

PROBLEMATIQUE DU DECROCHAGE THERAPEUTIQUE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA DE L'ONG JHPIEGO

Kambé Yves KAMBE

*Institut d'EthnoSociologie, Université Félix Houphouët-Boigny
kambekves@yahoo.fr*

Edith KOUAKOU Epse COULIBALY

*Département de Sociologie
Université Félix Houphouët-Boigny*

Résumé

Le VIH/Sida, fléau mondial ou psychose du siècle, a mobilisé une attention particulière de toutes les communautés. Cette mobilisation a abouti à des objectifs ambitieux ayant consacré la gratuité des ARV pour booster la maladie. Cependant, la proportion des perdus de vue demeure toujours une réalité malgré cette disposition et les résultats d'études sur l'observance des ARV. Ainsi, cette étude visait identifier d'autres facteurs jusque-là non incriminés. Dès lors l'objectif de la présente étude est d'analyser les déterminants sociologiques du décrochage thérapeutique des personnes vivant avec le VIH/Sida et prise en charge par l'ONG JHPIEGO sous l'angle de l'impact historique des approches communicationnelles.

La réalisation de la présente étude a nécessité le recours à une approche méthodologique quantitative. Il ressort des analyses que les résultats ont permis de noter une féminisation du décrochage, un impact historico-social négatif de ces approches communicationnelles créant une psychose générale et conduisant à une inacceptabilité sociale du VIH/Sida. Dès lors, le secret et la discrétion sont des valeurs communes partagées par les patients.

Mots-clés : *VIH/Sida, décrochage thérapeutique, approches communicationnelles, secret, discrétion.*

Abstract

HIV/AIDS, the global scourge or psychosis of the century, has attracted special attention from all communities. This mobilization led to ambitious objectives that enshrined free ARVs to boost the disease. However, the proportion of lost to follow-up remains a reality despite this provision and the results of ARV compliance studies. Thus, the purpose of the study was to identify other factors that had not been previously incriminated. The objective of this study is therefore to analyze the sociological determinants of the therapeutic dropout of people living with HIV/AIDS and taken care of by the NGO JHPIEGO from the perspective of the historical impact of communication approaches.

This study required a quantitative methodological approach. The analyzes show that the results have shown a feminization of dropping out, a negative historic & social impact of these communicative approaches creating a general psychosis and leading to a social unacceptability of HIV/AIDS. Therefore, secrecy and discretion are common values shared by patients.

Key words: HIV/AIDS, therapeutic dropout, communication approaches, secrecy, discretion.

Introduction

Objet d'une mobilisation sans pareil, le VIH/Sida est un fléau mondial qui retient une attention particulière de la part de toutes les communautés (du citoyen lambda aux décideurs politiques, économiques, sanitaires, etc. en passant par les scientifiques).

Dans un rapport de l'OMS (2016), lors de l'Assemblée générale de l'ONU en 2016, des objectifs ambitieux avaient été fixés pour 2020 dans le but de mettre fin au Sida d'ici 2030.

Cependant, force est de constater qu'aucun des objectifs mondiaux n'a été atteint. En effet, selon l'ONUSIDA en 2020, le monde comptait 37,7 millions de personnes vivant avec le virus, dont 1,7 millions d'enfants et 1,5 millions de personnes nouvellement infectées loin des moins de 500 000 nouveaux cas.

Au vu de ces données toujours élevées, la communauté internationale a revu ses objectifs en passant de « 95-95-95¹ » à « 90-90-90 » (ONUSIDA, 2019) afin de maximiser les chances de faire disparaître l'épidémie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à l'horizon 2030.

Avec un taux de prévalence de 2,39%, la Côte d'Ivoire fait partie des "big five" des pays infectés en Afrique subsaharienne. Ce taux chez les adultes âgés de 15 à 64 ans est de 2,9% correspondant à environ 390 000 personnes vivant avec le VIH, 4,1% chez les femmes et 1,7% chez les hommes.

Fort de ce constat, une réorientation des politiques a été mise en œuvre. Ainsi, en Côte d'Ivoire, au côté du ministère de la santé, un ministère, un programme de lutte contre le SIDA et des ONG tant nationales qu'internationales se sont mobilisés pour bouler cette épidémie.

Depuis 2009, la Côte d'Ivoire a instauré des mesures recommandées par l'OMS afin de créer une stratégie de dépistage sur un long terme. La mesure principale était de proposer le test systématiquement lors des visites médicales même si la consultation n'avait pas de rapport direct avec la maladie du SIDA.

¹ Ce qui veut dire que 95% des personnes doivent avoir accès à des options de prévention appropriées, que 95% des femmes séropositives enceintes ou allaitantes aient une charge virale sanguine indétectable grâce au traitement et que 95% des enfants exposés au VIH soient testés d'ici 2025.

