

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

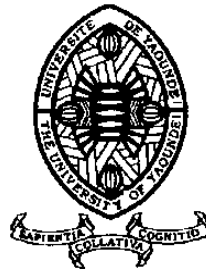
Paix-Travail-Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I
FACULTE DES ARTS LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES SOCIALES ET
EDUCATIVES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE
SOCIALE EXPERIMENTALE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I
FACULTY OF ARTS LETTERS AND
SOCIAL SCIENCES

POST GRADUATE SCHOOL FOR
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY
LABORATORY OF SOCIAL

EXPERIMENTAL PSYCHOLOGY

**DETERMINANTS PSYCHOSOCIAUX ET OBSERVANCE THERAPEUTIQUE
DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL : CAS DES PATIENTS SUIVIS DANS
LES CENTRES DE PRISE EN CHARGE DE LA VILLE DE YAOUNDE**

Thèse présentée et soutenue publiquement le 15 décembre 2021 en vue de l'obtention du Diplôme de Doctorat

Ph.D en Psychologie

Option : Psychologie Sociale

Par :

AVOUZOA Marie louise Lucie

Master en psychologie sociale



MEMBRES DU JURY

- Président : **TSALA TSALA Jacques Philippe** (Pr), Université de Yaoundé I
- Rapporteur : **MBEDE Raymond** (Pr), Université de Yaoundé I
- Rapporteur : **MVESSOMBA Edouard Adrien** (Pr), Université de Yaoundé I
- Examineur : **EBALE MONEZE Chandel** (Pr), Université de Yaoundé I
- Examineur : **NKELZOK KOMTSINDI Valère** (Pr), Université de Douala
- Membre : **MGBWA Vandelin** (MC), Université de Yaoundé I

DECEMBRE 2021

A

Mes enfants,

Mes chers parents et toute la famille MVONDO TSAMA

YENE à Nkondougou V

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	iv
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	ix
RESUME.....	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE PREMIER : PROBLEMATIQUE	11
CHAPITRE DEUXIEME : REVUE DE LA LITTERATURE	42
CHAPITRE TROISIEME : ANCRAGE THEORIQUE.....	109
DEUXIEME PARTIE : DES ETUDES EMPIRIQUES POUR EXAMINER LE LIEN ENTRE LES DETERMINANTS PSYCHOSOCIAUX ET L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE CHEZ LES PVVS	150
CHAPITRE CINQUIEME : DETERMINANTS PSYCHOSOCIAUX ET OBSERVANCE THERAPEUTIQUE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CHEZ LES PVVS SUIVIES DANS LES CENTRES DE PRISE EN CHARGE DE LA VILLE DE YAOUNDE.....	165
CHAPITRE SIXIEME DISCUSSION DES RESULTATS.....	206
CONCLUSION GENERALE	237
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	242
ANNEXES	267
INDEX DES MOTS	289
INDEX DES AUTEURS.....	296
TABLE DES MATIERES.....	304

REMERCIEMENTS

Un proverbe bété dit : « Une seule main ne peut attacher un fagot de bois ».

Cela s'est révélé au cours de la rédaction de la présente thèse. Elle a été réalisée grâce à la contribution de nombreuses personnes. Aussi, voudrions-nous adresser nos remerciements à tous ceux qui de près ou de loin ont participé à la réalisation de ce travail. Nous tenons à exprimer notre gratitude :

- Aux Professeurs Raymond MBEDE et Edouard Adrien MVESSOMBA qui, malgré leurs multiples occupations ont accepté de diriger cette thèse en remplacement du professeur EVOLA Robert de regretté mémoire ;
- A tout le corps enseignant du département de psychologie de l'Université de Yaoundé I, pour les enseignements reçus durant notre cursus académique ;
- Aux professeurs Jacques FAME NDONGO, Arthur Georges Alfred ESSOMBA, Maurice NKAM de regretté mémoire pour leurs appuis multiformes ;
- Aux Docteurs Félicien NTONE ENYIME, Carole MINDOUNGUE, Serge Armand ZANG NDI, Olivier ONGONO ATANGANA, Esaïe Frédéric SONG, Basile NEME, Gilbert IGOUI, pour leur soutien indéfectible tout au long de ce travail ;
- A toute l'équipe de recherche du laboratoire de psychologie sociale expérimentale dirigée par le professeur Edouard Adrien MVESSOMBA ;
- A tous les prestataires de soins du service d'hématologie du CHUY, particulièrement le Professeur Claude TAYOU, pour ses enseignements et la documentation mis à notre disposition
- A tous nos collègues du Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé et à Julienne AYO Epse BIKOM de regretté mémoire pour leur collaboration ;
- A toute la hiérarchie et tout le personnel des centres de prise en charge des PVVS de la ville de Yaoundé, pour leur contribution déterminante à la réalisation de notre enquête sur le terrain ;
- A tous les participants qui ont accepté de participer à notre étude.
- A Tous nos camarades, ami(e)s et connaissances : Willy MVENG MENGUE, Pauline NOAH et Pierre LEVODO, pour le soutien qu'ils m'ont apporté tout au long de la rédaction de cette thèse ;
- A toute la famille et principalement celle de Jacques NKONGUE ESSAME pour leur interminable assistance.

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

3TC :	Lamivudine
ABC :	Abacavir
ANRS :	Agence Nationale de Recherche sur le SIDA
APS :	Agent Psychosocial
ARC :	Agent de Relais Communautaire
ARV :	Antirétroviral
ATAR:	Amélioration du Traitement, Agir contre les Résistances
ATV :	Atazanavir
ATV/r :	Atazanavir / ritonavir
AZT :	Zidovudine
CAPR :	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional
CD4 :	Lymphocyte T porteur de récepteurs CD4
CDC :	United States Centers For Disease Control and Prevention (Centre de lutte contre la Maladie).
CENAME :	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
CHUY :	Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé
CIRCB :	Centre International de Référence Chantal BIYA
CMA :	Centre Médical d'Arrondissement
CNLS :	Comité National de Lutte contre le SIDA
CNSHAS :	Conseil National de Santé, de l'Hygiène et des Affaires Sociales
COSA :	Comité de Santé
COSADI :	Comité de Santé de District
CRADAT :	Centre Régional Africain de l'Administration du Travail
CTA :	Centre de Traitement Agréé
D4T :	Stavudine
DLMEP :	Direction de la lutte contre la Maladie, les Epidémies et des Pandémies
DPML :	Direction de la Pharmacie du médicament et des Laboratoires

DRSP :	Délégation Régional de la Santé Publique
EFV :	Efavirenz
FTC :	Emtricitabine
IFORD :	Institut de Formation et de Recherche Démographique
INNTI :	Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
INTI :	Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
IP :	Inhibiteur de la protéase
FSRPS :	Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé
JMS :	Journée Mondiale contre le Sida
LPV :	Lopinavir
LPV/r :	Lopinavir / ritonavir
MINSANTE:	Ministère de la Santé Publique
NVP :	Névirapine
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA :	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PEPFAR:	President Emmergency plan for Aids Reliefs
PTME :	Prévention de la Transmission Mère-Enfant (du VIH)
RAL :	Raltégravir
RTV :	Ritonavir
SIDA :	Syndrome d'immunodéficience acquise
SRM :	Self Régulation Model
SYNAME :	Système National d'Approvisionnement en Médicaments
TAR :	Traitement antirétroviral
TBO :	Traitement de base optimisé
TDF :	Ténofovir disosproxil fumarate
TME :	Transmission mère-enfant (du VIH)
UNESCO:	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA :	United Nations Population Fund (Fonds des Nations Unies pour la population)
UNICEF :	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
UPEC:	Unité de Prise en Charge
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1

Répartition de la prévalence du VIH, du nombre de décès et de l'accès au traitement selon les régions de l'OMS en 2020..... 15

Tableau 2

File active des cas de non-observants dans les centres de traitement en 2014 dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé..... 17

Tableau 3

Echec thérapeutique (clinique, immunologique et virologique) 30

Tableau 4

Les niveaux de santé au Cameroun. 36

Tableau 5

Nombre de centres de prise en charge (PVVS) dans la région du Centre 38

Tableau 6

Centres de prise en charge (PVVS) dans la ville de Yaoundé..... 39

Tableau 7

File active par projection selon les âges entre 2010-2020 60

Tableau 8

Protocole recommandé de première ligne dispensé au Cameroun..... 76

Tableau 9

Protocole recommandé de deuxième ligne dispensé au Cameroun. 77

Tableau 10

Quand débiter un traitement ARV chez l'adulte et chez l'adolescent ? 79

Tableau 11

Types de toxicités associées aux antirétroviraux de première, deuxième et troisième intention80

Tableau 12

Répartition des participants en fonction des caractéristiques sociodémographiques 152

Tableau 13	
<i>Identification des participants et parcours de vie</i>	156
Tableau 14	
<i>Répartition des participants en fonction des caractéristiques sociodémographiques</i>	169
Tableau 15	
<i>Variables, modalités, indicateurs et indices de la recherche</i>	173
Tableau 16	
<i>Plan de recherche</i>	174
Tableau 17	
<i>Résultats du calcul de l'alpha de Cronbach des dimensions des déterminants psychosociaux</i>	179
Tableau 18	
<i>Résultats du calcul de l'alpha de Cronbach de l'échelle de l'observance thérapeutique</i>	180
Tableau 19	
<i>Variations de l'observance thérapeutique des ARV chez les PVVS en fonction du genre</i>	183
Tableau 20	
<i>Variations de l'observance thérapeutique des ARV chez les PVVS en fonction de l'âge</i>	184
Tableau 21	
<i>Variations de l'observance thérapeutique des ARV chez les PVVS en fonction du niveau d'étude</i>	185
Tableau 22	
<i>Variations de l'observance thérapeutique des ARV chez les PVVS en fonction du statut socioprofessionnel</i>	185
Tableau 23	
<i>Variations de l'observance thérapeutique des ARV chez les PVVS en fonction du statut matrimonial</i>	186
Tableau 24	
<i>Variations de l'observance thérapeutique des ARV chez les PVVS en fonction du régime matrimonial</i>	187

Tableau 25	
<i>Matrice de corrélation entre système étiologique et observance thérapeutique du traitement antirétroviral</i>	189
Tableau 26	
<i>Résultats de la régression entre système étiologique et observance thérapeutique</i>	191
Tableau 27	
<i>Matrice de corrélation entre les représentations sociales des ARV et observance thérapeutique du traitement antirétroviral</i>	193
Tableau 28	
<i>Résultats de la régression entre représentations sociales des ARV et observance thérapeutique</i>	195
Tableau 30	
<i>Résultats de la régression entre confiance en soi et observance thérapeutique</i>	198
Tableau 31	
<i>Matrice de corrélation entre soutien social et observance thérapeutique</i>	200
Tableau 32	
<i>Résultats de la régression entre soutien social et observance thérapeutique</i>	202
Tableau 33	
<i>Matrice de corrélation entre ressources économiques et observance thérapeutique</i>	203
Tableau 34	
<i>Résultats de la régression entre ressources économique et observance thérapeutique</i>	204

LISTE DES FIGURES

Figure 1. <i>Organisation du système de santé au Cameroun</i>	37
Figure 2. <i>Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH en 2014</i>	55
Figure 3. <i>Disparité de l'infection à VIH entre les régions du Cameroun : Source : Rapport</i> . 59	
Figure 4. <i>Schéma légendé de la structure du VIH</i>	61
Figure 5. <i>Du gène aux protéines exprimées par le virus du SIDA</i>	62
Figure 6 : <i>Etapes d'entrée du virus dans un lymphocyte</i>	64
Figure 7 <i>Les principales étapes de la réplication du VIH</i>	65
Figure 8 : <i>Evolution des différentes phases de l'infection à VIH et variation de paramètres biologiques</i>	67
Figure 9 : <i>Schémas des voies d'action thérapeutique des ARV</i>	69
Figure 10. <i>Schéma du cadre conceptuel des déterminants de l'observance du traitement antirétroviral</i>	107
Figure 11. <i>Théorie de la l'action raisonnée (Fishbein & Ajzen, 1975)</i>	114
Figure 12. <i>Différence d'intervention entre attentes d'efficacité et attentes de résultats dans le Processus d'actualisation d'un comportement Bandura (1977)</i>	118
Figure 13. <i>Modèle général du champ de l'attribution: Kelley et Michela (1980)</i>	142

RESUME

La présente thèse a pour ambition d'étudier les dispositions psychosociales qui déterminent l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH/Sida (PVVS). En effet, le comportement de nombreuses personnes atteintes du VIH et suivies dans les centres de prise en charge n'est pas toujours en conformité avec l'avis médical malgré les initiatives (gratuité du traitement, multiplication des centres de prise en charge, etc.) entreprises pour favoriser l'observance thérapeutique (Comité National de Lutte contre Sida, 2014). Dès lors, l'on s'interroge sur ce qui détermine l'observance thérapeutique chez les PVVS. Pour mieux saisir ces dispositions psychosociales à l'œuvre dans l'observance thérapeutique, deux études empiriques ont été menées.

La première étude de nature qualitative avait pour objectif d'identifier les déterminants psychosociaux associés à l'observance thérapeutique des ARV chez les PVVS. A l'aide d'un guide d'entretien, les données ont été collectées auprès de 7 PVVS (n= 3 hommes et n=4 femmes). L'analyse de contenu a révélé que le système étiologique, les représentations sociales des ARV, la confiance en soi, le soutien social et les ressources économiques déterminent l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS.

La seconde étude de nature quantitative avait pour objectif d'étudier l'influence du système étiologique, des représentations sociales des ARV, de la confiance en soi, du soutien social et des ressources économiques sur l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS. 340 PVVS (n=119 hommes et n= 221 femmes) sélectionnés à partir d'un échantillonnage par choix raisonné ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire. Les résultats ont montré que le système étiologique ($r= 0,96$; $p<0,05$; $F=182,37$; $p=0,000$), les représentations sociales des ARV ($r= 0,74$; $p<0,05$; $F=145,17$; $p=0,000$), la confiance en soi ($r= -0,36$; $p<0,05$; $F=64,16$; $p=0,000$), le soutien social ($r= 0,31$; $p<0,05$; $F=14,67$; $p=0,000$) et les ressources économiques ($r= 0,37$; $p<0,05$; $F=33,97$; $p=0,000$) sont corrélés à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS. Ces résultats sont discutés à la lumière des travaux antérieurs et des théories de référence. Les implications de ces résultats en ce qui concerne l'amélioration de l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS sont également abordées.

Mots clés : Déterminants psychosociaux, observance thérapeutique, traitement antirétroviral, Personne vivant avec le VIH/Sida (PVVS).

ABSTRACT

The aim of this thesis is to study the psychosocial dispositions that determine therapeutic adherence to antiretroviral therapy in people living with HIV/AIDS. Indeed, the behavior of many people with HIV and followed in treatment centers is not always in accordance with medical advice despite the initiatives (free treatment, multiplication of care centers, etc.) companies to promote therapeutic adherence (national committee for the fight against AIDS, 2014). This raises the question of what determines therapeutic adherence among PLWHA. To better understand these psychosocial dispositions at work in therapeutic adherence, two empirical studies have been carried out.

The first qualitative study aimed to identify the psychosocial determinants associated to therapeutic adherence to ARVs in PLWHA. Using an interview guide, data were collected from 7 PLWHA (n=3 men and n=4 women). Content analysis revealed that etiologic system, social representations of ARVs, self-confidence, social support and economic resources determine adherence to antiretroviral therapy in PLWHA.

The second quantitative study aimed to study the influence of etiologic system, social representations of ARVs, self-confidence, social support and economic resources on therapeutic adherence to antiretroviral therapy in PLWHA. 340 PLWHA (n= 119 men and n=221 women) selected from reasoned choice sampling were interviewed using a questionnaire. The results showed that etiologic system ($r= 0,96$; $p<0,05$; $F=182,37$; $p=0,000$), social representations of ARVs ($r= 0,74$; $p<0,05$; $F=145,17$; $p=0,000$), self-confidence ($r= -0,36$; $p<0,05$; $F=64,16$; $p=0,000$), social support ($r= 0,31$; $p<0,05$; $F=14,67$; $p=0,000$), and economic resources ($r= 0,37$; $p<0,05$; $F=33,97$; $p=0,000$) are correlated with therapeutic adherence to antiretroviral therapy in PLWHA.

These results are discussed in the light of previous work and theories. The implications of these results for improving adherence to antiretroviral therapy in PLWHA are also discussed.

Keywords: Psychosocial Determinants, therapeutic adherence, antiretroviral therapy, Person living with HIV/AIDS (PLWHA).

INTRODUCTION GENERALE

Les progrès de la médecine ont considérablement amélioré la santé et le bien-être des populations. Cependant, certaines maladies persistent et continuent de faire des ravages. C'est le cas du VIH/SIDA qui, malgré les avancées réalisées dans sa prise en charge, reste et demeure un problème de santé publique à l'échelle planétaire. Le dernier rapport portant sur les estimations épidémiologiques du VIH révèle que 79,3 millions de personnes ont été infectées par le VIH depuis le début de l'épidémie avec, 1.5 millions de personnes qui ont été nouvellement infectées par le VIH en 2020 (ONUSIDA, 2021). Le même rapport précise que, le nombre total de décès de suite de maladies liées au SIDA depuis le début de la pandémie est estimé à 36,3 millions avec environ 680 000 personnes décédées de maladie liées au SIDA en 2020. En ce qui concerne le nombre de personnes vivant avec le VIH, les statistiques révèlent que 37,7 millions de personnes vivaient avec la maladie en 2020 soit 36 millions d'adultes, 1,7 millions d'enfants (0-14 ans), 53% des personnes infectées sont de sexe féminin (des femmes et des filles). Parmi le nombre de personnes infectées, 84% connaissent leur statut sérologique en 2020; 6,3 millions de personnes ne savaient pas qu'elles vivaient avec le VIH et seulement 28, 2 millions de personnes sur 37,7 avaient accès au traitement antirétroviral, soit une augmentation de 7,8 millions par rapport à 2010. Ces chiffres sont en constante augmentation en Afrique où l'ONUSIDA (2012) estime qu'environ 7,5 millions de personnes étaient sous traitement en Afrique alors qu'elles n'étaient que 50.000 milles il y a 10 ans. A cette même période, le monde comptait 9,7 millions de personnes sous traitement.

Pour riposter face à cette préoccupation de santé publique, l'ONUSIDA a adhéré à la vision stratégique « test and treat » qui a fixé l'objectif mondial 90-90-90 à l'horizon 2020 ; à savoir 90% des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique, 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable de qualité et 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée. L'organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'adopter cette recommandation au niveau mondial, pourrait contribuer à éviter la survenue de 3 millions de décès supplémentaire d'ici 2025 et empêcher 3,5 millions des nouvelles infections.

Au plan national, la riposte Camerounaise face au VIH/SIDA s'est faite progressivement depuis les premiers cas détectés en 1985, une urgence s'est imposée d'où la création d'un Comité National de lutte contre le SIDA (CNLS) dès 1986. En 2015, l'objectif de la stratégie se résume par un continuum de soins de qualité à tout le monde en y introduisant la prise en charge globale et gratuite contre certaines maladies opportunistes (Tuberculose-toxoplasmose) etc.

Des ressources financières pour les objectifs de l'horizon 2015 en vue de rendre les ARV accessibles pour tous avaient été envisagées par les pouvoirs publics. A cet effet, les partenariats multinationaux ont été sollicités. On peut entre autres citer : la Banque Mondiale, le fond mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'UNICEF, l'UNESCO, l'ONUSIDA, l'OMS, PEPFAR, la BID, etc. En termes d'infrastructures sanitaires, le pays s'est doté de 163 centres de traitements agréés (CTA), 60 centres médicaux d'arrondissement (CMA) et 60 unités de prise en charge (UPEC), ...

Il apparaît ainsi que la lutte contre cette pandémie s'est considérablement intensifiée avec l'aide des organismes internationaux, ceci malgré la conjoncture économique de ses partenaires. Ils sont restés fidèles car environ 19,1 milliards de dollars en 2013, ont été alloués dans la lutte contre la pandémie. Les gouvernements locaux des États du monde conformément à la réforme politique globale de décentralisation de l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2005 visent à « *développer la prévention et l'accès universel aux soins et aux traitements à l'horizon 2010 pour ceux qui en ont besoin* ».

Cette initiative sur le plan socio-économique a permis d'alléger le poids de la maladie avec pour ambition d'atteindre les objectifs de développement pour le millénaire des pays à revenus faibles et/ou intermédiaire. En définitive l'écart mondial entre les ressources disponibles et celles nécessaires en 2015 est réduit de 30% car la contribution des fonds nationaux est supérieure aux dons internationaux. Elle est passée de 3,9 milliards en 2005 à 8,6 milliards de dollars en 2011, certains pays à revenus intermédiaire, soit 81 ont augmenté de plus de 50% le budget consacré à la riposte contre le VIH/SIDA entre 2006 et 2011.

La contribution à l'échelon du pays ONUSIDA/CNLS en 2013 a été de deux milliards trois cent soixante-six millions neuf cent trente-quatre mille cinq cent cinq Francs CFA

(2 366 934 505), au niveau continental, quatre-vingt-dix milliards trente-six millions six cent trente un mille Francs CFA (90 036 631000) et enfin au niveau mondial, cent quatre-vingt-douze milliards neuf cent soixante-huit millions cinquante un mille six quarante Francs CFA (192 968 051 640) ont été mobilisés pour la contre le VIH.

Au vu de ce qui précède, l'élaboration des politiques d'accès au traitement a généré des actions concrètes en termes de moyens financiers. Car au départ, le prix d'un protocole ARV était compris entre 300 000 et 600 000 Fcfa dans les années antérieures. Nous assistons à la gratuité des ARV depuis le mois de Mai 2007 par arrêté Ministériel du 1^{er} Mai 2007. Le programme d'accès aux ARV s'est distingué par un souci du gouvernement camerounais en collaboration avec d'autres partenaires nationaux et multinationaux dans le but de prôner la politique de subvention des médicaments de façon pragmatique et progressive. Mais cette initiative se heurte à beaucoup de problèmes, par exemple le prix des examens biologiques, les bilans ; car malgré les opportunités de réduction du coût des ARV, les moyens financiers des PVVS dans leur majorité constituent un frein majeur pour le paiement des soins nécessaires à une prise en charge globale de qualité. Pour réduire ces coûts, le gouvernement camerounais a signé une convention en 2001 avec les laboratoires pharmaceutiques en l'occurrence CIPLA, une firme indienne.

Mais malgré ces nombreux efforts d'accès universel au traitement, on assiste sans cesse à la résurgence des maladies opportunistes entraînant à leur tour l'augmentation des décès de suite de maladie liées au SIDA. Face à cette situation, l'on s'interroge sur la qualité de la prise en charge, l'efficacité du traitement proposé et le respect des prescriptions médicales. Les statistiques collectées au niveau des centres de traitements agréés laissent transparaître un phénomène d'inobservance à la multi thérapie dans la mesure où sur 7125 PVVS suivies à l'hôpital central de Yaoundé près de 2560 ne respectaient pas les prescriptions médicales.

Or, lorsqu'on évoque la non-observance, un accent doit être mis sur les déterminants psychosociaux qui expliqueraient cette dernière. D'où l'enjeu que présentent certains déterminants psychosociaux en matière d'observance.

- L'adoption de l'option B+ pour la prévention de la transmission mère-enfant ;

- Le recours à des schémas thérapeutiques simplifiés et ayant moins d'effets indésirables ;
- L'amélioration de la gestion des Co-infections (TB/VIH – VHB/VIH – VHC/VIH) et comorbidités ;
- L'appropriation par la communauté des continuums de soins au VIH.

Toutes ces actions, en vue de les rendre plus efficaces doivent aller de pair avec la prise en considération du volet nutritionnel et certains déterminants psychosociaux qui influenceraient négativement la bonne observance aux ARV. Dans cette mouvance, l'UNESCO s'est engagé à mener des campagnes de sensibilisation contre les exclusions dont sont parfois victimes des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Pour l'OMS (2010), ces avancées louables s'inscrivent dans une tendance où les objectifs sont plus ambitieux et les réalisations plus vastes.

Par ailleurs, de nouvelles recommandations de l'OMS sont faites depuis le mois de Juin 2013 sur la prévention et la trithérapie. Celle-ci fait suite à celles publiées en 2002, amendées en 2003 et mises à jour entre 2006 et 2010 sur la prise en charge globale des individus atteints. Depuis 2013, l'orientation d'une approche de santé publique, résulte à la fois des expériences acquises en la matière et repose spécialement sur des évidences scientifiques et dans la progression du continuum de soins de la maladie, le but poursuivi étant l'acquisition des meilleurs résultats en rapport avec le respect des prescriptions médicales.

Certes, dans la cadre des maladies chroniques, l'un des objectifs des soignants est d'éviter les complications aiguës et chroniques, de maintenir et/ou améliorer la qualité de vie des patients, à long terme. Le fait que le patient soit observant aux recommandations médicales représente l'une des actions permettant l'atteinte de cet objectif. Or, pour nombre de patients, prendre le traitement antirétroviral n'est pas une sinécure. Il est la résultante d'une combinaison de diverses représentations collectives alimentées par l'intermédiaire de l'exploration des croyances, des mythes et des superstitions. En effet, l'individu subit la contrainte des représentations dominantes dans la société, et c'est dans leur cadre qu'il pense ou exprime ses sentiments. Et ces représentations diffèrent selon la société dans laquelle elles prennent naissance et sont façonnées. Partant de ce fait, chaque type de mentalité est distinct et correspond à un type de société, aux institutions et aux pratiques qui lui sont propres. Pour

Moser (1994), « *les croyances, les valeurs et les attitudes propres à un individu forment un système qui fait qu'elles sont d'une part cohérents les unes avec leur confirmation du système de pensée de l'individu et notamment de ses attitudes entraîne un sentiment d'attraction envers la source de cette confirmation* » (p. 25). Dans ce contexte, être observant aux recommandations thérapeutiques semble relever du défi.

Le fait d'être infecté par le VIH fait entrer l'individu en question dans un autre groupe d'appartenance et soulève la question de l'identité sociale qui, entraîne le plus souvent des comportements de repli sur soi résultant de la stigmatisation et de la peur du regard des autres. Ce qui nécessite chez l'individu, de nouvelles formes de socialisation. Pour Mbédé (2005), « *le processus de socialisation s'apparente à une période d'apprentissage pendant laquelle l'individu est amené à acquérir les valeurs, normes et rôles sociaux propres à ses groupes d'appartenances dans une société donnée. Les relations de l'individu avec ces différents modèles de comportements constituent autant de formes variées d'intégration qui vont influencer sa personnalité et son développement psychologique et social* » (p. 62). Cette conception qui s'inscrit dans une perspective comportementaliste dans laquelle une situation d'interaction serait comme l'influence réciproque que les individus exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont mis en relation les uns avec les autres, ne rend pas suffisamment compte de la conception ordinaire de la maladie. En effet, l'irruption de la maladie dans la vie d'une personne est souvent vécue comme une rupture à l'origine des difficultés d'ordre médical, psychique et social. Dans cette perspective, les théories profanes sont donc des représentations de la maladie construites par une personne pour donner du sens à sa maladie. Ces représentations se rapportent aux expériences subjectives personnelles de la maladie, à l'interprétation de l'information reçue auprès des professionnels de santé ou qui est transmise à travers les médias et la communication interpersonnelle.

On s'aperçoit dès lors que du point de vue culturel, lorsqu'une maladie apparaît, la personne atteinte tente de s'en faire une représentation et met à l'épreuve les stratégies d'ajustement préférentiellement utilisées auparavant. C'est à partir des différentes sources d'informations qu'elle peut se constituer une représentation : les données collectives déjà présentes, les indications des médecins et l'expérience de la maladie. Autrement dit, s'il est admis que la nature impose ses règles aux individus, il n'en demeure pas moins vrai que la culture les dispose. En effet, c'est à partir de ce moment que la prise en charge d'une maladie chronique à l'instar du VIH/Sida nécessite pour le patient de « faire avec » des professionnels

de santé, des organisations hospitalières, des techniques médicales, des soins, des suivis spécifiques et des traitements souvent complexes.

Une première difficulté apparaît néanmoins en ce point dans la mesure où la prégnance d'un certain nombre de croyances relatives à santé et à la maladie dans certaines sociétés en général et dans les sociétés africaines en particulier entraîne le recours à des itinéraires thérapeutiques parallèles à la médecine conventionnelle et qui parfois, s'opposent à elle. Cette situation favorise la résistance vis-à-vis des traitements proposés par la médecine conventionnelle au profit de la pharmacopée traditionnelle. Il faut préciser que la relation bidirectionnelle médecin/patient ne se réduit pas à l'opposition médecine moderne/médecine traditionnelle, mais s'étend sur la collaboration dans la prise en charge des patients.

Aussi, dans une perspective d'optimisation des stratégies thérapeutiques et de lutte contre l'échec thérapeutique, les actions et les interventions qui visent à améliorer l'observance des traitements de l'infection à VIH ont connu un développement important en particulier depuis l'émergence des multithérapies. En effet, la recherche en sciences sociales et l'intervention sur l'observance thérapeutique ont produit depuis quelques années un ensemble de connaissances, de questions et de propositions qui peuvent être mises à l'épreuve d'objectifs d'optimisation des stratégies thérapeutiques dans la prise en charge des PVVS, dans la lutte contre l'échec thérapeutique, la promotion de relations coopératives entre soignants et patients pour évaluer l'impact biologique, psychologique et social des traitements.

La conception des experts rejoint en général le sens commun qui voudrait que plus un traitement est complexe, long et producteur des effets indésirables, plus l'inobservance est probable et importante. Dans le cadre du traitement de l'infection à VIH, certains travaux ont montré qu'une observance à 95% et plus est nécessaire pour une suppression de la réplication virale, la restauration de l'immunité, la disparition des manifestations cliniques et l'amélioration de l'état clinique du patient (Diabaté et al., 2007; Ramadhani et al., 2007). Une mauvaise observance peut avoir des conséquences dramatiques : l'émergence de souches virales mutantes et résistantes (plus difficiles à traiter) liée à la reprise de la réplication virale en présence des antirétroviraux en concentration suboptimale, l'effondrement de l'immunité, la reprise des infections opportunistes et l'augmentation du risque de décès (Bangsberg et al., 2001 ; Cardarelli et al., 2008; Selin et al., 2007). Cependant, l'exigence d'un niveau élevé

d'observance pour la multithérapie a réactualisé les questions relatives à l'adhésion aux prescriptions médicales, impliquant une adéquation entre les perceptions des patients et les acteurs de santé en matière d'observance. C'est donc en quelque sorte des pratiques qui renvoient à des représentations individuelles et collectives.

Par ailleurs, il s'agit de décrypter l'adhésion à priori aux antirétroviraux (ARV), qui correspond à des représentations sociales de la maladie et s'élaborent à partir de l'interprétation culturelle et des effets secondaires du traitement. Notre préoccupation serait donc d'examiner comment les sujets atteints perçoivent la notion d'efficacité clinique et psychologique. Par opposition au modèle biomédical, la psychologie sociale se situe à l'intersection des sciences psychologiques et sociales. Il s'agit d'une science qui intègre plusieurs niveaux d'analyse dans l'étude des comportements sociaux. Elle constitue l'un des pôles majeurs participant activement à l'analyse des problèmes de vie quotidienne.

Une étude de l'OMS (2002) sur l'observance aux ARV a révélé que l'observance à la trithérapie est liée aux principaux déterminants individuels des PVVS. De même, L'impact des facteurs sociodémographiques (âge, sexe, situation familiale, niveau socioprofessionnel, statut matrimonial, niveau d'étude, etc.) sur l'adhésion aux schèmes thérapeutiques dépend fortement du contexte et des situations sociales dans lesquelles les patients affectés du VIH/SIDA interagissent. Dans le cadre de notre étude, la prise en charge du VIH/SIDA ne permet pas d'annoncer aux patients leur guérison, d'où la difficulté pour ces derniers d'accepter leur pathologie et donc à se plier à un traitement à long terme. La complexité de cet indicateur détermine le succès d'un programme thérapeutique en passant par la survenue d'une résistance et réside dans le caractère multifactoriel et dynamique d'un phénomène comportemental traduit sans le vécu de la maladie.

D'autres formes de l'observance jusque-là non identifiées expliqueraient que certains patients choisissent de ne pas adhérer au traitement. C'est un moyen pour eux de sauvegarder un certain contrôle de leur maladie ou de vivre avec les formes d'inobservance aux ARV caractérisée par la réduction des fréquences des prises à travers la mauvaise répartition des doses et le non-respect des directives d'administration (manger, estomac vide). Aussi, si plusieurs études ont permis de faire un lien entre une faible représentativité entre le soutien social et l'adhésion aux ARV. La présente recherche dévoile le rôle communautaire actif dans la prise en charge dans une perspective qui serait axée sur le modèle d'un comportement

planifié et/ou raisonné. Ainsi, Ajzen (1991) est arrivé au constat selon lequel plusieurs comportements humains n'étaient pas entièrement sous le contrôle de la personne. De là, il en a conclu que la réalisation d'un comportement est fonction de la perception du contrôle que l'individu pense pouvoir exercer sur le comportement.

En outre, une étude rapportée sur l'observance aux ARV en Tunisie en 2008 indique que le taux d'observance était de 35%, confirmant ainsi l'influence de certains déterminants cités par des participants lors de la phase d'analyse des données qualitatives. Pour un échantillon de 66 répondants avec une moyenne d'âge de près de 38 ans, c'est dans la tranche d'âge de (31-40ans) que l'on a observé 68% de cas de non observance. Dans cette cohorte, plusieurs individus ont reconnu avoir interrompu leur traitement à la suite des représentations qu'ils avaient du médicament. Ce qui expliquerait davantage la représentation que les patients se font des ARV.

Tarquinio et Tarquinio (2007) ont souligné la complexité des conduites d'observance thérapeutique. Selon ces auteurs, la conformisation du patient aux prescriptions médicales adressées par l'autorité médicale dans le cadre de la prise en charge de sa maladie dépend de plusieurs facteurs qui sont interdépendants. Eu égard à ce qui précède, notre recherche a donc pour ambition d'étudier l'influence des déterminants psychosociaux qui conduisent les PVVS à l'observance thérapeutique ou à la non observance des ARV dans le contexte camerounais.

Quelques théories (HBM, TAR, les attributions, le modèle de l'autorégulation) ont tenté d'apporter des explications pour saisir les déterminants des comportements des individus qui ne cadrent plus avec les prescriptions médicales. Dubois (1994) s'est intéressé aux attributions causales pour expliquer le comportement des individus en matière de santé. Il définit ainsi le concept d'attribution causale comme une démarche qui « *vise à décrire le processus par lequel les individus expliquent et interprètent les conduites et les états émotionnels (qu'il s'agisse des leurs ou de ceux des autres) par exemple, une attribution causale interne* », c'est-à-dire une définition du comportement des patients non-observants aux ARV qui se fonde sur des facteurs dispositionnels.

Pour Jones et Davis (1965), le processus d'attribution se déroule en trois phrases : d'abord le participant observateur repère les effets d'une action ; ensuite, il compare ces réactions aux effets des actions possibles mais non effectuées par le participant acteur afin de

déterminer ceux communs et spécifiques ; enfin, le participant observateur attribue, c'est-à-dire établit une correspondance de l'action, une intention et une disposition en se basant sur les effets spécifiques de l'action choisie et des actions rejetés.

Pour les mêmes auteurs, le besoin de contrôle et le sentiment qu'à l'individu à vouloir s'approprier son environnement aussi bien physique que social est fonction de son adaptation. Ainsi pour que les gens puissent se percevoir comme exerçant un contrôle sur leur environnement, il faut qu'ils puissent croire qu'ils maîtrisent leurs comportements. Les processus d'attribution sont sous-tendus par des théories implicites et des représentations collectives qui varient avec les domaines culturels (Jones & Davis, 1965).

Par ailleurs, la question de l'observance au traitement antirétroviral suscite un engouement général, tant pour les cliniciens que pour les experts des sciences humaines et sociales, notamment les psychosociologues. Dans une approche psychosociale, cette thèse tenter de démêler les facteurs psychosociologiques associés à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral des PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé.

Le présent travail sera organisé en deux grandes parties : un cadre théorique et un cadre opératoire. La première partie relative au cadre conceptuel et théorique renferme les chapitres un, deux et trois. Dans le premier chapitre, nous abordons la problématique structurée principalement autour du constat, de la justification des objectifs, de la formulation de la question de recherche, l'intérêt de l'étude et la délimitation de l'étude.

Le deuxième chapitre présente une synthèse des connaissances sur le VIH/SIDA. Ce chapitre commence par quelques précisions notionnelles sur les concepts fondamentaux de l'étude. Feront également partie de ce chapitre, les types de protocoles (médicaments) et leurs mécanismes d'action (effets secondaires), la relation entre l'observance et l'inobservance, les déterminants de l'observance et/ou de la non-observance.

