitaux, ils inventent des séropositifs afin de les mettre sous traitement ARV et enrichir les firmes pharmaceutiques* »[1]. De ce fait, la demande en ARV et en préservatifs s'accroit et augmente les chiffres d'affaires des firmes pharmaceutiques et des industries du caoutchouc. Ces raisons, à l'origine du refus du dépistage, sont également pour la rupture et le refus des soins VIH.

L'examen des données empiriques a révélé que le VIH est une maladie spirituelle. Sa présence dans un organisme est une œuvre satanique orchestrée par l'ennemi. En conséquence, son traitement nécessite un autre recours thérapeutique d'ordre spirituel également. La médecine moderne avec son protocole thérapeutique est impuissante dans la guérison d'une telle affection. Le témoignage de cet informateur illustre bien cette conception du VIH : « *Les gens sont nombreux à penser que le sida est un sort lancé par les sorciers, c'est un mal envoyé par Satan. Ils disent que l'hôpital ne peut pas guérir le sida, c'est pourquoi certaines personnes quand on leur annonce ça, elles refusent de venir à l'hôpital pour se soigner.*»[2]

La persistance de connaissances erronées et des représentations de la maladie, malgré les programmes de sensibilisation, constitue un frein à la mise sous traitement et un facteur de rupture des soins. Chez certains individus, bien qu'ayant suivi les activités des organisations de la prise en charge, les préjugés, les connaissances populaires et erronées en lien avec le VIH n'ont pas véritablement changé. Cet extrait du discours d'un informateur explique cette persistance des connaissances erronées du VIH au sein de la population.

> *On a beau expliquer aux gens que le VIH est réel et fait des ravages dans le monde. J'avoue qu'il y a encore des gens en plein Abidjan qui ne croient pas à la maladie, encore moins à la dangerosité du VIH. Quelqu'un qui pense que ça n'existe pas, pourquoi il va se mettre sous traitement. C'est un véritable problème que nous rencontrons ici. Lorsqu'ils sont dépistés positifs, il y a déjà un service qui débute la prise en charge par la sensibilisation, on leur explique tout sur la maladie. Même avec ça, ils refusent d'y croire*.[3]

C'est dire que malgré les nombreuses actions en faveur de la prévention et la prise en charge, ces programmes n'ont pas eu d'impacts positifs sur leurs perceptions, leurs

[1] Propos recueillis d'un entretien individuel avec une personnes vivant avec le VIH et qui au moment de l'enquête refusait de s'enrouler dans le continuum de traitement. Les quelques initiales dans le texte ne correspondent pas aux noms des personnes interviewées.

[2] Propos d'un agent communautaire, intervenant dans la prise en charge et l'accompagnement des PVVIH, à Yopougon

[3] Extrait du discours d'un agent de santé intervenant dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH à la PMI de Yopougon

comportements et connaissances du VIH . Selon eux, le VIH/sida demeure une invention de l'occident, un complot contre les populations africaines.

Par ailleurs, chez certains interviewés, le VIH est perçu comme une « maladie bénigne et banale » qu'on peut soigner à partir de quelques décoctions voire de boissons alcoolisées. Dans ce cas, il n'est pas nécessaire de recourir à des soins modernes couteux et contraignants qui ne guérissent pas complètement la maladie. Le remède se trouve ailleurs, en dehors de la médecine moderne. Très souvent, les malades ont recours à la médecine de tradition africaine comme une alternative de soins. Dans certains cas, les dépistés positifs ont recours à des pratiques relevant de la médecine populaire ou de l'automédication tout en prétestant la banalité de la maladie. Des propos du genre « *Ça là, quand tu prends koutoukou même ça passe. Koutoukou peut finir ça rapidement, ce sont des choses qu'on entend lors des formations …* » [1] ont été recueillis à travers le discours d'une personne-ressource.

En raison du poids de ces idées fausses et de la négligence de la maladie, certains hommes ont suspendu leur participation aux formations et aux activités de sensibilisation VIH initiées dans leur communauté. Un homme refusant le traitement a donné la preuve de la persistance de ces idées fausses en ces mots : « *moi, je ne crois pas à ça, on m'a dit de faire des activités avec ONG, j'ai commencé, je n'ai pas terminé. On perd mon temps ici, ce n'est pas ça qui va me soigner si je suis malade de ça* ».