Ainsi, en cas de séropositivité, ces personnes sont admises automatiquement dans un circuit de soins gratuits. Ces personnes infectées sont entièrement prises en charge dans la fourniture des antirétroviraux (ARV). En effet, le ministère en charge de la santé a pris un arrêté rendant totalement gratuit les médicaments destinés à la prise en charge des personnes vivant avec le virus du SIDA sur le territoire ivoirien comme l'a relaté J. Ballot, le 26 août 2008: « *Depuis lundi, les Antirétroviraux sont gratuits pour tous les malades du Sida vivant en Côte d'Ivoire. La décision est venue du ministère de la santé et de l'Hygiène Publique à la suite d'un séminaire dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA* ».

Malgré les dispositifs de prise en charge gratuite pour les personnes vivant avec le VIH/Sida, nous constatons, un taux assez considérable des personnes perdues de vue. En effet, une analyse (Rosen et al., 2007) des résultats de 33 cohortes, comprenant 74289 personnes qui avaient commencé un traitement antirétroviral dans treize pays de l'Afrique subsaharienne, a estimé la proportion de personnes continuant le traitement à 80% à six mois, 75% à douze mois et 62% à vingt-quatre mois. Ce qui signifie que deux ans après avoir débuté un traitement 38% des personnes ne le prennent plus. Si on analyse l'ensemble de ces abandons, on considère qu'environ 40% correspondent à des décès, ce qui laisse un nombre non négligeable de patients en vie et ayant cessé leur traitement soutiennent Rosen et al. (op cit).

Dès lors, pourquoi les personnes vivant avec le VIH sortent-ils de la file active ? Ainsi, cette étude vise à analyser les déterminants sociologiques du décrochage thérapeutique des personnes vivant avec le VIH/Sida et prise en charge par l'ONG JHPIEGO sous l'angle de l'impact historique des approches communicationnelles.

1. Méthodologie

1.1. Période et champ géographique

Cette étude qui s'est déroulée de janvier 2022 à août 2023, a eu lieu sur le site de l'ONG JHPIEGO sis au Centre Hospitalier Universitaire d'Abidjan/Treichville. JHPIEGO est une ONG internationale qui intervient dans le suivi des patients séropositifs. A cet effet, elle a déployé une plateforme électronique de suivi des patients séropositifs sous traitement antirétroviral (ART) pour aider à suivre les patients et réduire ceux qui sont perdus de vue ou qui sont traités dans plusieurs établissements de santé. Cette plateforme a été déployée dans 170 sites

répartis dans 27 régions sanitaires et 59 districts sanitaires, avec 158 816 clients sous TAR enregistrés sur la plateforme.

1.2. Cible et échantillonnage

Le champ social permet d'indiquer la catégorie cible de la population à l'étude. Ainsi, cette étude met en relief les catégories d'acteurs suivants :

- Les malades du VIH/Sida perdus de vue,
- La catégorie des experts qui sont les médecins,
- Les communautaires,
- Les assistants sociaux,
- Les gestionnaires de données,
- Les laborantins.

Le choix des patients a été guidé par la disponibilité et la coopération de ces derniers joints au téléphone.

Au terme de notre échantillonnage, nous avons donc interrogé trente-quatre (34) personnes pour notre enquête dont 27 perdus de vue et 07 acteurs de l'établissement médical.

1.3. Technique de collecte des données

Les interviews et l'exploitation de documents d'archives et d'écrits scientifiques ont été réalisées. L'administration directe par appel téléphonique de l'outil de collecte des données a été retenue.

1.4. Outil de collecte des données et traitement

Un questionnaire a été renseigné par les donneurs de sang. La collecte des données a eu lieu en avril 2023. Pour le traitement de ces données, la saisie information à l'aide de EPIDATA et le traitement par EPIDATA ANALYSIS ont été mobilisés. A la fin de ce processus, les fréquences et des effectifs ont été produits.

2. Résultats

2.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques

Variable		Effectif (N=27)	%
Sexe	Homme	6	22.2
	Femme	21	77.8
Age	15-25	1	3.7
	26-40	12	44.4
	41-50	9	33.3
	51 et plus	5	18.5
Statut matrimonial	Célibataire	11	40.7
	Concubinage	8	29.6
	Marié	6	22.2
	Divorcé	0	0
	Veuf(ve)	2	7.4
Lieu de résidence	District d'Abidjan	7	25,9
	Hors Abidjan	20	74,1

Source : Données de notre enquête, 2023

Le tableau présentant les caractéristiques sociodémographiques montre que la majorité des enquêtés est composée par les femmes avec un taux de 77,8% soit 21 enquêtés.