Dans le troisième chapitre, nous présentons les approches théoriques qui sous-tendent l'étude. Notre choix porte sur les modèles théoriques classiques relatifs à l'observance thérapeutique. Il s'agit singulièrement du Health Belief Model (Rosenstock, 1974), du modèle de l'action raisonnée (Fishbein & Ajzen, 1975), du sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1997), des modèles spécifiques d'autorégulation avec les conceptions axées sur le

modèle de compliance en santé (Heiby & Carlson, 1986), le Self Regulation Model (SRM) (Leventhal, Karuza, & Fry, 1980), Nous nous penchons aussi sur la théorie des attributions causales (Weiner, 1985) et analysons ses différences avec la théorie du locus de contrôle avant de faire une synthèse sur cette partie.

La deuxième partie intitulée cadre opératoire comporte également trois chapitres arrêtés, présentés et analysés. Le chapitre quatrième aborde la première étude qui porte sur l'identification des facteurs psychosociologiques de l'observance thérapeutique chez les PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé. Dans cette étude, les éléments suivants seront abordés : les participants et les sites de l'étude, la méthode, les résultats et la discussion des résultats.

Le cinquième chapitre traite de la seconde étude qui consiste en l'étude du lien entre les facteurs psychosociaux et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé. Dans cette étude, les éléments suivants seront également abordés : les participants et les sites de l'étude, la méthode, les résultats et la discussion des résultats. Le sixième chapitre sera consacré à la discussion des résultats.

CHAPITRE PREMIER : PROBLEMATIQUE

Ce chapitre premier met en exergue les éléments théoriques de cette thèse. Il s'agira tout d'abord de présenter le contexte en insistant sur la prévalence du VIH/Sida dans le monde en général, et au Cameroun en particulier. Ensuite, un contexte théorique sera déroulé avec un accent sur les travaux antérieurs et les modèles explicatifs de l'observance. Enfin, la question de recherche, les objectifs, l'intérêt et la délimitation de l'étude seront abordés.

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

L'insistance sur le respect des prescriptions médicales par le patient n'est pas une préoccupation nouvelle dans l'exercice de la médecine et la santé publique. En effet, cette insistance n'est pas née avec la découverte du VIH, encore moins, depuis la production des premières molécules en 1986, composante du traitement de première génération pour ralentir la multiplication du virus. Lerner (1997) soutient que la formalisation de ce principe sanitaire en terme d'observance renvoie historiquement et de façon explicite à une construction médicale des comportements d'« insoumission », voire de « déviance », du patient lui-même vis-à-vis des recommandations des acteurs de santé. Ces dernières années, les questions référentes à la problématique de « la compliance » pour reprendre la terminologie anglo-saxonne, ont pris une dimension particulière dans le domaine des traitements de l'infection à VIH, notamment durant la seconde moitié des années quatre-vingt-dix avec l'avènement des multi thérapies antirétrovirales (ARV).

C'est dans cette perspective qu'il est aujourd'hui prouvé que les actions et les interventions qui visent à améliorer l'observance des traitements de l'infection par le VIH connaissent un développement important dans les protocoles de prise en charge thérapeutique des personnes diagnostiquées séropositives. En parallèle, l'option d'optimisation des stratégies thérapeutiques et de lutte contre l'échec thérapeutique prise par les gouvernements, montre un élargissement dans le champ des recherches actuellement en cours, une expansion des travaux sur « la compliance » et la non-observance aussi bien pour les pathologies chroniques, que pour celles endémiques et singulièrement pour le VIH/sida dans tous les autres champs de la pratique médicale. Un tel engouement amène dès lors à se demander si l'efficacité théorique d'un nombre croissant d'interventions médicales, ne semble pas trouver ses limites dans les comportements des patients en matière de suivi des protocoles de soins.

Pris dans ce sens, l'on peut comprendre que la question de l'intervention sur les comportements pour restaurer l'ampleur potentielle de l'efficacité médicale soit non seulement envisagée, mais également posée. Pour Bungener, Morin et Souteyrand (2001), cette question s'inscrit précisément dans le cadre d'une médecine d'intervention dotée d'une efficacité éprouvée qui autorise et permet de justifier la recherche et la promotion de nouvelles conditions ou stratégies favorisant l'observance au prix parfois d'imposer certaines pratiques aux patients.

De nombreuses études (Bogart et al., 2000; Mocroft et al., 2001 ; Moatti et al., 2000) se sont intéressées à l'observance thérapeutique des traitements antirétroviraux dans le but d'identifier ses facteurs explicatifs ou ses déterminants chez les PVVS. Certaines, aux résultats souvent contradictoires (Bogart et al., 2000; Mocroft et al., 2001) ont tenté d'établir des corrélations entre les niveaux d'observance et les caractéristiques sociodémographiques des patients. D'autres, rejettent l'idée selon laquelle l'âge, le sexe et le niveau d'instruction prédisent l'observance thérapeutique (Moatti et al., 2000). Par ailleurs, les travaux de Spire et Moatti (2000) et ceux de Pratt et al. (2001) ont souligné l'importance des facteurs tels que la perception que les patients ont de leur état de santé et de leur devenir, de l'infection à VIH et du médicament pour une bonne adhésion au traitement ARV. Dans la même lancée Moatti et al. (2000) soulignent que la réflexion sur l'observance thérapeutique à ces médicaments s'est déplacée de l'examen des variables individuelles vers la question de la production sociale de la non observance en considérant non pas seulement les patients eux-mêmes mais aussi, le rôle des acteurs de santé, du système de soins, de l'entourage familial ainsi que leurs interrelations.

Le modèle biomédical a axé son intervention sur à une démarche à visée prédictive cherchant à identifier les barrières individuelles associées au comportement d'observance, avec le risque qu'elle en vienne à suggérer, voire à établir des critères justifiant d'exclure du traitement les personnes n'y répondant pas, les recherches en sciences sociales tendent aujourd'hui à substituer une approche «compréhensive». Pour reprendre Chesney et al. (2000), «empathique» au sens de Moatti et al. (2000) ou «dynamique» de l'observance comme l'affirment Spire et Moatti (2000), en insistant sur les notions de perception, de négociation et d'adaptation. Cette approche a certes le mérite d'ouvrir le champ d'analyse de l'observance au-delà du comportement ou de la situation du seul patient. En ce sens, faute d'un échange d'informations et d'interrogations sur le déroulement du traitement, la relation tranfero-contre

référentielle médecin/malade et plus généralement, le système de santé lui-même peuvent créer les conditions d'une non-observance en ne rendant pas les traitements plus accessibles.

L'observance dans le traitement du sida est particulièrement complexe car plusieurs prises médicamenteuses sont nécessaires chaque jour, sans interruption et à vie. De plus, certains ARV ont de nombreux effets secondaires difficiles à gérer. Enfin, les problèmes matériels et de stigmatisation sont aigus. Pour Tassie et al. (2003), la prise en compte de ce problème a été sous-estimée au départ par crainte de stigmatiser les pays en développement (PED) dont les seules références étaient des essais cliniques où des conditions optimales permettaient des taux d'observance supérieurs à 90 %.

Or, des études récentes montrent que les taux d'observance sont bien inférieurs en pratique médicale de routine dans le contexte africain en général, et dans celui de l'Afrique subsaharienne en particulier où, peu de données sont disponibles sur le niveau d'observance thérapeutique. Il est à souligner que dans cette partie du monde, les premières publications sur l'observance thérapeutique provenaient des études pilotes avec des échantillons peu représentatifs. En outre, l'observance thérapeutique est un phénomène dynamique qui varie avec le temps. Les patients peuvent donc être observant au début de leur prise en charge et avec l'amélioration de leur état clinique changer d'attitude. Selon certaines recherches (Mannheimer et al., 2005 ; Orrell et al., 2003) des facteurs liés au patient et au système sanitaire peuvent accroître considérablement les risques d'une mauvaise observance thérapeutique. Nous pensons que leur identification et leur correction peut être bénéfique pour les politiques de santé publique en matière de lutte contre le VIH/SIDA.

1.2. SITUATION DU VIH/SIDA DANS LE MONDE

Dans cette section, un accent est mis sur les faits qui présentent une vue panoramique de la situation du VIH/SIDA au niveau mondial. Nous allons insister sur la prévalence de cette pandémie en mettant en relief les indicateurs suivants : le nombre de personnes vivant avec le VIH, le nombre de nouvelles infections, le nombre de personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral, le nombre de décès liés au VIH et les ressources mobilisées pour lutter contre le VIH.

Le VIH/SIDA est considéré comme un problème de santé publique à l'échelle planétaire en raison de son important taux de morbidité et de mortalité. Selon le rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le SIDA 2021, 79,3 millions de personnes ont été infectées par le

VIH depuis le début de l'épidémie avec, 1.5 millions de personnes qui ont été nouvellement infectées par le VIH en 2020 (ONUSIDA, 2021). Selon le même rapport, le nombre total de décès de suite de maladies liées au SIDA depuis le début de la pandémie est estimé à 36,3 millions avec environ 680 000 personnes décédées de maladie liées au SIDA en 2020. En ce qui concerne le nombre de personnes vivant avec le VIH, les statistiques révèlent que 37,7 millions de personnes vivaient avec la maladie en 2020 soit 36 millions d'adultes, 1,7 millions d'enfants (0-14 ans), 53% des personnes infectées sont de sexe féminin (des femmes et des filles). Parmi le nombre de personnes infectées, 84% connaissaient leur statut sérologique en 2020; 6,3 millions de personnes ne savaient pas qu'elles vivaient avec le VIH et seulement 28, 2 millions de personnes sur 37,7 avaient accès au traitement antirétroviral, soit une augmentation de 7,8 millions par rapport à 2010. Ces chiffres montrent que chaque année, il y a de nouvelles infections et un nombre toujours important de décès.

Ces chiffres varient d'une région du monde à une autre. En effet, pour un taux global de 37, 7 personnes vivant avec le VIH en 2020, 20,6 millions sont originaires de l'Afrique de l'Est et du Sud, 5,8 millions vivent en Asie et dans le Pacifique, 4,7 millions vivent en Afrique de l'Ouest et du centre, 2,1 millions vivent en Amérique latine, 2,2 millions vivent en Europe Occidentale et centrale et en Amérique du Sud, 1,6 millions vivent en Europe de l'Est et en Asie Centrale et 330 000 et 230 000 vivent respectivement dans les caraïbes et au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (ONUSIDA, 2021). Il transparaît de ces chiffres que le continent africain est le plus touché par le VIH (environ 25 millions pour l'ensemble de la Région Africaine). Pour ce qui du nombre de décès liés au VIH, 310 000 personnes sont décédées en 2020 dans la Région de l'OMS couvrant l'Afrique de l'Est et du Sud, on a enregistré 130 000 décès pour la Région couvrant l'Asie et le Pacifique. En Afrique de l'Ouest et du Centre, c'est 150 000 personnes qui ont perdu la vie de suite de maladie liées au SIDA. Environ 35 000, 31 000 et 13 000 personnes ont respectivement perdu la vie en Europe de l'Est et en Asie Centrale, en Amérique latine et en Europe Occidentale et centrale et en Amérique du Nord.

Ces statistiques sont également hétérogènes lorsqu'on s'intéresse au nombre de personnes vivant avec le VIH ayant accès au traitement. La Région de l'OMS couvrant l'Afrique de l'Est et du Sud a enregistré un nombre total de 16 millions sur 20,6 millions de personnes infectées. Pour la Région couvrant l'Asie et le Pacifique seulement 3, 7 sur 5,8 millions de personnes infectées ont accès au traitement. En Afrique de l'Ouest et du Centre, 3, 7 sur 4,7 millions de personnes qui ont accès au traitement dans cette Région de l'OMS.

Environ 870 000 sur 1,6 millions, 1,4 sur 2,1 millions et 1,9 sur 2,2 millions personnes ont respectivement accès au traitement en Europe de l'Est et en Asie Centrale, en Amérique latine et en Europe Occidentale et centrale et en Amérique du Nord. Nous présentons une synthèse de ces statistiques dans le tableau 1 ci-dessous

Tableau 1

Répartition de la prévalence du VIH, du nombre de décès et de l'accès au traitement selon les régions de l'OMS en 2020

REGION	Personnes vivant avec le VIH	Nouvelles infections à VIH	Décès liés au SIDA	Personnes accédant au traitement
AFRIQUE DE L'EST ET DU SUD	20,6 millions	670 000	310 000	16 000 000
ASIE ET PACIFIQUE	5,8 millions	240 000	130 000	3,7 millions
AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE	4,7 millions	200 000	150 000	3,5 millions
AMERIQUE LATINE	2,1 millions	100 000	31 000	1,4 millions
CARAÏBES	330 000	13 000	6 000	220 000
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	230 000	16 000	7900	96 000
EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE	1,6 millions	140 000	335 000	870 000
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMERIQUE DU NORD	2,2 millions	67 000	13 000	1,9 Millions
TAUX GLOBAUX	37,7 Millions	1,5 millions	680 000	27,5 millions

Source : ONUSIDA (2021)

L'ONUSIDA estime qu'en 2012, environ 186 pays ont donné des rapports complets sur le progrès réalisé en matière de riposte contre le VIH/SIDA, c'est-à-dire 96 % des 193 Etats membre des Nations Unies. Cette volonté des Etats à rapporter les faits sur cette maladie témoigne de l'ampleur de l'engagement mondial pour faire face au VIH/SIDA, ce qui permettra d'atteindre les objectifs fixés pour 2015. Mais il est évident de savoir que dans toutes les maladies chroniques, l'observance à long terme est un défi auquel les PVVS doivent faire face. Des facteurs favorables et défavorables à l'observance thérapeutique ont été mis en exergue par de nombreuses études (Besch, 1995 ; Eldred et al., 1997 ; Tarquinio & Tarquinio, 2007), certains de ces facteurs étaient liées au traitement en lui-même, à la représentation sociale que les patients ont des ARV. L'histoire de la maladie qui influence plus ou moins favorablement l'observance thérapeutique, la communication entre les acteurs de santé et les PVVS, l'environnement psychosocial et la non observance thérapeutique du traitement aux ARV; la non observance permet l'accumulation des mutations et des résistances au cours du temps. C'est pourquoi il est formellement recommandé aux PVVS sous trithérapie d'adhérer aux schémas thérapeutiques. Les complications de la non observance compromettent le rôle principal des ARV, mettent en péril les engagements des Etats du monde entraînant ainsi la morbidité et la mortalité au sein des personnes infectées.

Au cours des quinze dernières années, les données recensées au niveau des structures de santé au Cameroun en 2014 et même ailleurs affichent des écarts entre les exigences thérapeutiques en termes d'observance thérapeutique et le comportement de certains PVVS.

Tableau 2

File active des cas de non-observants dans les centres de traitement en 2014 dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé

CENTRE DE TRAITEMENT	File active 2014	Nombre de cas non observant ARV
CTA		
CHU de Yaoundé	2032	162
Hôpital Central de Yaoundé	7125	2560
Hôpital Général de Yaoundé	2569	183
Hôpital Gynéco de Yaoundé	972	21
Hôpital Militaire de Yaoundé	1768	122
UPEC		
Cité-verte	1336	138
CASS Nkoldongo	600	52
Biyem-assi	984	61
CMA		
Mvog-ada	140	25
Centre St Martin Pores	964	54
Mvog-béti	18	3
Total	18508	3381

L'épidémie de VIH/Sida et sa dramatique explosion a donné une nouvelle impulsion à la recherche sur la problématique de l'observance thérapeutique. La découverte d'une séropositivité au VIH et la mise sous antirétroviraux (ARV) ont des conséquences majeures qui sont non seulement psychologique, médicale, mais également socio-économique. C'est dans ce cadre que l'observance apparaît comme une condition d'efficacité thérapeutique conditionnant le pronostic vital des patients de même que celui de la collectivité sur les sources de résistances aux ARV. A ce titre, dans le contexte de la prise en charge des PVVIH, les cliniciens et chercheurs se sont penchés sur le questionnement de la mesure de l'observance par l'évaluation de la prise médicamenteuse des personnes infectées.

Or, en Afrique en général, singulièrement en Afrique subsaharienne (ONUSIDA, 2013), peu de données sont disponibles sur le niveau d'observance depuis l'utilisation du

traitement antirétroviral hautement actif (HAART) à large échelle. Dans cette partie reculée du monde, les premières publications sur l'observance étaient l'œuvre des occidentaux et provenaient d'études pilotes avec des échantillons peu représentatifs. Par ailleurs, au-delà du rapport de proximité entre les acteurs de santé et les soignés, l'observance constitue un questionnement ancien sur les difficultés rencontrées dans le suivi à vie d'un traitement destiné pour des pathologies chroniques. La prise quotidienne d'un médicament s'oriente sur plusieurs variabilités convergentes logiques ou contradictoires, tant individuelles ou collectives.

L'observance n'est pas un phénomène statique, mais un fait dynamique qui varie avec le temps. En effet, soulignent Katzenstein et al. (2003), en Afrique, les données montrent que de 1998 à 2000, et à l'initiative des Etats comme le Sénégal et le Cameroun ou de l'ONUSIDA en Côte d'Ivoire et en Ouganda, des projets pilotes d'accès au traitement antirétroviral se sont mis en place progressivement. Pour Gill et al. (2005), c'est après la publication des premiers résultats qui ont montré que le niveau d'observance est complexe dans les pays en voie de développement que dans les pays développés, des initiatives internationales telles que le Fond Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose, et le programme «3 by 5» de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont renforcé la dynamique de mise sous antirétroviraux des malades atteints du Sida dans les pays en voie de développement.

En 2013, L'ONU/SIDA estimait à plus de 37% le nombre de malades qui bénéficiaient de ce traitement en Afrique subsaharienne. En effet, trois personnes sur quatre sous traitement vivent en Afrique subsaharienne (EDS III-2004 ; EDS-MICS IV-2011). Ce qui rend compte de ce qu'il n'est point de doute aujourd'hui que la mortalité et la morbidité liées au VIH ont considérablement diminué depuis l'introduction du traitement antirétroviral hautement actif (HAART). Cependant, force est de souligner que le succès thérapeutique est lié à une bonne observance. La connaissance du niveau d'observance et des facteurs qui y sont associés, sont des paramètres importants dans la prise des décisions en vue de l'amélioration du suivi des patients.

Cependant, s'il est admis que depuis l'instauration des trithérapies la qualité de l'observance est devenue l'un des facteurs essentiels de succès thérapeutique face à l'infection au VIH/SIDA, il n'en demeure pas moins vrai que le succès des traitements

dépend des capacités des personnes à pouvoir les prendre correctement et à long terme. Dans cette perspective, l'observance prise comme un ensemble articulé de comportements et d'attitudes référés à une norme médicale, est un phénomène modifiable dans la durée et ne saurait par conséquent être une donnée fixe et définitive ni au niveau individuel du fait que l'on ne peut pas démontrer l'existence de personnes «nés-observants» pour toute leur vie et pour tous les traitements médicaux, ni celle de rebelles révoltés « non-observants » indocile et irrécupérables pour toutes les situations de prise en charge médicale. Toutefois, même s'il s'avère que des facteurs de personnalité jouent en effet un rôle facilitateur ou restreignant en coaction avec d'autres facteurs, la fixité de l'observance ne se trouve pas non plus au niveau groupal où on peut montrer que dans des groupes de patients supposés à priori non-observants comme les toxicomanes se révèlent également avoir une observance excellente. Ainsi, il s'avère que la possibilité du changement est, pour tous les patients, inscrite dans tout bilan d'observance et en appelle à une conceptualisation en termes de processus, de dynamique. La mauvaise observance du schéma thérapeutique prescrit fait craindre un échec thérapeutique par l'apparition des résistances virales aux traitements existants. Force est de préciser ici qu'un défaut d'observance chez ces malades entraînerait le développement de souches mutantes et résistantes. Étant donné que le traitement des souches virales mutantes et résistantes est difficile, très coûteux et inaccessible aux pays de l'Afrique subsaharienne, il s'avère primordial d'identifier les différents facteurs de risque d'une mauvaise observance afin de prévenir les complications de la maladie.

Toutefois, dans les pays en voie de développement (PED) comme le Cameroun où l'on retrouve un nombre important de personnes vivant avec le VIH, le coût élevé des examens biologiques, l'insuffisance des infrastructures et des ressources humaines nécessaires et requises au début de la pandémie du VIH ont longtemps constitué un obstacle à l'accès à large échelle du traitement antirétroviral. Selon les dernières études, notamment celles menées par Lanièce et al. (2003) des facteurs liés au patient et au système sanitaire peuvent accroître considérablement les risques d'une mauvaise observance thérapeutique. Les identifier et les corriger seraient bénéfique pour la santé publique. Force est aussi de constater que le système a failli à assumer ses fonctions. Ainsi, à partir de la fin 1999 et pendant toute l'année 2000 et même entre 2011 et 2013, dans les structures de santé pourtant identifiées pour les délivrer, on a noté de nombreuses ruptures de stocks d'antirétroviraux (CNLS, 2014). Cette contrainte liée au système lui-même, a amené les patients dans le meilleur des cas, à se prêter, se donner ou s'échanger des

médicaments, à se tourner vers les cliniques privées pour compléter un traitement et dans le pire des cas, à poursuivre un traitement partiel ou à arrêter carrément de se traiter.

Dans le même temps, une telle situation n'a pu qu'altérer l'image du système et de ses représentants, en l'occurrence les soignants dans l'efficacité à laquelle ils ont placé leurs espoirs, cela d'autant plus que les médecins n'avaient alors reçu aucune directive pour faire face aux ruptures de stocks et avaient donc dû improviser, c'est-à-dire tenter d'adapter de façon pragmatique leurs prescriptions, au cas par cas des patients dont ils avaient la charge et selon les molécules disponibles, en changeant ou en suspendant des traitements, tout en s'inquiétant eux-mêmes des risques qu'ils faisaient ainsi encourir aux patients. Somme toute, ce qui était perçu comme médicalement miracle inenvisageable, à savoir qu'un traitement antirétroviral connaisse des interruptions et des variations faute d'approvisionnement régulier, est entré dans les pratiques.

Pour Desgrées du Loû et De Béchon (2001), ces constats ne doivent pas occulter le fait que le fonctionnement du système conçu pour permettre l'accès aux ARV doit lui-même être replacé dans le système de soins global. Système qui se caractérise, en matière de prise en charge du SIDA, par un faible accès au test de dépistage environ 40% en 2014 (CNLS) par des pratiques d'annonce de la séropositivité qui ne respectent pas toujours la confidentialité et par des soins des autres pathologies souvent difficilement accessibles aux malades pour plusieurs raisons : le niveau socio-économique ou le défaut d'approvisionnement du médicament dans les pharmacies.

Cette relative analogie des difficultés auxquelles les patients doivent faire face lorsqu'ils s'adressent à une prise en charge « généraliste » du VIH ou « spécialisée » par ARV ne saurait toutefois faire oublier la nature différente des attentes qu'ils placent en chacune et des exigences que celles-ci leur « renvoient » : la perspective d'avoir accès aux ARV a ainsi créé un espoir réel et inédit chez les personnes vivant avec le VIH, pour un traitement par ailleurs fort contraignant (financièrement, physiquement et psychologiquement). Aucune autre offre de soins pour les personnes séropositives n'avait présenté jusqu'alors de telles caractéristiques. La question que l'on ne peut alors éviter de se poser est de savoir jusqu'à quel point la demande, l'intérêt et l'implication des patients pour ces traitements ne vont pas se trouver émoussés à moyen et long terme par les contraintes créées par le système en vigueur.

La thérapie antirétrovirale visant la suppression profonde et durable de la réplication virale a été une avancée majeure dans la lutte contre le VIH. En effet, l'introduction des trithérapies antirétrovirales depuis 1996 a constitué un tournant majeur pour des centaines de milliers de personnes vivant avec le VIH. A ce titre, les molécules antirétrovirales existantes associées entre elles et avec une nouvelle classe d'inhibiteurs de la protéase ou « antiprotéases », mis sur le marché la même année, ont permis d'améliorer spectaculairement le pronostic vital des PVVS. Certes, sans guérir le VIH/SIDA, les ARV ont permis une réduction spectaculaire de la mortalité et de la morbidité, une amélioration de la qualité de vie de nombreuses PVVS. C'est dire avec l'OMS (2002) qu'en freinant la progression de la maladie, en restaurant l'immunité et en évitant la sélection des souches virales résistantes, les ARV ont fait passer le SIDA du statut de maladie constamment mortelle à celui de maladie chronique avec un espoir de survie très prolongée.

Selon l'état d'avancement actuel de la science, trois facteurs justifient le fait que l'observance thérapeutique au traitement antirétroviral reste un défi majeur pour une efficacité thérapeutique durable. En effet, considérant d'une part que le traitement est à vie ; les schémas thérapeutiques sont souvent complexes et que, d'autre part, le nombre de comprimés à avaler peut-être élevé, la prise du traitement peut être corrélée aux effets secondaires ou indésirables qui sont très souvent fréquents en début de traitement. Ces divers éléments peuvent, selon les patients, perturber de manière importante le mode de vie du patient et l'amener à mal prendre le traitement (Williams & Friedland, 1997).

Dans le cadre du traitement de l'infection à VIH, les travaux d'Abelhauser et al. (1999) ont montré qu'une observance à 95% et plus est nécessaire pour une suppression de la réplication virale, la restauration de l'immunité, la disparition des manifestations cliniques et l'amélioration de l'état clinique du patient. Pour Spire et al. (2002), une mauvaise observance peut avoir des conséquences dramatiques : l'émergence de souches virales mutantes et résistantes (plus difficiles à traiter) liée à la reprise de la réplication virale en présence des antirétroviraux en concentration suboptimale, l'effondrement de l'immunité, la reprise des infections opportunistes et l'augmentation du risque de décès. Ainsi, un malade non observant est celui qui ne respecte pas le plan de protocole prescrit par son médecin. Cela peut s'expliquer par le fait que plus un traitement est complexe, long, et producteur des effets indésirables, plus l'inobservance est probable et importante.

Aussi au plan empirique, l'évaluation des indicateurs d'alerte Précoce (IAP) sur le développement des résistances à la multithérapie montre qu'environ 25% de la barrière génétique d'un ARV correspond à ses différentes caractéristiques de résistance naturelle et aux mutations du virus qui sont :

- La barrière génétique élevée est caractérisée par de nombreuses mutations de virus pour qu'une résistance à la molécule apparaisse, pour les inhibiteurs de protéases boostés au Ritonavir,
- Une barrière génétique intermédiaire qui est possible après plusieurs mutations du virus pour qu'une résistance à molécule survienne, concernant la classe des inhibiteurs de protéase non boostés (les inhibiteurs nucléosides sauf la Lamivudine, les inhibiteurs non nucléotidiques de seconde génération comme l'Etravine) ;
- Une barrière génétique faible qui atteint seulement une seule mutation du virus pour qu'une résistance vienne rapidement. Concernant la classe des inhibiteurs non nucléotidique de première génération comme la Névirapine, l'Effavirenz, la Lamivudine, pour les inhibiteurs de première génération telle que la Raltégravir.

Ainsi, la résistance croisée est définie par la survenue d'une résistance à un ARV jamais administré par le patient, suite à une mutation ayant conduit la résistance sur un autre ARV (mal) pris par le patient (soit par mauvaise observance, rupture de stock, prescription inadaptée). Lorsqu'il existe une réplication virale sous ARV, le virus a tendance à accumuler des mutations. Cette réplication est rendue possible par une prise irrégulière ou incomplète des ARV, ou encore par des posologies insuffisantes. La concentration sanguine d'ARV étant infra-thérapeutique, la réplication virale est possible et la pression de sélection exercée par les ARV favorise l'émergence de virus résistants aux ARV. Les mutations en s'accumulant, vont induire une résistance aux ARV présents, puis aux ARV de la même famille.

En effet, des structures de prise en charge des PVVS ne sont pas outillées pour faire face à la complexité de la maladie en ce moment. En 2011, des mesures correctrices ont été entreprises dans 155 sites de dispensation des ARV pour faire face à la résurgence des résistances et aux conséquences liées à l'observance.

Or, le VIH étant une pathologie socialement marquée, le statut socio-économique apparaît assez clairement comme un indicateur essentiel de l'observance. Le soutien psychosocial en situation de maladie chronique comme l'infection au VIH paraît être un régulateur essentiel de l'adhésion thérapeutique. De même, l'insuffisance de la communication médecin-malade, l'insuffisance de la formation des personnels soignants, des travailleurs sociaux et des acteurs associatifs sont autant de facteurs qui peuvent favoriser la non-observance thérapeutique. Par ailleurs, le financement par le Fond Mondial Continuum of Services (COS) a œuvré pour maintenir en action 508 agents de relais communautaires aidant dans le renforcement de la prise en charge psychosociale et l'aide à l'observance. C'est dans cet ordre d'idées l'étude des déterminants psychosociaux de l'observance à la trithérapie chez les PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé fera l'objet de notre attention.

De prime à bord, il importe de souligner que de nombreux travaux ont été effectués en ce qui concerne les différents concepts de notre recherche. Les modèles des connaissances relatives à la santé de Rosentock (1974), (Health Belief Model ou HBM) et d'auto régulation des conduites de la maladie de Leventhal (1980), (SRM) et bien d'autres schémas explicatifs ont une orientation selon laquelle les facteurs psychosociaux ont un rôle majeur dans le comportement des individus. Aussi, pour toute maladie chronique telle que le VIH/SIDA l'observance à vie est un défi énorme auquel les patients doivent faire face, car des déterminants favorables ou défavorables de l'observance au traitement ont été mis en évidences à travers plusieurs études liées à la perception du médicament. A titre illustratif au Cameroun, les résultats d'une étude descriptive et transversale sur le plan clinique des facteurs liés à l'observance du traitement antirétrovirale. Ces résultats montrent que sur 356 patients d'une moyenne d'âge de 41 ans interrogés, l'observance déclarée était significativement plus élevée (80%) que celle du niveau global calculée (51,5%).

Selon la plupart des médecins et responsables des programmes d'accès aux antirétroviraux que nous avons jusqu'ici rencontrés, l'observance soulève en Afrique en général et au Cameroun en particulier des difficultés qu'ils considèrent essentiellement d'ordre cognitif et liées au contexte social et culturel. En effet, la dimension cognitive de l'observance renvoie aux difficultés de compréhension des schémas thérapeutiques pressenties chez des patients dont un grand nombre sont illettrés, compte tenu des difficultés qui ont été observées chez des patients des pays du Nord pourtant habitués à des

protocoles médicamenteux complexes. Ces difficultés seraient moins dues à la complexité des schémas thérapeutiques, désormais réduits à un petit nombre de prises, voire à une prise unique qu'à l'exigence d'exhaustivité et de régularité des prises sur une longue durée. L'intégration des traitements dans le contexte social et culturel renvoie à d'autres dimensions et d'autres facteurs que les professionnels de santé abordent.

Ceci étant, le concept de l'observance peut être appréhendé non seulement à travers de multiples branches de la psychologie, mais aussi, par des sciences et disciplines connexes. Pris dans ce sens l'observance pourrait, du point de vue psychologique, s'entendre comme un processus des états mentaux. En effet, cette perspective de Foucault, dans son œuvre « des moralistes » démarque une vision abstraite et développe une forme de psychologie empirique d'après laquelle les comportements n'apparaissent pas comme des données naturelles, mais l'homme est un être de raison et maître de son raisonnement. A ce titre, le biologique permet de le comprendre à travers ses fonctions biologiques et un certain nombre de signes élucidant les caractères de l'individu.

Au plan théorique, force est de souligner que pour Fontaine et Salah (1991), l'observance « *se manifeste par un ensemble de comportements qui peuvent englober non seulement la prise médicamenteuse, mais également les suivis de régimes alimentaires ainsi que les comportements adaptés intervenant dans le style de vie qui ont une incidence sur la santé des patients* » (p. 213).

Les travaux susmentionnés sont assez révélateurs des idées qui règnent encore à l'heure actuelle en ce qui concerne l'évaluation des comportements de la santé et de la maladie. Tout se passe comme si la pathologie n'est qu'une entité biologique face aux conséquences psychologiques, sociales et environnementales. Toutefois, il importe de préciser qu'au-delà de ces caractéristiques biologiques, la maladie est porteuse de dimensions psychosociales. Car dans le cas des recherches ancrées dans une approche psychosociale, le VIH/SIDA ne saurait avoir la même signification que le cancer. Les significations à chacune de ces maladies seraient fonction des croyances, attitudes et représentations que les individus élaborent à l'égard de la maladie. La maladie amène les patients à adopter des nouveaux rôles sociaux et les obligent à développer de nouvelles formes de relations dans l'acquisition des comportements de santé et de leur désir de vivre ou de survivre.

Or, le VIH/SIDA, à l'instar d'autres pathologies, reste encore associé à une connotation négative dans notre société. Il s'ensuit que si l'observance médicamenteuse constitue une question centrale dans la prise en charge médicale de l'infection à VIH, dans la mesure où ses traitements ont la particularité de requérir un suivi quasi-parfait (95%) pour être efficaces et éviter la formation de souches virales résistantes, l'inobservance n'est pas seulement un comportement défini selon Sillamy (2007) comme « *la conduite d'un sujet considéré dans un milieu et dans une unité de temps donnés, le comportement, qui dépend à la fois de l'individu et du milieu, a toujours un sens; il correspond à la recherche d'une situation où d'un objet susceptible de réduire les tensions et les besoins de l'individu* ». Elle peut aussi être le pôle opposé de l'observance au sens de Desclaux (2006) c'est-à-dire, l'inadéquation des pratiques de prises des traitements aux indications médicales. Pris dans cette perspective, la non-observance va considérablement réduire les effets des traitements et faire courir un risque parfois vital au patient. C'est aussi et surtout un espace où s'expriment la contradiction et les souffrances de PVVS suivies dans des formations sanitaires de Yaoundé et confrontés au phénomène de l'observance aux ARV.

C'est dans cet ordre d'idée que la plupart des travaux sur l'observance se sont polarisés sur les conduites des patients, privilégiant une posture médico-centrée. En effet, les recherches sur les déterminants du comportement thérapeutique des personnes infectées par le VIH se sont multipliées, mettant au jour un nombre important de facteurs influant sur leur observance au traitement antirétroviral (ARV). Cette ruée des chercheurs sur la question de l'observance rend compte à suffisance que plus qu'un symptôme, l'adhésion au schéma thérapeutique est le signifiant d'un ensemble de conflit des déterminants psychologiques non résolus et pour lesquels nous devons toujours faire face dans l'accompagnement de la prise en charge globale des patients sous trithérapie.

Notre travail consistera à examiner un certain nombre de déterminants psychosociaux impliquant l'observance du traitement anti-VIH des patients suivis dans les formations sanitaires de la ville de Yaoundé. C'est la question de la non-conformité du patient aux prescriptions médicales adressées à l'autorité médicale dans le cadre d'une prise en charge globale qui peut être expliquée à travers plusieurs approches. Selon Bogart et al. (2000), les facteurs induisant la décision de retarder le moment de la prescription de la thérapie ARV sont des caractéristiques du patient que les médecins considèrent comme prédictives d'une

mauvaise observance, telles qu'une histoire passée de non-observance des médicaments ou une absence répétée au rendez-vous.

En rapport avec l'approche cognitivo-comportementale, le fonctionnement cérébral rend compte du psychisme, qu'il soit normal ou pathologique. Cottraux (1998) souligne que les thérapies comportementales centrent leurs actions sur les conduites positives ou négatives causées au cours d'une maladie. De cette conception, il en ressort que l'approche cognitivo-comportementale repose sur l'apprentissage qui s'applique dans la compréhension du patient à tous les états psychologiques.

Les co-fonctionnements Biopsychosociaux sont impliqués dans l'initiation pris au sujet de la progression de plusieurs maladies. Après l'observation minutieuse portée sur l'activité des divers lymphocytes (T4), on s'intéresse aujourd'hui au rôle des cytokines messagers produits par le système immunitaire et agissant sur le système nerveux central et sur l'organisme. Aussi, le choix d'ouvrir la lecture de la question des déterminants psychosociaux de l'observance des traitements ARV aux pratiques des patients suggérerait de possibles liens, à la fois fondateurs et explicatifs de celle-ci, entre les patients sur lesquels pèse cette exigence médicale, mais aussi, des soignants et de l'entourage familial. Chacun de ces trois pôles participe à sa manière à la réussite du protocole de traitement aux ARV. Ces liens, pensons-nous, se repèrent notamment dans le fonctionnement mental des patients, et c'est partant de cette appréhension qu'il nous semble important de répertorier le phénomène d'adhésion aux schémas thérapeutique des infections chroniques en général et en particulier celle du VIH/SIDA.

De ce qui précède, l'on se rend compte que malgré les mesures mises sur pied pour lutter contre l'infection à VIH et ses nombreuses conséquences, le nombre de personnes nouvelles infectées ne baisse pas considérablement. On assiste toujours à la prolifération des maladies opportunistes qui, cause de plus en plus des décès chez les PVVS. L'on est donc en droit de nous interroger sur l'efficacité des mesures de lutte contre cette pandémie, notamment en ce qui concerne la prise en charge par la trithérapie. En effet, plusieurs années après la mise sur pied de la gratuité du traitement anti VIH/sida, l'on se rend compte que des stocks d'ARV continuent de se périmé dans les centres de prise en charge, des interruptions de traitement et le non-respect des prescriptions médicales (CNLS, 2014). Ce constat nous

amène à poser le problème de la non-observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé.

1.3. ENONCE DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Dans notre étude, nous aurons une question de recherche principale et deux questions secondaires.