2.2. « Se laisser mourir » plutôt que de se traiter : déni ou suicide ?

La représentation que certaines personnes se font du VIH/sida est à l'origine du refus ou de la rupture du traitement de la maladie. En effet, la maladie est perçue comme une affection grave par ce qu'elle est incurable. Cette perception est construite et soutenue par le mécanisme de communication mis en place pour véhiculer les informations relatives au VIH au début de la pandémie. Cependant, malgré les nouvelles stratégies de communication, l'avancée de la médecine pour offrir une meilleure santé aux séropositifs, le VIH demeure toujours une fatalité chez un nombre important d'hommes rencontrés. En effet, dans la conscience collective de ces personnes, le VIH « *est une fin de vie, une maladie incurable et honteuse »*. Selon ces hommes « *par ce qu'on ne peut pas en guérir, autant ne pas s'engager dans un traitement* » . De ce fait, ils s'installent dans cette posture de fatalité et sont réfractaires à toute forme de thérapie liée à la maladie. Cette position est décrite dans les propos d'un agent communautaire intervenant dans la prise en charge médicale et sociale des PVVIH à Cocody.

> *Nous sommes dans le monde des séropositifs. Ceux qui ne veulent pas prendre les médicaments et ceux qui arrentent brusquement le traitement, je pense que, ils ont un moral, ils ont une idée derrière la tête. Ils se disent avoir le sida, c'est la fin de la vie, tout s'arrête là. Est-ce qu'on peut lutter contre le VIH ? Même s'il prend le traitement, il va mourir ; s'il ne le prend pas, il va mourir*

[1] Propos recueilli d'un entretien individuel avec un agent communautaire

> *pareil. Alors, pourquoi se fatiguer pour finalement mourir ? Ils décident de se laisser mourir. Moi j'appelle ça un suicide*[1]

Cette attitude vis-à-vis du VIH, modélisateur de comportement, est un autre facteur susceptible de compromettre le recours aux soins de certains séropositifs. Dans leur état d'esprit, la contraction du virus est une catastrophe. Il n'y a aucune possibilité de vivre, en revanche, se laisser mourir à petit feu est la solution adéquate face à la maladie. Dans ce cas, toute forme d'amélioration de la santé n'est pas envisageable. Cet abandon devant la maladie s'apparente à une forme de suicide. « *Quand on m'a annoncé que j'ai le VIH, ma vie était par terre. J'ai pleuré, pleuré beaucoup, pour moi, c'est fini, on ne peut rien faire pour moi encore. Mourir est mieux. C'est pourquoi, je n'ai pas accepté les médicaments qui fatiguent et ne font rien*. »[2] Dans bien des cas, les séropositifs entamaient le traitement sur une période raisonnable, après l'abandonne sans avis médical. Pourtant, ils sont informés des conséquences de la rupture du traitement sur leur état de santé.

Selon les propos de certaines personnes-ressources, cette attitude « suicidaire » semble davantage renforcée par l'âge du patient. Plus, il est âgé, plus il développe une attitude réfractaire au traitement, voire une attitude de déni de la maladie. Car il pense être à la fin de sa vie et ne perçoit pas l'intérêt de se mettre sous un traitement contraignant à vie qui, de surcroît, ne guérit pas.

> *J'ai connu un vieux au quartier comme son enfant savait que je travaille dans le domaine, il m'a demandé de convaincre son père. Je vous assure, j'ai tout fait le vieux a dit non, il dit qu'il ne lui reste plus assez de temps à vivre et que c'est son heure, c'est Dieu qui a voulu. Malgré son état de santé précaire, il a refusé le traitement. C'est comme s'il refusait d'avoir contracté le virus, il s'en foutait de son état de santé, il continuait tranquillement sa vie* et *personne ne pouvait savoir qu'il avait la chose là.*[3]

2.3. La peur du soupçon social

Le VIH est une maladie sexuellement transmissible, comme tel tout acte susceptible de révéler des informations sur la nature de la maladie est source de méfiance. Cette attitude est plus accentuée chez les PVVIH à cause de la stigmatisation, le rejet et l'exclusion sociale qu'elles subissent. Ainsi, la prise quotidienne des médicaments à des heures précises, la présence de personne extérieure en lien avec la santé sont des évènements factuels capables de compromettre la mise sous traitement ou la rupture du traitement chez certains hommes dépistés positifs. Par peur d'attirer l'attention de

[1] Propos d'un agent communautaire rencontré à Cocody. Il intervient dans l'accompagnement et la prise en charge des séropositifs.