Quant à la variable âge, il fait ressortir les tranches d'âge qui se situent entre 15 à 51 ans et plus. Nous constatons que les personnes susceptibles à abandonner leur traitement sont celle dont l'âge varie entre 26 à 40 ans. En effet, les résultats de l'enquête montrent que cette tranche représente 44,4% soit 12 enquêtés.

Ensuite, suivent les tranches de 41-50 ans et 51 ans et plus avec respectivement 33,3% soit 9 enquêtés et 18,5% soit 5 enquêtés.

Enfin, la tranche d'âge la moins représentée et celle des 15-25 ans avec seulement 1 enquêtés soit 3,7%.

En ce qui concerne la situation matrimoniale des enquêtés, nous constatons que ce sont les célibataires qui ont un taux élevé soit 40,7.

Ils sont plus enclins à arrêter le traitement. Cela peut s'expliquer par le manque d'engagement

Enfin, le tableau montre qu'au niveau du lieux d'habitation une concentration des patients dans le district autonome d'Abidjan avec 20 enquêtés contre 7 enquêtés résidant à l'intérieur du pays.. Cela s'explique par la présence du centre de prise en charge dans la commune de Treichville, une commune dudit district.

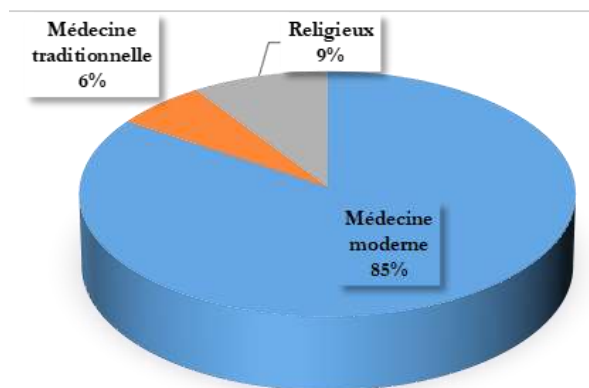
Au sein des communes du district d'Abidjan, les communes les plus représentées sont dans l'ordre décroissant Abobo (5 soit 18,5%), Yopougon (4 soit 14,8%), Cocody et Port-Bouet (3 soit 11,1%), Adjamé et Koumassi (2 soit 7,4%) et Marcory (1 soit 3,7%). Cependant, nous n'avons eu aucun enquêté vivant dans la commune de Treichville, commune abritant le centre comme souligné plus haut.

En ce qui concerne les villes de l'intérieur, les communes de Bassam et Bonoua sont les plus représentées avec respectivement 2 enquêtés soit 7,4%. Quant à 3 enquêtés sont issus des communes d'Afféry, de Bouaké et de Jacquville.

2.2. Itinéraires thérapeutiques des enquêtés

2.2.1. Offres thérapeutiques

Figure 1 : Options thérapeutiques



Source : Données de notre enquête 2023

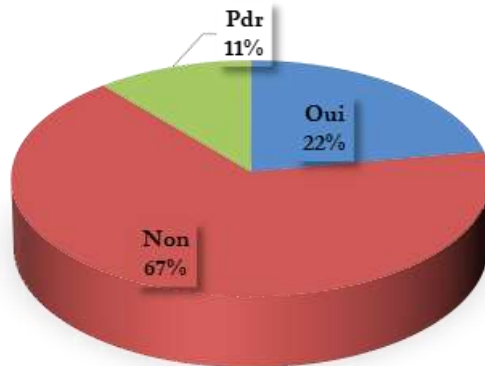
Dans leur itinéraire thérapeutique, tous les enquêtés fréquentent les structures modernes de santé. Cependant, au-delà de ces établissements, certains enquêtés adoptent d'autres itinéraires thérapeutiques. Il s'agit

de la médecine traditionnelle avec 2 soit 6,2% d'enquêtés et les soins religieux représentés par 3 interviewés soit 9,4%.

Dès lors, ces données montrent une association thérapeutique chez cette catégorie d'enquêtés comme va le relever la figure suivante.

2.2.2. Association thérapeutique

Figure 2 : Différentes associations thérapeutiques



Source : Données de notre enquête 2023

Comme révélé dans la figure précédente, les résultats ont montré une combinaison thérapeutique. Ainsi, les données relatives à une combinaison de thérapies font ressortir deux catégories à savoir les enquêtés qui ne sont pas favorables et ceux qui le sont. Cependant, la première catégorie est majoritairement représentée avec 66,7% de réponses négatives contre 22,2% de réponses positives.

Ce comportement ayant guidé le choix thérapeutique est pour la première catégorie lié à trois facteurs que sont le conseil médical, la préférence pour la médecine moderne et le refus de l'utilisation des médicaments traditionnels.