Dans le contexte particulier de l'accès aux traitements ARV au Cameroun, la question de l'observance s'est révélée intervenir dans les différentes étapes du suivi médical des patients. Dans la phase de la pré-prescription, il a pu être dégagé que la volonté de prévenir l'inobservance voire la non observance des patients influe aussi bien sur la décision de débiter le traitement que sur le choix du traitement. Au cours de la phase post-prescription, la gestion de la non observance se manifeste dans la vérification du suivi du traitement et dans des pratiques visant à améliorer l'observance des patients.

En effet, en situation de prise en charge, les pratiques des acteurs de santé peuvent dans certains cas, reposer sur l'information ou l'éducation du patient et se caractériser par une relation partenariale. Mais, dans d'autres situations, elles peuvent également s'appuyer sur des pratiques autoritaires et moralisatrices témoignant d'une relation asymétrique. Ces deux approches de l'observance se retrouvent aux différentes étapes du suivi médical, que ce soit lorsque les médecins tentent de convaincre les patients d'accepter de débiter le traitement, comme dans les pratiques de vérification de l'observance ou dans les méthodes pour gérer la non observance des patients.

Partant de cette idée, notre question de recherche est la suivante :

Quelle est l'influence des déterminants psychosociaux sur l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé ?

La réponse à cette question consistera au préalable à répondre à deux questions spécifiques. La première étant celle de savoir quels sont les déterminants psychosociaux qui sont associés à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez PVVS en contexte camerounais ? La seconde cherche à savoir s'il existe un lien entre les déterminants

psychosociaux et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral des PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé ?

Cette question appelle à des questionnements spécifiques qui rendent compte non pas de son éclatement, mais de la nécessité d'une meilleure analyse.

1.4. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Dans cette section l'objectif de cette recherche est présenté. L'analyse des études ayant traité la question de l'observance thérapeutique permet d'affirmer que la variabilité des comportements (observance/non observance) dépend de l'origine attribuée à l'observance des patients (Tarquanio & Tarquanio, 2007). Au regard des pratiques observées en milieu de prise en charge, il apparaît que le partenariat acteurs de santé-patient est davantage réservé aux patients qui manifestent ou dont le médecin présuppose qu'ils ont la volonté de se soigner. Or, à partir du moment où la responsabilité de non-observance est attribuée au patient, qui paraît refuser de coopérer ou manquer de volonté pour suivre le traitement, les acteurs de santé adoptent une posture qui pourrait être considérée comme « autoritaire ». De la même façon, les acteurs de santé sont prêts à adapter le choix du traitement à des éléments objectifs que sont les paramètres sociaux mais ils seront moins conciliants dès lors que l'origine de la difficulté à prendre le traitement semble résider dans un refus du traitement.

Pourtant, ce qui est interprété par les acteurs de santé comme un refus de coopérer des patients peut souvent relever du reflet d'un rapport complexe et difficile de ce dernier avec le traitement et la maladie. Dès lors, l'objectif général de notre travail est d'étudier l'influence des déterminants psychosociaux associés à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé. Pour atteindre cet objectif, nous allons le scinder en deux sous objectifs. Le premier sous objectif consistera en l'identification des déterminants psychosociaux qui sont associés à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS en contexte camerounais. Il nous semble nécessaire de procéder au préalable à l'identification de ces déterminants dans la mesure où les travaux s'étant intéressés à la question de l'observance thérapeutique s'accordent sur le fait que ce comportement est non seulement complexe mais multidéterminé (Haynes et al., 1979 ; Maotti et al., 2000 ; Tarquinio & Tarquinio, 2007, Tarquinio et al., 2002). Selon ces auteurs, plus de 200 facteurs ont été mis en relation avec l'observance et plus de 50 d'entre eux se sont révélés être des facteurs de non-compliance. A

travers cette étude, nous souhaitons contextualiser cette littérature dans le contexte camerounais. Le second sous-objectif consistera en l'étude du lien qui existe entre les déterminants psychosociaux et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé. Les déterminants dont il est question ici sont ceux qui seront identifiés comme étant les plus saillants chez les PVVS.

1.6. INTERETS DE L'ETUDE

L'accompagnement psychosocial des PVVS suscite de plus en plus un intérêt pour les chercheurs, les ONGs et les pouvoirs publics. Ainsi, les résultats de notre travail pourront constituer un guide à la prise de décision au plan clinique, social et psychologique.

1.6.1. Au plan clinique

Sur le plan clinique, il est important de minimiser ou de faire régresser les échecs thérapeutiques qui sont :

- ❖ Echec clinique : apparition ou réapparition d'un stade complexe de la maladie après plusieurs semaines de traitement.

- ❖ Echec immunologique : retour où apparition des critères immunologiques suivants $CD4 < 200/mm^3$ ou $< 10\%$ entre 2 et 5 ans $CD4 < 100/mm^3$ au-delà de 5 ans.

- ❖ Echec virologique : persistance d'une charge virale > 1000 copies/ml après plusieurs mois de traitement.

Parmi les situations d'échec thérapeutique il peut arriver que le patient soit observant mais qu'à cause des barrières génétiques dues à plusieurs mutations naturelles où provoquées (résistance), que le traitement devienne inefficace. Le tableau 2 illustre quelques cas d'échecs thérapeutiques :

Tableau 3

Echec thérapeutique (clinique, immunologique et virologique)

Apparition ou récurrence d'une nouvelle condition de la maladie classée au
Echec clinique stade IV de l'OMS après 6 mois de traitement bien conduit et bien observé
Chute de CD4 au taux pré thérapeutique (ou en dessous) et après 12 mois de Echec traitement bien conduit et bien observé des ARV ou chute de 50% en dessous immunologique de la valeur maximale de CD4 sous traitement (si connue) ou Taux persistant de CD4 <100 cell/mm ³ après 6 mois ou < 50 cell/mm ³ après 12 mois d'ARV.
Charge virale >10.000 copies/ml après 6 mois (ou 12 mois selon le moment
Echec virologique de bilan de suivi de traitement bien conduit et bien observé.

Source : OMS (2002).

Aussi, le patient peut avoir une mauvaise observance. C'est une situation très fréquente qui conduit à l'accumulation des mutations de résistances. Selon l'OMS (2002), la bonne observance est souhaitable à 95%. En dehors de cela, on tombe sur la non observance qui conduit à un développement des infections opportunistes (tuberculose, certains cancers, baisse des lymphocytes T4) du système immunitaire avec une augmentation de la charge virale, compliquant ainsi la prise en charge globale des individus atteints dans les structures sanitaires et dans les communautés.

1.6.2. Au plan social

Sur le plan social, nos résultats suggèrent d'attirer l'attention des patients sur les nombreux enjeux que présente la bonne observance. Hall, Roter et Katz (1988) affirment que c'est à la lumière d'une conduite définie à partir des informations relatives à la maladie (état de santé, maison de la prescription, effets secondaires) seule une attitude positive propre à cette consigne peut conduire à une bonne observance consistante et interchangeable dans la durée.

Il s'ensuit que le travail que nous nous proposons de mener constitue une sonnette d'alarme non seulement à l'endroit des personnes infectées sous trithérapie, elles qui doivent impérativement faire une bonne observance sans laquelle, tout le traitement serait voué à un échec thérapeutique, mais également à l'endroit des acteurs de santé. Car tout échec thérapeutique conduit à une résurgence des maladies opportunistes et dangereuses pour la survie des populations infectées et même celle « dite séronégative ».

1.6.3. Au plan psychologique

L'intérêt de la dimension psychologique de la prise en charge revêt une connotation particulière, car notre travail de recherche permettra de saisir et de comprendre l'implication des déterminants psychosociaux sur l'observance aux ARV. Une interpellation de l'environnement psychosocial (santé perçue) des PVVS à l'hôpital, et dans leur famille sur la nécessité de leur accorder un soutien multiforme, surtout en matière de compliance vis-à-vis des ARV. Tout cela marque un progrès important dans la conception de la santé, du bien-être et de la qualité de vie. Ici, il apparaît indiscutablement que la protection des droits fondamentaux dans le contexte du VIH permet d'alléger les souffrances, de sauver des vies, de protéger la santé publique et d'apporter une réponse efficace à la question du VIH. Dans le même sens, Mvessomba (2016) prône à l'égard des individus, une éducation aux comportements immunogènes afin que ces derniers adoptent des comportements qui protègent face à la maladie et améliorent la santé.

1.7. PERTINENCE DE L'ETUDE

Les premières études sur l'observance thérapeutique des patients datent depuis 1970, Les résultats de cette période montraient que 50% des patients souffrant d'hypertension ou du diabète ne suivaient pas correctement les prescriptions médicales (Cotton & Antill, 1984). Ce type de comportement qualifié de non-observance s'est systématisé à toutes les maladies incurables. C'est dans le même sillage que Gravin et al. (1993) soutiennent qu'environ 11% des personnes âgées constituent le nombre d'hospitalisations causées plus ou moins par une mauvaise observance. Or, l'insistance sur la notion d'observance thérapeutique est une manière efficace pour atteindre au maximum les bienfaits de ces traitements.

Des études similaires au sujet des travaux portant sur les personnes souffrant de troubles psychiatriques, tels que la schizophrénie ont montré que 73% de retraitements et de réhospitalisations sont liés à un non-respect des prises médicamenteuses (Novak, 1999).

Les données des études ci-dessus témoignent que dans 10 à 20% des cas, la non-observance contribue à prolonger la durée de la pathologie en la rendant insensible aux traitements prescrits. Pour Gryfe et Gryfe (1984), cette non-observance participe à l'augmentation des arrêts de travail pour des raisons de santé (5 à 10% des cas), entraîne la fréquence des visites de contrôle chez les médecins spécialisés. Ce qui n'est pas évident pour tous les patients souffrant d'une maladie chronique.

Au regard de ce qui précède, limiter l'étude de « l'observance » à la stricte façon dont un patient s'acquiesce de la prise de son traitement et « exécute les prescriptions » revient donc, à dérober la part la plus importante de la question à savoir : la dimension subjective que cela met en jeu et à l'ensemble des relations qui ont abouti à cette prescription qui la modulent, l'entretiennent, lui donnent durée et vie et influent sur les conditions de son suivi. Dans cette perspective, Abelhauser (1999) pense que c'est pourquoi nous préférons le terme de compliance qui nous paraît insister, dans l'usage que lui prête le sens linguistique du français, sur le fait qu'il s'agit pour un sujet de se plier à la volonté de l'autre (afin de lui complaire), ou au terme d'observance, qui nous semble justement se restreindre à la seule dimension du respect, voire de la stricte observation des consignes données.

1.8. DELIMITATION DE L'ETUDE

La délimitation de notre recherche est faite de manière tripartite: au niveau géographique ; au niveau théorique et au niveau méthodologique.

1.8.1. Plan géographique

D'un point Géographique, notre étude est menée à Yaoundé, Capitale du Cameroun, Chef-lieu de la région du centre, c'est une agglomération tentaculaire de plus de 150 km² dans un département de 366 km² du Mfoundi, créée par décret Numéro 74/193 du 11 Mars 1974 pour gérer son expansion. L'idéal aurait été que la réalisation de ce travail se fasse sur l'ensemble du territoire Camerounais, c'est-à-dire dans tous les centres de prise en charge (CTA, UPEC, CMA, CTAF...) offrant la TARV. Cependant, la mise en œuvre de cette recherche nous a plutôt amené à la circonscrire au niveau de la ville de Yaoundé. Ce choix a été motivé par plusieurs raisons.

D'abord, Yaoundé c'est la capitale politique du Cameroun, lieu d'accueil et d'hospitalité depuis l'époque ancienne. Selon l'enquête démographique (EDS III-2004) Yaoundé compte 8,3% d'adultes infectés, le plateau technique des formations sanitaires est appréciable, à tout cela s'ajoute la modestie de nos moyens financiers qui ne nous ont pas permis d'avoir accès au champ d'investigation coûteux. Ainsi mener notre travail à Yaoundé, nous a permis d'éviter le coût des déplacements.

De ce qui précède, nous ne saurions faire une étude sans parler de Yaoundé. Pour Pondi dans « Re » découvrir Yaoundé éditions Afric Eveil 2010, Yaoundé a été découvert à la fin du XIXe siècle par les militaires allemands partis d'un simple poste de relais entre la côte de « l'hinterland » à une mégalopole de 3.525.036 d'habitants en 2010, 7 communes d'arrondissements et une communauté urbaine, plus de 300 km de la côte, à la lisière nord de la forêt sur l'interfluve du Nyong et la Sanaga, Yaoundé se déploie entre 600 et 1000 mètres d'altitude sur le site des collines et des vallées marécageuses. L'agglomération s'étend aujourd'hui du bassin de la Foulou au nord, celui de l'Angaa au sud-est et de la Mefou au sud-ouest. Longtemps limitée à l'ouest et au nord par les monts Messa, Febe, Akokdoue, Nkol-ondom, l'expansion urbaine a atteint les villages de Nkolkoumou, Nyom II et de Leboudi.

Cette ville offre à ses visiteurs une vue panoramique par son relief constitué d'une succession de collines au total sept, la présence de plateaux et des vallées entrecoupées par des chaînes montagneuses, en un mot le relief de la ville de Yaoundé est en quelque sorte par endroit difficile d'accès. Ainsi, les sept collines qui entourent la capitale Camerounaise se nomment :

- Le Mont Yéyé à Nkolondom, s'étend entre l'arrondissement de Yaoundé 1^{er} et celui d'Obala ;
- Le Mont Febe qui se situe aux alentours du quartier Ntougou ;
- Le Mont Mbankolo derrière le quartier Bastos, abritant l'édifice de la radio-télévision camerounaise (CRTV) ;
- Le Mont Messa extrêmement au sud de la ville ;
- Les Monts Nyom et Ndobo de dimension minime sont historiquement moins connus malgré l'urbanisation, il existe les anciens peuplements des autochtones comme :

- Les Mvog-Ada au Centre ;
- Les Mvog-Atemengue au Sud ;
- Les Emombo à l'Est ; Les Mvog-Betsi à l'Ouest ; Les Etoudi au Nord, etc.

Ces regroupements ont joué un rôle déterminant dans le fondement de la capitale camerounaise depuis 1909 du poste de Yaoundé à Ongola la capitale depuis l'époque coloniale, pour eux de par les conditions climatiques, la faune et la flore, un écosystème remarquable, les marchés périodiques ont été aussi à l'origine du choix de l'implantation de Yaoundé. A l'heure actuelle sa population est grandissante à cause de son caractère politique et du fonctionnariat c'est la cité des « Gomna », ici l'administration publique (fonctionnaire) occupe une place assez consistante en dehors des activités commerciales. Parti seulement de 238 fonctionnaires en 1912 à des milliers à ce jour.

Yaoundé est le siège des institutions étatiques et des grandes écoles, Globalement concentrique, le plan de Yaoundé présente un centre bipolaire d'un plateau administratif et commercial. L'essentiel des emplois modernes s'y concentrent dans différents ministères et organismes administratifs multilatéraux. Une ligne discontinue d'anciens quartiers indigènes entoure ce noyau historique. Ils ont gardé une forte identité (11869 hab/km², superficie 297 km²) socioculturelle : les bamilékés à Madagascar, bétis pour Mvog-Ada, Melen ...De là partiront des vagues de néo-citadins vers les fronts d'urbanisation. Une deuxième couronne est constituée de lotissements résidentiels, industriels, de « camps » SIC (société immobilière du Cameroun) ou militaires. De nouveaux quartiers discontinus amorcent alors la transition vers la zone rurale ou surviennent ensuite des villages aux terroirs fortement bouleversés par le front d'urbanisation très actif, entre 12 et 30 km du centre, caractérise par des morcellements et la mise en réserve foncière. Marchés, lieux de cultes, établissements scolaires, centres de santé, postes de police et équipements collectifs divers arment la trame des échanges et de la circulation.

Face à l'urbanisation, des équipements administratifs ont été transférés vers les centres périphériques : prison des femmes à Mfou, université de Yaoundé II à Sao... des centres plus anciens comme Obala, Awae et Mbankomo sont devenus des villes-satellites de la capitale.

Pour illustration le plateau Atemengue (Ngoa-Ekélé) est le lieu de concentration des grandes écoles (Temple du savoir). Ici on retrouve :

- L'Université de Yaoundé I avec ses différentes facultés et écoles de Formation :
- Les Facultés (Médecine, Art et lettres et les Sciences Humaines, Sciences) ;
- L'Ecole Normale Supérieure ;
- L'Ecole des postes et Télécommunications ;
- Ecole Militaire Interarmes ;
- L'Ecole Normale Supérieure Polytechnique ;
- Ecole Nationale d'Administration et de la Magistrature ;
- Le Centre Régional Africain d'Administration du Travail ;
- L'Institut de Formation et de Recherche Démographique, etc.

On y trouve aussi des établissements de premier et de second degré et des écoles professionnelles. Aussi, les yaoundéens sur le plan linguistique sont bilingues (parlent le français et l'anglais) même si le pourcentage de bilinguisme reste à encourager.

En ce qui concerne l'assainissement de Yaoundé, par décret n°2010/096/PM du 14 Avril 2010 portant création du Comité de pilotage de l'aménagement et la construction du « Grand Yaoundé », réceptacle des Hommes de tout bord aux facettes multiples et aux humeurs différentes. La cité regorgeant plus de 250 (Atlas National, 2010) regroupements ethniques, socle de l'unité nationale, considérée comme un microcosme du pays (Dongmo, 1980) et forment les grandes régions culturelles (plateau de l'ouest, Forêt tropicale côtière et du sud, semi-aride du nord et les terres centrales, kirdi dans les déserts), le gouvernement soucieux de la santé de sa population a mis sur pieds des structures d'accueils dans la gestion des personnes alitées, les différents niveaux de santé au Cameroun se présentent comme suit :

Tableau 4*Les niveaux de santé au Cameroun.*

Niveau	Structures administratives	Compétences et rôles	Structures de soins	Structure de dialogue
Central	Services centraux du Ministère de la Santé -Direction technique -Structures assimilées	-Coordination -Régulation -Politique -Sensibilisation	- Première catégorie Hôpitaux Généraux - Deuxième catégorie -CHU -Hôpitaux Centraux	Conseils d'Administration et comités de gestion
Intermédiaire	Délégations Régionales de la sante Publique	Appui technique au district de santé	Troisième catégorie -Hôpitaux régionaux et assimilés ou de deuxième référence -quatrième catégorie : -Hôpitaux de district (HD), 1ère référence	Fonds spéciaux régionaux Pour la promotion de la santé
Périphérique	Service de santé de District	Mise en œuvre des programmes	Cinquième catégorie -Centre Médical d'Arrondissement (CMA) Sixième catégorie -Centre de santé (CS) Septième catégorie -Centre de santé affilié (CTAFF), CSA	Comité Santé de District (COSADI) - Comité Gestion de District (GOGEDI) Comité Santé de l'aire de Santé (COSA) -Comité Gestion aire de Santé (COGE)

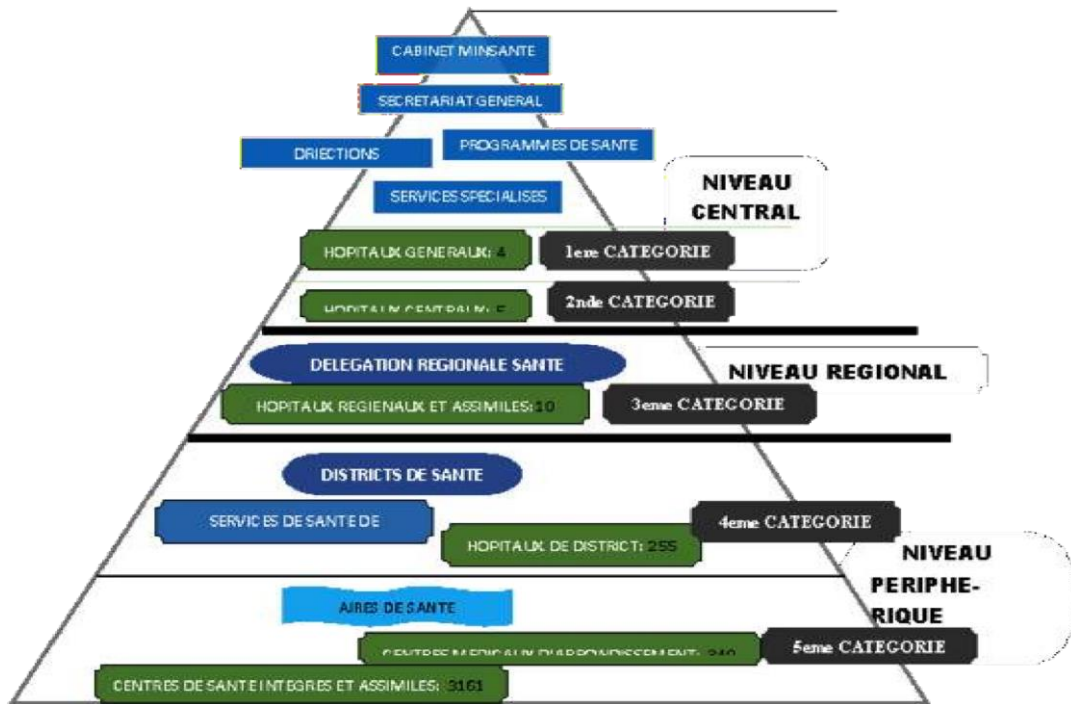
Source : Ministère de la santé publique (2014)

L'organisation et le fonctionnement du système de santé au Cameroun est structurée en une pyramide à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique, comprenant notamment un sous-secteur public, un sous-secteur Privé et un sous-secteur de la médecine traditionnelle.

Le niveau central est constitué des services centraux du Ministère de la Santé Publique et des services apparentés. Il est chargé de l'élaboration des politiques nationales et de la planification stratégique de santé. Ses compétences s'exercent dans la régulation et la coordination du système de santé. Les structures de soins relevant du niveau central sont : les Hôpitaux Généraux (4) et les Hôpitaux Centraux (5) ; la structure de dialogue est le Conseil National de la Santé, de l'Hygiène et des Affaires Sociales (CNSHAS).

La médecine traditionnelle occupe une place importante, on relève sa promotion grâce à l'Etat, notamment par la création au sein du Ministère de la Santé Publique d'un service des prestations de soins socio-sanitaires traditionnelles.

Figure 1. Organisation du système de santé au Cameroun



Source : MINSANTE (2007)

Le niveau intermédiaire est constitué de 10 Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP) qui apportent un appui technique aux districts de santé. 11 Hôpitaux régionaux et assimilés constituent les structures de soins et le Fonds Spécial régional pour la Promotion de la Santé (FSRPS) en constitue la structure communautaire.

Le niveau périphérique ou niveau opérationnel chargé de la mise en œuvre des programmes, est constitué de 189 Districts de santé (DS) qui couvre près de 1691 Aires de santé (AS). Les structures de soins sont représentées par 173 Hôpitaux de District (HD) et assimilés, les Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA), les cliniques et les Centres de Santé Intégrés (CSI). Le secteur communautaire est un partenaire essentiel dans la prévention et le continuum de services et soins dans le cadre de la riposte nationale contre les épidémies et les endémies (VIH, TB et paludisme). Trois sous-secteurs composent le système de santé : le sous-secteur public, le sous-secteur privé et le sous-secteur de la médecine traditionnelle.

Le Système National d'approvisionnement en Médicaments (SYNAME) est constitué par la Centrale Nationale d'approvisionnement en Médicaments essentiels (CENAME), qui achète les médicaments après quantification sous la coordination du CNLS et DPML. Ceux-ci sont acheminés vers les Fonds régionaux pour la promotion de la santé, (FSRPS) qui assurent la répartition et la distribution des ARV et des intrants au niveau régional dans les districts de santé et au niveau des Formations Sanitaires (FOSA).

Parmi ces niveaux de santé et structures de soins sont aussi localisés les centres de prise en charge offrant aux PVVS la TARV, objet de notre recherche qui se résume dans le tableau 4.

Tableau 5

Nombre de centres de prise en charge (PVVS) dans la région du Centre

Région	Nombre de CTA/UPEC fonctionnelle	Nombre de district de santé	Nombre de district avec CTA	Nombre de district sans CTA	Couverture en %
Centre	39	30	22	08	73,3

Source : CNLS (2014)

D'après le CNLS (2014), le Cameroun comporte 163 unités de prise en charge des PVVS, 181 districts de santé, donc 110 avec CTA, et 71 sans CTA c'est-à-dire 60,8% de couverture nationale. Ce qui nous intéresse ici c'est de savoir le nombre de CTA et UPEC et CMA, CTAFF que l'on retrouve à Yaoundé.

Tableau 6*Centres de prise en charge (PVVS) dans la ville de Yaoundé*

Centres de traitement agréés (CTA)	Unités de prise en charge (UPEC) Districts de Santé	Centres médicaux d'arrondissement (CMA)	Centres médicaux affiliés (CTAFF)
Hôpital Central	- Hôpital Biyem-Assi	CMA Odza	Infirmierie du palais
- CHUY.	- Hôpital Cité verte	-CMA AHALA	Clinic Bastos, etc
- Hôpital de la caisse	- Hôpital EPC Djongolo	-CMA Mvog	-Infirmierie de la police
- Hôpital militaire	- Infirmierie de la prison centrale	Betsi	-Cass Nkol-Ndong
- Hôpital gynéco-obs-péd	- Hôpital Dominicain st Martin	- CMA Nvong-	-Hôpital d'Efoulan, etc
- Hôpital Général	Porres	Ada, etc.	
- Hôpital Jamot	- AD Lucem OBOBOGO		
- Fondation Chantal Biya	- Presbyterian Health Center (NSIMEYONG), etc.		

Source : CNLS (2014)

Partant de ce qui précède, une recherche scientifique se construit à travers une succession des énoncées sur un phénomène ou un objet d'étude. Cet enchaînement de propositions rend compte de la réalité de la clarification théorique.

1.8.2. Ancrage théorique

Toute discipline scientifique dispose de nombreux cadres (ou référents) théoriques. Ils servent de guide dans l'élaboration des différentes recherches car fournissant des interprétations de la réalité des phénomènes. Selon Quellet (1982), le référentiel théorique se prête à deux types d'utilisation :

- La clarification pouvant aider à la précision de la nature du problème prédit par les théoriciens ;
- La suggestion par déduction des propositions abstraites d'un domaine d'exploration.

Précédemment, le behaviorisme de Watson (1913) s'articule autour de la notion de comportement permettant de saisir l'homme dans son monde extérieur. C'est en quelque sorte une analyse des réactions interrelationnelles entre l'homme et sa nature. Le comportement n'est pas inné mais plutôt acquis et entièrement dirigé vers l'extérieur.

Dans ce paragraphe, pour mieux comprendre le phénomène de l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral au sein de la population des PVVS éligibles aux ARV, nous allons articuler notre travail autour des référentiels théoriques suivants :

- La théorie de l'attribution causale qui appartient à la grande famille des systèmes de perception ;
- Les théories comportementales et d'actions (action raisonnée, comportement interpersonnel et planifié) ;
- Les théories sociocognitives en rapport avec les croyances (Health Belief Model, l'auto efficacité, les systèmes autorégulés, les représentations sociales) ;
- Les approches cliniques de la santé (anxiété, dépression, etc.).

L'adhérence aux ARV est un phénomène observable oscillant entre la bonne prise médicamenteuse et inobservance pouvant être appréhendés sur la base des déterminants psychosociaux. Plusieurs recherches cherchent à comprendre pourquoi les individus ont un comportement inadéquat vis-à-vis des prescriptions médicales lorsqu'il s'agit de la prise quotidienne des médicaments dans la prise en charge des maladies chroniques. Pourtant, plus un traitement est complexe, long et générateur des effets secondaires, plus l'inobservance est probablement importante. Comme déterminants psychosociaux de l'observance thérapeutique, l'adhérence ou compliance sont principalement appréhendés dans le cadre des modèles sociaux cognitifs des études comportementales de la santé ou du modèle de connaissances relatives de Rosenstock (Health Belief Model ou HBM), la théorie du comportement planifié d'Ajzen (1991) le modèle d'autorégulation des conduites de la maladie de Leventhal (SRM) et beaucoup d'autres plus actualisés. Ces théories ont en commun le fait que les attitudes et les croyances sont des indicateurs qui orientent le comportement de l'individu. L'orientation des PVVS vers l'observance au traitement antirétroviral dépendrait de la perception qu'ils ont de la maladie et l'efficacité perçue du traitement. En d'autres termes, C'est de la manière dont le

sujet se représente le traitement qu'il peut peser le pour et le contre vis-à-vis de l'observance. Dans ce contexte cette conduite peut être expliquée par un manque de ressources multiples d'adaptation dans l'univers de cette nouvelle socialisation. Il serait donc souhaitable de prendre en compte les croyances et les représentations auxquelles les patients sont solidement attachés. L'insertion théorique d'une recherche implique celle de la méthodologie.

1.8. 3. Plan méthodologique

Notre sujet se porte sur l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral (ARV). Elle est pour l'Organisation Mondiale de la Santé (2010) recommandée à 95% faute de quoi, le traitement s'oriente à un échec thérapeutique pouvant entraîner automatiquement la morbidité et la mortalité chez les PVVS, la résurgence des maladies opportunistes atteignant même parfois la population dite « séronégative ». Ce qui constitue un problème de santé publique et de survie pour l'humanité.

Pour ce travail notre outil de collecte des données serait à la fois le questionnaire et les entretiens (analyse du contenu). En effet, nous envisageons de mener deux études. Une première de nature qualitative visant à identifier les facteurs psychosociologiques qui sous-tendent le comportement d'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS dans le contexte camerounais. Une seconde étude de nature quantitative visant à étudier l'influence de ces facteurs psychosociaux sur l'observance thérapeutique. La première étude aura pour outil le guide d'entretien pour permettre la verbalisation des participants. Le questionnaire sera utilisé pour collecter les données de la seconde étude. Son choix se fonde sur le fait qu'il est moins coûteux et permet d'avoir un nombre important d'individus, et aussi par sa nature impersonnelle garantit l'anonymat, les répondants trouvent ici plus de sécurité et de liberté pour donner leurs avis, c'est pourquoi Daval, Bouricand, De Lanotte et Doro (1967 :312) affirment que « *la recherche d'une attitude sociale cesse d'avoir la moindre signification, tout au moins lorsqu'on la mène au moyen d'un questionnaire* » ce travail à une double connotation, c'est-à-dire déductive et inductive. Mais ces deux approches seront complémentaires car nos investigations sont issues de l'observation et de la théorie, notre approche sera donc à la fois qualitative (étude 1) et quantitative (étude 2). En somme notre recherche est de nature descriptive d'une part et corrélationnelle d'autre part. Nous nous intéressons à la définition des concepts, d'où le chapitre suivant.

CHAPITRE DEUXIEME : REVUE DE LA LITTERATURE

La polysémie des expressions diverses est généralement le point de départ des discordes et des malentendus entre les chercheurs. Ainsi pour une communication fiable et sans équivoque entre nos lecteurs et nous, il reste indispensable de clarifier le sens que nous donnons à chacun des termes clés de notre étude. Aussi dans ce chapitre, présenterons-nous les définitions et préciserons le sens de nos concepts avant de mettre l'accent sur la revue de la littérature.

2.1. DEFINITION DES CONCEPTS FONDAMENTAUX

Ici, nous présenterons les définitions et préciserons le sens de nos concepts car pour mieux cerner notre étude, il nous paraît nécessaire de mieux élucider certains mots clés. En effet, les termes que nous abordons ont plusieurs sens et pour mieux les comprendre, nous allons nous appesantir sur notre domaine de spécialisation

2.1.1. Déterminant

A partir de 1970 de nombreux travaux ont été effectués sur les aspects psychosociaux pouvant influencer l'état de santé d'un individu. De manière générale, cette évaluation biomédicale des actions centrées sur le patient stipule d'après les recherches pasteuriennes que chaque maladie est due à un microbe, excluant l'attention portée sur l'environnement social des individus (pauvreté, risques, etc.). Cette réflexion avait déjà été faite depuis le XIX^e siècle par les hygiénistes qui ont pu démontrer l'écart de mortalité entre le groupe social attribuant cela aux causes sociales.

Dans cette logique, on entend par déterminants les facteurs physiques, biologiques, physiologiques, sociaux, comportementaux ou gestionnaires susceptibles d'expliquer l'existence ou de favoriser la survenue d'un phénomène. Cette notion s'entend aussi comme l'ensemble des éléments naturels et artificiels qui constituent le cadre de vie d'un individu. Il s'agit des facteurs susceptibles d'agir sur un individu ou d'un groupe. L'action sur l'individu est manifeste.

2.1.2. Déterminant (s) psychosocial (aux)

Le terme psychosocial est un terme qui décrit chez une personne, sa dimension psychologique et son interaction dans un environnement social. C'est donc ce qui qualifie les rapports entre les facteurs affectifs et émotionnels et la vie en société. Il existe en sciences humaines une variété d'approches au confluent des champs psychologiques et sociaux.

Sillamy (2007) met en exergue ces rapports en définissant l'environnement comme un système de force s'exerçant sur l'individu et au quel celui-ci réagit de façon particulière. De ce fait, les déterminants psychosociaux sont des espaces de vie d'un individu ou d'une collectivité donnée, limitée par un horizon circonscrit et spatial, tout ce qui entoure un individu et exerce sur lui une certaine action ou influence est considérée comme un déterminant psychosocial. Pour mieux cerner les contours de ce concept, il est aussi intéressant de solliciter les éléments suivants :

2.1.3. Schéma thérapeutique

Pour Fischer et Tarquinio (2006), un schéma thérapeutique « c'est un protocole de soin ». Dans le cadre du VIH, le schéma thérapeutique est un protocole de traitement composé d'une association d'antirétroviraux (deux inhibiteurs nucléosidiques plus un inhibiteur non nucléosidique ou de protéase), qui tient compte de l'efficacité du traitement, du profil des effets secondaires, des contre-indications, de l'état de santé du patient (existence de co-infections), de l'antagonisme entre les médicaments, du coût et de l'accessibilité, l'environnement psychosocial du patient.

2.1.4. Lymphocytes CD4

Un lymphocyte T.CD4 (lymphocyte T et B) est un type de globule blanc qui active les cellules de l'organisme en luttant contre les infections, ce dernier produit des anticorps autour du mécanisme d'immunité en division cellulaire. Sa spécificité est sa capacité à sécréter des cytokines ou des interleukines, qui sont des molécules qui permettent la collaboration avec d'autres cellules ayant la capacité d'éliminer certains antigènes (microbes). Le lymphocyte T prend source dans la moelle épinière, tandis que le B se forme dans le thymus et les cellules lymphatiques. Les T4 (ou CD4) sont la cible du VIH, Plus ils sont élevés, mieux le PVVS se porte bien. Quand ils sont en dessous de $200/\text{mm}^3$

de sang, il y a le risque de survenir pour des sujets atteints des infections opportunistes, or normalement, en l'absence du VIH, les lymphocytes CD4 varient entre 500 et 2000/mm³de sang.

Pour faire simple :

- Entre 350 et 500/mm³, il n'y a qu'un léger déficit immunitaire,
- Entre 200 et 350/mm³, il y a un déficit immunitaire réel, même s'il est insuffisant la plupart du temps, le séropositif entre dans la phase du sida.

En définitive, le lymphocyte T comporte des récepteurs CD4 par lesquels le VIH s'ancre à la cellule avant d'y pénétrer. Leur quantification permet de juger de l'impact de l'infection du VIH dans le système immunitaire.

2.1.5. Trithérapie antirétrovirale

La trithérapie antirétrovirale est l'association de trois molécules d'antirétroviraux dans le traitement de l'infection à VIH/SIDA, afin de réduire au plus bas possible la charge virale plasmatique, restaurer l'immunité du système immunitaire et permettant ainsi d'éviter l'émergence des mutants résistants qui constituent des facteurs de vulnérabilité à l'égard des maladies opportunistes chez les PVVS.

2.1.6. Compliance, adhésion, alliance ou observance thérapeutique

Selon Fischer et Tarquinio (2006), dans la tradition française, l'on fait généralement usage, sans véritable distinction, des termes de *compliance*, d'adhésion, d'alliance ou d'observance thérapeutique. Cependant, s'il est admis que sur le plan scientifique international, il n'existe pas de différence terminologique entre ces deux notions où l'observance est la traduction du mot anglais *compliance*, il n'en demeure pas moins vrai qu'il existe, en français, un écart et pas des moindres sur l'utilisation que l'on fait de ces termes. Nous essayerons ici de faire une distinction entre eux pour mieux en préciser le sens et les raisons de notre préférence pour la notion d'observance.

2.1.6.1. La notion de compliance

Le terme *compliance* est né dans le champ médical anglo-saxon en 1975, désignant le comportement du patient qui consiste à suivre parfaitement les recommandations médicales. Ainsi, les premiers travaux français utilisèrent également le terme anglo-saxon qui définit un comportement de santé par rapport à une norme médicale. Cette notion connote en français, une idée de soumission et de conformité à la thérapie prescrite par le médecin. Pour Tarquinio, Fisher et Barrache (2002) « *to comply with* » veut dire se soumettre, suivre conformément. Il serait donc réducteur de considérer l'observance thérapeutique selon une dichotomie en terme « d'observant » et « d'inobservant » qui sous-entendrait l'existence de « bons » et de « mauvais » patients. En France, les chercheurs dénoncent cet amalgame qui risque d'inscrire partialement la relation médecin-patient où le patient serait réduit à son comportement sans que ne soient considérés les facteurs l'influençant. Les psychologues, en particulier, ont voulu rompre avec ce stéréotype du mauvais patient (non compliant) qui refuse de se plier à sa thérapie. Ce stéréotype tend à faire de l'observance une dimension interne non soumise à des facteurs psychosociaux ou externes. Aucune souplesse n'est envisagée entre la prescription et le comportement effectif du patient.