[2] Propos exprimant la désolation et le refus du traitement d'un séropositif de 31 ans sans enfants rencontré à Abobo.

[3] Propos d'un agent de communautaire intervenant dans la prise en charge psychologique et sociale des PVVIH à Yopougon

leur entourage sur leur séropositivité, certains informateurs ont affirmé interrompre leur traitement en ces termes :

> *Quand j'étais à la maison, je prenais le traitement, là-bas ma maman savait que j'avais la maladie. J'ai arrêté de suivre le traitement depuis que je suis arrivé dans ce centre pour apprendre à jouer. Nous avons des chambres communes, si je prends des médicaments tous les jours, les autres vont commencer à se poser des questions sur ma santé, c'est pourquoi j'ai arrêté le traitement. Si les autres savent que je suis séropositif, ils vont me fuir.* [1]

Certains agents communautaires ont témoigné que les visites et les appels de suivi initié par certains organismes communautaires de lutte contre la pandémie ont conduit au refus et à l'interruption des soins chez certains séropositifs. La cause, c'est moins l'efficacité du traitement que le dispositif mis en place pour accompagner les dépistés positifs. Ces visites à domicile et ces appels téléphoniques n'offraient pas, selon certains enquêtés, toutes les garanties de discrétion dont les séropositifs ont besoin pour observer le traitement tout en protégeant la confidentialité de leur statut sérologique. Dans cette perspective, la prise des médicaments et la visite chez le médecin deviennent de véritables fardeaux pour les malades. Une alternative pour se mettre à l'abri des regards, des soupçons et des mauvaises langues est l'abandon du traitement au risque de rendre son statut public. La peur d'éveiller des soupçons dans leur famille ou dans leur communauté peut donc pousser certains séropositifs à se détourner du traitement médical vers d'autre alternative jugée plus discrète loin du regard social accusateur.

> *Quand j'ai connu mon statut, j'ai eu peur, je ne savais pas comment ma famille et mes amis allaient réagir. J'étais le seul espoir de mon père, je ne pouvais pas lui dire que je suis séropositif. Moi, j'ai peur, vraiment, j'ai peur de commencer le traitement, et les gens vont savoir que je prends* toujours *des médicaments ; c'est sûr, ils vont chercher à savoir pourquoi. Le sida même ne tue pas, ce qui tue, c'est quand les gens autour de toi savent que tu as la chose là.* [2]

La pression du groupe est plus forte que celle de la maladie. Elle contraint l'individu à faire le choix d'une santé précaire que de s'adonner à une pratique susceptible de révéler son statut sérologique au groupe social. Cette pression sociale combinée à d'autres phénomènes est à l'origine de plusieurs attitudes et comportements inattendus du séropositif. Quelles sont les autres raisons évoquées susceptibles d'expliquer le non-recours ou la rupture du traitement VIH chez des hommes ?

[1] Propos d'un séropositif âgé de 19ans, ayant interrompu le traitement, rencontré à Cocody

[2] Propos recueillis d'un entretien individuel avec un séropositif n'ayant pas encore initier le traitement

2.4. Les autres causes susceptibles de l'abandon ou du refus du traitement

Un autre phénomène, constaté et évoqué par les informateurs, à l'origine du non-recours au traitement est la sous-information et la malinformation liées au mode de transmission, de prévention et de prise en charge du VIH. En effet, des personnes ont refusé leur séropositivité parce qu'elles estiment avoir une vie sexuelle saine et donc exemptent de contamination. Ces hommes installés dans cette posture minimisent ou ignorent les autres voies de transmission du VIH. Un agent de santé a affirmé ceci : « *J'ai connu un patient ici, il a refusé son résultat positif et n'a jamais initié le traitement. Il est convaincu que c'est une erreur qu'il ne peut pas avoir le sida parce qu'il ne fréquente pas les filles de mauvaise réputation. On l'a même perdu de vu.* »[1]. Un témoignage de manque d'éducation et d'information de certains hommes.