En effet, les discours suivants des enquêtés pas favorables à la combinaison traduisent bien ce choix.

Pour le premier facteur, nous avons les verbatim ci-dessous :

« Je fais tout ce qu'on me demande de prendre comme médicament à l'hôpital » (E27, Koumassi)

Quant au second facteur, les réponses suivantes en sont une illustration :

« Je préfère la médecine moderne » (E18, Port-Bouët)

« Ça ne m'intéresse pas ce sont les ARV qui m'arrangent » (E12, Bonoua)

Le dernier facteur relatif au refus de l'utilisation des médicaments traditionnels est illustré par ces discours :

« Je n'aime pas les médicaments traditionnels » (E25, Abobo)

« Une dame m'a demandé de le faire. J'ai refusé. Je ne suis pas convaincu » (E11, Adjamé)

Cependant, les différents discours de la première catégorie d'enquêtés n'ont pas fait ressortir une combinaison entre médecine moderne et soins religieux. Cette absence est due au fait que la non-utilisation des médicaments dans les soins religieux qui se résument souvent par les jeûnes et prières n'est pas considéré par ces enquêtés comme une association thérapeutique. Une donnée qui est pourtant reconnue par la deuxième catégorie c'est-à-dire celle qui est favorable à la combinaison thérapeutique.

« Prière confiée à Dieu » (E13, Port-Bouët)

En outre, cette association thérapeutique entre médecine moderne et médecine traditionnelle a une pour objectif la recherche de guérison comme le traduit le verbatim suivant :

« Car je croyais en une guérison rapide et totale » (E21, Cocody)

2.3. Facteurs explicatifs du décrochage thérapeutiques.

2.3.1. Déterminants de la fréquentation du centre de prise en charge du CHU de treichville

Tableau 2 : Déterminant du choix du centre de prise en charge par les enquêtés

	Effectif	Pourcentage
Discrétion	13	48,15
Proximité	3	11,11
Accueil	4	14,81
Lieu du dépistage	5	18,52
Les médecins font le suivi	1	3,70
Référence médicale	1	3,70
Total	27	100,0

Source : Données de notre enquête, 2023

Le tableau montre qu'une grande partie des enquêtés fréquentent le centre de prise en charge du CHU de Treichville du fait de la discrétion. En effet, 13 enquêtés soient 48,15% ont retenu ce facteur comme principale source de motivation. Ils soutiennent ce fait par : *“Dans certains centres, il n'y a pas de discrétion”*. Ce choix est confirmé par la sous-représentation de la proximité (3 enquêtés soient 11,11%).

Au vu de cette donnée, une rupture de la discrétion et comme on le verra plus loin une rupture du secret sont des facteurs d'un retrait des patients.

Un rapport de la présente donnée (discrétion) avec le lieu de résidence permet de mieux cerner le retrait. En effet, 7 enquêtés vivent à l'intérieur du pays (Afféry, Bassam, Bonoua, Bouaké, Jacqueline) et 20 dans les communes du district d'Abidjan compte pour 0 à Treichville.

En outre, la fidélité au lieu de dépistage (5 enquêtés soient 18,52%) et l'accueil offert par le personnel médical sont également des facteurs de motivation importantes.

2.3.2. Pesanteurs sociales de la maladie sur le malade

2.3.2.1. Le VIH/Sida dans la sphère du secret

Figure 3: Récapitulatif des enquêtés selon la confidentialité de leurs résultats



Source : Données de notre enquête, 2023

Cette figure montre que la majorité des PVVIH ne partagent pas leurs résultats à leur entourage. Cette manière mystérieuse d'agir trouve son origine dans la perception de la maladie par la société. Cette catégorie majoritaire avec un taux de 63% s'exprime à travers les verbatim suivants :

« Les gens se méfient de nous qui sommes porteurs du VIH » (E22, Cocody)

« A cause de la stigmatisation » (E12, Bonoua)

« Je n'ai pas confiance aux membres de ma famille » (E23, Yopougon)

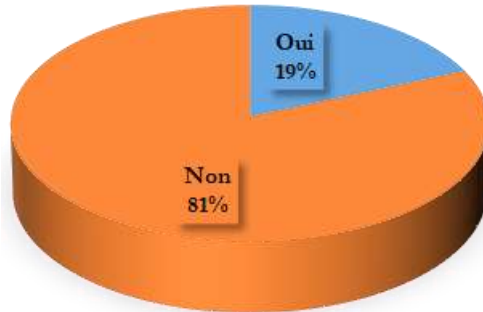
Cependant, la minorité pense le contraire. Elle affirme qu'elle a besoin d'informer son entourage dans le but d'avoir des personnes de soutien. Les verbatim suivants l'attestent :

« Ça ne me dérange pas que les gens soient au courant de mon statut »
(E18, Port-Bouët)

« Parce que je ne peux pas garder pour moi seule. C'est trop lourd »
(E11, Adjamé)

2.3.2.2. Regard social sur le VIH/Sida

Figure 4 : Difficultés à échanger sur le VIH/ Sida avec l'entourage



Source : Données de notre enquête 2023

Selon les enquêtés, il n'est pas facile d'échanger sur le VIH avec son entourage comme on le ferait pour d'autres pathologies chroniques comme l'hypertension, le diabète, l'insuffisance rénale, etc. En effet, la majorité des enquêtés (22 soit 81,5%) a mentionné une difficulté à le faire contre 18,5%.