2.1.6.2. Les notions d'adhésion ou d'alliance thérapeutique

L'adhérence ou adhésion thérapeutique se définit comme une appropriation réfléchie, de la part du patient, de la prise en charge de sa maladie et de ses traitements, associée à la volonté de « *s'accrocher* », de persister dans la mise en pratique d'un comportement prescrit. Cela reflète sa ténacité à maintenir un changement de comportement au fil du temps et son implication dans le processus (Price, 2008).

L'adhésion fait référence à des processus intrinsèques tels que les attitudes et la motivation des patients à suivre leurs traitements. C'est le caractère le moins mesurable de l'observance thérapeutique. En effet, dans les essais cliniques, ce qui est mesuré c'est la dimension comportementale de l'observance : le sujet prend-t-il correctement son traitement ? Suit-il les recommandations médicales ? Concernant l'adhésion, il s'agit du degré d'acceptation du patient vis-à-vis de sa thérapie. L'adhésion thérapeutique trouve sa signification dans un rapport plus médical et social, qui considère que le patient doit être

une partie prenante de son traitement. Il faut qu'il « *adhère* » à son médicament et non pas qu'il « *se soumette* » uniquement à sa prescription. La notion d'adhésion est donc tout à fait importante pour étudier cette pratique de soin très complexe et dynamique. En effet, parler d'adhésion c'est prendre conscience que l'observance n'est pas un comportement stable dans le temps, qu'il est soumis à des facteurs psychologiques et environnementaux changeants.

L'adhésion correspond au degré d'acceptation du patient vis-à-vis de sa trithérapie. Elle ne renvoie pas seulement à un comportement mais à une attitude. Sous cet angle, le caractère dynamique, évolutif dans le temps et fluctuant de l'observance transparait. En effet, Lamouroux, Magnan et Vervlo (2005) précisent que les fluctuations dépendent du type de prise en charge médicamenteuse, diététique, de l'activité physique et de facteurs psychosociaux, motivationnels et contextuels.

L'adhérence peut également être appréhendée sous la forme d'un rapport entre « *ce que le patient fait de manière acceptée* » et « *ce que le médecin dit en essayant de le convaincre* ». Face à une utilisation encore médico-centrée du terme d'adhérence ou adhésion thérapeutique, s'est développé la notion de concordance ou alliance thérapeutique.

La concordance ou l'alliance thérapeutique se définit par l'établissement d'un accord entre le patient et le professionnel de santé sur des décisions thérapeutiques qui concernent le patient comme le choix d'une stratégie thérapeutique et la façon de la mettre en place : c'est tout le sens de ce qu'on désigne dans le langage médical sous le vocable de plan d'action. Le soignant modulera son offre de traitement dans le respect des croyances, des peurs, des contraintes et des souhaits du patient en l'impliquant activement dans la décision et en construisant avec lui la solution à ses difficultés. Les deux partenaires construisent donc progressivement une relation thérapeutique, une alliance sur la ou les façon(s) d'intégrer la maladie et les traitements à vie du patient, de s'adapter pour « *vivre avec* » (Aronson, 2007).

Pour Robinson (2003), l'adhésion thérapeutique devient, selon cette perspective, un projet dans lequel s'engagent réciproquement le patient et le soignant afin d'atteindre le but fixé ensemble. Le patient restant quand même « *le décideur final* » concernant le suivi ou non du plan établi. Pris dans ce sens, l'adhésion peut être à la fois prédicteur ou

résultat de l'observance. L'observance pour être optimale nécessite que le patient accepte l'idée d'un traitement et qu'il adhère aux recommandations du médecin d'où l'intérêt de parler d'adhésion thérapeutique, bien plus proche de la réalité psychologique et médicale qu'entretient le malade avec son traitement. Or, cette adhésion est aussi fluctuante et soumise à des facteurs psychosociaux et motivationnels qui peuvent l'entraver et par voie de conséquence affecter l'observance. Ainsi, L'adhésion thérapeutique envisagée sous l'angle d'une alliance thérapeutique peut se synthétiser sous la forme d'un rapport entre « *ce que le patient fait* » et « *ce que le patient et le médecin ont décidé après négociation sans imposition* ».

Deccache (1994) ajoute la notion de « *compliance personnelle* » qu'il définit comme le rapport entre « *ce que le patient fait* » et « *ce que le patient a décidé, en se basant sur ce que le médecin a dit de faire ou la grand-mère, etc.* ». Cette définition montre l'intérêt pour les soignants d'identifier les personnes (famille, grand-mère, voisin, concierge, collègue, etc.) ayant une influence sur le choix des patients de suivre ou non les recommandations médicales, sur leurs comportements d'automédication, d'usage de médecines complémentaires : homéopathie, phytothérapie, acupuncture et magnétiseurs.

2.1.6.3. L'observance thérapeutique

Selon l'héritage anglo-saxon, l'observance thérapeutique se définit comme la capacité à prendre correctement son traitement, c'est-à-dire tel qu'il est prescrit par le médecin. Pour Morris et Schultz (1992), l'observance thérapeutique est le degré avec lequel le patient suit les prescriptions médicales concernant le régime prescrit, l'exercice ou la prise de médicaments. L'observance est donc un comportement, c'est-à-dire l'acte de suivre le traitement prescrit. Il s'agit de la partie visible, objectivable et mesurable de cette pratique de soin.

L'observance médicamenteuse peut se définir, de façon « *opérationnelle* », comme le rapport entre le nombre de prises de médicaments effectives sur une période donnée et le nombre total de prises de médicaments prescrites sur cette même période. Dans ce cas, souligne Gordis (1976), un patient sera considéré comme observant sur le plan de la prise médicamenteuse lorsqu'il prendra plus de 75 à 80% des médicaments prescrits. Dans le cas des médicaments antirétroviraux du VIH, le taux d'observance doit être supérieur à 95%.

L'histoire du concept d'observance débute avec Hippocrate puis est mentionné dans la littérature scientifique dès 1882, lors de l'apparition de la tuberculose, maladie contagieuse pour laquelle les patients devaient être observants en éternuant dans une pochette afin de diminuer le risque de propagation de la maladie. Selon la définition fondatrice de Haynes, Taylor et Sackett (1979), la notion d'observance thérapeutique se définit comme « *l'importance avec laquelle les comportements en termes de prise de médicaments, de suivi de régime ou de changements de mode de vie d'un individu coïncident avec les conseils médicaux ou de santé* ». L'inobservance thérapeutique se définira donc comme l'absence de concordance entre les comportements des patients et les recommandations médicales.

L'utilisation du mot « *observance* » est de nos jours, de plus en plus controversée sans pour autant être rejetée. En effet, si l'observance thérapeutique se définit comme l'étendue des comportements d'un individu par rapport à un avis médical ou à des conseils de bonne santé donnés par les acteurs de la santé, il faudrait alors supposer que le patient ait une attitude « *d'obéissance* » par rapport au soignant qui aurait quant à lui « *autorité* » sur lui (Cortet & Bénichou, 2007). La notion d'observance thérapeutique peut être synthétisée sous la forme d'un rapport entre « *ce que le patient fait* » et « *ce que le médecin dit* ». Or, il existe un décalage entre la prise en charge « *techniquement optimale* » d'un patient telle que peut la définir un professionnel de santé et la prise en charge « *la plus adaptée possible* » aux réalités du patient (Baudrant, Calop, & Allenet, 2008).

De ces différentes conceptions définitionnelles, découlent le fait qu'il est utile et possible de disposer d'une terminologie commune suffisamment explicitée pour permettre un échange constructif non seulement entre acteurs de la santé et chercheurs en sciences sociales, mais aussi, entre les soignants et le patient. Sans exiger une rigide purification des usages, il nous paraît souhaitable d'éviter d'utiliser en langue française les termes de « *compliance* » et d'« *adhérence* » qui véhiculent sans le dire des choix théoriques. Ces deux termes sont devenus en effet antagonistes dans une large part de la recherche publiée en langue anglaise. La « *compliance* » y est maintenant considérée comme renvoyant à une idée de soumission aux ordres des prescripteurs médicaux et à l'écart qui sépare la pratique effective du patient du comportement prescrit. Pour Mehta, Moore, et Graham (1997), on lui attribue une valeur péjorative. L'« *adhérence* » est considérée comme un phénomène plus profond et complexe que le comportement manifeste évalué en termes de conformité. C'est un ensemble d'attitudes et de comportements à travers lequel s'exprime le rapport du

patient au traitement et aux prescripteurs du traitement. En langue française les mots d'«*observance*» et d'«*adhésion thérapeutique*» sont disponibles pour rendre compte de cette double dimensionnalité (comportementale et attitudinale) du phénomène.

L'observance en effet, a d'abord été «*la pratique d'une règle en matière religieuse* » avant de devenir, dans sa définition la plus générale, «*le degré de concordance entre les recommandations du médecin et les comportements des malades* ». L'observance se définit ainsi avant tout comme un degré d'écart à une norme injonctive ou prescriptive. L'adhésion thérapeutique quant à elle désigne plutôt le degré d'acceptation et d'accord qui définit la position d'un sujet vis-à-vis de l'exécution d'une thérapeutique. Elle se définit donc comme une conduite intentionnelle appuyée sur une prise de position. Au-delà des querelles de terminologie qui ont agité les chercheurs, on peut retenir que deux points de vue peuvent être appréhendés en suivant la ligne de l'observance observable ou celle de l'adhésion intériorisée : le point de vue de la norme médicale assez facilement traduisible dans une stratégie de contrôle extérieur et le point de vue du patient tel qu'il se manifeste en acte, dans le traitement. L'avancement de la connaissance du phénomène dépend clairement d'un effort de combinaison et de rapprochement de ces deux perspectives, complémentaires plutôt qu'antagonistes.

Nous retiendrons la notion d'observance du patient au traitement médicamenteux que nous définissons comme le «*degré d'appropriation et d'engagement du patient dans la gestion optimale de ses médicaments au long cours* ». La posture du soignant est orientée vers la création d'une alliance thérapeutique permettant de favoriser ce comportement d'observance au traitement médicamenteux. L'intégration de ce comportement à la vie du patient est influencée par différents facteurs que les acteurs de santé et le patient devront identifier comme de potentiels leviers d'actions.

2.1.7. Non-observance

On parle de non-observance lorsque les patients ne respectent pas les prescriptions médicales, les prennent parfois de manière discontinue ou les interrompent systématiquement sans l'avis du médecin prescripteur.

Elle n'est donc pas seulement un comportement qui va réduire les effets des traitements et faire courir un risque parfois vital au malade mais c'est aussi et surtout, un espace où s'expriment les contradictions et les souffrances d'un patient confronté à sa

maladie. Plus qu'un symptôme, elle est le signifiant d'un ensemble de conflits psychosociaux non résolus et avec lesquels il faut accompagner et prendre en charge le patient.

Les facteurs qui déterminent l'observance ont montré la complexité d'un tel comportement où interviennent à la fois des caractéristiques personnelles, la compréhension de la situation et la qualité de la relation. Beaucoup de facteurs peuvent être responsables de la mauvaise observance à la thérapie antirétrovirale. Plusieurs études ont recherché les déterminants de l'observance chez les PVVIH recevant un traitement antirétroviral (Tarquinio & Tarquinio, 2007 ; Tarquinio et al., 2002 ; Tourette Turgis & Robillon, 2000 ; Saw & Desclaux, 2002). Certaines ont pu démontrer que des facteurs tels que l'âge, la consommation d'alcool, l'usage de drogues par voie injectable associés à l'inobservance. D'autres chercheurs à l'instar de Tourette Turgis et Robillon (2000), Saw et Desclaux (2002) ont trouvé qu'il existe un lien entre les difficultés socio-économiques et des facteurs associés aux traitements.

Dans le contexte des pays en développement où les conditions socio-économiques et culturelles diffèrent de celles des pays développés, les résultats des études ne sauraient être totalement appliqués. Des études ont aussi démontré une corrélation entre la prévalence de la non observance et la durée du traitement (Andréo et al., 2001 ; Tourette-Turgis & Robillon, 2000). D'autres ont montré que la non observance est liée à l'oubli, aux difficultés d'accès au site de prise en charge, au coût des traitements associés et aux effets Secondaires (Ba-Gomis et al., 2001 ; Meystre Augustoni et al., 2001).

Il faut aussi préciser que les traitements antirétroviraux au même titre que les autres traitements pour les maladies chroniques, ne guérissent pas encore l'infection par le VIH. Or, ce sont des traitements complexes et difficiles à suivre car ils nécessitent une prise sur une longue durée. L'autre difficulté réside dans les contraintes de prise associées à certaines molécules. Par ailleurs, pour garantir une efficacité sur le plan virologique, ils requièrent une observance maximale supérieure à 95%.

Cependant, bien que reconnaissant le bien-fondé de l'observance thérapeutique, nombreux sont les patients qui expliquent que ces traitements provoquent pour la plupart d'entre eux des effets indésirables difficiles à supporter. En effet, si l'observance est un aspect important des comportements de santé des patients liés à un traitement médical, il

n'en demeure pas moins évident que ce concept a soulevé différentes réactions non seulement en rapport avec les prescriptions médicales, mais aussi, au type ainsi qu'à la durée des traitements thérapeutiques (Tarquinio, Fischer, & Barrache (2002). Toutefois, bien que l'introduction des antirétroviraux ait un effet positif sur la prévention car il y a espoir d'être traité si on se fait dépister positif, il n'en demeure pas moins que les compositions moléculaires peuvent être un facteur d'inobservance.

2.2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Dans cette section, nous rendons compte des travaux antérieurs qui se sont intéressés à la question de l'observance thérapeutique. Cette revue de la littérature facilitera la tâche dans l'orientation de ce travail vers la détermination des facteurs dans la prise en charge susceptibles d'améliorer et/ou d'être nocifs à l'observance thérapeutique aux ARV.

2.2.1. Bref historique sur le VIH

En 1981 à Los Angeles, Gottlieb est amené à observer une pneumonie à *Pneumocystiscarinii* chez un jeune homme sans antécédents médicaux notables. La pneumocystose était alors une maladie exceptionnelle rencontrée chez bon nombre des immunodéprimés iatrogéniques. Ce patient présentait un effondrement lymphocytaire jouant un rôle majeur dans le processus des défenses immunitaires. Les lymphocytes T porteurs des récepteurs CD4. En quelques temps, d'autres cas de pneumocystose parfois associées à un sarcome de Kaposi vont être observés après dans la pathologie nouvelle, le « *gay syndrome* » font l'objet de publications, immédiatement des mises en alerte.

Dans la mesure où à cette époque, le SIDA concernait uniquement des homosexuels actifs qui utilisaient des drogues ludiques (*poppers*) contenant du nitrite d'amyle, la première hypothèse physiopathologique pour expliquer la perte lymphocytaire va être reportée sur sa toxicité pour les CD4. Cette hypothèse va être rapidement éliminée.

En effet, des cas de SIDA vont être observés aux USA chez des polytransfusés, des héroïnomanes et chez les Haïtiens. Le SIDA est donc considéré comme la maladie des quatre « H » (Homosexuels, Hémophiles, Héroïnomanes, Haïtiens).

L'hypothèse d'un agent infectieux transmissible par le sang et les relations sexuelles, présentant une épidémiologie comparable à celle d'hépatite B (HBV), va faire son chemin ; deux types différents de VIH ont été mis en évidence : le VIH₁ et le VIH₂.

2.2.2. Données épidémiologiques sur le VIH

Si les premiers cas de l'infection à VIH ont été détectés en 1981 aux Etats-Unis, la pandémie s'est rapidement répandue. En huit ans c'est-à-dire entre 1994 et 2002, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde avait triplé. Cette tendance s'explique par le temps mis avant l'application du processus de la mise en œuvre des directives internationales et nationales dans la riposte contre la maladie, par rapport à la sensibilisation, aux traitements (essais cliniques) et à la prévention. Les traitements par la monothérapie en 1991 (zidovudine) et la bithérapie en 1995 (zidovudine plus la lamivudine) qui, très tôt ont démontrés leurs insuffisances. L'arrivée de la trithérapie en 1996 a révolutionné le traitement de l'infection à VIH, mais avec une faible accessibilité des PVVS surtout dans les pays à revenus intermédiaires. En effet en décembre 2002, on estimait à 42 millions le nombre de personnes vivant avec le virus dans le monde. Pour la même année, la pandémie de SIDA avait causé plus de 3 millions de décès et on évaluait à plus de 5 millions de personnes qui avaient contracté le virus de l'immunodéficience humaine (OMS, 2003).

2.2.2.1- Le VIH dans le monde et en Afrique

De 2006 à 2008, les données épidémiologiques sur le VIH/SIDA montrent que pour l'année 2006, on évalue à environ 39,5 millions le nombre total de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde (ONUSIDA, 2003). Ce nombre représente environ 0,5% de la population mondiale, considérant que cette dernière s'élève à près de 8 milliards d'individus. Parmi ces personnes infectées par le VIH/SIDA, on estime que 2,3 millions sont âgés de moins de 15 ans, soit 5,8 % du total des cas recensés. En 2006 uniquement, on a compté une incidence de 4,3 millions (entre 3,6 millions et 6,6 millions) de cas d'infection par le VIH/SIDA, dont 530 000 se retrouvent chez des enfants et des adolescents de moins de 15 ans. Les régions du monde qui sont les plus touchées par l'infection sont l'Afrique subsaharienne et les Caraïbes, alors que l'Amérique du Nord se situe parmi les territoires les moins affectés avec des prévalences respectives de 5,9%,

1,2% et 0,8% dans la population adulte uniquement (ONUSIDA, 2009). Pour cette même année, près de 3 millions d'individus sont décédés de suite de l'infection par le VIH/SIDA et 380 000 de ces personnes étaient âgées de moins de 15 ans lors de leur décès.

Selon les statistiques présentées dans le document *Le point sur l'épidémie de sida : Décembre 2006*, la grande majorité de ces décès est recensé dans la population d'Afrique subsaharienne avec 2,1 millions de cas, alors que les Caraïbes demeurent une région également très affectée (19 000 décès en 2006). En Amérique du Nord, on estime qu'environ 18 000 personnes sont décédées de suites du SIDA au cours de cette période (ONUSIDA, 2008). En Asie, on estimait que 4,7 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2008. L'Asie où vit 60% de la population mondiale vient au deuxième rang après l'Afrique subsaharienne en termes de nombre de personnes vivant avec le VIH (ONUSIDA, 2009).

L'Inde représente environ la moitié de la prévalence du VIH en Asie. La proportion de femmes vivant avec le VIH dans la région est passée de 19% en 2000 à 35% en 2008. Bien que l'épidémie en Asie ait longtemps été concentrée dans les couches de populations précises, c'est-à-dire les prostituées et leurs clients, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables, elle s'est étendue progressivement aux populations moins à risque par transmission aux partenaires sexuels des personnes plus à risque.

En Europe Orientale et en Asie Centrale, on estimait à 1,5 million d'adultes et le nombre d'enfants qui vivaient avec le VIH en 2008 (ONUSIDA, 2009). La prévalence du VIH dans la région est en croissance, particulièrement en Ukraine et en Russie. Avec une prévalence de 1,6% chez les adultes en 2007, l'Ukraine a la prévalence la plus élevée dans toute l'Europe. La consommation de drogues injectables demeure le principal mode de transmission du VIH dans la région. Avec l'augmentation de la transmission aux partenaires sexuels des consommateurs de drogue, l'épidémie est de plus en plus caractérisée par une importante transmission sexuelle.

En Amérique du Nord et en Europe Occidentale et Centrale, les épidémies sont concentrées parmi les populations à risque plus élevé, surtout chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables et les immigrants (ONUSIDA, 2009). Aux États-Unis, par exemple, les Afro-Américains

représentent 12% de la population, mais on y relève une prévalence du VIH de 46%. Dans les pays à revenus élevés de ces régions, les diagnostics tardifs de VIH demeurent un problème. Le nombre de décès liés au SIDA en Amérique Latine a été estimé à 77 000 en 2008 (ONUSIDA, 2009).

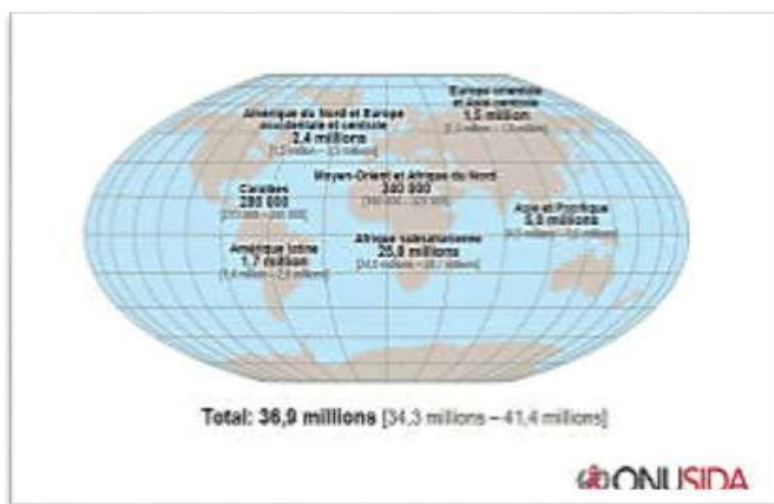
En Afrique Subsaharienne, la prévalence du VIH/SIDA s'élève à près de 25 millions de cas. Au cours de l'année 2006, on comptait 2,8 millions de nouveaux cas d'infection. Comme la population totale de l'Afrique Subsaharienne est de près de 600 millions d'individus, la prévalence du VIH/SIDA pour cette région s'élève à 4,1 %. Elle est donc plus de huit fois plus élevée que celle retrouvée dans le monde et plus de vingt fois plus élevée qu'au Canada. Pour l'année 2006, 2,1 millions de décès liés au VIH/SIDA sont recensés. Les femmes sont considérées comme un groupe très vulnérable parmi les populations les plus à risque d'infection par le VIH/sida en Afrique subsaharienne, et ce, peu importe le pays visé. En effet, il est estimé qu'en 2006, plus de 13,3 millions de femmes vivaient avec le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne, ce qui représente plus de 59% du total des cas recensés pour cette même année. Les facteurs couramment évoqués comme étant les facteurs à risque sont les relations sexuelles hétérosexuelles non protégées, les comportements de prostitution et la fréquentation de partenaires sexuelles multiples par le conjoint. En conséquence, dans certaines régions de l'Afrique Subsaharienne, entre 15 et 40% des femmes enceintes sont infectées par le VIH/SIDA, indépendamment du groupe d'âge auquel elles appartiennent (ONUSIDA, 2009).

Il transparaît ainsi selon les sources onusiennes que l'Afrique subsaharienne est la région la plus touchée. Cette région du monde qui ne compte que 9% de la population mondiale concentrait à elle seule, 70% des personnes infectées en fin Décembre 2002. Selon un rapport de l'ONUSIDA (2009), 67% de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde y survivent et l'on y compte 91% de toutes les nouvelles infections chez les enfants. Le même rapport indique qu'en Afrique subsaharienne, l'épidémie a rendu plus de 14 millions d'enfants orphelins. Les femmes sont touchées de manière disproportionnée. L'Afrique australe est l'épicentre de l'épidémie avec plusieurs pays où la prévalence du VIH chez les adultes dépasse les 15%. L'infection à VIH en Afrique se produit principalement par transmission hétérosexuelle.

Ces données bien que relativement anciennes rendent compte des avancées dans la prise en charge des personnes PVVIH dans le monde en général et au Cameroun en

particulier. En effet dans le cadre de ces efforts pour suivre l'évolution de l'épidémie du VIH et évaluer l'efficacité des stratégies de prévention, on estime que 5 480 personnes contractaient le VIH tous les jours en 2014, ce qui correspond à 2 millions de nouvelles infections par le VIH dans le monde cette année-là. Selon l'ONUSIDA (2014), 15,8 millions de personnes vivant avec le VIH sont désormais sous traitement antirétroviral. Cette thérapie sert non seulement à prévenir les maladies et les décès liés au sida, mais permet aussi de réduire sensiblement le risque de transmission du virus. « *Une réalisation jugée impossible il y a 15 ans* » se félicite l'organisme. En conséquence, le nombre de personnes vivant avec le virus continue d'augmenter, et s'élève désormais à 36,9 millions.

Figure 2. Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH en 2014



Source : ONUSIDA (2014)

D'après les estimations, 36,9 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde en 2014. En effet, selon les estimations environ 3.290 personnes succombaient à des infections liées au sida tous les jours (ONUSIDA, 2014). Cette valeur correspond pour la même année à 1,2 million de décès par jour de suite du sida. Les données de 2014 montrent que ce chiffre est en baisse par rapport à un nombre estimatif de 2 millions de morts en 2005 (ONUSIDA (2014).

Il existe à l'échelle mondiale deux genres distincts d'épidémies du VIH. Dans les épidémies « *concentrées* », la transmission se produit principalement au sein de groupes vulnérables définis tels que les travailleurs de sexe féminin, les hommes ayant des relations

sexuelles avec des hommes ou avec des animaux (zoophilie) et les personnes qui s'injectent de la drogue.

Dans les épidémies « généralisées », la transmission est soutenue par le comportement sexuel de la population générale et persiste malgré les programmes de prévention efficaces visant les groupes vulnérables là où il en existe. À titre d'exemple, mentionnons que l'Amérique du Nord connaît une épidémie concentrée alors que celle de l'Afrique subsaharienne est généralisée.

La compréhension du genre d'épidémie à laquelle un pays est confronté favorise l'orientation des stratégies visant la prévention du VIH. Le cri de ralliement lancé par l'ONUSIDA « *Connaître votre épidémie et votre riposte* » reconnaît que les épidémies du VIH ne sont pas pareilles partout dans le monde et qu'il n'existe aucune approche unique qui puisse freiner la propagation du VIH. Les épidémies concentrées exigent des interventions ciblées visant les groupes à risque en question. Les épidémies généralisées exigent des interventions intensifiées visant l'ensemble de la population (interventions axées sur la réduction du nombre de partenaires sexuels ou la promotion de la circoncision masculine).

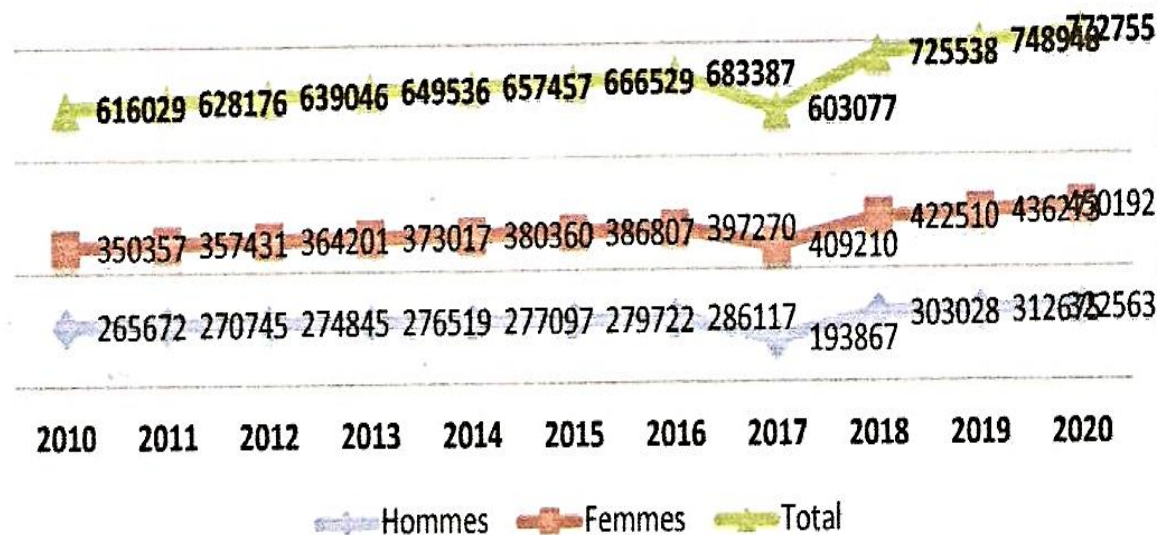
Il faut toutefois préciser ici que si les nouvelles infections à VIH ont « chuté » de 35% depuis 2000, c'est surtout parmi les moins de 15 ans qu'elles ont diminué, en raison des progrès pour prévenir la transmission mère-enfant. Chez les adultes, la baisse des nouvelles infections est hélas nettement moins conséquente : 1,8 million en 2014 contre 2 millions en 2008. « *Un nombre inacceptablement élevé de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida surviennent encore chaque année* », rappelle l'organisation onusienne. 2 millions de personnes au total ont en effet été infectées par le VIH en 2014 tandis que 1,2 million est décédé du sida. Chaque jour, 5600 personnes sont donc nouvellement infectées. Parmi elles, un tiers a entre 15 et 24 ans, et 12% sont des enfants.

Le rapport présente donc une « *stratégie d'accélération* » pour atteindre l'objectif de mettre fin à l'épidémie qui consiste en une action ciblée sur les zones les plus à risque d'infection. Michel Sidibé, directeur exécutif d'ONU/SIDA assure que « *nous ne pouvons gagner contre le VIH en restant au niveau global* ». 50 expériences locales aux résultats encourageants sont ainsi listées pour étayer cette approche. 9 milliards de dollars manquent

néanmoins actuellement pour la mettre en œuvre. En conséquence malgré les avancées constatées, le combat à mener reste intense en Afrique subsaharienne, région du monde la plus touchée où vivent 25,8 millions de PVVIH dont 2,3 millions d'enfants. Par ailleurs, la situation demeure « *effrayante* » - selon les mots prononcés par Michel Sidibé dès 2010 – en Europe orientale et en Asie centrale. Dans un communiqué publié le 26 novembre 2010 par l'OMS, ce dernier « *un nombre record de nouvelles infections à VIH en une année [142 000], jamais vu depuis les débuts de l'épidémie dans les années 1980* ». En 14 ans, cette région a vu son nombre de nouvelles infections exploser de plus de 30%, faute « *d'un environnement sûr, respectueux, (...) et sans discrimination* ». Le même constat est alarmant au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, avec 26% de nouvelles infections. Pour ces deux zones, la couverture antirétrovirale ne dépasse respectivement pas les 18 et 14%, ce qui explique pourquoi le nombre de décès a triplé depuis 2000.

1.2.2.2- L'épidémiologie du VIH au Cameroun

L'infection à VIH est apparue au Cameroun vers les années 1980, les premiers cas diagnostiqués ont été décelés en 1985. Cette pathologie a atteint des proportions d'une épidémie généralisée depuis les années 1990. Selon les données épidémiologiques du Groupe Technique Régional et du Comité National de lutte contre le SIDA (GTR-CNLS) en 2015, les résultats d'enquêtes démographiques et santé (EDS –MIS – 2011), la prévalence du VIH chez les adultes donc la tranche d'âge varie de 15 à 49 ans présente un pourcentage de 4,3%- 2,2% chez les jeunes de 20 à 24 ans, 17,9% chez les veuves, 15,7% chez les divorcés /séparés, 10,6% chez les veufs. La prévalence est également en hausse dans le groupe de 35 à 39ans population la plus touchée qui vient avec un pourcentage de 8,1% en 2011(CNLS, 2019). Selon les estimations, entre 2010 et 2020, la tranche d'âge de 55-59 ans pourra connaître une propagation considérable, soit en moyenne 96,09%, suivi de celle de 50-54 ans comme l'illustre le graphique ci-dessous :

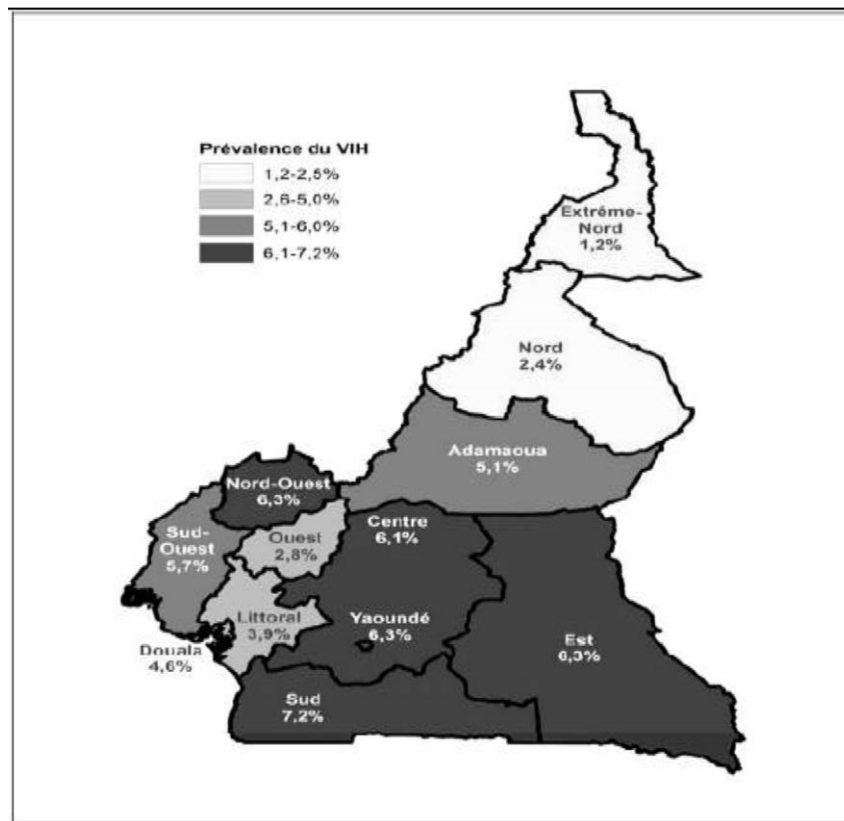


*Projection et estimation du nombre des PVVS dans la population générale :
Rapport Spectrum 2015 (GTR-CNLS) /ONUSIDA*

De ce qui précède, la présente évolution du nombre de PVVS est notamment visible entre 2010 et 2020. Cette série présente une tendance à la hausse aussi bien chez les personnes de sexe masculin (augmentation moyenne de 21,4 % entre 2010 et 2020) que chez les personnes de sexe féminin (augmentation moyenne de 28,5 % entre 2010 et 2020). En effet, l'on observera une hausse du nombre de PVVS sur toute la période pour atteindre un chiffre de 772 755 PVVS en 2020. Par ailleurs, suivant les hypothèses précédentes, la population féminine de PVVS va demeurer plus infectée (58% de la population totale des PVVS).

Toutefois, on note une disparité d'une région à l'autre. (Voir carte suivante) :

Figure 3. Disparité de l'infection à VIH entre les régions du Cameroun



Source : Rapport Spectrum (GTR/CNLS) /ONUSIDA 2015

Au sein des groupes à risque, le nombre des travailleurs de sexe était sensiblement compté à 98 102 en 2013 dans le territoire national, c'est-à-dire environ 38 000 personnes atteintes dans les grandes villes en l'occurrence Yaoundé et Douala. Cette population selon les études réalisées par le CNLS (2014) a démontré que 65 333 transporteurs étaient atteints. Par ailleurs, cette catégorie forme la principale source de clientèle des professionnels du sexe. Aussi, une étude réalisée en 2004 par le CNLS a montré une prévalence du VIH de 16,3% selon les disparités notables par rapport aux axes routiers.

Également en 2012, une étude intégrée de la surveillance comportementale et biologique chez les homosexuels a révélé que dans une population à investiguer de 205 et de 255 homosexuels respectivement à Yaoundé et à Douala le taux de séropositivité au VIH a varié de 44,3% à 24,2%. De ce qui précède, il ressort que les besoins du traitement antirétroviral par tranche d'âge risquent d'être énormes entre 2010 à 2020. Le groupe qui manifesterait plus de besoin de trithérapie sera celui de 35 à 39 ans, puis de 30 à 34

ans et de 40 à 44 ans. Cela s'explique à travers l'adoption de la vision stratégique de l'ONUSIDA (2014) fixée dans l'objectif mondial de 90-90-90 à l'horizon 2020 à savoir toute personne à statut sérologique VIH est éligible à 90% sous traitement ARV à 90% de manière durable, 90% la charge virale doit être indétectable, en d'autres termes l'application du « *test and treat* » en illustre le tableau 6.