D'autres peinent à initier le traitement ou l'abandonnent faute de moyens de déplacement pour se rendre au centre de santé. Bien souvent, les populations refusent de fréquenter les centres de santé de leur environnement social quand il est question du VIH. Ils se rendent dans des structures sanitaires loin de leur communauté. « *Les hommes ne viennent pas parce qu'ils ont peur de rencontrer quelqu'un qu'ils connaissent ici* »[2]. Ainsi, le problème de l'accessibilité géographique des soins se pose avec acuité surtout pour les séropositifs qui ne sont pas en activité. Pour preuve, des informateurs ont justifié l'abandon du traitement par peur de rencontrer une connaissance dans le centre de santé. Le risque que leur statut sérologique soit divulgué indélicatement dans le tissu social est élevé. Cette accessibilité géographique est couplée avec l'accessibilité financière pour conforter la position de refus ou de rupture de soins. Certains interviewés disent interrompre le traitement par manque de moyens financiers. « *Moi je suis à la retraite, je n'avais pas un bon travail, j'étais chauffeur dans une entreprise privée. À la retraite, je ne gagne pas presque rien. Je ne gagne pas l'argent pour la nourriture alors qu'il faut bien manger pour prendre les comprimés. En tout cas, moi j'ai tout arrêté*. »[3]

Parfois les malades abandonnent le traitement, car la prise quotidienne des ARV provoque des effets secondaires insupportables (des vertiges, l'anémie, somnolence, etc.). Très souvent, ils exerçaient des activités « incompatibles » avec le traitement. Un informateur séropositif ayant interrompu son traitement l'a justifié par l'incompatibilité du traitement et de son travail. En effet, il monte régulièrement la garde, ce qui l'oblige à être constamment en état d'éveil. Ce que les effets secondaires des ARV ne favorisent pas.

> *La première fois quand j'ai pris les comprimés là, c'était même difficile pour moi de travailler parce que j'étais sonné, je ne pouvais pas tenir sur les pieds. Je ne pouvais rien, j'étais lourd, j'avais le vertige, je vomissais. Pendant une*

[1] Propos d'un agent de santé lors d'un entretien individuel réalisé Yopougon.

[2] Propos d'un conseiller communautaire lors d'un entretien individuel à Abobo.

[3] Témoignage d'un séropositif âgé de 57 ans père de 6enfants ayant abandonné le traitement à Yopougon

> *semaine je ne pouvais pas bien travailler, j'étais comme une femme enceinte. Les gens ont commencé à me regarder bizarrement. Ils se demandaient ce que j'avais et c'est sûr qu'ils allaient savoir que je suis séropositif et donc j'ai arrêté de prendre ces médicaments.*[1]

De plus, la forme des ARV (jugés trop gros), la boîte où sont conservés les médicaments (jugée également trop grosse et indiscrète) de même que leur odeur « intolérable » fait penser aux PVVIH, ayant abandonné le traitement, qu'il s'agit « d'un cadeau empoisonné ». Ce qui a soutenu leur rupture du traitement. La nature des médicaments est donc mise en cause par des hommes comme un obstacle potentiel au maintien dans le continuum de soin. Ils sont indexés comme faisant beaucoup de bruits et susceptibles d'éveiller les soupçons. Ils provoquent une grande faim chez des personnes qui, pourtant, n'ont pas les ressources nécessaires pour s'alimenter convenablement. Ils sont aussi contraignants, car, ils exigent une prise quotidienne et à des heures régulières.

Par ailleurs, une fois mis sous traitement, l'amélioration de l'état de santé du malade pouvait le conduire à se soustraire du traitement. Car, il estimait qu'il n'était pas malade et que probablement le résultat du test était inexact.