Ainsi, pour les patients, le VIH/Sida n'est pas vu de la même manière que les autres maladies. De ce fait ; pour eux avoir une telle maladie peut parfois écarter le malade de toute relation sociale voire un rejet sociétal. Dès lors, il faut, non seulement gérer sa maladie voire l'affronter mais il faut aussi préserver son image pour ne pas détériorer ses relations. Les arguments qui contribuent à la difficulté sont liés au jugement, à la stigmatisation et à l'historique du VIH/Sida comme l'attestent ces verbatim suivants:

« Car le VIH est vu comme une maladie de malédiction et d'infidélité »
(E19, Abobo)

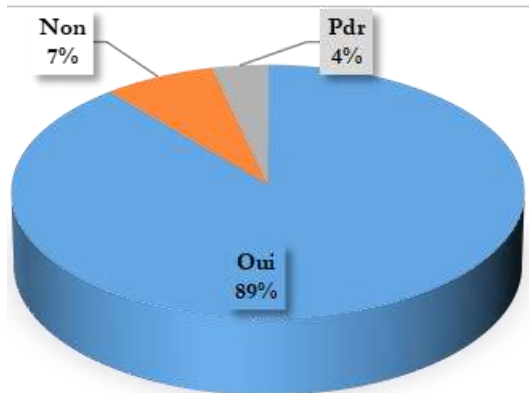
« Dès que ton entourage le sait, tu es stigmatisé et discriminé ». (E16, Abobo)

« Les gens les jugent autrement c'est pourquoi nous avons des difficultés à en parler » (E21, Cocody).

« J'ai peur qu'ils me regardent d'un mauvais œil » (E24, Grand-Bassam)

2.3.3. Une inacceptabilité historico-sociale du VIH/Sida

Figure 5: Impact de l'approche communicationnelle sur le comportement social



Source : Données de notre enquête, 2023.

A travers de cette figure, nous pouvons comprendre que pour les patients les campagnes de sensibilisation sur la maladie du VIH/Sida ont été faites de sorte que les populations ont eu une appréhension négative de la maladie. C'est pourquoi les données de cette figure montrent que le Oui l'emporte sur le Non avec un pourcentage de 88.9%.

Pour les patients, la méthode de sensibilisation sur le VIH/Sida est mal faite. Cela peut se voir par les verbatims suivants :

« On a des images de personnes très amaigries » (E12, Bonoua).

« La société pense que le VIH est une maladie de l'infidèle et de la prostituée » (E18, Port-Bonôit)

« Il a été dénigré depuis le début. Le nom (sida) fait peur » (E11, Adjamé)

Cette préoccupation des enquêtés est soutenue par les images ci-dessous présentant des patients grabataires dont la présentation avait

pour un but de créer un électrochoc en vue d'une prise de conscience non seulement de l'existence de la maladie et mais des effets sur le système immunitaire conduisant à un amaigrissement et au lit des maladies dites opportunistes.

Image 1 : Personne atteinte de la maladie, en phase terminale

Image 2 : Malade grabataire atteint du VIH/Sida



*Source : Audi, 2018,
<https://agmnews.info/cote-divoire-la-malediction-detre-malade-du-vih-sida/>*

*Source : Médecin sans frontière,
2017,
<https://msf.lu/fr/approche-medicale/vih/sida>*

Le comportement social induit par la pandémie VIH/Sida est la stigmatisation et le rejet des personnes séropositives. Ce comportement est identique et observable dans toutes les contrées du monde depuis le début de la lutte contre cette pathologie qui continue d'être stigmatisante.