Tableau 7

File active par projection selon les âges entre 2010-2020

Tranche d'âge	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Taux moyen d'évolution entre 2010 et 2020 (en %)
20-24	7 518	7 798	8 125	22 295	34 673	42 825	49 112	49 129	48 882	48 354	47 485	53,162
25-29	22 559	22 456	22 288	45 993	68 366	80 849	90 176	89 887	89 565	88 812	87 457	28,768
30-34	38 937	39 686	40 006	66 101	90 808	103 316	112 639	113 155	114 145	115 078	115 645	19,701
35-39	98 654	100 499	101 992	103 489	104 473	106 127	109 358	113 363	117 598	121 682	125 275	26,98
40-44	70 979	73 065	75 274	77 855	80 231	83 344	86 891	91 346	96 436	101 984	107 809	51,89
45-49	46 189	49 441	52 188	54 474	55 974	57 444	60 277	64 164	68 950	74 535	80 844	75,03
50-54	27 730	29 316	30 827	32 364	33 712	35 470	38 740	42 333	46 118	49 969	53 728	93,75
55-59	16 444	17 408	18 327	19 272	20 058	20 998	22 462	24 339	26 585	29 210	32 241	96,07
60-64	9 848	10 374	10 873	11 396	11 832	12 363	13 195	14 252	15 511	16 960	18 596	88,83
65-69	5 947	6 242	6 520	6 807	7 041	7 326	7 779	8 353	9 032	9 812	10 690	79,75
70-74	3 685	3 837	3 980	4 128	4 248	4 403	4 653	4 965	5 328	5 736	6 185	67,84
75-79	1 965	2 035	2 101	2 169	2 223	2 299	2 427	2 591	2 783	2 999	3 236	64,68
80+	775	826	871	913	946	987	1 056	1 145	1 252	1 376	1 516	95,61
Total	616 030	628 176	639 046	649 536	657 457	666 528	683 387	703 077	725 537	748 948	772 755	25,44

Source : Rapport Spectrum CNLS (2014)

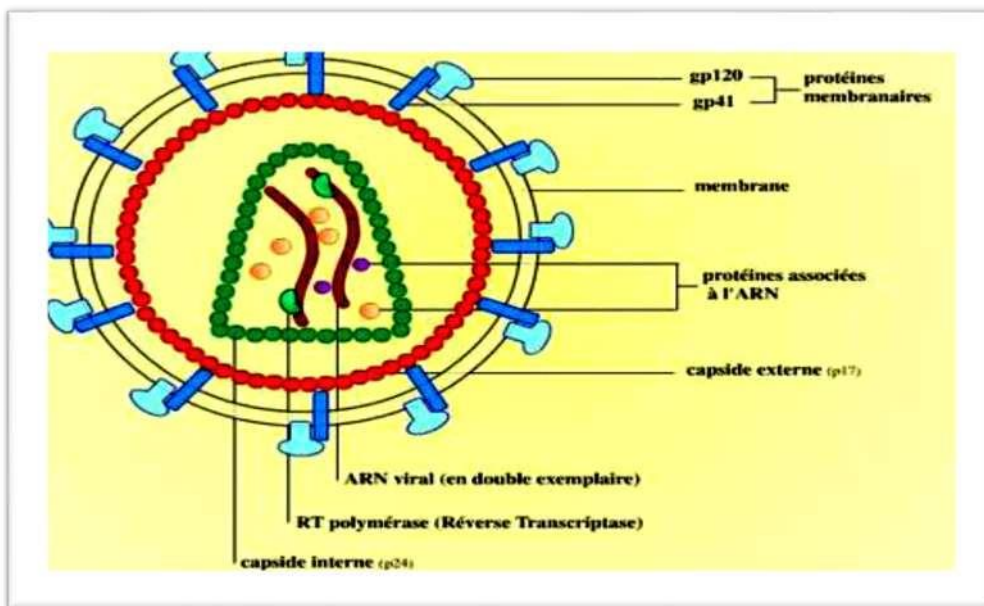
2.2.3. Description du VIH

Le VIH appartient à l'ordre des rétroïdes, la famille des *rétroviridae* (*rétrovirus*) et sous la famille des ortho-rétrovirinae, vaste famille de virus à ARN équipés d'une enzyme structurale appelée transcriptase inverse ou reverse transcriptase (RT). Il est classé dans le genre des *lentivirus* qui a pour caractéristique la longue période d'incubation avec une évolution lente de la maladie provoquée et une baisse des défenses immunitaires de la cellule hôte (immunodépression) entraînant des infections virales lentes toujours mortelles.

2.2.3.1- La structure du VIH

Le génome du virus est composé d'un *ARN simple brin*, présent en double exemplaire représenté au milieu du schéma (couleur marron). Cet ARN est retranscrit en ADN viral dans le cytoplasme de la cellule hôte par l'action d'une enzyme : la transcriptase inverse. C'est à partir de cet ADN, intégré dans le génome de l'hôte que sont exprimées les différentes protéines virales.

Figure 4. Schéma légendé de la structure du VIH



Source : ONUSIDA (2007)

Le virus possède la particularité de disposer de deux capsides qui sont des coques de protéines renfermant le matériel génétique qui s'ouvre lors de la fusion du virus avec les cellules cibles :

- Une *capside intérieure* « *capside* » permet de protéger le matériel génétique du virus.
- Une *capside extérieure* « *matrice* ».

La *membrane* délimitant le virion est constituée d'une bicouche lipidique. On y retrouve deux protéines essentielles au cycle de réplication :

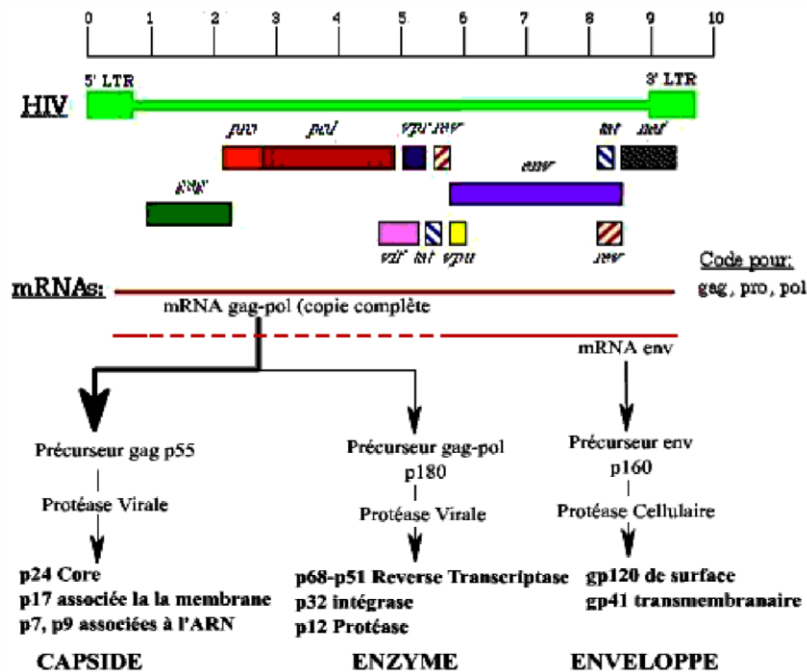
- la *glycoprotéine p41*, protéine transmembranaire traversant la membrane du virion. Elle intervient dans la fusion des membranes du virus et du lymphocyte T CD4.

- la *glycoprotéine p 120*, protéine membranaire, elle permet la fixation du virus aux récepteurs des cellules infectées ; le rôle des protéines virales est résumé dans la figure 04 ci-dessus.

2.2.3.2- Structure du génome viral

Le génome du virus du SIDA est constitué d'un ARN simple brin de 9181 nucléotides. Il contient trois gènes principaux (*Gag*, *Pol*, et *Env*), ainsi que certains gènes de régulation, de petite taille. Il comporte en plus des séquences spécifiques, situées à ses extrémités. Une fois rétro transcrit sous la forme d'un ADN viral à double brin, il s'exprime par le biais de deux ARN messagers, qui aboutissent à la synthèse de trois protéines. Ces protéines sont ensuite clivées par des protéases, pour aboutir aux différentes protéines virales ce qui s'établit dans la figure qui suit :

Figure 5. Du gène aux protéines exprimées par le virus du SIDA



Source : ONUSIDA (2007)

Le gène comporte donc :

- 3 gènes principaux : *Gag*, *Pol* et *Env*
- des gènes de régulation : *vif*, *vpr*, *tat*, *rev*, *vpu*

Les protéines sont produites sous forme de précurseurs.

Les ARN sont les copies complètes de l'ensemble du génome viral.

2.2.3.3- Cycle de réplication du VIH

➤ Mécanisme d'entrée du virus dans les cellules

Le virus du SIDA utilise pour pénétrer dans les cellules hôtes les protéines de sa membrane et celles de la cellule hôte. La protéine virale gp 120 contient en effet un domaine de liaison. La protéine CD4. Le virus du SIDA est ainsi prêt à se fixer spécifiquement aux lymphocytes T4, qui portent cette protéine membranaire. Cette fixation de gp 120 à CD4 organise l'ensemble des étapes suivantes permettant la pénétration de la nucléocapside virale dans le lymphocyte.

La fixation de la gp 120 à la protéine CD 4 permet de démasquer une autre protéine membranaire virale : gp41. Celle-ci s'insère alors dans la membrane du lymphocyte, permettant la fusion des deux membranes, et ainsi l'entrée du matériel virale dans la cellule.

D'autres cellules peuvent être infectées comme des monocytes, des cellules dendritiques, cellules de Langerhans, des cellules microgliales dans le cerveau.

➤ Système de réplication virale

Après pénétration dans ces cellules, le virus s'intègre à leur matériel génétique. La production de nouveaux virus dépend du type et de l'état de la cellule infectée, et est régulée par des gènes viraux. Le virus peut rester à l'état de provirus latent, sous forme d'ADN proviral intégré dans le génome de la cellule hôte. S'il se réplique, les virus nouvellement produits quittent la cellule hôte par bourgeonnement à sa surface. Ils infectent ensuite de nouvelles cellules, et peuvent se disséminer dans l'organisme.

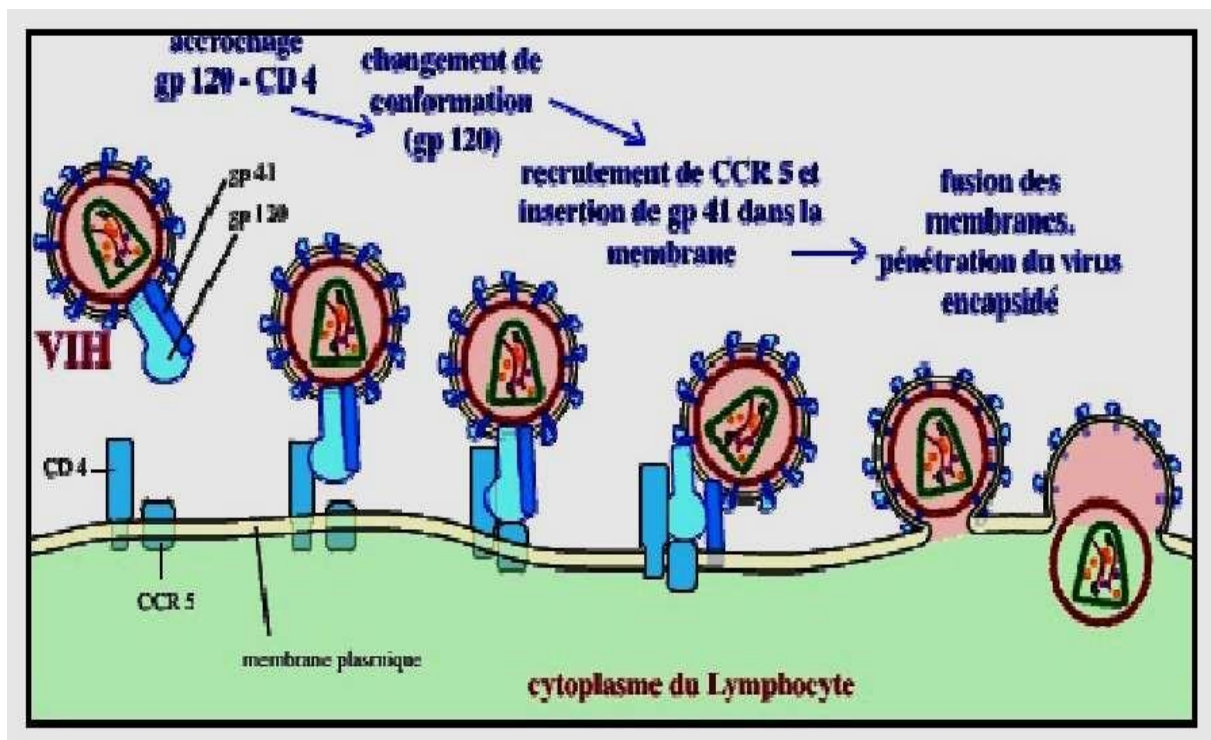
La réplication du VIH dans l'organisme de l'homme a lieu dans de nombreux tissus (ganglions lymphatiques, cerveau, muscles, etc.) et /ou liquides biologiques (sang, liquide broncho-alvéolaire, etc.), dans lesquels on retrouve les cellules cibles du VIH. L'infection des cellules cibles explique la baisse élective de l'immunité liée à la disparition des lymphocytes CD4 et des macrophages, ainsi que le tropisme particulier du virus pour les ganglions et le système nerveux central. Les organes lympho qui sont le siège de la production et de la maturation des cellules du système immunitaire, sont ainsi atteints, dans les stades précoces de l'infection.

Malgré la réponse immunitaire du sujet infecté, l'infection par le VIH est chronique

:

Le VIH a la capacité de se répliquer constamment dans l'organisme, et sa grande variabilité génétique lui permet d'échapper à la réponse immunitaire. La réplication constante du VIH est considérée comme responsable de la disparition progressive des lymphocytes T CD4 par des mécanismes directs (destruction des cellules infectées) et indirects. Les lymphocytes T progressivement détruits sont d'abord rapidement renouvelés, jusqu'à ce que l'altération des organes lymphocytes centraux ne permette plus leur régénération. L'activation chronique des cellules immunocompétentes induite par la persistance du VIH dans l'organisme serait également impliquée dans l'évolution vers un déficit immunitaire profond. Ce dernier permet l'émergence d'infections opportunistes et l'évolution vers le stade du SIDA donc les étapes de la réplication se présentent comme suit :

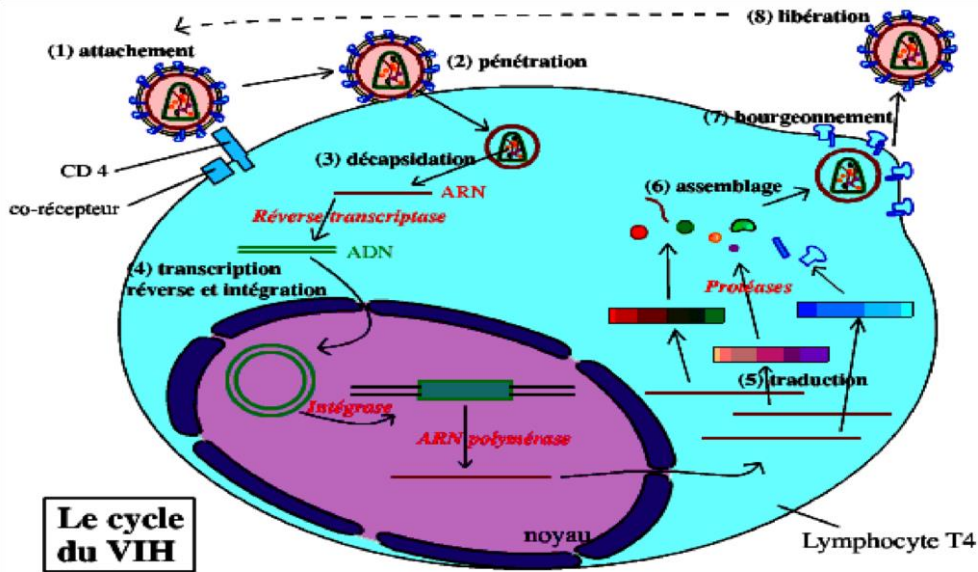
Figure 6 : Etapes d'entrée du virus dans un lymphocyte



Source : ONUSIDA (2007)

La première étape est *la fixation* (1) du virus sur le lymphocyte T4, par reconnaissance entre la protéine virale gp120 et la protéine CD4 du lymphocyte (ainsi qu'un corécepteur) étape de réplication du virus se présente comme suit :

Figure 7 : Les principales étapes de la réplication du VIH



Source : ONUSIDA (2007)

Les deux membranes (du virus et du lymphocyte) fusionnent, ce qui permet la pénétration (2) de la nucléocapside (les deux capsides + le matériel génétique, etc.) du virus dans le cytoplasme.

Les deux capsides vont alors se séparer, libérant l'ARN viral dans le cytoplasme : c'est la phase de décapsidation (3) du virus.

Grâce à la transcriptase inverse virale, l'ARN viral est rétro transcrit en ADN double brin. Cet ADN pénètre dans le noyau, et il va y avoir son intégration (4) au génome du lymphocyte. Il est ensuite transcrit en ARN.

Après avoir été transcrits par l'ARN polymérase de la cellule, les ARN messagers viraux sont traduits en trois précurseurs protéiques. Ces précurseurs sont clivés par des protéases, pour donner les différentes protéines du virus, c'est l'étape de traduction (5).

Les protéines virales et l'ARN viral sont regroupés (assemblage (6) pour reformer des virus (sans membrane). Les protéines virales membranaires sont intégrées à la membrane du lymphocyte.

Le virus bourgeonne (bourgeonnement (7), emportant un fragment de la membrane du lymphocyte.

Il va y avoir alors, une libération (8) des nouveaux virus dans le milieu extérieur. Ils peuvent infecter de nouveaux lymphocytes T4.

2.2.3.4- Grande variabilité du VIH comme particularité

Le VIH est un virus particulier du fait de sa variabilité jusqu'ici sans pareil. Celle-ci tient au processus même de la multiplication de ces virus qui sont obligés de transformer leur ARN génomique en ADN pour se localiser dans la cellule hôte. La transcriptase inverse fait particulièrement des erreurs lors de la copie de l'ARN, et provoque les mutations. Mais tous les virus ne se développent pas à la même vitesse ni avec la même intensité dans une cellule hôte, et tous n'utilisent pas les mêmes cellules pour se multiplier.

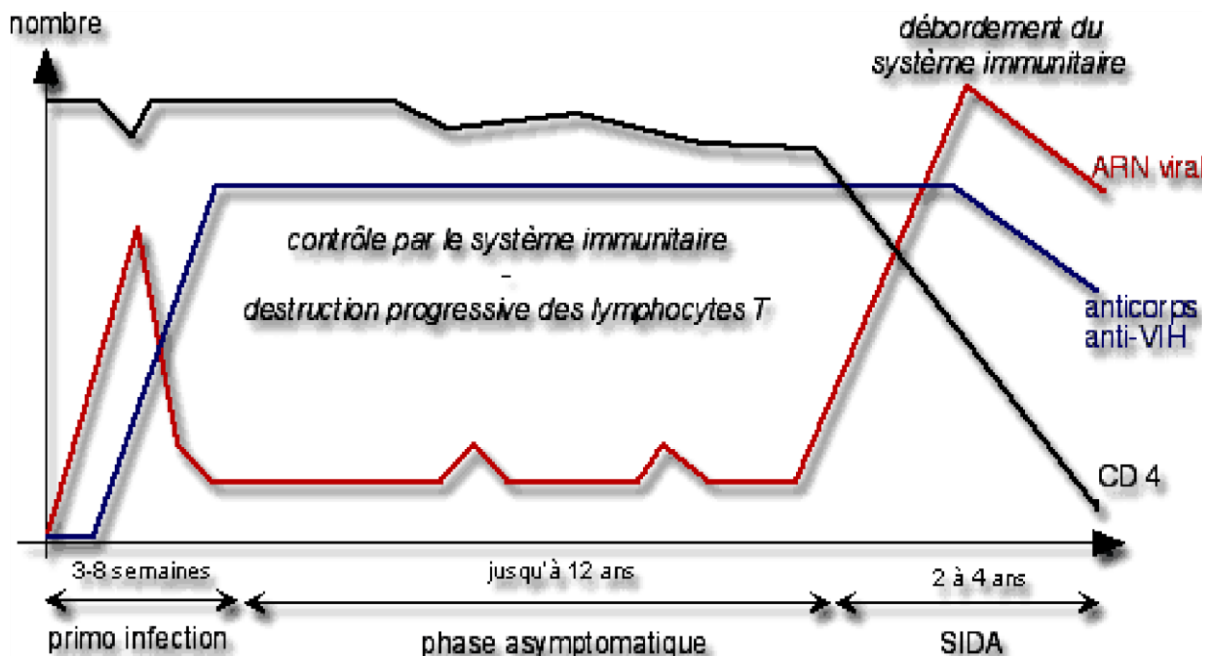
C'est pourquoi tous les VIH ne se multiplient pas de manière identique dans l'organisme. Car, au bout de quelques temps, les virus qui circulent chez une même personne peuvent être différents entre eux (2 à 3%), En effet, on remarque deux types de VIH chez l'homme : le VIH-1 et le VIH-2. Pour chaque espèce, il est possible de constater un certain nombre de sous-types, sur la base de comparaison séquentielle, pour le VIH-1, on ne compte pas moins de 9 sous-types. C'est principalement dans les régions d'Afrique de l'ouest que se localisent d'importants foyers de VIH-2. Ailleurs, il est retrouvé sporadiquement. En Europe occidentale, de façon occasionnelle. C'est au Portugal que l'infection est la plus vive, suivi de la France.

Il est important de cerner la nature du HIV-1 et celle du VIH-2 pendant les diagnostics car ils présentent des structures virologiques et cliniques différentes exigeant une prise en charge particulière pour l'un ou l'autre. Ces deux virus présentent des caractéristiques virologiques et cliniques distinctes, justifiant une prise en charge individualisée.

2.2.2.5-Evolution de l'infection virale

L'infection à VIH suit un parcours évolutif allant de la première infection ou primo infection à la phase de la maladie qui est celle dite du SIDA.

Figure 8 : Evolution des différentes phases de l'infection à VIH et variation de paramètres biologiques.



❖ La primo-infection

C'est la phase initiale des manifestations de la maladie. A cette étape, le virus se reproduit de façon intense dans les cellules mononuclées du sang et celle des ganglions. De 3 à 8 semaines après cette primo-infection, 50% à 70% d'individus développent des symptômes qui ont trait à ceux de la grippe ou de la mononucléose. Elle peut passer inaperçue et s'ensuit de signes cliniques (présence de ganglions, fièvre, malaise général, maux de tête, courbatures et douleurs articulaires, éruption cutanée, ulcérations des muqueuses), puis disparaissent. Au cours de cette étape, nommée syndrome rétroviral aigu, le VIH se reproduit intensément dans l'organisme.

❖ La phase asymptomatique (latence clinique)

Après la période de primo infection, la réplication du virus dans le sang régresse et s'équilibre à un niveau selon la capacité génétique de chaque individu. Dans certains cas la quantité de virus dans le sang reste faible. C'est-à-dire les personnes dont le patrimoine immunitaire reste à peu près inchangé après 10 ans, représentent environ 10%. Généralement, la quantité de virus progresse dans le sang et le nombre de

lymphocytes T-CD4 baisse sur des périodes pouvant aller de 3 à 12 ans. La phase de séroposivité asymptomatique clinique correspond à la période durant laquelle les manifestations toxiques du virus restent apparemment contrôlées par l'organisme, plus spécifiquement par le système immunitaire.

❖ *La phase symptomatique/infections opportunistes (SIDA)*

La destruction lymphocytaire est compensée par la fabrication de nouvelles cellules T CD4 jusqu'à ce que la chaîne de compensation se dissout sous la poussée de la reproduction virale, d'où la manifestation du VIH. Cette progression de l'infection se traduit par l'apparition de pathologies plus ou moins négligeables. Certaines maladies comme (dermite séborrhéique, zona, herpès, candidoses oropharyngée). D'autres lésions sont plus spécifiques (leucoplasie chevelue de la langue). Le système immunitaire se dégrade progressivement. Il se trouve incapable de jouer son rôle de défense.

2.2.4. Prise en charge du traitement antirétroviral

Cette partie est consacrée aux traitements pharmacologiques utilisés chez les PVVS. Après avoir vu la pharmacologie des antirétroviraux, nous aborderons les schémas thérapeutiques actuels de dispensation, et enfin à quel moment il faut débiter un traitement antirétroviral.

2.2.4.1-Les origines du traitement antirétroviral

La monothérapie antirétrovirale a commencé en 1987 avec la découverte de la Zidovudine (AZT). Les résultats spectaculaires ont fait naître un espoir qui s'est vite estompé par l'apparition des résistances. La Didanosine (DDI) découverte en 1992 a permis de faire la bithérapie mais les résultats se sont avérés décevants. Il y a moins de 10 ans, une PVVIH/SIDA n'avait aucun espoir. L'infection par le VIH conduisait à une dégradation inexorable de l'état de santé pour aboutir à la destruction complète du système immunitaire et à la mort.

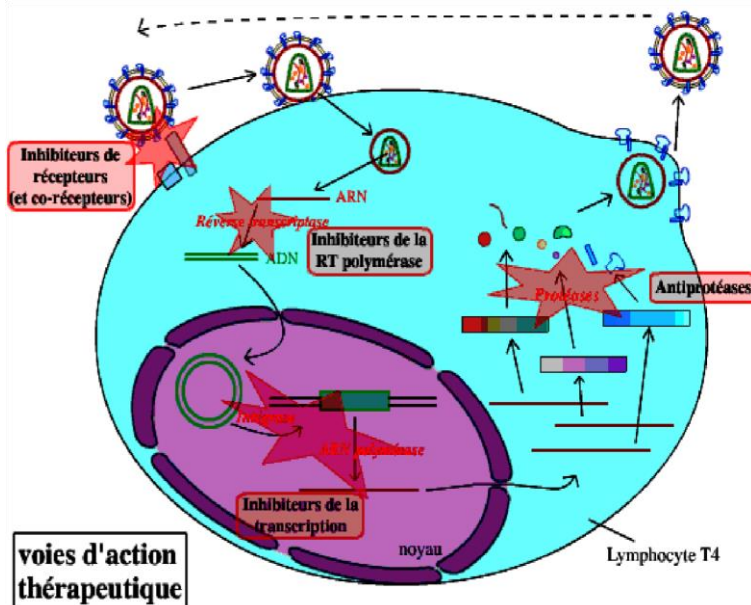
L'introduction des trithérapies en 1996 a donné beaucoup d'espoir à des milliers de personnes vivants avec le VIH. Les molécules antirétrovirales associées entre elles ont permis d'améliorer de façon spectaculaire le pronostic vital. En effet, sans guérir la

maladie, les ARV ont permis de réduire la mortalité et la morbidité et d'améliorer la qualité de vie de nombreuses PVVIH/SIDA. Les ARV ont fait passer le SIDA du statut de maladie mortelle à celui de maladie chronique avec un espoir de survie très prolongée. C'est un traitement à vie, qui nécessite une excellente observance de la part des patients et un suivi intensif de la part du personnel soignant (OMS, 2002).

2.2.4.2- La composition pharmacologique des antirétroviraux (ARV)

Depuis la découverte du VIH, d'importants efforts ont été déployés pour trouver des médicaments empêchant la réplication virale. Ces dix dernières années, les médicaments anti rétroviraux sont devenus de puissantes armes de lutte contre le VIH en inhibant sa réplication. Ce sous-titre est uniquement consacré aux différentes propositions des schémas pharmacologiques utilisés chez les patients séropositifs dans le monde, mais avec un accent particulier sur les spécificités du Cameroun où selon ONU/SIDA (2009) le nombre de personnes infectées était estimé en 2014 à 690732 avec 131531 personnes sous ARV. Pour bien évoquer notre problématique, une brève présentation de la pharmacocinétique des antirétroviraux semble nécessaire pour la compréhension de ses principes actifs qui rendent compte des réactions selon les différentes classes d'ARV. Pour plus d'éclaircis, nous aborderons aussi les schémas thérapeutiques actualisés et leur mode d'action.

Figure 9 : Schémas des voies d'action thérapeutique des ARV



Source : ONU/SIDA (2009)

Le traitement de l'infection à VIH a pour objectif la réduction maximale de la réplication virale, garant principal de la durabilité de l'effet antirétroviral, de la restauration des fonctions immunitaires et de l'absence de développement de la résistance du virus en présence de médicaments antirétroviraux. Dans cette perspective, force est de signaler que les médicaments antirétroviraux sont regroupés en cinq classes pharmacologiques. Au sein d'une même classe, les caractéristiques pharmacodynamiques (mécanisme d'action sur la cible virale) et pharmacocinétiques (en particulier les voies d'élimination) sont souvent proches. Les caractéristiques pharmacocinétiques (c'est-à-dire absorption, distribution et élimination) conditionnent le niveau d'exposition dans l'organisme. La connaissance de ces propriétés permet d'optimiser le traitement au regard de la puissance virologique de la molécule et des interactions médicamenteuses entre antirétroviraux. La relation concentration-effet, démontrée pour certains de ces médicaments, permet de proposer dans certaines circonstances une individualisation de la posologie avec l'aide du suivi thérapeutique pharmacologique.

2.2.4.3. Classification pharmacocinétique des antirétroviraux

Différentes classes d'ARV peuvent être recensées à travers le monde. Parmi elles, nous en distinguons trois principales classes à savoir les inhibiteurs nucléosidiques et nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI ou INRT), les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI ou INNRT) et les inhibiteurs de protéase (IP).

❖ Les inhibiteurs nucléosidiques et nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI).

Ce sont les inhibiteurs qui bloquent la reverse transcriptase de façon compétitive (analogues). Ils sont donc des prodrogues d'analogues des substrats de l'enzyme. Seuls leurs dérivés triphosphorylés dans la cellule sont actifs. Le ténofovir est l'unique représentant des analogues nucléotidiques, il est diphosphorylé par la cellule. La biodisponibilité des INTI est en général bonne (excepté pour le ténofovir, pour lequel des artifices chimiques et galéniques tendent à l'améliorer). Ils sont peu fixés aux protéines plasmatiques et éliminés dans les urines sous forme inchangée, sauf la zidovudine et l'abacavir qui sont en partie

glucuroconjugués et la didanosine éliminée pour partie en hypoxanthine (base azotée à base purique de formule 6-oxypurine ; son nucléoside associé est par ailleurs appelé inosine). Tous les INTI sauf la zidovudine et la stavudine ont des caractéristiques pharmacocinétiques leur permettant d'être administrés en une prise par jour.

Dans le principe de leur mécanisme d'action, force est de souligner que cette génération d'ARV agit par inhibition compétitive du nucléoside dont ils sont analogues. En effet, dans leur variance nudotidique, il s'agit de médicaments fonctionnant de la même manière que les INTI mais qui possèdent déjà une phosphorylation. Leur demi-vie intracellulaire est beaucoup plus longue que les INTI de type nudosidique. Le seul représentant actuel de cette classe est le Tenofovir, son élimination est rénale et responsable de toxicité tubulaire.

❖ **Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)**

Cette classe d'inhibiteurs bloque la reverse transcriptase de façon non compétitive. Ce sont donc des inhibiteurs allostériques qui ont pour principales caractéristiques d'avoir une demi-vie prolongée (> 25 heures), d'être éliminés par les cytochromes P450 (CYP) hépatiques et de posséder des propriétés inductrices enzymatiques. On retiendra ici que dans leur mécanisme d'action, ils inhibent la transcriptase inverse du VIH-1 par liaison directe en perturbant le cycle catalytique de l'enzyme. Ce sont des molécules qui n'ont pas besoin de bioactivation ils sont directement actifs sur un site proche du site actif de la transcriptase reverse différent de celui des INTI. Ils inhibent la transcriptase inverse du VIH-1 par liaison directe en perturbant le site catalytique de l'enzyme. De même, ils sont source d'un développement fréquent de mutants résistants. Ils peuvent être associés avec les INTI.

❖ **Les inhibiteurs de la protéase (IP) qui bloquent la protéase**

Ce sont les inhibiteurs qui bloquent la protéase. En effet, parmi les IP du VIH, le ritonavir est un inhibiteur puissant du CYP3A. Administré à faible dose (100 mg ou 200 mg, 1 à 2 fois par jour), il augmente de façon importante les concentrations plasmatiques (voir plus loin) des IP associés. Associés au ritonavir (IP/r) les IP ont une demi-vie comprise entre 7 et 13 heures. Certains IP, en particulier le tipranavir, sont par ailleurs

inducteurs des enzymes et/ou transporteurs. La prise des IP/r en présence d'un repas augmente leurs concentrations et est donc recommandée.

Comme on peut le constater, les INTI et INNTI agissent en inhibant la transcriptase inverse, enzyme responsable de la transcription de l'ARN virale en ADN. Les IP, quant à eux, agissent en inhibant la protéase, une enzyme clé dans la maturation des virions. Dans leur fonctionnement, les IP sont des productions de particules virales immatures et non infectieuses dont les mécanismes d'actions bloquent l'extension de l'infection aux cellules naïves. Ce sont donc des inhibiteurs compétitifs de la protéase virale qui favorisent la formation de virions défectueux non infectieux. Leurs actions à un stade tardif de la réplication virale portent sur les macrophages, un important réservoir viral.

2.2.4.3. Critères de mise sous traitement ARV

La monothérapie et la bithérapie ne sont plus de mise à l'heure actuelle et ne doivent donc plus être prescrites dans le traitement de l'infection à VIH. En effet, elles n'améliorent ni la survie, ni la qualité de vie à long terme. De plus, elles risquent d'entraîner rapidement l'émergence de souches résistantes. A ce titre, le traitement aux ARV doit être contre indiqué devant une affection clinique au stade terminal ou en présence de troubles neuropsychiatriques graves ou chroniques à l'exception de la démence et de l'encéphalopathie liées au VIH.

Toutefois, il est important de noter que le traitement aux ARV n'est pas une urgence. Au plan clinique, il est essentiel de rechercher une infection intercurrente dont le traitement peut, dans certains cas, précéder et/ou interférer avec la mise sous traitement et conditionner le choix des molécules. Ainsi, toute infection aiguë doit d'abord être contrôlée avant de commencer le traitement aux ARV. En effet, les ARV sont fournis aux patients en fonction de leur niveau d'immunité, appelé techniquement CD4. Si l'on s'en réfère aux dispositions de l'Organisation mondiale de la santé, tous les malades ne sont pas mis sous traitement, cependant, tous les patients ayant un CD4 inférieur ou égal à 350 peuvent être traités. Après ce bilan, en « Consultation », il est établi un dossier médical pour les patients sélectionnés. Ce dossier comprend des données sociodémographiques, avec la situation du lieu de résidence du malade. Ainsi, son suivi peut être assuré par les Agents de relais communautaire (Arc), chargés de faire

des enquêtes sur sa vie sociale. Une fois le dossier sur pied, le comité thérapeutique regroupant les prescripteurs de l'hôpital (médecins, psychologues, infirmières, agents de relais communautaires, techniciens de laboratoire, assistants sociaux et commis de pharmacie) se réunit décide du protocole de traitement à appliquer au malade.

Il importe de préciser ici que dans toutes les UPEC, toute décision de mise sous traitement doit être précédée d'une éducation thérapeutique du patient ; compte tenu du fait que le défaut d'observance est la cause principale des échecs thérapeutiques, le patient doit être préparé avant que le traitement ne soit débuté.

2.2.5. Schémas thérapeutique et mécanismes d'action des médicaments

Au niveau international, le Cameroun bénéficie du support d'un certain nombre de bailleurs bilatéraux et multilatéraux.

Au niveau national, le choix des ARV est décidé par le personnel des Unités de Prise en Charge (UPEC) et/ou Centre de Traitement Agréé (CTA) en fonction des lignes thérapeutiques déterminées par des experts. Celles-ci tiennent compte de l'efficacité, de la tolérance et du coût de ces molécules. Pour ces raisons, les ARV génériques et les formes combinées sont choisis de façon préférentielle. C'est dans cette perspective que des initiatives de traitement supervisées par le CNLS et coordonnées à travers le Ministère de la Santé suivant le plan national d'accès au traitement, permettent à l'heure actuelle de soutenir l'accès au traitement ARV avec un principe d'égalité des soins à toute la population camerounaise.

2.2.5.1. Principe de sélection des régimes

Le principe de l'association de plusieurs ARV repose sur la nécessité d'obtenir un blocage puissant de la multiplication ; il est donc nécessaire :

- soit de bloquer la multiplication à plusieurs niveaux : reverse transcriptase et protéase : c'est le cas de l'association d'INRT et d'IP ;
- soit de bloquer un même niveau mais de façon différente et complémentaire : c'est le cas de l'association d'INRT et d'INNRT.

Il est en effet indispensable de bloquer complètement la multiplication du VIH car toute multiplication résiduelle alors que le médicament est présent dans le sang va entraîner la sélection de souches résistantes que le virus développe pour sa survie. On appelle trithérapie l'association de 3 molécules.