3. Discussion

3.1. Mon test est positif, mais je ne suis pas malade : le déni, un mécanisme psychosocial du refus du traitement

L'une des entraves au traitement est le déni de la maladie. Le refus d'accepter la maladie, bien que la séropositivité soit avérée, constitue un obstacle à la mise sous traitement des hommes séropositifs. Certains hommes dépistés positifs avec ou sans niveau d'instruction rejettent catégoriquement leur statut de malade du VIH. L'idée d'avoir contracté le virus et donc porteur de la maladie n'est pas recevable. Dès lors cette catégorie de personne se renferme dans une bulle et continue de vivre une vie normale sans se soucier de leur état de santé. Dans leur conscience, le VIH c'est pour les autres, pas pour eux. Ils ne veulent pas entendre parler du VIH et refusent tout contact avec les agents de santé et toute personne abordant le sujet. D'autres ne croient pas avoir pu contracter le virus parce qu'ils se sont toujours abstenus des comportements sexuels à risques. C'est le cas de cette PVVIH qui rejette son statut de séropositif, estimant être resté fidèle à ses deux femmes. La phobie de la maladie est à l'origine de ce refus. Il apparait comme une protection, un abri afin de résister au choc lié à l'annonce du statut positif. Ceci par ce que le VIH est source de désordre et de rejet, il bouleverse toute la vie sociale, économique et psychologique des victimes. La réinsertion des individus nécessite une prise en charge psychologique, sociale, spirituelle comme l'ont soutenu ces auteurs (G. Korbéogo, & S. Lingani, 2013.).

[1] Propos d'un séropositif ayant interrompu le continuum de traitement à Abobo, il était âgé de 26 ans.

En considérant le VIH comme un choc traumatique, l'attitude du déni adoptée par certaines personnes déclarées séropositives s'apparente à une forme de ''résilience'' temporaire qui leur permet de vivre tant soit peu une vie normale. C'est cette résilience individuelle qui longtemps a dominé la psychologie clinique avec pour objet principal d'étude l'enfant. Il était question de montrer comment face aux situations traumatisantes (viol, maltraitance, handicap psychologique ou physique, etc.) l'enfant, seul ou avec l'aide de la famille ou personne extérieure, arrive à les surmonter et à mener une vie normale. (M. Manciaux, 2006 ; B. Cyrulnik,2004 ; M. Delage, 2004 et Y.H. Haesevoets, 2016.)

Le déni de la maladie (VIH) est soutenu par la manifestation silencieuse de la maladie à ses débuts. Cette période asymptomatique renforce la posture du déni des individus en induisant le refus du traitement par les séropositifs. En effet, des séropositifs s'en tiennent à leur apparence physique pour éviter le traitement. Dès lors que le corps ne souffre pas physiquement, ils pensent qu'ils peuvent se passer du traitement. Par ignorance volontaire ou par manque de connaissance appropriée sur la maladie. Ils estiment qu'ils peuvent faire fi du traitement parce qu'ils sont sportifs, athlétiques et donc qu'ils ont un « *corps qui répond bien* ». À travers cette conception, le « *bien se sentir dans sa peau* » devient une dimension importante du choix de suivre ou de ne pas suivre le traitement. Ceci dans un contexte culturel où « *être en bonne santé* » signifie encore dans l'imaginaire populaire « *être obèse ou en forme* » et, en revanche, « *avoir un corps svelte ou être mince* » signifie « *ne pas être en bonne santé* ». Ce constat pose la question de l'adaptation des messages d'incitation au traitement au contexte culturel ivoirien, et suggère que cette adaptation s'applique au triptyque « santé – corps – traitement VIH ». Ici, nous pouvons dire avec certains auteurs que les contextes socioculturels, individuels et organisationnels ont été à l'origine du refus ou de la rupture du traitement VIH ainsi qu'au refus du traitement. (S. Carillon, 2011 ; F. Yves André, 2016.)

Dans tous les cas, ils ne reviennent au centre de santé que dans un état grave et ayant recours à des soins alternatifs sans succès. Ils perdent parfois la vie parce que trop tard pour les sauver. Par ailleurs, lorsque l'évidence commence à poindre, à travers la manifestation de quelques symptômes ; certains malades se tournent vers d'autres types de thérapie. Ainsi, afin de se soustraire ou refuser le traitement antirétroviral jugé non efficace et contraignant. À ce sujet un conseiller communautaire a rapporté le refus d'un homme testé positif de se mettre sous traitement pendant deux ans, avant de revenir sur sa décision quand son état de santé s'est considérablement dégradé.

À voir de près, c'est la peur qui alimente ce déni et cette construction de la résilience temporaire pour certains malades. Tous les comportements atypiques développés autour de la maladie trouvent leur fondement dans le déni de la maladie. Cependant, le déni, se rapportant au « soir de vie » qui agit comme une entrave au traitement, notamment chez les personnes âgées qui font un amalgame avec l'aboutissement d'une vie bien menée. Certains hommes testés positifs tardent à se mettre sous

traitement, car « ils estiment ne plus rien attendre de la vie ». Pourquoi, en effet, prendre des médicaments alors qu'ils sont au soir de leur vie, s'interrogent-ils souvent ? Cette interrogation attribuée à certains séropositifs, notamment les plus âgés de soixante ans et plus, semble révéler le sentiment de l'inutilité du traitement lorsqu'ils découvrent qu'ils sont infectés.