En effet, la majorité des patients estiment avec un Oui soit 55.6% qu'avoir le VIH/Sida est source de mépris, de critique de la part des autres. Alors que 40.7% disent le contraire et 3.7% sont incertains. Cette perception se traduit par les verbatims suivants :

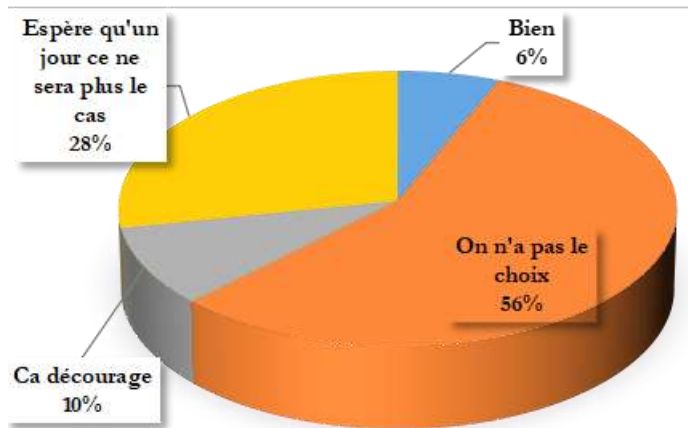
*«Car nous ne sommes pas toujours acceptés par certaines personnes »
(E21, Cocody)*

« En milieu hospitalier ça va mais à part ce lieu, elle est encore stigmatisée » (E9, Afféry)

*« Il y a des gens qui fusillent du regard lorsqu'ils connaissent ton statut »
(E18, Port-Bouët)*

2.3.4. Perception des ARV comme une contrainte vitale

Figure 6 : Récapitulatif de l'usage de médicament à vie



Source : Données de notre enquête, 2023.

Cette figure nous présente la prise en charge à vie des ARV dans le processus de gestion de la maladie. En effet, 66,7% estiment qu'ils n'ont pas le choix vu que cela les maintient en vie. Alors que pour 33,3% espère qu'un jour ils ne prendront plus les médicaments et 11% sont dans le découragement.

3. Discussions des résultats

3.1. Caractéristiques des patients perdus de vues

Dans notre présente étude, les femmes ont tendance à plus décrocher que les hommes avec un taux de 77,8%. Et dans cette même veine, la présente étude montre que la tranche d'âge qui décroche le plus est comprise entre 26 et 40 ans. En effet, cette tranche d'âge estime ne pas avoir le temps à suivre régulièrement la prescription donnée et respecter les RDV vu qu'elle a assez de charges auxquelles elle doit faire face. Nous avons 44% des enquêtés qui l'affirment. Nous constatons que les célibataires décrochent plus que les Hommes mariés avec un taux de 40,7%. Car les célibataires expriment un délaissement vu qu'ils n'ont pas de compte à rendre et que cela dépend entièrement de leur ressort. Ces données sont semblables à celles d'autres auteurs. En effet, cette prédominance féminine au cours du VIH a été rapportée dans d'autres

études (Berthé, 2020 ; Vallès, 2019 ; Baco, 2017 ; Pujades-Rodríguez et Poulet, 2010). Cela reflète la tendance mondiale de l'épidémie du VIH où les femmes sont globalement plus touchées que les hommes (ONUSIDA, 2018). Quant à l'âge, la tranche d'âge prédominante était celle des adultes jeunes de 30 à 40 ans avec un taux de 46,15% (A. Berthé, op cit), 48,46% des patients étaient âgés entre 26-32 ans (Baco, op cit) contre 68,2% des patients étaient des jeunes de moins de 50 ans chez Koné (op cit).

En ce qui concerne la provenance, l'échantillon de Berthé (op cit) était composé de 76,92% des cas qui résidaient dans la ville de Sikasso. Koné (2013) a trouvé 81% à l'intérieur de la ville de Bamako, tandis que Baco (2017) et Bognounou et al. (2015) ont trouvé respectivement 53,25% et 67,5% de résidents hors de leur ville d'étude.

Enfin au niveau du statut matrimonial, les patients étaient célibataires dans 38,46% des cas, veufs dans 26,92% des cas, mariés dans 23,08% des cas et divorcés dans 15,38% des cas chez Berthé (op cit). Tandis que Koné (op cit) et Baco (op cit) avaient trouvé respectivement une prédominance des mariés avec 68,2% et 37,16%.

3.2. Facteurs du décrochage

Nos résultats des déterminants du décrochage ont été structurés en trois catégories. Il s'agit des pesanteurs sociales de la maladie sur le malade, du regard social sur le VIH/Sida et de l'inacceptabilité historico-sociale du VIH/Sida due aux impacts des approches de communication sur la pathologie depuis le début de la lutte.

Pour les deux premières que sont les pesanteurs sociales de la maladie sur le malade et le regard social sur le VIH/Sida, elles mettent en exergue la stigmatisation et le rejet des PVVIH. Comme solution, les patients mobilisent le secret, la discrétion dans la prise en charge et l'auto-stigmatisation ou auto-exclusion dans les files actives. Ainsi, dans les cas d'indisponibilité due à l'altération de l'état de santé, au voyage et à l'activité professionnelle, le patient ne sollicite pas l'aide de l'entourage pour le renouvellement des ARV.