2.2.5.2. Principales associations

Depuis le début des années 1990 différentes trithérapies ont vu le jour, pouvant être prescrites en fonction du stade clinique, du taux de lymphocytes T CD4+ et de la charge virale. Ce traitement antirétroviral comprend actuellement trois médicaments, en général deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, associés à un inhibiteur des protéases ou à un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse, ou parfois à un troisième inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (trithérapies). Ceci donne un schéma pouvant être reproduit par les formules suivantes :

- 2 INRT + 1 INNRT (schéma de 1^{ère} ligne)

Ou

- 2 INRT + 1 IP (schéma de 2^{ème} ligne)

L'association 3 INRT est possible mais du fait d'une moindre puissance ne devrait être retenue qu'en cas d'extrême nécessité ou après avis spécialisé. En effet, tout patient VIH positif ne nécessite pas d'être mis sous traitement ARV. En effet, dans la période qui suit la primo-infection, le taux de CD4 et le niveau de la charge virale vont se mettre en plateau pendant une période plus ou moins longue. Il existe alors un état d'équilibre entre l'organisme et le virus qui résulte de l'action efficace des moyens de défense du système immunitaire. Cependant, à long cours et souvent hâté par des infections intercurrentes, le VIH va se multiplier progressivement, infecter de plus en plus les CD4 et rompre l'équilibre existant.

C'est à partir de ce moment qu'on note une montée progressive de la charge virale et une baisse régulière du taux de CD4. C'est alors qu'il convient d'instaurer un traitement pour bloquer artificiellement la multiplication du virus.

2.2.5.3. Les critères d'éligibilité

Nous tenons à souligner qu'il n'y a pas de critère précis pour tous les patients fixant le début d'un traitement antirétroviral : cette décision doit être adaptée à chaque patient au cours d'un comité thérapeutique. Il existe tout de même quelques critères basés sur le nombre de lymphocytes T CD4. Ainsi, lorsqu'un séropositif a un taux de CD4 supérieur à $350/\text{mm}^3$, il n'est pas nécessaire de commencer un traitement. Mais, sous la barre des $350/\text{mm}^3$, il est impératif de commencer un traitement. Le nombre de CD4 par rapport au nombre total de lymphocytes est également des critères.

L'initiation du traitement ARV dépend de trois critères : le stade clinique, le stade immunologique et surtout le statut social vu l'impact majeur de ce point sur l'adhérence. Grâce à une anamnèse précise et un examen complet du patient, le clinicien stadifie le patient en se basant sur la classification de l'OMS. Cette classification reprend deux types d'arguments permettant de définir un stade : des arguments rétrospectifs et d'autres arguments présents lors de l'examen. Etant donné les implications importantes du stade clinique dans la décision thérapeutique, il convient d'appréhender les arguments rétrospectifs avec la plus grande prudence.

Force est ici de préciser qu'une fois le traitement ARV initié, la prise en charge comporte non seulement la mesure de l'efficacité et l'efficience de ce dernier spécifiquement sur des marqueurs biologiques, mais aussi la surveillance clinique des effets secondaires indésirables, l'accompagnement de la bonne observance et son optimisation on remarque un contrôle entre 8 à 15 jours après l'initiation du traitement est nécessaire et aide à faire le premier bilan. C'est donc pour nous l'occasion de parler des effets secondaires suivant les groupes d'inhibiteurs.

2.2.5.4. Les stratégies thérapeutiques actuelles

Le traitement antirétroviral des PVVS est contraignant, complexe et implique la prise en compte de nombreux facteurs pour son efficience et son efficacité. Le principe d'action de ce traitement serait de baisser la mortalité et la morbidité grâce à la prévention et/à la restauration du déficit immunitaire causé par le VIH.

Or, les traitements antirétroviraux eux-mêmes exposent à une morbidité propre, notamment à moyen et long terme, même si le rapport bénéfice/risque reste très en faveur d'un traitement. C'est dans cet ordre d'idée que les schémas thérapeutiques des ARV ont

changé au cours des temps. La trithérapie par **2INTI + 1 Inhibiteur de protéase** ou **2 INTI + 1 inhibiteur non nucléosidique** ou **3 INTI** est actuellement la principale recommandation.

Tableau 8

Protocole recommandé de première ligne dispensé au Cameroun.

TAR de première intention	Schémas thérapeutiques de première intention privilégiés	Schémas thérapeutiques de première intention de remplacement^{a,b}
Chez l'adulte (y compris chez la femme enceinte et la femme allaitante au sein ainsi que chez l'adulte présentant une co-infection par la tuberculose ou le VIH)		AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + NVP TDF + 3TC (ou FTC) + NVP
	TDF + 3TC (ou FTC) + EFV	AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + NVP TDF + 3TC (ou FTC) + NVP ABC + 3TC + EFV (ou NVP)
Chez l'adolescent (âgé de 10 à 19 ans) ≥ 35kg		

Source : CNLS (2014)

Le tableau 8 met en relief le Protocole recommandé de première ligne dispensé au Cameroun. Dans les directives de la surveillance de la prise en charge thérapeutique du VIH de deuxième génération, sont indiquées des méthodes spécifiques pouvant permettre de développer et d'améliorer les réponses liées au traitement antirétroviral.

Tableau 9*Protocole recommandé de deuxième ligne dispensé au Cameroun.*

Population cible		Schéma thérapeutique antirétroviral de deuxième intention privilégié chez l'adulte et l'adolescent	
Adulte et adolescent (≥ 10 ans)	Si le TAR de première intention contenait du d4T ou de l'AZT		TDF + 3TC (ou FTC) + ATV/r ou LPV/r
	Si le TAR de première intention contenait du TDF		AZT + 3TC + ATV/r ou LPV/r
Femme enceinte	Même schémas thérapeutiques que ceux recommandés chez l'adulte et l'adolescent		
Co-infection par le VIH et la tuberculose	Si la rifampicine est disponible	Schémas thérapeutiques standard contenant un IP, identiques à ceux recommandés chez l'adulte et l'adolescent	
	Si la rifampicine n'est pas disponible	Même base d'INTI que celle recommandée chez l'adulte et l'adolescent double dos de LPV/r (c'est-à-dire LPV/r 800 mg/200 mg deux fois par jour) ou une dose standard de LPV avec une dose ajustée de RTV (c'est-à-dire LPV/r 400 mg/400 mg deux fois par jour).	
Co-infection par le VIH et le VHB	AZT + TDF + 3TC (ou FTC) + (ATV/r ou LPV/r)		

Source : CNLS (2014)

En cas de non observance ou d'intolérance aux trithérapies précédentes, les bithérapies associant 2INTI peuvent être envisagées : Chez certains individus ayant une charge virale faible avec des CD4 peu ou pas diminués. Mais l'efficacité de ces bithérapies est remise en cause cependant. D'autres schémas spécifiques sont sollicités en cas d'échec thérapeutique avec les associations précédentes. Ce changement de protocole initial dans les schémas thérapeutiques recommandés doit tenir compte non seulement de l'efficacité virologique, mais aussi de la posologie et des effets indésirables à long terme. Ainsi, l'utilisation du Ritonavir à faible dose associé à un inhibiteur de protéase (Kaletra) permet de simplifier les schémas thérapeutiques en optimisant la

pharmacocinétique de l'inhibiteur de protéase, on dit alors que le Ritonavir a un effet « **booster** » selon Delfraissy (2002). Cette association à long terme favorise l'apparition des troubles métaboliques.

En dépit des « *schémas thérapeutiques* », le choix d'un traitement ARV reste très dépendant de certains critères propres au patient. C'est-à-dire du bilan pré-thérapeutique de chacun en association avec les critères suivants :

- Situation clinique (SIDA ou non) et viro-immunologique ;
- Résistances virologiques acquises (histoire thérapeutique, génotypage) ;
- Toxicité spécifique ou croisée des molécules ;
- Difficultés d'observance présumées : risque cardio-vasculaire, antécédents hépatiques, mode de vie ;
- Eventuelle co-infection avec une hépatite.

L'immunothérapie se manifeste lorsque les lymphocytes T4 tardent à remonter. Dans ce cas il faut stimuler leur croissance par Macrolin.

En France, ce traitement est disponible en autorisation temporaire d'utilisation de cohorte à partir du moment où le patient a une charge virale basse et des $CD4 < 200/m^3$ malgré environ six mois de multithérapie sous trithérapie comportant un inhibiteur de protéase. Cependant ce schéma thérapeutique est contraignant, une injection 2 fois/jour pendant cinq jours, ensuite toutes les 6 semaines jusqu'à la 24^{ième}, puis toutes les 8 semaines.

Quand débiter un traitement ARV ?

Selon le rapport Delfraissy (2002), la prescription des ARV épouse deux aspects qui sont :

- Le taux de Lymphocytes T CD4
- La charge virale plasmatique.

Il n'y a pas de bénéfices indispensables à débiter la trithérapie lorsque le nombre de **lymphocytes T CD4** reste supérieur à **350/mm³** et qu'il convient, en revanche, de

commencer impérativement le traitement quand ce taux est inférieur ou égal à 200/mm³. Un pourcentage de lymphocytes CD4 inférieur à 15% des lymphocytes totaux est considéré comme une situation à risques de contracter une infection opportuniste. Par contre lorsque la charge virale est supérieure à 100 000 copies/ml, quel que soit le taux de CD4 la prescription de la trithérapie doit être envisagée.

Le choix du moment et des modalités du premier traitement antirétroviral dépend donc de l'état clinique et virologique de chaque asymptotique régulièrement suivi ou chez un patient pris en charge au stade de l'infection par suite d'une infection, particulièrement à l'occasion d'une infection opportuniste. La décision de débiter un premier traitement ARV doit être individualisé en tenant compte et mettre la résultante des bénéfices escomptés (restauration immunitaire et réduction des morbidités et mortalités induites par l'infection) et les risques encourus (complications à long terme des traitements). La capacité du patient à assumer une observance. Cependant, la réponse à la question : « *Quand débiter un traitement ARV ?* » peut être expliquée par le tableau suivant évoquant trois types de situations cliniques pouvant être personnalisées.

Tableau 10

Quand débiter un traitement ARV chez l'adulte et chez l'adolescent ?

Population cible	Recommandation
Infection à VIH sévère ou un stade avancé (stade clinique de l'OMS 3 ou 4)	Mettre en route un TAR toute personne, quel que soit le nombre de CD4
Infection à VIH (stade clinique de l'OMS 1 ou 2)	Mettre en route un TAR si le nombre de CD4 est ≤ 500 cellules/mm ³ (en priorité si le nombre de CD4 est ≤ 350 cellules/mm ³).
Tuberculose active	Mettre en route un TAR chez toute personne présentant une tuberculose active quel que soit le nombre de CD4a [pas de changement par rapport aux recommandations de 2010].
Co-infection par le VHB	Mettre en route un TAR chez toute personne dont le nombre de CD4 est ≤ 500 cellules/mm ³ et quel que soit le nombre de CD4 en cas de pathologie hépatique chronique sévère b.
Couple sérodiscordant	Proposer un TAR à tout partenaire infecté par le VIH quel que soit le nombre de CD4 (afin de réduire le risque de transmission du VIH au partenaire non infecté) [Recommandation existante de 2012].

Source : CNLS (2014)

2.2.6. Les effets secondaires des ARV

La prise des traitements ARV en termes de temps s'accompagne de plusieurs complications qu'il faut commencer à envisager après plus de 4 ans de prescription des ARV. En effet, aussi appelés effets secondaires ou « *effets intolérables* ». Il s'agit de toute réaction nocive et non recherchée (éruptions, diarrhées, vertiges, fatigue, etc.) survenant de façon fortuite chez certaines personnes soumises à un traitement par un ou plusieurs médicaments à des fins thérapeutiques, prophylactiques ou diagnostiques. On peut les classer en plusieurs catégories selon l'organe touché et en fonction de leur survenue précoce, à court et/ou à long terme dans le processus de traitement. Dans le présent travail, nous les regroupons par type d'inhibiteurs.

Tableau 11

Types de toxicités associées aux antirétroviraux de première, deuxième et troisième intention

ARV	Principaux types de toxicité	Facteurs de risque	Suggestions pour la prise en charge
ABC	Réaction d'hypersensibilité	Présence de l'allèle HLA-B*5701	Si l'ABC est utilisé dans un TAR de première intention, substituer par du TDF ou de l'AZT ou du d4T Si l'ABC est utilisé dans un TAR de deuxième intention, substituer par du TDF
ATV/r	Anomalies à l'électrocardiogramme (allongement de l'espace PR) Hyperbilirubinémie indirecte (ictère clinique) Lithiase rénale et risque de prématurité	Anomalie de la conduction préexistante Utilisation concomitante d'autres médicaments susceptibles d'allonger l'espace PR Pathologie hépatique sous-jacente Co-infection par le VHB ou le VHC Utilisation concomitante de médicaments hépatotoxiques Facteur de risque inconnu	LPV/r ou DRV/r. En cas de contre-indication aux IP potentialisés et d'échec des INNTI dans un TAR de première intention, envisager l'utilisation d'inhibiteurs de l'intégrase.
AZT	Anémie, neutropénie, myopathie, lipoatrophie ou lipodystrophie Acidose lactique ou hépatomégalie sévère avec stéatose	Anémie ou neutropénie avant la mise en route du traitement CD4 200 cellules/mm ³ IMC (ou poids 75kg) exposition prolongée à des analogues nucléosidiques	Si l'AZT est utilisée dans un TAR de première intention, substituer par du TDF ou de l'ABC Si l'AZT est utilisée dans un TAR de deuxième intention, substituer par du d4T.
ETV	Réaction cutanée et réaction d'hypersensibilité sévères	Facteurs de risque inconnus	Les options disponibles sont limitées

Source : CNLS (2010)

2.2.6.1. Les effets secondaires des INTI

Toxicité mitochondriale : inhibition de l'ADN polymérase

- Diminution ADN mitochondrial ;
- Métabolisme cellulaire anaérobie ;
- Production de lactates ;
- Hyperlactatémie: myalgie, pancréatites, lipoatrophie, neuropathies périphériques... selon l'organe touché.

Ce groupe d'effets secondaires peut provoquer des complications majeures de type : Acidose lactique avec hépatomégalie et stéatose hépatique (encombrement hépatique par de la graisse) visible cliniquement par le développement des pathologies comme des hépatites A, B, C etc.

On peut aussi noter ici des symptômes tels que : fatigue, douleur, céphalée, éruption cutanée, fièvre, insomnie, paresthésies, vertiges, etc. Les effets indésirables spécifiques induits dans cette catégorie peuvent se résumer ainsi qu'il suit :

- Zidovudine ou **AZT** : anémie CI : Hb<7,5g /100ml) (, neutropénie, thrombopénie, Neutrophiles < 750 /mm³)
- Didanosine ou **DDI** : pancréatites 3% (risque vital), Neuropathies périphériques (15%)
- Lamivudine ou **3TC** : mieux toléré, neutropénie.
- Abacavir : hypersensibilité (4 à 5%)
- Ténofovir ou **TDF** : néphortoxicité : hypophorémie, élévation de la créatinine (IR)

2.2.6.2. Les effets secondaires des INNTI

De manière générale, les INNTI présentent fondamentalement deux types de toxicité : Toxicité cutanée ++ : éruption cutanées syndrome de Lyell ou Stevens-Johnson
Toxicité hépatique ++ : augmentation des transaminases. Toutefois, pour les besoins de synthèse, il nous semble justifier de les présenter dans leur spécificité selon les

molécules qui les composent. Ainsi, pour ce groupe de molécules, les effets secondaires spécifiques peuvent se comprendre comme suit :

- Viramune : Syndrome de Lyell Ictères, IH Granulocytopenie Signes d'HS ++ : éruption cutanée, fièvre, cloque sur la peau, plaies buccales, inflammation des yeux, gonflement du visage, œdèmes, myalgies, arthralgies, malaise général, signes hématologiques urgence, arrêter le traitement.
- Substiva Troubles neurologiques : vertiges, insomnie, somnolence, trouble de la concentration, perturbation des rêves, cauchemars, trouble de l'humeur, idées suicidaires, comportement coléreux, dépression (signes disparaissant progressivement sur 2 à 4 semaines).
- Rescriptor Rash cutané maculopapulaire avec prurit, érythème, fièvre, Nausées, maux de tête, diarrhées, fatigabilité, Toxicité hépatique, rénale, anémie, neutropénie, thrombocytopenie ▪ Intérence Toxicité cutanée (ONUSIDA, 2014).

2.2.6.3. Les effets secondaires des IP

Selon l'OMS (2002), les IP sont tous responsables d'effets indésirables propres qui consistent en lipodystrophies (mauvaise répartition des graisses avec fonte du tissu adipeux sous-cutané du visage et des membres et augmentation de la graisse viscérale) et de troubles métaboliques lipidiques et glycémiques. Ceci pourrait se traduire par une augmentation du risque cardiovasculaire à plus long terme même si on ne peut écarter un effet direct pathogène à long-terme du VIH. Effets indésirables Trouble digestifs ++ : N + V + D + spasmes Asthénie Eruptions cutanées : Telzir, viracep Lipodystrophies et trouble du métabolisme lipido-glucidique : plus fréquents dans les associations avec IP mais aussi sans IP (rôle des INTI : D4t ++ Zerit), insulino-résistance, hypertriglycémie, hypercholestérolémie, intolérance au glucose diabète type 2 Augmentation du risque cardiovasculaire.

2.2.7. Observance contre inobservance

Le constat d'une discordance entre la prescription médicale et les conduites réelles des patients ne devrait relever du champ des sciences sociales car, il est structurellement inscrit dans les conditions de la relation médecin/malade. A ce titre, l'observance met en jeu pour l'individu des notions de santé personnelle, de perception de

santé, de liberté, d'identité et de rapport au monde des soignants. De même, l'observance vise les questions d'efficacité grandissante des traitements et de rigueur des essais thérapeutiques qui sont liés à la recherche, au contrôle économique et politique des pratiques médicales dans le but d'augmenter l'espérance de vie, le bien-être des patients, d'améliorer le fonctionnement social, de diminuer le coût des traitements et en ce qui concerne plus particulièrement le VIH de diminuer les risques de mutations virales et de résistance au traitement.

Dans le domaine du VIH, selon les travaux, on estime qu'entre 20 et 40% des personnes traitées ne prendraient pas régulièrement leurs médicaments. L'incidence d'observance dans les thérapies antirétrovirales est de ce fait de l'ordre de 26 à 94% (Besch, 1995 ; Muma et al., 1995). Ces valeurs montrent à suffisance qu'alors qu'il existe une prophylaxie simple et efficace de la pneumocystose, 20,2% des patients selon Muzenberger et al. (1997) passent au stade avéré de Sida à cause de cette infection opportuniste.

En France par exemple, il ressort de l'enquête du Comité Français d'Education à la Santé en 1994 que les difficultés d'observance des prescriptions médicales par la population générale sont une préoccupation de santé publique. Les données de cette enquête montrent qu'il existe environ 60% d'automédication et 58% des patients qui modifient de leur propre gré, les prescriptions médicales. Il s'en suit que ces modifications qui se font à l'insu du médecin et sans que ce dernier puisse exercer un quelconque contrôle quant à la prise réelle sont susceptibles de réduire l'efficacité des protocoles en vigueur.

Selon le type d'étude, le collectif étudié et les méthodes de mesures employées, l'observance varie de 13 à 93%. Cette grande variabilité permet de comprendre l'intérêt porté depuis plusieurs années à l'évaluation de ce paramètre dans les essais cliniques aussi bien que dans la pratique quotidienne. Ainsi, le développement des pathologies chroniques impliquant des traitements de longue durée peut-être à l'origine de la problématique du non-respect par les patients des protocoles et/ou des régimes thérapeutiques prescrits. Ce non-respect représente selon Duran et al. (2001) le problème le plus sérieux auquel la pratique médicale moderne doit faire face.

Sackett et al. (1996) soutiennent par exemple que le chiffre de 30% des patients suivant « *correctement* » leurs prescriptions médicales, 20 à 50% de non-respect des rendez-vous médicaux et 50% seulement d'observance partielle du régime thérapeutique. C'est tout le sens de Blackwell (1973), lorsqu'il postule que chaque patient est une personne potentiellement non-observante, l'observance n'étant jamais acquise totalement. Ce qui permet de croire selon cet auteur qu'il existe une gradation des formes de non-observance.

Munzenberger, Souville, Morin et Moatti (1996) soutiennent quant à eux que ces formes de progressions vont des arrêts définitifs qui sont la forme de non-observance la plus aigüe avec des comportements non-observants les plus visibles comme les « *perdus de vue* » aux prises groupées caractérisées par les comportements moins fréquents avec une prise de la totalité des médicaments en une ou deux prises par jour au lieu de trois. Pour ces auteurs, ces deux formes aux extrémités sont respectivement entourées des arrêts momentanés plus difficiles à mesurer pour le médecin car, ils relèvent des comportements décidés par les patients de ne pas prendre le traitement pendant quelques jours voire, quelques semaines et des oublis considérés comme les comportements les plus fréquents et difficilement visibles pour le médecin.

L'analyse des composantes comportementales de cette gradation soulève deux faits majeurs. Elle permet de préciser en premier lieu que les arrêts momentanés montrent particulièrement la difficulté des patients sous ARV à suivre un traitement et d'y croire avec la même conviction qui avait motivé au départ l'acceptation de ce dernier. En effet, ces patients ont du mal à comprendre l'intérêt du traitement et s'opposent au pouvoir du médecin ou ne souhaitent pas se soigner du fait par exemple de la présence d'un état dépressif. Par ailleurs, s'il est admis que les prises groupées sont également décelées chez ces derniers, il n'en demeure pas moins vrai qu'elles sont fréquentes chez le patient jouissant de toute sa conscience, car il décide de lui-même d'adapter la prescription initiale à sa façon de vivre. Certes, il respecte le nombre de médicaments à prendre par jour mais sans tenir compte ni des délais, encore moins des fréquences de prises.

Ces deux dimensions montrent à suffisance que l'efficacité thérapeutique définie par les médecins peut être différente de l'efficacité thérapeutique ressentie par le patient

dans la mesure où la question de l'observance ou de la non-observance est tributaire du point de vue où se place le chercheur (Baril, 1998). C'est dans cette perspective que s'inscrit Herzlich (1984), lorsqu'il soutient que les représentations qualifiées de « *profanes* » ne sont en rien réductibles aux conceptions médicales du pathologique. En effet, grâce à l'essai Delta, Munzenberger et al. (1996) ont pu constater que l'observance et/ou la non-observance n'est pas statique mais, qu'il existe une évolution de l'observance chez les patients à des moments précis de leur suivi thérapeutique. Ils rejoignent ainsi le point de vue de Blackwell (1973) qui soutenait déjà qu'il n'existe pas de patient strictement observant ou non-observant. Dès lors, l'observance d'un patient peut donc évoluer : elle n'est ni acquise pour le médecin, ni définitive pour le patient.

2.2.8. Déterminants de l'observance/ non-observance

La littérature concernant l'étude de l'observance est si abondante qu'il n'est pas possible de recenser tous les auteurs. Toutefois, il nous a semblé utile de mentionner certains éléments qui nous paraissent saillants à prendre en compte dans notre étude et sur les comportements de santé. En effet, le comportement d'observance est un phénomène dynamique qui peut varier chez un même individu en fonction de différents facteurs. La compréhension de l'observance/non-observance nécessite une approche multifactorielle intégrant différents facteurs. Dans cette étude, nous allons combiner à la fois les facteurs biomédicaux, psychologiques, environnementaux et sociaux. Ainsi, il est possible de constater qu'il existe de nombreux déterminants de l'observance et/ou de la non-observance et pour ne rien simplifier, certains auteurs se contredisent sur l'influence de ces déterminants. Dans cette partie, nous avons répertorié les déterminants qui nous semblaient être les plus importants. Ainsi, nous avons fait le choix de montrer le lien entre les facteurs liés au traitement et à la maladie, les facteurs liés au patient et également la relation médecin-patient avec l'observance thérapeutique.

2.2.8.1. Les facteurs biomédicaux

Lorsque nous parlons des facteurs biomédicaux, nous faisons allusions à ceux liés au traitement antirétroviral et à la maladie. En effet, concernant les facteurs liés au traitement et à la maladie dans la problématique de l'observance/non-observance thérapeutique, les travaux des chercheurs mettent en exergue trois principaux

déterminants : la complexité des traitements, les caractéristiques liées à la maladie et les effets indésirables.

Nous voyons que chacun de ces facteurs a un impact sur l'observance thérapeutique, et à part simplifier les traitements et les rendre moins toxiques, nous n'avons pas de réelle emprise sur ces déterminants. Néanmoins, ils sont à prendre en compte dans la gestion de l'observance du patient, c'est pourquoi nous avons choisi d'en parler ici.

➤ **La complexité des traitements**

Pour les traitements antirétroviraux, plus les effets secondaires sont fréquents, variés et la composition est efficace, plus les effets sont sévères (neuropathies, diarrhées, nausées, vomissements...), plus le traitement devient contraignant. Par ailleurs, plus un régime est simple et plus il a de chance d'être suivi. Chaque antiprotéase nécessite par jour plusieurs prises, et nécessite souvent des contraintes par rapport aux repas. Les paramètres liés aux modalités du traitement ont évidemment un poids important dans l'observance. Ainsi Greenberg (1984), qui a repris les données de 26 études, a montré d'une façon générale qu'un traitement médicamenteux comportant une prise unique ou deux prises est associé à une meilleure observance (respectivement 73% et 70%) qu'un traitement comportant trois prises (52%) et quatre prises (42%). La « chute » d'observance est très nette lorsqu'on passe de deux à trois prises (Greenberg, 1984). De plus, Stone (1979) a montré que la compliance était de 85% quand un produit était prescrit, 75% quand deux ou trois produits étaient prescrits et 65% ou moins quand plus de cinq produits étaient prescrits.

La complexité du traitement désigne toutes les contraintes de prises associées à certaines molécules. Actuellement, il existe un débat sur l'influence du nombre de prises sur l'observance. Elder et al. (1998) ont montré que les patients qui bénéficiaient d'un traitement à deux prises par jour ou moins avaient une observance supérieure à 80% et prenaient plus facilement leurs médicaments y compris lorsqu'ils étaient loin de leur domicile. Les restrictions alimentaires requises par certains médicaments sont des obstacles majorés lorsqu'ils sont doublés de contraintes horaires. Mais Wenger et al. (1999) ont démontré que l'adéquation entre le traitement et le style de vie est un facteur prédictif d'observance plus stable que le nombre de prises. Le patient a besoin de

comprendre ce qu'un traitement donné va lui imposer en termes de repas et d'horaires de prises. De plus, il sera important pour lui de savoir ce qu'il peut attendre de ce traitement, en termes d'efficacité, mais aussi d'effets secondaires, de durée et de gestion de ce traitement. Il est reconnu depuis longtemps que la compliance est difficile pour quasiment toutes les conditions et traitements, même quand le régime à suivre est simple et que le patient est reconnu malade (Blackwell, 1973).

La combinaison de thérapies qui s'applique au VIH est peut-être la plus rigoureuse, la plus exigeante et la plus implacable de tous les traitements par voie orale jamais introduite, et de plus, elle est prescrite à des patients qui ne présentent aucun symptôme apparent. Or, il est d'autant plus difficile d'accepter l'idée de prendre des médicaments quotidiennement lorsque l'on ne se sent pas malade. En raison de l'efficacité limitée dans le temps et de la courte « *demie-vie* » des antiprotéases, chacun doit être pris impérativement à des intervalles d'espace de 8 à 12 heures, cela pendant des années et peut-être à vie, cela soit pendant les repas (Saquinavir, Ritonavir, Nelfinavir) ou à jeun (Indinavir).

Ces molécules sont combinées avec deux ou plusieurs autres produits antirétroviraux, ce qui peut amener les patients à avaler beaucoup de comprimés par jour. A cela, il faut rajouter parfois la prescription d'autres traitements pour des maladies symptomatiques, ce qui va encore augmenter le nombre de comprimés à prendre quotidiennement pour les patients. Et rappelons qu'il s'agit de traitements au long cours.

Une complication supplémentaire est que les antiprotéases ont la malheureuse caractéristique de voir se développer des résistances précoces, ne serait-ce qu'après une semaine d'oubli de prise du traitement, de prises irrégulières ou de dosage inadéquat (réduction des doses). Encore plus problématique, la résistance qui se développe englobe souvent plusieurs inhibiteurs de protéase lancés sur le marché et probablement ceux qui sont en développement, ce qui réduit ainsi les options de traitement.

De la même manière, les échecs d'observance non seulement retardent la suppression virale à l'occasion d'un échec d'essai avec une combinaison particulière, mais éliminent en plus cette catégorie entière de traitement pour toujours pour cause de résistances. De plus la personne qui a développé une résistance va transmettre cette résistance du virus à toute personne qu'elle va ensuite contaminer. La conséquence est que

ce problème de compliance n'est plus un problème individuel, mais devient un problème de santé publique.

Les multi thérapies sont devenues un standard de prescription pour tous les individus séropositifs, que leur nombre de CD4 soit inférieur à 350 par mm³ de sang ou que leur charge virale soit supérieure à 5000 ou 10 000 copies par millilitre de concentration en ARN VIH plasmatique.

L'adhésion est un déterminant crucial du succès du traitement et un niveau d'adhésion de 95% est requis pour maintenir une suppression virologique. Le problème c'est que les études actuelles montrent que 40 à 60 % des patients ont un taux d'adhésion inférieur à 90%, d'autant plus que cette adhésion tend à diminuer, par effet de lassitude avec le temps.

Ces différentes observations montrent à suffisance ici que, même simplifié, pour le patient, le traitement est vécu comme contraignant dès lors qu'il est au long cours, d'autant plus qu'il réactive le fait d'être malade. L'idéal est d'arriver à inclure le traitement en fonction du style de vie du patient, afin de minimiser les oublis ou les erreurs, et de faciliter l'observance du patient.

➤ **Les caractéristiques de la maladie**

L'évaluation de l'observance est généralement plus élevée dans le cas de maladies aiguës que dans le cas de maladies chroniques surtout que dans ces dernières, le traitement est généralement perçu comme n'améliorant pas la situation ou ayant de faibles effets bénéfiques par rapport aux efforts voire sacrifices à fournir. Dans certaines maladies chroniques, les phases asymptomatiques peuvent être prépondérantes, c'est à dire que la personne ne se sent pas malade. Cela peut conduire à plus ou moins long terme à l'arrêt du traitement. Au contraire, la perception plus forte de symptômes peut entraîner une modification du traitement : la personne peut décider de l'augmenter, considérant qu'il ne fait plus suffisamment effets. Dans ce cas, une mauvaise perception peut avoir des conséquences sur l'observance au traitement.

Muzenberger et al. (1997) se sont intéressés à l'observance au cours des essais thérapeutiques dans l'infection à VIH. En effet, il est important de comprendre pourquoi

un patient est observant ou non pour que les essais thérapeutiques soient fiables. L'étude montre que les patients réagissent différemment en fonction de ce qu'ils attendent du traitement. D'un côté, les patients symptomatiques expriment une attitude positive, car le traitement est un espoir, une lutte contre la maladie, même s'il peut y avoir des effets secondaires. D'un autre côté, 50% des patients asymptomatiques vivent les effets secondaires comme un échec au traitement et ils ont tendance à se démobiliser. Ces événements peuvent transformer l'attitude du patient asymptomatique vers une attitude de non observance. D'où l'importance de bien expliquer la maladie (VIH) et le traitement au patient, le fonctionnement, les effets et les bénéfices, afin de le mobiliser vers un comportement constant d'observance. L'information est primordiale pour une bonne observance, mais nous y reviendrons plus loin.

➤ **Les effets indésirables**

Les résultats des études sont clairs : ils ont un impact négatif sur le degré d'observance (Fogarty et al., 2002). L'étude de Stone (2001) montre que les patients qui ont plus de deux effets secondaires perdent leur motivation à continuer leur traitement. Dans une étude conduite auprès de 860 patients (D'Arminio Monforte, Cozi Lepri, & Rezza, 2000) plus de 25% ont arrêté leur premier traitement au cours de la première année en raison de la toxicité et des effets secondaires. Une étude française (Duran, Spire, Raffi, Walter, & Bouhour, 2001) montre qu'au cours des quatre premiers mois de traitement le premier facteur prédictif de rupture de l'observance est l'expérience d'un effet indésirable vécu par le patient.

Les mêmes auteurs ont montré que l'expérience subjective des effets secondaires a plus d'impact sur le degré d'observance que la toxicité réelle des molécules (Spire et al., 2002). Ils montrent par ailleurs que, sur le long terme, la lipodystrophie dès qu'elle est vécue comme telle par les patients, est associée à un risque plus élevé de rupture d'observance que son diagnostic médical par le médecin.

Les effets secondaires sont fréquents et souvent sévères, parmi lesquels nausées, vomissements, diarrhées, fatigue qui devient chronique, migraines, lipodystrophie, etc. A ces effets secondaires peuvent se rajouter la perte du goût des aliments, un ralentissement de la pensée et de l'élocution dans certains cas, et des neuropathies périphériques (Baker, 1998). Par ailleurs, des désordres du métabolisme, et des diabètes découverts récemment

ont été rapportés parmi des patients qui prenaient tous des antiprotéases, et les instances de santé publiques ont mis en garde les médecins sur ces effets secondaires rares et indésirables.

Plusieurs études ont mis en évidence trois facteurs qui se sont trouvés associés à une moindre compliance :

- **La chronicité des symptômes**

Dans les études sur les patients séropositifs, on a trouvé que les patients nauséux semblaient moins compliants (Eldred et al., 1997 ; Samet et al., 1992 ; Singh et al., 1996). Une étude a montré que des patients plus stressés au sujet de leur santé et d'une santé physique moins bonne, présentaient des niveaux de compliance inférieurs aux recommandations médicales.

- **Une symptomatologie minime**

Beaucoup de patients à qui on prescrit les multithérapies n'ont pas de symptômes et ne voient par conséquent pas toujours l'utilité d'une bonne observance.

- **Ou aucune conséquence immédiate du fait de manquer une prise**

En effet, le fait d'oublier une prise n'entraîne pas de conséquence immédiate, sauf le fait d'amoindrir les effets secondaires. Tous ces facteurs caractérisent en fait les thérapies antirétrovirales. D'autant plus qu'actuellement on pense que ces traitements risquent de devoir être pris à vie.

On peut ici résumer cet aspect par le fait que l'analyse empirique rejoint en général le sens commun. Plus un traitement est complexe, long et producteur d'effets indésirables, plus l'inobservance est probable et importante. Il semble cependant que la réciproque n'est pas aussi évidente qu'on le dit. L'idéal tant vanté du traitement simplifié dont la forme prototype est « une dose par jour » n'est pas la panacée dont on rêve quand n'a encore qu'un traitement lourd à doses multiples. Elle ne fait pas nécessairement disparaître les manifestations d'inobservance. Une évaluation utilisant plusieurs mesures d'observance a été menée pour un traitement de pneumonie à *Pneumocystis carinii* avec

une formule « *une pilule par jour à prendre à n'importe quel moment de la journée* ». 29 % seulement des patients prenaient leur médicament plus de 90 % des fois et 54 % atteignaient un niveau de 80 % d'observance. Les autres patients ne prenaient pas leur traitement avec une fréquence suffisante pour obtenir un bénéfice clinique significatif (Blackwell, 1992). Une étude comparative sur l'observance de prescriptions d'antidépresseurs de patients en ambulatoire est également intéressante à cet égard (Myes & Branthwaite, 1992). De trois conditions de prise (A : une prise par jour ; B : trois prises ; C : libre choix entre A et B), ce sont ceux qui choisissent volontairement trois prises dans le groupe C qui ont la meilleure observance. La complexité en soi n'est pas, souligne Horne (1998), le facteur-clé explicatif de la non-observance.

2.2.8.2. Les facteurs liés au patient

Il est généralement admis que lorsque l'on parle des facteurs liés au patient, on fait allusion aux caractéristiques sociodémographiques sans tenir compte de l'entourage de la personne malade. En effet, les variables telles que l'âge, le sexe n'ont pas montré d'influence significative sur l'observance. En revanche, l'entourage peut être pris comme partenaire de la prise en charge de la maladie et du traitement et faire partie intégrante du programme de soin, en motivant le patient et en l'aidant à s'approprier le traitement.

➤ Les caractéristiques sociodémographiques du patient

Comme l'ont résumé Meichenbaum et Turk (1987) dans leur étude, les caractéristiques sociodémographiques du patient sont généralement de faibles prédicteurs de compliance. En effet, il n'a pas été prouvé de lien consistant entre la compliance et des variables comme l'âge, le sexe, la classe sociale, le statut marital ou les traits de personnalité. Besch (1995) est arrivé à la même conclusion et a rajouté que le groupe racial ethnique, la religion et le niveau d'éducation ne pouvaient pas non plus être des prédicteurs utiles.

Les études sur la compliance à l'AZT ont aussi montré qu'il n'existait pas de lien consistant entre les caractéristiques sociodémographiques et la compliance (Besch, 1995 ; Eldred et al., 1997 ; Muma et al., 1995 ; Singh et al., 1996).

Malgré cela, plusieurs études récentes ont continué de chercher un lien entre les variables sociodémographiques et l'observance thérapeutique. Ainsi, une étude a trouvé un lien entre le fait d'être jeune et une bonne observance (Stone, 2001), mais pas d'effet de l'ethnie ou de l'éducation. Une autre étude a trouvé un lien entre le jeune âge et une mauvaise observance. Egalement il a été mentionné que les Afro-américains avaient une moins bonne observance. Pour Murphy et al (2002), les femmes infectées par le VIH avec un niveau d'éducation élevé étaient plus observantes que celles avec un niveau d'éducation bas, mais en revanche, l'âge et l'ethnie n'étaient pas corrélés à l'observance.