En effet, cette tranche d'âge sonne pour eux comme un « soir de vie », un moment où on attend passivent la mort après une vie professionnelle et familiale relativement bien remplie. Le rejet ou la réticence aux ARV devient pour eux une attitude logique, normale, car le traitement ne rendra pas irréversible le processus du « soir de vie » dont l'aboutissement est la mort. Cette conception du traitement en lien avec l'âge lève, par ailleurs, le voile sur la persistance des préjugés fatalistes sur le VIH et interpelle davantage sur l'ajustement sans cesse continu des messages d'incitation au traitement, notamment en fonction des tranches d'âges.

En clair, pour être efficace, un message d'incitation au traitement adressé à un jeune (début de vie) devrait être différent de celui dirigé vers un adulte (milieu de vie) et de celui destiné à un homme du troisième âge (soir de vie). Le refus du traitement et du dépistage par les hommes a été soutenu par la nature des messages fatalistes contenus dans la plupart des messages de sensibilisation contre la pandémie au début de la lutte. (P. Charlotte, 2011.)

Par ailleurs, ici également, lorsque l'évidence commence à poindre, à travers la manifestation de quelques symptômes ; certains malades se tournent vers d'autres types de thérapie. Ainsi, afin de se soustraire ou refuser le traitement antirétroviral jugé non efficace et contraignant.

3.2. La médecine de tradition africaine et la prière : une alternative empirique au traitement VIH

Certains séropositifs s'opposent au traitement ARV en prétestant l'efficacité d'autres formes de thérapie, notamment la médecine de tradition africaine et la prière. Selon certains interviewés, les séropositifs qui se soustraient du traitement ont une préférence pour la tradi-thérapie appelée communément « médicaments traditionnels ». En effet, lorsque le malade adhère au traitement et qu'il ne guérit pas de la maladie, il y met volontairement fin et explore d'autres voies de guérison. Il estime que non seulement le traitement est contraignant, mais surtout qu'il ne guérit pas la maladie. Le choix de cette démarche thérapeutique se justifie par une forte croyance en la médecine locale comme patrimoine culturel et surtout comme un traitement « curatif » et efficace. Un rapport de L'OMS fait en 2006 a indiqué qu'en Afrique 80% de la population avait recours à la médecine traditionnelle.

C'est dire que la thérapie locale apporte la guérison contrairement au médicament moderne (ARV) qui empêche juste la maladie de se développer, mais ne la guérit pas. En d'autres termes, cette croyance stipule que la médecine traditionnelle offre une alternative pour « être guéri » une fois pour toutes plutôt que de rester sous traitement

à vie avec la médecine moderne. Le recours à la médecine traditionnelle est un retour au capital social pour apporter une réponse locale à la maladie. Du coup, ils développent une sorte d'adhérence au traitement qu'ils qualifient de curatif où le langage est relativement connu dans un environnement social maitrisé ou accoutumé. C'est ce qu'avait décrit Benoist dans « soigner au pluriel. » En effet, il a montré que le recours à telle ou telle thérapie par les populations est justifié uniquement par son efficacité. (Benoist,1996.)

Chez des individus où ces considérations sociales sont dominantes, le choix du refus ou la rupture du traitement est plus palpable. Ici, nous sommes dans un contexte dominé par les considérations culturelles qui priment sur le choix individuel. Ainsi, F. Labbé (2015) soutenait que le contexte culturel dominant faisait partie des raisons qui conduisaient les personnes séropositives à rompre leur traitement.