Ces données corroborent celles de Berthé (2020). En effet, dans l'analyse des déterminants des perdus de vue, l'auteur a émis l'hypothèse selon laquelle, les contraintes sociales et financières pouvaient être déterminantes dans l'arrêt de la prise en charge des patients. A l'issue de son étude, il soutient que les 30,77% des patients qui avaient certes des problèmes financiers, n'étaient pas à mesure

d'obtenir une aide financière auprès des familles ou parce qu'elles ne voulaient pas dévoiler leur statut sérologique. En outre, certains patients par souci de ne perdre leur emploi pour raisons d'absences multiples liées à la prise en charge du VIH avaient choisi de ne pas venir poursuivre leur prise en charge.

La dissimulation du statut était de 11,54% contre 18,18% respectivement chez Berthé et Koné. Ainsi, le comportement des patients convoque donc le secret et la discrétion. Le non partage de l'information occasionne donc une interruption du suivi médical avec l'indisponibilité due soit à l'altération de l'état de santé, soit à l'activité professionnelle ou soit au voyage. En effet, ces patients avaient des connaissances qu'ils rencontraient au cours de leur rendez-vous que ce soit du côté personnel ou celle de ses camarades patients et qu'ils avaient peur pour que ces connaissances ne puissent dévoiler leur statut. Cette situation peut s'expliquer par le fait que le sida est encore associé dans la société à une maladie de la déviance. A ce propos, un patient avait dit : « *lorsque je viens au centre, je rencontre des gens qui me connaissent et je suis vraiment embêté vu que tout le monde connaît cet endroit alors que je suis une grande personne très connue dans la société* ». De ce point de vue, ces personnes par peur d'être stigmatisé s'auto-excluent du tissu familial et social qui pouvait se constituer autour d'eux. Cette question du stigmatisme selon E. Langlois (2006) est omniprésente chez les malades.

Ces résultats sont partagés par Carillon (2011). En effet, elle trouvait que les pertes de vue étaient dues à une difficulté d'articuler les contraintes familiales, professionnelles et celles du suivi, ce qui va aboutir à une hiérarchisation des risques entre les enjeux sociaux et les enjeux thérapeutiques.

Cependant, la troisième catégorie qu'est l'inacceptabilité historico-sociale du VIH/Sida due aux impacts des approches de communication sur la pathologie depuis le début de la lutte n'a pas été abordée par A. Berthé (op cit). En effet, nos résultats sur le rapport entre le décrochage et les approches de communication expliquent les comportements sociaux énoncés précédemment. Ainsi, pour la majorité des enquêtés (89%), l'inacceptabilité historico-sociale du VIH/Sida est due aux impacts négatifs des approches de communication sur la pathologie depuis le début de la lutte.

Au vu de ces contraintes et la perception des ARV comme une contrainte vitale, l'itinéraire thérapeutique dans la présente étude, il y a certes 84,37% des malades vivant avec le VIH/Sida qui se dirigent vers

la médecine moderne pour qui « *cette maladie n'est pas semblable aux autres. Et il n'y a qu'à l'hôpital que nous pouvons avoir des calmants. Maladie ça là africain n'a pas encore trouvé son médicament* ». Mais, d'autres malades ne partagent pas cet avis. 6,25% des patients ont trouvé la solution du côté de la médecine traditionnelle. Car pour cette catégorie de patient, il faut faire non seulement recours à la médecine moderne mais aussi à la médecine traditionnelle.

Ce fait a été observé par Berthé (op cit) et Koné (op cit) à des proportions un peu plus élevées. En effet, avec 15,38% chez Berthé (op cit) et 18% chez Koné (op cit), certains patients avaient interrompu leur suivi médical à l'hôpital au profit du traitement traditionnel. A cet effet.

A. Berthé relatait les discours de patients qui disaient : « *le sida a été inventé, il n'existe même pas. Je me traite traditionnellement.* » et un autre a dit : « *je crois au sida, mais je ne crois pas qu'il n'y a pas de traitement je crois qu'ils refusent de nous le donner parce que c'est un projet et certains vivent de ça, donc je vais tenter ma chance traditionnellement* ».

Conclusion

Au terme de notre réflexion, retenons que la maladie du VIH/Sida est une problématique majeure à laquelle doit faire face nos sociétés. Nous engageant à une telle recherche, notre objectif est de satisfaire un intérêt d'ordre théorique, celui d'analyser les déterminants sociologiques du décrochage thérapeutique des personnes vivant avec le VIH/Sida et des patients perdus de vue de l'ONG JHPIEGO.

Le problème du décrochage thérapeutique des patients du VIH/Sida est une difficulté majeure pour la santé publique, les professionnels de santé et la société toute entière.