De nombreuses études sont contradictoires, notamment en ce qui concerne l'âge comme facteur influençant l'observance dans le domaine du VIH. Par exemple, Murphy et al (2002) ont montré que les personnes âgées étaient plus observantes. Tandis que plusieurs études n'ont pas noté de lien significatif entre l'âge et l'observance (Singh et al, 1996), d'autres études ont trouvé une association entre un jeune âge et une mauvaise observance (Gordillo et al, 1999 ; Moatti et al, 2000). Cela peut être dû au fait que les personnes « âgées » ont une plus grande stabilité dans leurs vies et cette stabilité peut avoir un impact positif sur l'observance. De plus, les personnes plus âgées vivent probablement depuis longtemps avec leur VIH, et font donc sans doute davantage attention à leur santé et à leur prise de médicaments (Marelich et al, 2002).

Partant des facteurs sociodémographiques, Morin (2001) soutient en effet que l'inobservance serait plus fréquente chez les plus jeunes et les plus vieux, mais il est bien difficile de déterminer, selon les pathologies et les traitements, les coupures d'âge qui permettent de pronostiquer une observance plus haute ou plus faible (Mehta et al., 1997) ; le genre ne permet pas davantage de prévision précise en tant que facteur indépendant de la situation sociale, des femmes inobservantes aux rendez-vous médicaux pouvant devenir observantes si on leur attribue des facilités pour la garde de leurs enfants (Mehta et al., 1997) ; race et origine ethnique peuvent être repérées comme facteur de non observance pour certaines pathologies et certaines études et non pour d'autres, mais là encore on ne peut mettre en évidence l'autonomie de ce facteur fortement attaché à d'autres éléments identitaires ou situationnels ; le statut socio-économique apparaît assez clairement comme un indicateur essentiel de variation de l'observance mesurable pour certaines pathologies socialement marquées comme le VIH ; la précarité, l'absence de

travail, les difficultés de logement se corrélaient fréquemment avec l'inobservance (Chesney et al., 2000 ; Gordillio et al., 1999).

Les nombreuses contradictions sur les caractéristiques sociodémographiques des patients laissent entendre que ce ne sont pas les variables les plus pertinentes pour comprendre le phénomène de non-observance, c'est pourquoi il est nécessaire d'envisager d'autres aspects.

➤ **Le soutien social**

La notion de soutien social a été introduite en psychologie de la santé pour désigner l'entourage social du malade, entendu non seulement dans ses caractéristiques objectives, mais également dans la façon dont les individus le perçoivent. Des études ont montré que quelqu'un peut percevoir une situation comme stressante et ne pas avoir de réactions d'anxiété et de détresse, s'il bénéficie d'un soutien social. A l'inverse, un faible soutien social semble constituer un facteur de vulnérabilité face à un événement stressant. L'importance et la spécificité du soutien social ne résident pas dans la somme des relations, mais plutôt dans la qualité des supports affectifs qu'elles représentent pour un malade. Dans ce sens, le soutien social renvoie aux sentiments de sécurité qu'un individu éprouve du fait qu'il peut compter ou non sur quelqu'un lorsqu'il lui arrive un malheur. Le soutien social joue un rôle d'amortissement en protégeant l'individu contre les aspects éprouvants de la situation (Tarquinio et al., 2002).

Le soutien social peut se définir comme un échange entre deux personnes dans le but d'améliorer la qualité de vie de l'une d'entre elles. Une telle conception suggère que le soutien social est une ressource psychologique qui définit les perceptions d'un individu eu égard à la qualité de ses ressources sociales. Ici le soutien social se rapporte plutôt au sentiment qu'a ou non une personne de pouvoir trouver soin, protection et valorisation au sein du réseau social qui est le sien (Cobb, 1976).

Nous retiendrons ici que c'est la qualité du soutien social qui est importante et que celui-ci peut servir de ressource psychologique et d'amortisseur, et permettre au patient de mieux vivre et accepter la maladie et les traitements. Voyons à présent le rôle du soutien social dans le cas plus spécifique de la séropositivité et de l'observance.

Les patients bénéficiant du soutien de leur entourage et de leurs familles ont tendance à avoir une meilleure observance (Paterson, Swindells & Morh, 2000). La stigmatisation, le rejet et la discrimination à l'égard des personnes séropositives sont des obstacles objectifs à la prise de traitement et donc à l'observance. L'isolement social et la perception de l'absence de soutien social sont aussi corrélés négativement à l'observance (Mehta et al., 1997). De plus, l'implication du partenaire semble importante pour obtenir des modifications comportementales durables (Fontaine & Salah, 1991).

La stabilité familiale favorise la compliance du patient, les membres de la famille partageant un intérêt pour son bien-être et l'encourageant (Blackwell, 1992). Il semble en effet important d'impliquer l'entourage lors de l'élaboration de mesures thérapeutiques. La tendance des patients est de ne mettre au courant de leur séropositivité que quelques « *élus* ». Ces personnes, choisies avec attention, servent aux patients de confidents, et leur permettent d'évacuer toutes les tensions et angoisses accumulées. Il s'agit soit de membres de la famille : le père, la mère ou la femme le mari, les enfants ; soit des amis proches ; soit d'autres séropositifs. Il apparaît clairement que ces « *élus* » sont peu nombreux, une à trois personnes en général.

Ces personnes ont un rôle prépondérant dans l'acceptation des étapes liées à la séropositivité, notamment lorsque le patient doit décider de se faire suivre à l'hôpital, d'aller à ses rendez-vous, de prendre un traitement ou un essai thérapeutique, etc. Ils sont un soutien pour les patients et ont une action quotidienne pour les proches, sur la facilitation et la gestion de la séropositivité. De même, certains proches accompagnent les patients dans le service hospitalier, ce qui semble être un soutien psychologique fort pour les patients et une manière d'impliquer les proches à la véritable gestion de la séropositivité. En effet, les proches voient les lieux, comprennent plus facilement le ressenti « *du patient* » et s'impliquent à leur niveau dans le suivi quotidien de la maladie.

Cependant on note que les patients, qu'ils aient ou non la possibilité d'obtenir un soutien de la part de leur entourage, ne sollicitent pas toujours l'écoute ou l'aide de leur entourage afin non seulement de ne pas dévoiler leur maladie, mais aussi, le cas échéant, se centrer sur leur séropositivité. De cette façon, soulignent Munzenberger et al. (1996), ils vivent comme les « *autres* » et souhaitent préserver l'image que leurs amis avaient d'eux avant leur séropositivité.

Les travaux des auteurs ci-dessus permettent de constater que le soutien social est un élément peu abordé dans la littérature sur les déterminants de l'observance. Pourtant, on s'aperçoit dans le vécu quotidien des personnes vivant avec le VIH/sida qu'il est, un des éléments essentiels pour non seulement le bien être du patient, mais aussi pour une lecture de la qualité de son adhésion au traitement. En effet, le fait de vivre seul ou en couple, ou d'avoir des proches à qui se confier, a un impact sur l'observance, et nous voyons d'une manière générale que les relations du patient avec son entourage sont primordiales pour une bonne observance. Ce qui justifie dans les centres hospitaliers que les malades soient en relations avec leur médecin. Car, parmi l'ensemble du faisceau relationnel qui lui est offert, celle avec le médecin est sans doute la principale.

On comprend dès lors que la littérature sur les facteurs inhérents au patient a été multipliée pour identifier certaines caractéristiques liées au patient lui-même et susceptibles de se corrélent avec un comportement d'inobservance. En général, on tente de classer en grandes catégories les innombrables caractéristiques qui permettent de distinguer différenciellement les patients, puis on relie patiemment chacune de ces variables à des indicateurs d'observance et l'on tente d'en délimiter l'impact par le recours à des modèles de régression logistique. Les bilans méta-analytiques de ces démarches «*a-théoriques*» (Horne, 1998) affichent le plus souvent un grand scepticisme sur la valeur prédictive de ces variables quand elles sont artificiellement isolées des systèmes ou ensembles dans lesquelles elles sont insérées. Cependant, l'attention qu'on leur a portée depuis de nombreuses années a permis, comme on le verra plus loin, d'aider à mieux localiser chez les patients des conditions de fragilité ou de vulnérabilité sur lesquelles il est possible d'intervenir.

2.2.8.3. Les facteurs liés à la relation acteurs de santé-patient

L'étude de l'observance et/ou la non-observance ne saurait se limiter aux facteurs biomédicaux et aux facteurs liés au simple fait du patient. Elle se doit d'intégrer l'ensemble des composantes autour de la thérapie. C'est le cas des relations avec les acteurs de la santé. En effet, soulignent Di Nicola et Di Matteo, (1982), le type de relation acteurs de santé-patient a un impact sur l'adhésion du patient aux stratégies thérapeutiques qui lui sont prescrites. C'est tout le sens de Becker et Maiman (1975) qui soutenaient que si les acteurs de la santé et le patient partagent les mêmes objectifs

thérapeutiques, l'observance des traitements est plus facile. Pour Becker (1974) en effet, les acteurs de la santé notamment, le médecin en premier, ont un rôle important dans le soutien de la motivation du patient à la prise de son traitement. Les facteurs qui renforcent cette relation sont la perception par le patient de la compétence et du degré d'empathie du médecin (Steele, Jackson, & Gutman, 1990).

Cotton et Antill (1984) ont réalisé une étude auprès de 109 personnes (81 femmes et 28 hommes) âgés de 23 à 80 ans. Cette recherche a été divisée en trois domaines, afin d'identifier les différents facteurs pouvant être associés avec l'observance des patients. Ces trois domaines s'articulent autour des relations patients-médecins, des différents régimes thérapeutiques ainsi que de la personnalité, des attitudes et des caractéristiques des patients.

L'analyse des résultats à l'issue des travaux a montré qu'une bonne communication et de bons rapports entre patient et médecin, ainsi que des explications et des instructions claires et simples favorisaient la satisfaction des patients et donc augmentaient l'observance.

Dans le cadre du rapport médecin-patient, précisent Tarquinio et al. (2002), une bonne compréhension des processus d'observance passe nécessairement par la prise en compte d'au moins deux aspects que sont, d'une part, le niveau d'information compris comme la compréhension des patients à l'égard des traitements et, d'autre part, une dimension plus affective issue de la satisfaction en terme relationnel que retirent les patients lors de leurs soins.

➤ **L'aspect information-compréhension**

Il ne faut jamais perdre de vue que proposer un traitement est avant toute chose, un acte de communication. Schématiquement, la proposition thérapeutique est communiquée au patient en trois étapes successives : après la mise en forme du message, vient sa délivrance, elle-même suivie de sa réception. A chacune de ces étapes, bonnes et/ou mauvaises pratiques viennent influencer sur l'adhésion (bonne, mauvaise ou nulle) du patient à la proposition thérapeutique. La formulation de la proposition thérapeutique doit de ce fait, éviter certains pièges et notamment celui de ne pas être à l'écoute de son patient, les objectifs du patient et du médecin ne sont pas toujours superposables. Toute

divergence devrait être analysée par celui qui veut faire passer son message thérapeutique, en l'occurrence, les acteurs de la santé.

Certaines erreurs ne doivent pas être commises. Dans l'intention d'insister sur l'importance d'un médicament, il n'est pas souhaitable d'être dogmatique. Les formulations du genre « *ce médicament est à prendre toute votre vie, ne l'arrêtez jamais* », doivent être évitées pour préférer le style « *il s'agit d'un traitement prévu sur plusieurs années, il ne doit pas être arrêté sans avis médical* » qui est plus assimilable pour le patient. Le prescripteur ne doit pas ignorer que son avis n'est pas le seul en lice ; généralistes, spécialistes, médecins urgentistes, pharmaciens, responsables des CTA et UPEC (mais aussi amis, parents, autres malades et voisins) peuvent chacun donner ordres et contre ordres nuisant à une bonne observance.

➤ **Le début du traitement : moment crucial**

C'est le moment où le médecin pense qu'il faut débiter le traitement. Ce moment s'accompagne la plupart du temps de remaniements émotionnels qui peuvent s'avérer déterminants dans l'observance du traitement. En effet, le patient passe d'un état où l'infection est silencieuse ; ce silence permettant sinon l'oubli de la maladie, du moins la mise à distance, à la nécessité d'une prise médicamenteuse contraignante, pluriquotidienne, venant, comme un rappel à l'ordre, réactiver le traumatisme lié à la maladie, et aussi provoquer des effets secondaires ou indésirables.

Alors que les traitements antirétroviraux visent à retarder l'apparition de la maladie, le début du traitement signifie pour beaucoup de patients l'entrée dans la maladie. Pour les acteurs de santé, avoir à l'esprit cette confusion possible entre le traitement et la maladie, confusion qui ne passe pas par les voies de la raison, permet d'accompagner le patient dans ce moment difficile et de mieux comprendre les enjeux posés par la prise régulière d'un traitement.

C'est pourquoi la notion d'anticipation est capitale : le patient et les acteurs de santé devront envisager à l'avance autant que faire se peut, le moment du début du traitement, ainsi que les conséquences éventuelles. Dans cette période de préparation, le médecin, tout en donnant les informations, tente de prévoir les réactions psychologiques ou

comportementales du patient face au traitement. Le patient quant à lui affronte l'idée d'un traitement chronique souvent contraignant et source d'effets secondaires.

La question de l'information sur les effets secondaires n'est jamais simple, quel que soit le traitement dont il est question : cette information ne risque-t-elle pas d'effrayer le patient et d'aboutir à une mauvaise observance ou au contraire permettra-t-elle à la relation acteurs de la santé-malade de s'appuyer sur une base de confiance, dans laquelle la survenue d'un effet secondaire inattendu peut provoquer une réaction de suspicion ? Il s'agit moins pour les acteurs de la santé d'énumérer l'ensemble des effets secondaires possibles, que d'assurer le patient que ces effets secondaires comptent pour les acteurs de la santé, même s'il s'agit d'une question de confort.

Pour Anderso (1983), cette phase d'anticipation est aussi essentielle pour orienter la relation thérapeutique vers une relation dans laquelle il est question d'un contrat et de la possibilité d'une négociation. Un patient ne pourra assumer à long terme la prise d'un traitement régulier que s'il en est un acteur responsable. Une relation fondée sur la passivité et l'obéissance du patient à son médecin n'est pas une condition favorable à l'installation d'une bonne observance lorsqu'il s'agit d'un traitement chronique. Le terme de négociation suppose que chacun des deux partenaires entende les arguments de l'autre. Elle n'aboutit pas par définition, à un accord parfait d'emblée ; une « *mise en route* » est parfois nécessaire, avec d'éventuels retours en arrière et des renégociations (Consoli, 1998).

Tout cet effort fourni par l'un ou l'autre partenaire, aboutit souvent à un résultat satisfaisant mais il peut, malgré tout, se solder par un défaut d'observance. Deux cas de figure sont alors schématiquement rencontrés : le premier, sans doute le plus simple, est celui où le patient parle librement de son observance. En général, la consultation permet l'expression des difficultés rencontrées par le patient.

Quelles que soient ces difficultés, elles méritent d'être écoutées et prises en compte, même si le problème évoqué par le patient paraît mineur du point de vue du médecin, compte tenu du bénéfice attendu du traitement. L'adaptation d'une posologie, d'un horaire, une mesure hygiéno-diététique associée peuvent améliorer l'observance. Le deuxième cas, plus compliqué, est celui de l'observance cachée. Il arrive fréquemment

que le médecin se doute d'un défaut d'observance, mais se trouve gêné pour en parler, gêné pour poser la question essentielle : « *prenez-vous bien votre traitement ?* ». Cette question en effet, peut comporter une dimension moralisatrice, voire une dimension de reproche. Dans ce cas, elle est effectivement maladroite et au lieu de permettre la clarification d'une situation, elle peut infléchir les choses dans un sens inverse. En revanche, la même question, à condition d'être posée dans un climat de bienveillance et peut-être en prenant la précaution de prévenir le patient que la discussion autour de l'observance est systématique et importante. Cela permet souvent d'aller plus loin dans une relation thérapeutique vouée à l'échec, où patient et acteurs de la santé pensent à la même chose sans oser l'aborder. Si les acteurs de la santé n'ont pas de temps, ils peuvent orienter les patients vers d'autres membres de l'équipe ou d'un réseau de suivi comme le psychologue.

Une autre étude a montré que la qualité de la relation établie entre le malade et les acteurs de la santé au moment de la consultation et de l'explication de l'ordonnance intervenait dans l'observance. Pour tenter d'évaluer cet élément, ils ont demandé s'ils estimaient que le médecin avait consacré assez de temps à expliquer l'ordonnance. 133 des 222 patients soit 60% des enquêtés se disent non satisfaits de cette explication et dans ce groupe 12 patients ont une bonne adhésion et 91 une mauvaise adhésion médicamenteuse. En revanche, 80 des 222 patients s'estiment satisfaits de la façon dont l'ordonnance leur a été expliquée et dans ce groupe, 41 ont une mauvaise adhésion médicamenteuse alors que 19 ont une bonne adhésion.

Les recherches de Burgoon et al. (1987) ont montré qu'une bonne compréhension de la maladie et des traitements était positivement liée à l'observance. Compliance, satisfaction, rappel des informations et compréhension semblent donc interdépendants (Hall et al., 1988 ; Kravitz et al., 1993 ; Ong et al., 2000).

Pour Ley (1988) l'attention du médecin semble, en outre, se focaliser essentiellement sur les données biomédicales du patient, plutôt que sur l'écoute de ses difficultés et la prise en compte de sa souffrance psychologique. Or, on sait avec Hall et al. (1988) qu'il existe une corrélation positive entre les questions que va poser l'acteur de la santé (c'est-à-dire son niveau d'intérêt à la situation du patient, à son vécu de la maladie et aux difficultés qu'il rencontre) et le niveau d'adhésion au traitement.

Au-delà de la dimension informationnelle et cognitive qui doit nécessairement être prise en compte par le cadre thérapeutique, la dimension du lien affectif entre le patient et les acteurs de la santé ainsi que les caractéristiques de ces derniers se révèlent aussi être un facteur d'efficacité pour l'observance des patients.

➤ **Les caractéristiques des acteurs de la santé**

Comme l'ont montré de nombreuses études (Becker, 1974), l'observance des patients augmente lorsqu'ils ont une confiance forte en leur médecin et leur aptitude. De plus, certaines caractéristiques personnelles des acteurs de la santé, perçues par le patient, ont une influence sur l'observance. Di Nicola et Di Matteo (1984) ont noté que les patients étaient plus enclins à suivre les recommandations de leur médecin s'ils étaient considérés comme chaleureux, attentionnés, amicaux et s'intéressant au bien-être de leur patient. Par ailleurs, lorsque les acteurs de la santé adoptent certaines attitudes telles que regarder droit dans les yeux, sourire ou même plaisanter et rire, l'observance des patients augmente.

Bien que les patients adhèrent plus facilement aux recommandations venant d'un médecin compétent, ils deviennent moins observants si le discours de ce même médecin est fait de manière autoritaire. Les patients deviennent non-observants lorsqu'ils perçoivent leur médecin comme autoritaire et quand ils se sentent négligés lors de la prise de décision. En effet, les médecins qui prennent le comportement de non-observance personnellement et réagissent sur la défensive auront tendance à avoir des patients avec un niveau d'observance bas (Heszen-Klemens, 1987).

Ces études suggèrent que l'observance pourrait être améliorée grâce à des acteurs de la santé chaleureux et attentionnés envers leurs patients, qui portent un intérêt profond à leur santé, et qui les considèrent comme des partenaires dans la prise de décision du traitement.

Une relation médecin-malade de qualité encourage le patient à poser des questions et à rechercher de l'information. Bien que la plupart des patients ne font que répondre aux questions de leur médecin, des études ont montré que l'observance augmentait lorsque les patients recherchaient de l'information et l'obtenaient en posant des questions. Cette information « *bidirectionnelle* » peut contribuer à créer un partenariat entre le patient et

son médecin qui pourra permettre d'aboutir à des décisions concernant le traitement ayant plus de sens.

➤ **La dimension affective**

La dimension affective requiert avant tout une communication de qualité. En effet, bien communiquer ne se résume pas à bien informer, rester concis, compréhensible, et à vérifier que le message est passé. Cela implique aussi de supporter qu'un patient exprime jusqu'au bout ses inquiétudes ou ses doutes ; à accepter de répondre aux questions embarrassantes ; à encourager à revenir, dans un temps ultérieur, sur une explication déjà donnée et à inciter le patient à poser des questions qui n'auraient pas été abordées (Consoli, 1998).

La fibre maternelle qui sommeille en tout médecin pousse souvent ce dernier à vouloir rassurer un patient trop inquiet. C'est une attitude louable et bénéfique, à condition qu'elle ne se traduise pas par l'évitement d'une confrontation et d'un inconfort parfois nécessaires pour franchir un cap. L'inconvénient majeur de cette forme d'esquive est surtout de passer à côté de certaines obsessions, craintes imaginaires, souvenirs marquants du patient qui risquent par la suite d'être définitivement passés sous silence et de perturber le projet thérapeutique en se traduisant sous forme d'effets secondaires exagérés des traitements ou de non observance thérapeutique.

Les questions embarrassantes sont posées, par définition, d'une manière inattendue, inadaptée, sans ménagement. Il n'y a aucune raison d'esquiver de telles questions. Les acteurs de la santé ne sont nullement responsables de la gravité de tel diagnostic, de telle impuissance, de l'échec de tel traitement ; ils ne sont que des alliés savants et actifs du patient face aux détresses qui l'accablent. Les questions embarrassantes sont aussi pour les patients une façon de tester l'humanité de leur médecin. Il s'agit alors de vérifier qu'il est capable d'entendre et de supporter ce que le patient vit de plus intime et de plus douloureux, et de réagir malgré tout à une telle souffrance par une attitude compréhensive et un message d'espoir.

Quelles que soient les précautions prises par le médecin pour se montrer explicite, pédagogue, encourageant à l'égard de son malade, on ne pourra jamais éviter que certains patients vivent la consultation dans un état émotionnel qui les empêche d'intégrer

véritablement les conseils médicaux. Il serait dommageable que le patient n'ose pas demander à nouveau les mêmes explications aux acteurs de la santé. On n'apprend pas une langue étrangère sans écouter et réécouter, de multiples fois, les mêmes phrases, les mêmes prononciations. Or la langue médicale est une langue étrangère pour les malades. C'est donc aux acteurs de la santé d'inviter le patient à revenir ultérieurement, si besoin, sur des questions déjà abordées.

Contrairement aux patients de culture anglo-saxonne, les patients de culture française gardent encore un degré d'initiative modéré dans les questions posées aux acteurs de la santé. C'est hélas plus souvent les acteurs de la santé qui interrogent leur patient sur ses symptômes, sa situation socioprofessionnelle, ses connaissances sanitaires. Du coup, les questions plus personnelles restent souvent inabordées. D'où l'intérêt d'une « perche tendue » ouvrant la possibilité d'un complément d'échange acteur de la santé-malade pour éviter cette situation. Cette perche pourrait se traduire par exemple par « Y a-t-il des questions ou des thèmes que nous n'avons pas abordés et qu'il vous semblerait important d'évoquer ? ». Même en l'absence de réaction de la part du patient, cette invitation ne peut être perçue que positivement. Et de cette marque de considération de la part des acteurs de la santé, le patient ne pourra en retirer que davantage de confiance dans cette relation acteur de la santé-patient.

De plus, Korsch, Gozzi et Francis (1968) ont très tôt montré à quel point l'observance des patients était déterminée par la satisfaction que tiraient ces derniers de leur consultation et la façon avec laquelle les médecins interagissent et de se comportent avec leurs malades (Di Matteo, Hays & Prince, 1986). Deux facteurs seraient d'une importance fondamentale chez les acteurs de la santé : l'attitude positive envers son patient et le fait de lui montrer qu'il s'en préoccupe réellement. Pour Rodin et Janis (1979), tous deux seraient de nature à favoriser chez le patient un sentiment de responsabilité à l'égard de son propre bien-être.

Les recherches montrent que si un patient n'approuve pas une action, il ou elle n'y adhèrera pas. Il a en effet été démontré que les patients qui présentaient une meilleure observance indiquaient qu'ils se sentaient soutenus par leur médecin. De même, Di Matteo et al. (1968) soutiennent que l'établissement d'un partenariat entre les soignés et les soignants, prenant en compte les buts et les préférences des soignés, les options

possibles et les décisions de soins était essentiel dans le cas de régime de traitement compliqué.

La conversation entre un acteur de la santé et un patient concernant une thérapie combinée, peut augurer ou non de la mise en place de ce partenariat. La capacité des deux à travailler ensemble pour choisir un traitement qui tient compte du mode de vie du patient, est tout à fait essentielle pour l'obtention d'une bonne observance. Il est de loin préférable, face à un patient hésitant, de le convaincre même si cela demande plusieurs consultations, que de lui imposer une prescription qu'il ne prendra pas ou mal. Les patients ont parfois besoin de plusieurs mois avant d'être réellement prêts à entamer la prise d'un traitement, mais quand ils commencent, ils sont méticuleux dans leur observance.

Le patient doit pouvoir émettre des doutes et poser des questions et des réserves, et l'acteur de la santé doit être en mesure de respecter ces doutes, de discuter et de lui laisser la décision finale. Par ailleurs, Becker et Maiman (1975) soulignent l'importance de la qualité de la relation médecin-patient en s'appuyant sur les travaux de Davis (1971). L'observance est négativement influencée par des interactions brèves et impersonnelles avec le médecin et par une absence de régularité dans le suivi médical (par exemple le fait de ne pas voir le même médecin à chaque fois). Pour le patient, un manque de communication à la fois cognitive (le fait d'être informé par le médecin sur son état de santé, sur la nature des enjeux de sa maladie) et émotionnelle est un réel problème qui risque de nuire à la qualité de l'observance du traitement et du suivi médical. Il existe également une certaine influence sociale. Les individus sont encouragés à adopter certains comportements de santé par des formes variées de pression sociale. Ces facteurs peuvent agir indirectement en produisant des croyances (on peut faire confiance aux médecins, les médicaments rendent encore plus malades, etc.) ou peuvent agir directement sur la personne comme une conséquence du processus de socialisation ou d'effet de conformité par rapport au groupe social.

La relation entre le patient et l'acteur de la santé qui le suit à l'hôpital, au CTA ou à l'UPEC semble donc influencer les attentes et les comportements du patient. En effet, l'enjeu de cette relation est d'amener le patient à avoir confiance en son acteur de la santé

afin de favoriser chez lui des « comportements observants ». La confiance se crée à travers deux indicateurs qui servent au patient à évaluer le comportement de son acteur de la santé :

- La compétence de l'acteur de la santé dans la transmission des informations.
- La disponibilité et l'écoute de l'acteur de la santé.

➤ **Les modèles de la relation thérapeutique**

Tarquino, Fischer et Barrache (2002) ont développé l'idée que le cadre thérapeutique n'existe pas comme objet d'étude séparé, mais doit être situé dans la conception complexe des comportements que les médecins, les personnels soignants et les patients entretiennent entre eux. La nature particulière de cette relation est d'ordre normative, elle se réfère à des paroles et des actes qui fixent les comportements à suivre et qui visent à maintenir la santé, à prévenir les maladies, guérir, réconforter et lorsque les traitements curatifs n'ont plus d'effets, ils conduisent le patient vers la mort.

C'est donc en fonction et à l'intérieur de la relation entre professionnel de la santé et les patients que se définit le cadre thérapeutique où l'observance thérapeutique doit être abordée. Celle-là est indéniablement liée à un modèle de relation thérapeutique qui établit un cadre de compétence médicale socialement reconnu et qui confère aux personnels soignants, aux médecins en particulier, une autorité qui leur permet de prescrire et d'imposer aux patients un ensemble de traitements qui impliquent des comportements à suivre. On désigne sous le nom d'autorité d'Esculape, ce pouvoir conféré aux médecins tant au moment du diagnostic que dans la prescription d'un traitement, ce qui lui permet d'obtenir l'attention, le respect et l'obéissance du patient.

L'autorité d'Esculape (dieu de la médecine dans la Grèce Antique) englobe plusieurs formes d'expression de l'autorité traditionnellement réservées aux acteurs de la santé :

- L'autorité du savoir qui repose sur la connaissance et la compétence ;
- L'autorité morale qui se réfère à ce qui est bon et souhaitable comme par exemple dans le cas des malades confrontés à la mort, la décision de choisir le type de traitement le plus souhaitable ;
- L'autorité charismatique qui désigne la capacité de décider ce qu'il faut faire quand la connaissance médicale proprement dite se révèle insuffisante pour agir concrètement et que l'on ne peut plus suivre les règles établies.

Aujourd'hui le cadre thérapeutique se réfère à cinq modèles principaux de la relation médecin-patient.

Le modèle scientifique appréhende le patient essentiellement à travers les désordres et les diverses pathologies qui affectent ses organes, ses tissus et ses cellules. Bien que la compétence scientifique constitue un élément essentiel et indispensable du traitement, ce modèle tend à mettre au second plan le patient en tant que sujet, c'est-à-dire dans sa dimension personnelle et psychologique. La conception exclusivement scientifique de la relation médecin-patient est donc centrée sur une pratique chimique qui intervient surtout sur un corps où des organes et des cellules sont souvent dérégées et où le patient n'est souvent vu qu'à partir d'eux.

Le modèle autoritaire repose sur l'idée que les patients ne peuvent pas ou ne veulent pas être responsables de leur traitement et qu'ils n'ont pas les connaissances requises pour juger ce qui est dans leur intérêt. En conséquence, le médecin doit décider seul de ce qui est dans l'intérêt d'un patient. Car chaque médecin a une conception de la façon dont le patient doit se conduire quand il est malade Balint (1960) désigne cette conception sous le terme de « *fonction apostolique* ». Dans ce modèle, le malade ne participe pas au traitement ; on suppose directement ou indirectement que le patient n'en a pas les capacités et que c'est au médecin de le faire.

Le modèle contractuel se fonde sur une conception d'un contrat lié au fait que ce n'est pas au seul médecin qu'il revient de définir la nature d'une relation qui touche intimement un malade et influe profondément sur sa vie, mais d'un commun accord avec le patient. Cette conception de la relation médecin-patient peut être présentée sous la théorie du triple contrat. Le contrat social de base détermine les principes fondamentaux tels que le respect de l'autonomie, le respect de la vie et la justice nécessaire au maintien d'une société. Le deuxième contrat détermine les relations entre la société et les professions. Le troisième contrat définit les relations médecins-patients. Dans ce modèle les relations médecins-patients ne sont plus imposées par le seul pouvoir médical mais régies par les règles consensuelles qui associent le patient à la démarche thérapeutique.

Le modèle thérapeutique repose fondamentalement sur l'idée qu'un être humain a intrinsèquement besoin d'aide pour recouvrer sa santé. Dans cette conception la réalité de

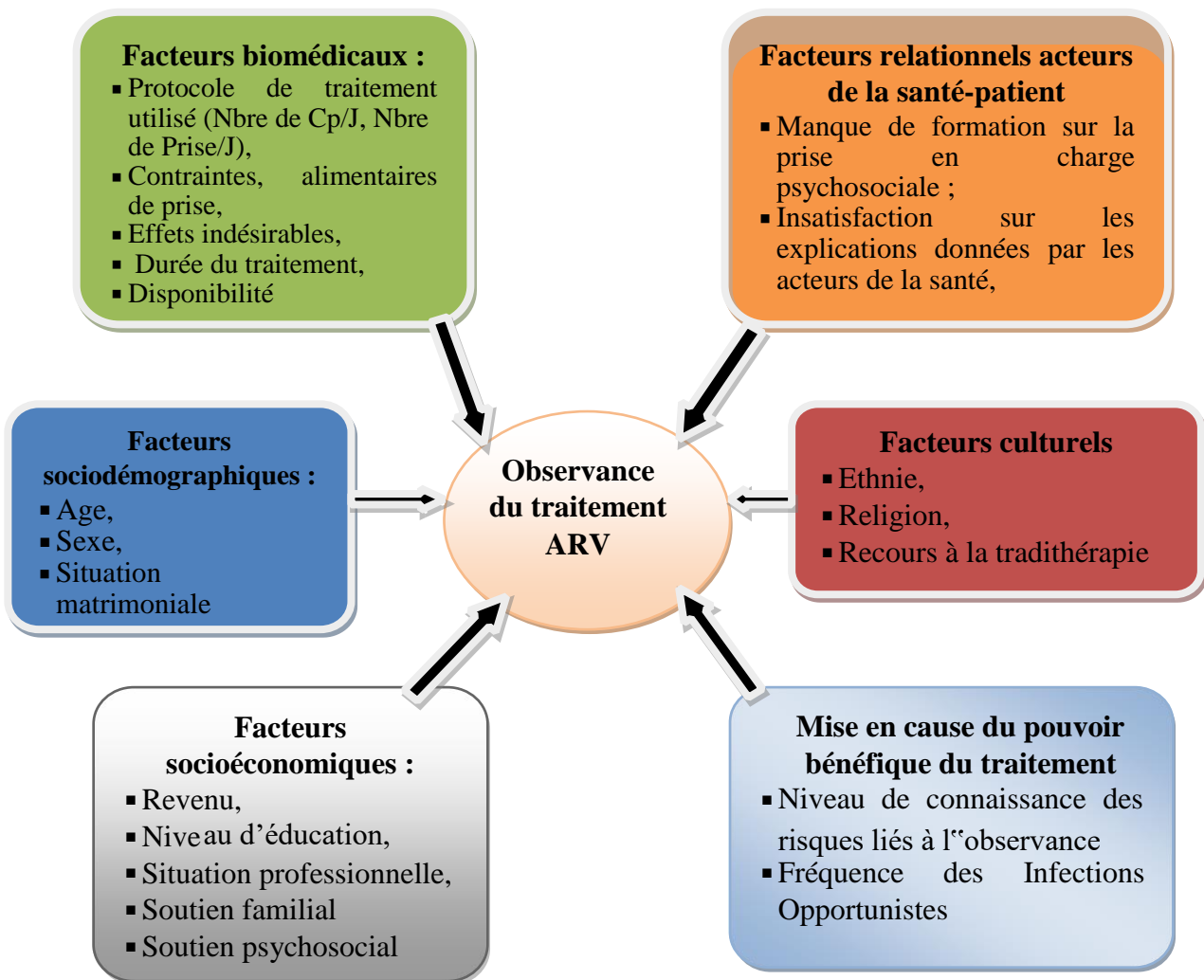
la maladie ne s'inscrit pas d'abord dans un cadre médical, car elle dépasse toute idée de contrat entre le médecin et le patient. Leur relation est au contraire déterminée par la nature même de la médecine qui est un acte qui vise la guérison. La relation médecin-patient est donc basée ici sur les valeurs et les objectifs intrinsèques de la médecine définie comme domaine spécifique des relations en tant que cette relation est organisée comme un acte central de guérison.

Le modèle d'alliance formelle part du constat que la relation médecin-patient ne peut se référer à un modèle unique et exhaustif. En effet, cette relation est complexe et ne fait pas seulement intervenir une compétence, des savoirs faire et des services spécialisés, mais aussi une présence personnelle et un soutien pour quelqu'un qui a besoin d'aide.

Dans ces conditions, on ne peut réduire la relation médecin-patient à une simple relation contractuelle où les deux parties s'engagent dans un projet conjoint en fonction de leur propre intérêt afin de retirer des avantages et apports directement liés à ces échanges. Le modèle de l'alliance formelle se fonde sur un engagement éthique qui suppose une disponibilité et une volonté de servir qui vont au-delà des intérêts personnels et qui impliquent en outre une conscience de sa propre fragilité, notamment face aux maladies incurables, à la souffrance et à la mort imminente des patients. L'alliance formelle s'inscrit dans un engagement de ne pas abandonner le patient surtout lorsque la compétence médicale a atteint ses limites. C'est en référence aux diverses conceptions de la relation médecin-patient que nous aborderons la notion d'observance thérapeutique.

On pourrait en effet associer ces différents modèles de la relation médecin-patient aux différents comportements d'observance. Dans le modèle scientifique, il n'y a pas vraiment de place pour le patient. Le modèle autoritaire est facilement assimilable au terme de « compliance » : le patient fait confiance au médecin et n'est pas responsable de son traitement. Le modèle contractuel relève davantage de l'adhésion, où un accord commun entre le patient et le médecin est fixé. Le modèle thérapeutique correspond bien à l'idée d'observance, où la relation médecin-patient est basée sur les valeurs. Enfin, dans le modèle d'alliance formelle, il existe un réel engagement et un fort investissement de la part du médecin envers le patient.

Figure 10. Schéma du cadre conceptuel des déterminants de l'observance du traitement antirétroviral



Source : ONUSIDA (2014)

Au terme de l'analyse des textes ayant fait référence aux facteurs pouvant influencer la qualité de l'observance, on peut se résumer à travers le schéma suivant :

Un malade non observant est celui qui ne respecte pas le plan de traitement prescrit par son médecin. Selon de nombreuses sources rapport annuel CNLS N°2-12 (2015), Plus un traitement est complexe, long, et producteur d'effets indésirables, plus l'inobservance est probable et importante. Du point de vue sociodémographique, le genre, l'âge et l'origine ethnique sont des facteurs qui peuvent influencer significativement l'observance (ONUSIDA, 2014). De même, dans le cadre du VIH qui est une pathologie

socialement marquée, le statut socioéconomique apparaît assez clairement comme un indicateur essentiel de l'observance.