Dans cette même perspective, un autre phénomène social à l'origine du non-recours ou de la rupture du traitement est la prière et la foi en Dieu. Dans la perception de certains séropositifs, seule la prière peut venir à bout du VIH. Ainsi, seules la foi et la prière sont capables de guérir le sida et d'éviter le traitement à vie. D'où la présence de séropositifs dans des camps de prière abandonnant le chemin de l'hôpital, loin des suivis médicaux et des prises régulières de médicaments que les malades trouvent d'ailleurs contraignantes. Cette confiance en la prière induit un effet d'entrainement aux autres raisons de l'abandon ou du refus de soins. En effet, à y voir de près, le manque de moyen, la crise de confiance entre personnel médical et patient, l'organisation des soins comme motif de refus sont des raisons superficielles. Elles sont les piliers des raisons plus profondes qui font l'objet d'une construction sociale soutenue par les valeurs, les croyances religieuses et la foi enracinée en Dieu.

Un Homme séropositif qui n'est pas sous traitement, marié, est attaché à l'idée selon laquelle *« Dieu va me guérir, car j'ai prié pour avoir une femme que Dieu lui-même m'a donnée ; et si cette femme m'a donné le sida, alors le même Dieu va me guérir* ».[1]

La représentation selon laquelle la croyance en Dieu confère l'immunité contre le VIH est largement répandue, notamment dans certaines communautés chrétiennes. Elle est soutenue par la présence et les témoignages rendus sur des plateformes de prières avec les preuves de guérisons établies. En effet par contagion sociale et par un effet d'entrainement, l'écoute de ces différents témoignages de guérison du VIH par la prière et la foi en Dieu, les personnes séropositives exposées à ces messages rompent ou refusent le traitement antirétroviral. La prière et la foi en Dieu constitueront leur espoir de guérison et donc leur traitement. À ce sujet, plusieurs témoignages de guérison du VIH existent sur l'application *kanguka* téléchargeable sur AP store ou Play store, sur Facebook et sur YouTube. Le témoignage intitulé : « guérison miraculeuse du VIH/ SIDA » du 2022 09 04 expose le témoignage d'une femme déclarée séropositive et qui a refusé le traitement. Elle a décidé de recourir uniquement à la

[1] Propos recueillis d'un entretien individuel à Abobo avec un homme séropositif sans traitement, marié père de quatre enfants,

prière pour obtenir sa guérison et cela a été chose faite à travers son propre récit. Par recommandation et à l'écoute de ce genre de témoignage, plusieurs abandonnent ou refusent le traitement au profit de la prière et la foi en Dieu.

Au cours d'un entretien individuel, un informateur a affirmé avoir participé à une séance de prière communautaire qui a permis de guérir un séropositif du VIH/Sida. Ce qui l'a motivé à refuser le traitement VIH. Il a affirmé également ceci : *« Moi je crois en Dieu et pour une personne qui croit en Dieu, elle n'a pas besoin de prendre des ARV. La foi en Dieu et la prière peuvent la guérir* ».[1]

Par ailleurs, certains individus, auréolés de leur statut "d'hommes de Dieu" (pasteur, prophète), en s'appuyant sur ce capital social (Dieu) refusent de se mettre sous traitement. En effet, le fait d'être pasteur ou prophète suppose une certaine proximité avec Dieu et envisage une et seule « possible » guérison par la prière. De même, ils établissent une crise de confiance du personnel de santé et s'installent dans une confiance "aveugle" en Dieu. Face à cette alternative sur fond de croyance, les agents de santé ont beaucoup de mal à convaincre les séropositifs de poursuivre ou à initier le traitement. Une conseillère communautaire lors d'un entretien a révélé que dans la majorité des cas ils reviennent voir la conseillère ou le médecin dans un état très grave. Elle raconte : « *On a les problèmes avec les hommes de Dieu. Un pasteur a été dépisté positif dans notre centre, il n'a pas accepté le traitement, il est revenu plus tard avec les IST, et les plaies dans la bouche et je l'ai conduit chez notre chef qui est pasteur pour le convaincre de suivre le traitement.* »[2]

4. Conclusion

Le VIH fait partie des Infestions sexuellement transmissibles(IST) par conséquent une maladie "honteuse". Ainsi, le contracter est une première source de souffrance psychologique. Ce, à cause de toutes les constructions sociales négatives qui se font autour de la maladie et de ceux ou celles qui la contactent. La deuxième souffrance est liée au fait que le VIH est une maladie incurable, contracter le virus signifie une mort sociale et physique certaine. Ainsi, la peur de contracter la maladie modèle toute une panoplie d'attitudes et de comportements parfois peu rationnels autour de la maladie.