Générelament appréhendée sous le prisme du déni de la maladie, des obstacles socioéconomiques et des pesanteurs sociaux, notre étude a montré que la problématique des perdus de vue doit aussi questionner les approches communicationnelles adoptées depuis le début de la lutte. Les résultats ont permis de noter un impact historico-social négatif de ces approches créant une psychose générale et conduisant à une inacceptabilité sociale du VIH/Sida. Dès lors, le secret et la discrétion sont des valeurs communes partagées par les patients.

Références bibliographiques

- Audi Siméon** (14 août 2018), « Côte d'Ivoire, La malédiction d'être malade du VIH-sida! », in *pin AGM News*, <https://agmnews.info/cote-divoire-la-malediction-detre-malade-du-vih-sida/>
- Baco M** (2017), *Déterminants des perdus de vue dans la cohorte des PVVIH suivi au centre du traitement ambulatoire de l'hôpital régional de N'zérékoré*, Thèse de Médecine, Ouagadougou, N°80
- Bernède Marianne** (2011), « Les "perdus de vue" en Afrique : quelles réponses ? » *Transversal*, n° 57 mars-avril repères, pp.28-29
- Berthe Amidou** (2020), *Prévalence et déterminants des perdus de vue des personnes vivants avec le VIH/SIDA à L'hôpital de Sikasso*, Thèse de Médecine et d'Odonto-stomatologie, Université des sciences techniques et des technologies de Bamako
- Bognounou R., Kabore M., Diendéré A. et al** (2015), « Caractéristiques des patients "perdus de vue" et facteurs déterminants de la perte de vue au cours du suivi des patients infectés par le VIH à Ouagadougou, Burkina Faso », *Société de pathologie exotique*, 108(3), pp.197-200, DOI : 10.1007/s13149-015-0424-7
- Carillon Séverine** (2011), Les ruptures de suivi médical des personnes vivant avec le VIH à Kayes (Mali). Approche anthropologique, *Sciences sociales et santé*, 2011/2 (Vol. 29), pp.5-39
- EDSP** (2006), Enquête Démographique et de Sante Publique de Mali Edition IV
- Fomba Mahamadou M** (2012), *Caractéristiques épidémiologique, clinique et évolutive des patients infectés par le VIH référés dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU du Point G*, Thèse de Médecine, Bamako, N°165.
- Gallien Sébastien, Dessaux Kristell, Guionie Michel et al.** (Février 2013), Analyse des perdus de vue chez les patients vivants avec le VIH suivis dans le COREVIH Ile-de-France Est. (hôpital Saint-Louis, Paris, 2 COREVIH Ile-de-France Est)
- KONE Moussa Mamadou** (2013), *Prévalence et déterminants des perdus de vue des personnes vivants avec le VIH suivies au CHU du point G*, Thèse de Médecine, Bamako : FMOS
- Langlois Emmanuel** (2006), *L'épreuve du sida. Pour une sociologie du sujet fragile*, Rennes, PUR, 294p.
- Médecin sans frontière** (25 juillet 2017), *Encore beaucoup de morts du sida, même sous traitement antirétroviral*, Luxembourg,

<https://msf.lu/fr/actualites/toutes-les-actualites/en-afrique-subсахarienne-beaucoup-meurent-encore-du-sida-meme-sous>
OMS (2011), *Les « perdus de vue » en Afrique : quelles réponses 2011*
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://mediatheque.lecrips.net/doc_num.php
ONUSIDA (Juillet 2018), Rapport annuel de l'ONUSIDA : Statistiques mondiales sur le VIH en 2017, New York.
Pujades-Rodríguez M et Poulet E (2010), L'épidémiologie des perdus de vue dans les programmes VIH/SIDA. EPIOENTRE épidémiologie. Casablanca
Rosen Sydney, Fox Matthew P. et Gill Christopher J. (2007), «Patient retention in antiretroviral therapy programs in sub-Saharan Africa : a systematic review», *PLoS Med*, 4(10):e298, doi: 10.1371/journal.pmed.0040298.
Solthis. Symposium « Perdus de vue » de la 5^o Conférence francophone de Casablanca.www.solthis.org/fr/espace-infos/documents/evenements/168-100
Traoré Sira Mariame Camara (2010), *Aspects épidémiologique et thérapeutique des patients vivant avec le VIH du 01 janvier au 31 décembre 2007 au CS Réf de Kita*, Thèse de Médecine, Bamako, N°75.
Vallès X et Kadio J. (2019), *Étude sur la Problématique des perdus de vue durant la Prise en Charge du VIH/Sida en Guinée*, Le Fonds Mondial de lutte contre le Paludisme, le VIH et la Tuberculose, Geneva