Le déni de la maladie, le recours à la médecine alternative (médecine traditionnelle, automédication, etc.), la prière et la foi en Dieu comme une alternative de soins sont des pratiques présentes. Ces recours thérapeutiques sont guidés par des mécanismes sociopsychologiques développés par des séropositifs pour échapper au traitement antirétroviral inscrit dans un protocole de soins modernes bien structurés.

Ces pratiques face à la maladie bien souvent compromettent non seulement la santé des séropositifs, mais aussi le système de santé publique. La prévention et la prise en

[1] Propos recueillis d'un entretien individuel d'une personne séropositive refusant le traitement antirétroviral

[2] Propos recueillis d'un entretien individuel d'un conseiller communautaire

charge de la maladie, les leviers sur lesquels est organisée la lutte, sont mises en mal dans ce contexte. Au regard de cette recherche, un ensemble de questionnements peuvent être formulés pour des recherches antérieures afin d'emmener les hommes séropositifs à initier et à demeurer observant dans le continuum de traitement.

1) Pour amener les hommes séropositifs à accepter leur statut et à initier le traitement, il est recommandé de mener des recherches en évaluant l'impact des activités de sensibilisation de proximité auprès des hommes dépistés positifs en structurant les messages autour des rôles joués par le traitement.
2) Pour inciter les hommes séropositifs à observer le traitement, il est recommandé de mener des recherches sur le rôle de l'accompagnement sur le maintien des hommes séropositifs dans le continuum de soins.

5. Bibliographie

BEBOIST Jean (dir), 1996 : *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, collections : médecines du monde, 520 p.,

CARILLON Séverine, 2011, « Les ruptures de suivi médical des personnes vivant avec le VIH à Kayes (Mali). Approche anthropologique ». *Sciences sociales et santé*, 29, 5-39. https://doi.org/10.3917/sss.292.0005

CIPHIA (2017-2018) : *Évaluation de l'impact du VIH dans la population générale en Côte d'Ivoire*, fiche récapitulative : résultats préliminaires, juillet 2018.

CYRULNIK Boris, 2004, *Les petits vilains canards*, Odile Jacob, Paris. 241P

DELAGE Michel (2004), « Résilience dans la famille et tuteurs de résilience. Qu'en fait le systémicien ? », Thérapie Familiale, 3/25, p. 339-347.

FAURE Yves André (2016), *Institutions locales et résistances au test du VIH/sida. Quelques leçons d'une enquête dans la ville de Fortaleza*, Brésil, Cahiers du GREThA, n°2016-21

HAESEVOETS Yve-Hiram (2016), *Traumatismes de l'enfance et de l'adolescence*. De Boeck Supérieur. 400P

Johns Hopkins Center for Communication Programs. "Recherche formative sur les comportements sexuels à risque chez les adultes." (2013)

KORBÉOGO Gabin, LINGANI Salfo (2013), « Des vies reconstruites. Exclusion et réinsertion sociale des femmes vivant avec le VIH à Ouagadougou (Burkina Faso) », *Sciences sociales et santé*, no3 (Vol. 31), p. 5-28. DOI : 10.3917/sss.313.0005. URL : https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2013-3-page-5.htm

LABBÉ Fabienne (2015), « J'en ai tellement marre d'aller à la clinique tous les mois ! » : vih, antirétroviraux et prise en charge médicale aux îles Fidji. *Journal de la Société des Océanistes*, 141, 283-303. https://doi.org/10.4000/jso.7355

MANCIAUX Michel (2006), « Handicap, résilience, éthique », Reliance, 20, p. 11-16.

PEZERIL Charlotte, 2011 « Le dégoût dans les campagnes de lutte contre le sida », Ethnologie française, n01/41, p. 79-88.

PRÉAU Marie, VILLES Virginie, SPIRE Bruno (2009), « La rupture de confiance envers le médecin auprès de patients infectés par le VIH : quels déterminants psychosociaux? », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 82, 145-167. https://doi.org/10.3917/cips.082.0145

VOUTYRA Marina, AMEZIANE Abdelhak, MORO Marie Rose (2020), « Être ou ne pas être, telle est la question » : de l'inobservance à l'observance du traitement antirétroviral », *Psychologie Clinique*, 2020/2 (n° 50), p. 137-149. DOI : 10.1051/psyc/202050137. URL : https ://www.cairn.info/revue-psychologie-clinique-2020-2-page-137.htm