On suppose ici que les individus au statut socioéconomique faible peuvent devenir inobservants au traitement ARV. Le soutien psychosocial en situation de maladie chronique comme l'infection au VIH paraît être un régulateur essentiel de l'adhésion thérapeutique. Par ailleurs, les recherches montrent que l'insuffisance de la communication acteurs de la santé-malade, le recyclage des acteurs de la santé, des travailleurs sociaux et des acteurs associatifs sont autant de facteurs qui peuvent favoriser la non-observance (Munzenberg et al. 1996). Le recours au traitement traditionnel en association à la thérapie antirétrovirale, certaines croyances et l'ignorance des malades peuvent faire barrière à une bonne exécution des prescriptions médicales.

CHAPITRE TROISIEME : ANCRAGE THEORIQUE

Dans ce chapitre, notre analyse va se fonder sur les théories suivantes : le *Health Belief Model* (HBM), l'action raisonnée, la compliance en santé, le self regulation model, l'autorégulation, et sur la théorie de l'attribution causale. Ce cadre théorique référentiel, peut contribuer à une meilleure appréhension de notre thème de recherche.

3.1. LES MODELES THEORIQUES RELATIFS A L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE

De nombreux modèles théoriques sont utilisés dans le domaine de la santé et de la maladie avec pour objectif d'apporter une explication sur les variations de comportements relatives à la compliance.

En fait, ces modèles sont initialement issus d'une volonté d'expliquer les comportements de santé à partir des croyances du patient. Pour ces modèles, on peut comprendre les schémas analytiques des conduites de santé des individus à partir des facteurs sociocognitifs mis en jeu dans la prise de décisions d'adopter ou non un comportement de santé. Il s'agit des modèles prédictifs et statiques, c'est-à-dire que l'adoption d'un comportement de santé se résume à une seule fonction de facteurs explicatifs. Ces modèles différencient entre eux sur plusieurs points : dans le choix des processus cognitifs sous-jacents, par les règles les combinant, et par la prise en considération ou pas de l'environnement social du sujet.

Après cette présentation succincte des modèles statiques prédictifs des comportements de la santé, nous essayerons de faire un inventaire les facteurs proposés par ces plans explicatifs de l'observance thérapeutique.

3.1.1. Les modèles classiques

3.1.1.1. Le *Health Belief Model*

Le HBM a été évoqué pour la première fois aux USA dans les années 1950 si l'on se réfère à Godin (1991). Ce modèle a été mis sur pied par un groupe de psychosociologues (Hochbaum, Rosenstock et Kegeles) qui travaillaient en ce moment au service de santé américain pour améliorer l'efficacité des programmes d'éducation sanitaire (Rosenstock, 1974). Le Health Belief Model (HBM) a été par la suite appliqué aux facteurs sociologiques

et comportementaux influençant l'observance. Ce modèle stipule que la probabilité pour qu'un individu donné adopte un comportement de santé (comme celui consistant à demander un traitement et à le suivre) est déterminée par la façon dont celui-ci ressent les risques et la gravité liés à la maladie, ainsi que par les conseils qu'il reçoit de sa famille, de son entourage ou des médias, de même que par les bénéfices liés au traitement ou par les entraves qu'il rencontre pour demander de l'aide ou un traitement. En d'autres termes, ce modèle tient compte des croyances et des représentations du patient en matière de santé.

Les composantes de base du HBM dérivent de théories psycho-comportementales. Les théoriciens de ces modèles font l'hypothèse que le comportement dépend principalement de deux variables. D'une part, il faut considérer la valeur que le sujet accorde à un but ou un objectif particulier et, d'autre part, il faut tenir compte de la probabilité estimée par ce dernier pour qu'un comportement donné lui permette d'atteindre ce but (Becker, 1974). Quand ces variables sont conceptualisées dans le domaine de la santé, elles renvoient, d'une part, au désir d'éviter la maladie ou si la maladie est déjà déclarée, au désir d'aller mieux et, d'autre part, à la croyance du sujet qu'un comportement particulier préviendra ou améliorera la maladie.

Ce modèle se structure autour de trois processus :

- La susceptibilité perçue : les individus diffèrent dans la perception de leur vulnérabilité face à la maladie. Cette dimension inclut l'estimation que peut faire le sujet de ses prédispositions personnelles à développer une maladie plus ou moins sévère.
- La sévérité perçue : de même que la susceptibilité a une résonance toute individuelle, les sentiments concernant le sérieux ou la sévérité de l'atteinte d'une maladie, d'une infection, varieront selon les personnes. Ainsi, la subjectivité de cette dimension implique qu'elle ne coïncide pas forcément avec une estimation médicale, objective. Cette dimension inclut à la fois des conséquences médicales (la mort, l'infirmité et la douleur) et les conséquences sociales (effets sur les conditions de travail et de vie de famille, effets sur les relations familiales et sociales).
- Les bénéfices et obstacles perçus : le sujet aura tendance à analyser les bénéfices et les risques occasionnés par l'adoption d'un comportement particulier en relation avec sa santé. Une sorte d'analyse des bénéfices et des coûts à effectuer, le sujet va peser, d'une part, l'efficacité d'une action, et d'autre part, le caractère dangereux ou désagréable de cette même action.

3.1.1.2. Modèle révisé du Health Belief Model (HBM)

Becker et Maiman (1975) ont repris et amélioré ce modèle en appliquant les éléments du HBM à l'explication et à la prédiction des comportements d'observance en relation avec la santé. En plus des facteurs relevés par le modèle initial, ils en ajoutent d'autres, qu'ils estiment suffisamment prédictifs pour être inclus. Ils émettent ainsi l'hypothèse que l'observance du patient dépend à la fois de sa motivation et de ses connaissances, de la perception de sa vulnérabilité individuelle, de la perception d'une menace, du fait qu'il soit convaincu de l'efficacité et du caractère bénéfique des interventions et qu'il voit peu de difficultés à adopter les comportements recommandés. Le HBM estime que, même si un individu reconnaît sa susceptibilité à la maladie, il ne mettra rien en action pour préserver sa santé à moins qu'il n'ait la croyance que devenir malade aura des répercussions sérieuses tant au plan social qu'au plan médical et organique.

Selon Becker (1974), même si le HBM est un modèle qui a prouvé son efficacité dans la prédiction et la compréhension des comportements d'observance, il semble présenter quelques limites.

Dans ce cas, il faut se rappeler qu'il reste un modèle psychosocial qui se limite à rendre compte de la façon dont les croyances des individus peuvent influencer de manière variable leurs comportements dans le domaine de la santé. Par conséquent, ce modèle ne fonctionne que si le sujet considère la santé comme étant une valeur suffisamment importante pour mettre en action des comportements spécifiques pour la conserver.

Si de nombreux travaux (Horne, 1998 ; Jones, Jones, & Katz, 1987) ont montré la pertinence du modèle avec la prise en compte des variables démographiques (âge, sexe et ethnie) ou des variables socio-psychologiques (personnalité, classe sociale, pression des pairs), peu l'ont concrètement utilisé dans la mise en œuvre par exemple de dispositifs visant à améliorer la compliance (Jones, Jones, & Katz, 1987), même si récemment Horne (1998) s'est attaché à montrer son efficacité dans le cadre de maladies chroniques. Il est de plus très difficile de donner des indications sur la pertinence effective de ce modèle dans l'explication de la compliance tant les opérationnalisations dont il a été l'objet sont multiples (Janz & Becker, 1984). Une méta-analyse de travaux réalisés à partir du HBM montre que seulement 24% de la variance se trouve expliquée par la combinaison des paramètres du modèle. Cependant, les auteurs s'accordent sur le fait qu'il est essentiel de tenir compte des croyances des patients dans l'examen de leur comportement de compliance. La critique

essentielle que l'on peut faire à ce modèle est qu'il réduit les croyances des patients aux seules dimensions coûts contre bénéfices.

3.1.1.3. Le *Health Decision Model*

Shawn et al. (1984) propose une troisième génération de modèle qui incorpore l'analyse des décisions de comportements pour faire ressortir les croyances du sujet sur la santé : le Health Decision Model (HDM). Le HDM incorpore la majeure partie des points forts du HBM. Il intègre les souhaits des patients, les expériences médicales précédentes ainsi que le soutien social aux croyances du patient dans un paradigme dynamique dans lequel tous ces éléments influencent l'observance. L'analyse des décisions offre une quantification des choix préférentiels que les sujets font quand ils négocient le poids respectif des bénéfices et des risques, quand ils opposent à terme la quantité et la qualité de vie. Ces auteurs ont également montré que les patients se fient plus à des croyances préexistantes au sujet des traitements qu'aux données statistiques qu'on leur a présentées.

Le HDM postule qu'il est important de modifier les croyances générales et spécifiques des patients. Le médecin a besoin de contrôler ces croyances en demandant à son patient s'il se soucie de sa santé, s'il est d'accord avec le diagnostic, s'il pense que le traitement va être efficace ou sera difficile à suivre, s'il craint des effets secondaires. Une fois ces croyances déterminées, le médecin peut estimer qu'elles sont celles qui auront une influence sur l'observance, et il pourra également donner des informations exactes à son patient.

Les critiques formulées à l'endroit de ces modèles ont été nombreuses, tant au niveau des choix de l'organisation de ces variables (Schwarzer, 1992) que de leurs mesures (Brown, Di Clemente & Reynolds, 1991). Parmi les critiques émises, nous pouvons en retenir quatre :

Ce modèle surestime l'influence directe de la perception de la menace par rapport aux autres facteurs. En effet, le modèle s'appuie sur l'hypothèse que l'appel à la peur est le moteur du changement. Or, si la perception de la menace semble nécessaire, elle est en elle-même insuffisante pour qu'un comportement de santé soit mise en place (Beck & Frabkel, 1981).

Aucune différence n'est faite entre les facteurs qui composent les bénéfices et les obstacles attendus. La perception de l'efficacité de la réponse et la perception des obstacles à sa réalisation sont résumées en une seule valeur, il y a donc résolution de la complexité cognitive de ces différentes perceptions. Le modèle ne dit rien de la façon dont on passe de

ces différentes perceptions à une décision d'action, il ne tient pas compte du facteur d'intention qui est pourtant un médiateur cognitivo-dynamique important de l'action (Ajzen, 1987).

Les auteurs ne donnent pas suffisamment d'informations sur la façon de mesurer les facteurs du modèle, ce qui amène des résultats très disparates suivant les indicateurs utilisés. Enfin, le HBM est statique et ne prend pas en compte le facteur temps.

Malgré toutes ces critiques, le HBM est un modèle qui a servi de guide à de nombreuses études sur l'explication des comportements de santé, mais son pouvoir de prédiction et d'explication des comportements de santé reste très limité. En effet, cette limite se révèle en ce que ce modèle ne prend en compte qu'une très faible variance dans l'explication des conduites (moins de 15% en général ; Terry, Gallois & Mc Camish, 1993), ce qui va jusqu'à poser le problème de son utilité. Mais dans les faits, le HBM n'est jamais appliqué en tant que tel. Il constitue une base des facteurs sur laquelle d'autres théories ont été construites, ou bien à laquelle on a ajouté des facteurs supplémentaires afin d'en améliorer la capacité à prédire les comportements de santé. Par la suite, d'autres modèles que l'on appellera « dynamiques », tel que le modèle de l'autorégulation, vont être créés, et utiliseront la temporalité, élément indispensable dans l'étude de l'observance.

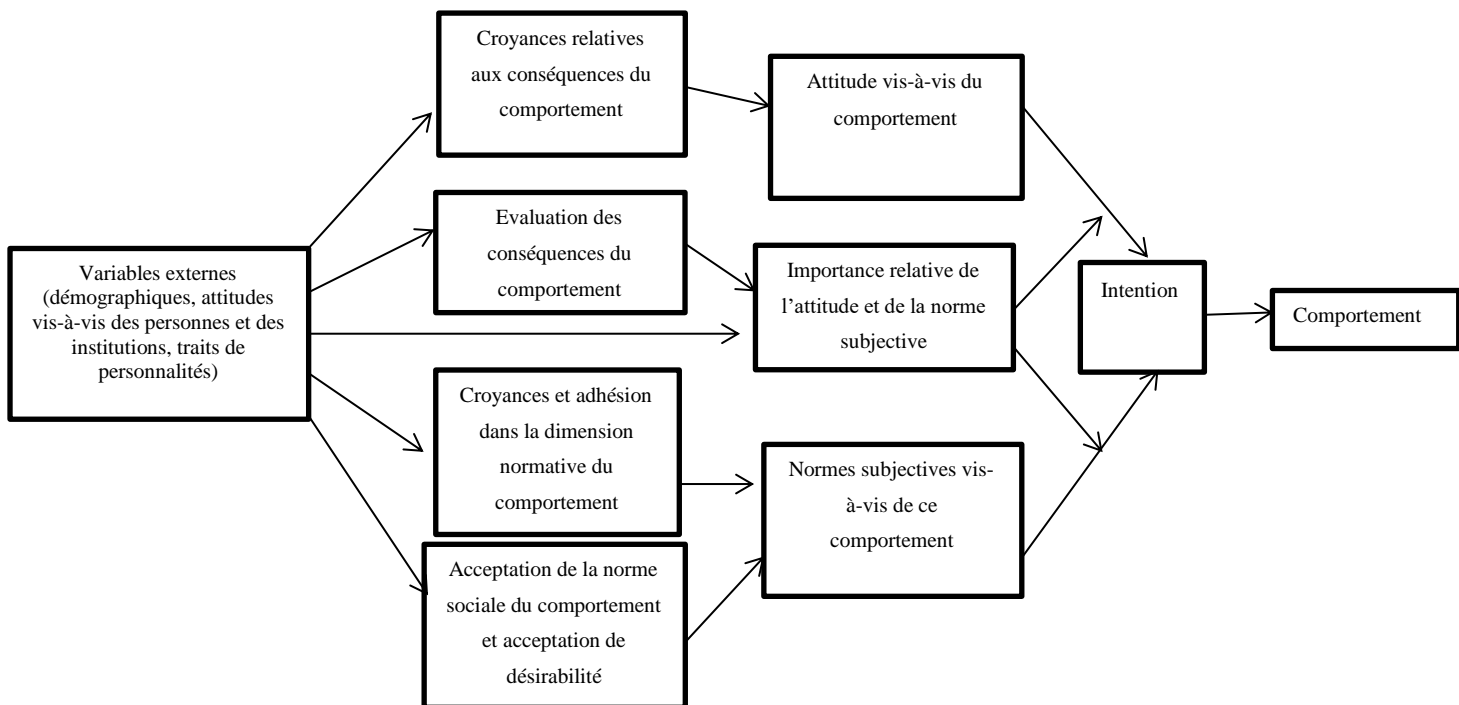
3.1.1.4. Le modèle de l'action raisonnée

Le modèle de l'action raisonnée d'Ajzen et Fishbein (1980) est fondé sur le postulat selon lequel l'attitude dérive des croyances et de l'information disponible. Selon Ajzen et Fishbein (1980), une grande partie des comportements qui intéressent les psychologues sociaux relève d'un contrôle volontaire de l'individu. Le concept le plus important véhiculé par cette conception est l'intention comportementale. Elle se situe à un niveau intermédiaire entre les comportements effectifs et les attitudes et reflète les facteurs motivationnels qui conduisent à l'action. Elle indique l'intensité de la volonté pour l'accomplissement des actions requises afin d'atteindre des objectifs. Dans ce modèle, l'intention d'effectuer ou non un comportement est considéré comme le déterminant immédiat du comportement. L'intention est elle-même déterminée par deux éléments importants : l'attitude vis-à-vis du comportement et des normes subjectives.

L'attitude consiste en une évaluation favorable ou défavorable d'un individu à l'égard d'un objet donné. La norme subjective (ou sociale) résulte des pressions sociales les plus saillantes telles que celles des parents, des amis ou de toute personne relevant du groupe

de référence de l'individu quant à la réalisation ou non d'un comportement. L'attitude et les normes sont constituées de deux ensembles de croyances qui se mesurent séparément. L'attitude envers la réalisation d'un comportement sera fonction des attentes ou des croyances relatives aux résultats prévus dans l'exécution du comportement, ainsi que de la valeur accordée à ses conséquences. Ces croyances constituent en fait des hypothèses sur la probabilité que telle conséquence soit associée à l'action en question. L'individu évalue qualitativement chacune de ces conséquences en lui attribuant une valeur subjective, ce qui constitue l'évaluation. C'est la somme de toutes ces conséquences, pondérées par leurs évaluations respectives, qui constitue l'attitude à l'égard de l'accomplissement d'une action donnée. La figure 11 présente les différentes variables du modèle de l'action raisonnée avec les différents liens théoriques.

Figure 11. *Théorie de la l'action raisonnée (Fishbein & Ajzen, 1975)*



Plus tard, Ajzen (1985) ajoutera un élément supplémentaire : le contrôle comportemental perçu. Le concept de contrôle perçu du comportement permet à l'auteur de passer du modèle de l'action raisonnée au modèle du comportement planifié, la notion de contrôle perçu désignant la perception de la facilité ou de la difficulté à réaliser le comportement en question.

Par rapport aux modèles déjà exposés, les facteurs de perception de la vulnérabilité ou de la gravité de la menace ne figurent pas explicitement dans la théorie, mais ils

peuvent être pris en compte à travers la mesure des croyances relatives aux conséquences de la réalisation (ou de la non-réalisation) du comportement recommandé. Mais surtout, ces théories diffèrent des modèles précédents en incorporant formellement un type d'influence sociale, par l'intermédiaire des croyances normatives et de la motivation à se conformer à ces normes. Il s'agit là des prémices de la prise en compte de l'influence du social sur les comportements de santé. Nous verrons plus loin, à travers le modèle socio-contextuel de l'autorégulation des comportements de santé, l'importance qu'il renferme dans ce travail. Ce modèle a été utilisé dans de nombreux travaux sur l'observance. Qu'il s'agisse d'études portant sur des infections urinaires ou l'hypertension. Ce modèle constitue un support à l'idée selon laquelle les intentions comportementales sont influencées par les attitudes et les normes subjectives des patients (Conner & Sparks, 2005).

Pourtant la portée d'un tel modèle a été discutée : en effet une méta-analyse de Godin (1993) qui a porté sur 21 études utilisant cette approche dans l'étude de la compliance semble indiquer que seulement 30% de la variance des intentions comportementales sont expliquées par les attitudes et les normes et que les corrélations entre les intentions et les comportements varient de manière assez irrégulière. Les attitudes et les normes subjectives ne sont donc pas suffisantes pour prédire un comportement de santé.

3.1.1.5. Le sentiment d'efficacité personnelle

Le concept du sentiment d'efficacité personnelle, tel qu'introduit d'abord par Bandura (1977), a réuni plusieurs tendances historiques expliquant les effets de la pensée autoréférente sur le fonctionnement psychosocial d'un individu. Premièrement, la popularité de la notion de causalité réciproque avait augmenté. L'idée selon laquelle les gens ne sont pas simplement des spectateurs passifs de forces environnementales a été reconnue par Lewin (1936). Celui-ci soutenait que les gens ne réagissent pas seulement au monde, mais ils cherchent également à le contrôler. Deuxièmement, la compétence personnelle et l'autorégulation revêtaient une importance croissante. White (1959) désignait la compétence comme une capacité pour l'individu d'interagir efficacement avec son environnement. La compétence, ou maîtrise, était conçue comme un besoin ou une motivation qui, lorsque satisfait, permettait une adaptation efficace et le fait de ne pas satisfaire ce besoin entraînait un dysfonctionnement. La motivation d'être compétent était désignée comme le « *besoin de compétence* ».

L'avènement des théories cognitives dans les années 1960 marque un virage et se concentre sur les croyances, les perceptions, les attributions et les attentes plutôt que sur les facteurs de motivation (Pettersson & Stunkard, 1989). Alors que les motifs sont intrinsèques à la personne, les croyances peuvent quant à elles s'appliquer tant à la personne qu'à l'environnement. C'est pourquoi l'intérêt des chercheurs concernant les aspects spécifiques de la personnalité et la relation entre la personne et l'environnement s'est accru. À l'intérieur du cadre de la théorie de l'apprentissage social, Rotter (1954) a mentionné le fait que le potentiel comportemental dépend à la fois des attentes associées aux résultats et aux valeurs. Les attentes associées aux résultats désignent la croyance selon laquelle le comportement entraînera un résultat donné. Les attentes associées aux valeurs désignent la valeur du résultat perçue dans une situation donnée. Rotter (1966) a proposé le concept de lieu de contrôle qui désigne les attentes généralisées associées aux résultats concernant la mesure dans laquelle une personne croit que les événements sont déterminés par des facteurs internes, ou externes comme la chance. Alors que les attentes associées aux résultats concernent les conséquences de l'action d'une personne, les capacités comportementales perçues, ou les croyances relatives à ses possibilités personnelles, désignent les attentes associées au sentiment d'efficacité personnelle.

Selon Bandura (1997), l'efficacité personnelle se définit comme étant la conviction ou le sentiment d'être capable de réussir à mener à bien une tâche ou une action en fonction des résultats attendus. Bien que plusieurs termes soient utilisés par l'auteur pour parler de l'efficacité personnelle, à savoir le sentiment d'auto-efficacité, l'efficacité perçue, l'efficacité personnelle, le sentiment d'efficacité personnelle, l'efficacité personnelle perçue, les croyances d'efficacité, nous utiliserons, dans le cadre de ce travail cette étude, le terme sentiment d'efficacité personnelle que nous assimilons aux croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières. Il contribue à déterminer les choix d'activité et d'environnement, l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'il s'est fixé, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'il éprouve lorsqu'il rencontre des obstacles. Il existe des sources du sentiment d'efficacité personnelle qui permettent de le construire et de le modifier :

- L'expérience active de maîtrise est une des sources les plus influentes sur la croyance en l'efficacité personnelle car elle est fondée sur la maîtrise personnelle des tâches à effectuer. Plus un individu vivra un succès lors de l'expérimentation d'un comportement donné, plus il sera amené à croire en ses capacités personnelles pour

accomplir le comportement demandé. Le succès, lorsqu'il n'est pas trop facile, renforce la croyance en l'efficacité personnelle alors que les échecs réduisent ce sentiment.

- L'expérience vicariante ou l'expérience indirecte consiste en un apprentissage qui repose sur le phénomène des comparaisons sociales, c'est-à-dire sur l'observation. Le fait d'observer des pairs vivre sans controverse une situation jugée préalablement conflictuelle peut influencer et renforcer la propre croyance des observateurs en leurs capacités de réussir. Au contraire, l'observation de l'échec d'un pair peut remettre en doute sa propre efficacité.

- La persuasion verbale signifie qu'à travers des suggestions, des avertissements, des conseils et des interrogations, les participants peuvent être amenés vers la croyance qu'ils possèdent le potentiel pour effectuer avec succès le comportement qui, autrefois, les embarrassait. Les croyances générées de cette façon sont d'ampleur plutôt faible lorsqu'elles sont utilisées seules, compte tenu du fait que les participants ne sont pas amenés à vivre une expérience. De plus, les résultats peuvent être influencés par des facteurs tels que l'expertise, la crédibilité et l'attrait exercé par la personne ressource.

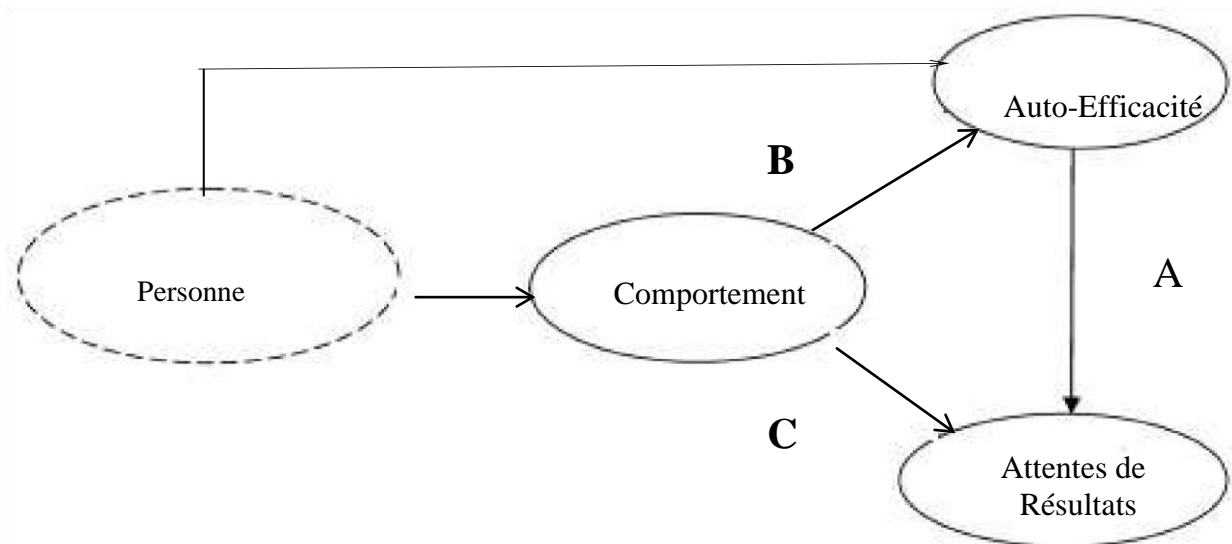
- Les états physiologiques et émotionnels jouent un rôle dans le sentiment d'efficacité personnelle. Lorsqu'une personne associe un état émotionnel aversif tel que l'anxiété avec une faible performance du comportement demandé, cela peut l'amener à douter de ses compétences personnelles pour accomplir ce comportement et ainsi conduire à l'échec. Par contre, les individus seront plus enclins à croire au succès s'ils ne sont pas gênés par un état aversif.

Ces quatre sources d'information permettent aux individus d'acquérir un certain degré d'efficacité personnelle pour un comportement donné. Selon l'individu, le moment et le contexte en question, chacune de ces sources pourra être complémentaire aux autres.

En effet, Bandura (1994) soutient que les croyances liées à l'efficacité personnelle influencent les sentiments, les pensées, la motivation et les comportements des personnes vivant avec le VIH dans l'observance de leur traitement. Dans le processus de traitement, la croyance en sa capacité de guérir et l'appréciation de ses propres aptitudes à la cure pourraient possiblement exercer une grande influence sur l'investissement et la motivation personnelle à prendre les médicaments. Il s'agit d'une croyance selon laquelle nous pouvons provoquer des changements grâce à nos efforts personnels. Notre façon de percevoir nos propres capacités pour faire face aux événements et les maîtriser est considérée comme ayant une influence sur notre manière de réagir face à la maladie.

Cette notion a été développée par Bandura (1977). Il part du fait que le comportement d'un individu repose sur deux croyances : l'une est la croyance suivant laquelle les résultats que l'on peut obtenir sont liés aux efforts personnels ; la seconde, c'est le sentiment ou la conviction que l'individu tient à sa disposition les ressources nécessaires pour atteindre un but déterminé. De ces deux croyances, c'est le sentiment d'efficacité personnelle qui serait l'élément le plus important ; il comporte une dynamique propre qui repose sur le fait que celui qui croit en ses propres capacités les développera d'autant plus qu'il se trouve devant des obstacles. Le sentiment d'efficacité personnelle s'affirme suivant les mêmes mécanismes que ceux de la confirmation d'hypothèse, à savoir que quelqu'un qui se sent capable aura tendance à adopter un comportement qui lui montre qu'il est réellement capable. Parmi les éléments qui jouent dans ce mécanisme, deux sont importants à retenir par rapport au problème de la maladie : le premier est lié à nos expériences passées et à la façon dont elles développent ou non la croyance en notre propre capacité ; le deuxième considère le fait d'avoir surmonté une épreuve comme un facteur de renforcement qui développe le sentiment que l'on pourra également surmonter celle qui se présente à nous.

Figure 12. *Différence d'intervention entre attentes d'efficacité et attentes de résultats dans le Processus d'actualisation d'un comportement Bandura (1977)*



Reconnaissant l'influence de l'environnement social et des apprentissages réalisés par les individus sur le comportement, Bandura (1977) fait l'hypothèse que les

différences dans l'adoption d'un comportement s'expliquent en grande partie en deux phases : les attentes des résultats et l'efficacité personnelle.

Les attentes des résultats sont ici les croyances sur les conséquences probables du comportement envisagé. Les attentes d'efficacité personnelle quant à elle sont les croyances relatives à ses capacités pour mettre en œuvre le comportement. Dans cette perspective un individu adopte un comportement s'il considère que ce dernier contribue à l'atteinte de résultats escomptés, mais avant tout, s'il a suffisamment confiance en sa capacité de le réaliser au moment de le faire.

De nombreuses études ont démontré un lien entre la compliance et le sentiment d'efficacité qu'il s'agisse de compliance comportementale dans l'arrêt des comportements tabagiques (Di Clementes & Prochaska, 1982), de la médication contre la tuberculose en Inde ou de la compliance médicamenteuse. Le sentiment d'efficacité personnelle revêt ainsi un intérêt particulier dans la mesure où il permet à un individu de créer sa propre réalité, il influe sur la façon dont il la vit, ce qui se révèle essentiel dans la compréhension des comportements d'observance des patients.

3.1.1.6. Synthèse : points clés sur les modèles classiques

L'application de modèles de cognition sociale dans la recherche indique que l'observance à la prise de médicaments peut provenir d'une décision rationnelle de la part du patient, et identifie, par ailleurs, certaines des cognitions prépondérantes menant à ces décisions. Bien qu'il y ait dans l'ensemble des études une certaine variation dans les types spécifiques de croyance associés à l'observance, il est démontré que certaines variantes cognitives, incluses dans le modèle de croyance de santé (Health Belief Model, ou HBM) (Janz & Becker, 1984) et la théorie de la planification du comportement (TBP) (Ajzen, 1991), décrites ci-dessus, semblent être des conditions nécessaires à l'observance dans certaines situations : croire que ne pas suivre le traitement peut avoir des conséquences fâcheuses, susceptibles d'affecter personnellement l'individu, tend à être associé à une observance plus marquée. En outre, les décisions concernant l'observance peuvent être influencées par une analyse de coût et de bénéfice selon laquelle ce dont on bénéficiera si l'on suit le traitement est évalué par rapport à ce que l'on perçoit comme étant les obstacles que l'on risque de rencontrer (Brownlee-Duffeck et al., 1987). D'autres études basées sur l'environnement social d'un individu ont montré que l'entourage, la famille, les amis et les médecins (croyances normatives) peuvent également influencer l'observance (Cochran &

Gitlin, 1988). De nombreuses études ont démontré la valeur des interventions basées sur le HBM pour faciliter des comportements de santé, comme, par exemple, se faire faire des check-up (Haefner & Kirscht, 1970), ou se présenter aux urgences dans le cas d'une crise d'asthme aiguë (Jones, Jones, & Katz, 1987).

Concernant les théories prédictives, ces modèles ont fait l'objet de nombreuses critiques concernant particulièrement leur caractère figé et atemporel. De plus, il considère que la santé est nécessairement un but en soi. Cependant d'autres processus peuvent rentrer en jeu et requérir une attention particulière. Pour Leventhal et al. (1997), le défaut majeur de ces modèles est qu'ils essaient d'expliquer les processus de choix sous-jacent dans l'absence de connaissance de leurs constituants. Malgré le fait que ces modèles restent très schématiques, ils ont permis d'envisager le rôle des croyances et des représentations dans l'adoption de comportements de santé sains. Il s'agit là de deux éléments essentiels dans la prédiction des comportements de santé, et nous retiendrons principalement l'importance des croyances par rapport aux traitements dans le cas de l'observance.

La plupart des modèles relatifs aux comportements de santé existants, tels que le HBM (Rosenstock, 1974), la théorie du comportement planifié (Ajzen & Maden, 1986) et la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977) peuvent être considérés comme des modèles d'autorégulations rudimentaires, car ils sont basés sur les croyances personnelles, les valeurs et les attentes. Cependant, si l'on définit l'autorégulation comme une séquence d'actions ou de processus volontaires destinés à atteindre un but personnel, on peut légitimement se demander si les principes de l'autorégulation sont représentés de façon adéquate dans ces modèles (Leventhal et al., 1997).

L'ensemble de ces modèles psychosociaux reste insuffisant pour rendre compte de l'observance thérapeutique. Nous allons donc voir à présent quelques modèles d'autorégulation, s'appuyant en partie sur les précédents modèles, mais d'une manière plus complète et aussi plus dynamique, afin de mieux comprendre ce qui détermine les comportements de santé, et tout particulièrement l'observance thérapeutique.

3.1.2. Les modèles spécifiques d'autorégulation

Il existe des modèles théoriques spécifiques à l'étude de l'observance thérapeutique. Ces modèles sont pour la plupart assez récents et s'inscrivent dans une perspective d'appréhension des comportements qui prend en compte de nombreux paramètres issus le

plus souvent des modèles traditionnels de la psychologie de la santé. Nous avons fait le choix d'en présenter trois parmi les plus représentatifs de cette orientation, le modèle de compliance en santé, le modèle d'autorégulation (SRM) de Leventhal et al. (1980), le modèle de l'autorégulation de l'observance aux antirétroviraux. On notera que ces modèles qui sont d'origine anglo-saxonne, utilisent plutôt le terme de compliance que celui d'observance.

La « *régulation de soi* » ou « *l'autorégulation* » fait référence aux (processus mentaux et de comportements grâce auxquels les individus mettent leur conception de soi en acte, changent leur comportement ou modifient l'environnement afin de faire correspondre les résultats qui s'y produisent avec leurs perceptions d'eux-mêmes et leurs objectifs personnels (Fiske & Taylor, 1991). Elle comprend aussi le fait de se fixer des objectifs pertinents, les préparations cognitives qui peuvent y mener ainsi que l'observation et l'évaluation du comportement visant à ces objectifs.

Les modèles de l'autorégulation sont basés sur les croyances personnelles, les valeurs et les attentes, qui guident les actions afin d'atteindre un objectif personnel. C'est en cela que ces modèles nous intéressent particulièrement. En effet, toute action, tout comportement sont motivés par les croyances et les valeurs des patients. Ainsi, un comportement de santé tel que l'observance sera déterminé fortement par les croyances et les valeurs de chaque patient. De plus, ces modèles considèrent le patient comme « *acteur* » dans ses comportements de santé.

La personne n'est pas passive face à ce qui lui arrive, au contraire elle cherche à s'adapter, à comprendre, à s'informer, à évaluer ses conduites de santé. Ceci est un élément important à considérer, afin de rendre le patient toujours plus actif face à sa maladie, en l'aidant à adopter des comportements sains de santé. Contrairement aux modèles présentés précédemment qui étaient des modèles statiques, il s'agit là des modèles dynamiques, qui mettent en relief l'évolution dans le temps, la réévaluation et l'adaptation des individus en fonction de leurs expériences passées, de leurs comportements et du contexte dans lequel ils se trouvent.

3.1.2.1. Le modèle de compliance en santé

Le Health Compliance Model (Modèle de compliance en santé, HCM) développé par Heiby et Carlson (1986) est une version complétée d'un modèle socio-comportemental explicatif de l'observance aux recommandations d'exercices physiques réguliers. Le HCM

viser l'explication de différents types d'observance (hygiène de vie, exercices, respect des rendez-vous,...), mais il a surtout été élaboré pour l'étude de l'observance aux traitements médicaux. Elle est présentée comme dépendant à la fois des antécédents et des conséquences du « *comportement opérant* », les conséquences étant définies tant en termes de contexte objectif que de perception subjective de ce contexte par le patient.

Le HCM a été le premier modèle à prendre en compte la manière dont les sujets vivent et ressentent leur observance à travers les effets (conséquences immédiates ou différées) que celle-ci a sur leur vie.

Le modèle comprend trois types de variables :

Les variables dites antécédentes ou situationnelles qui se déclinent selon plusieurs aspects, comme les caractéristiques du traitement (dosage, goût, couleur, complexité de la posologie, emballage du médicament), la qualité des instructions fournies (nature et objectifs du traitement, adaptation au mode de vie, type d'instructions écrit-verbal), l'adéquation de la communication (verbale et écrite), la facilité de compréhension et de lisibilité des instructions, le suivi du patient (quantité et fréquence des consultations,...), ainsi que le soutien social et familial. On trouve également à ce niveau la qualité de la relation médecin-patient que nous avons déjà détaillée précédemment.

Les facteurs individuels subjectifs impliquent quant à eux la perception que le patient a de sa situation de malade. Ce sont ses croyances, ses perceptions vis-à-vis de l'efficacité des traitements, le coût perçu, la gravité estimée et le degré de satisfaction qui sont ici envisagés.

Les conséquences concernent à la fois les bénéfices et les inconvénients qui peuvent induire ou être induits en retour par les facteurs individuels subjectifs et par la compliance elle-même. Ces bénéfices peuvent être sociaux (valorisation par autrui), personnels (amélioration de l'état de santé, ou réduction des symptômes), voire financiers (gains économiques). Les inconvénients sont du même registre, physiques (par l'aggravation de la situation du malade ou par l'augmentation de l'intensité ou du nombre des effets secondaires), financiers (à travers les répercussions économiques du traitement) ou sociaux (par la stigmatisation que la maladie ou les symptômes peuvent impliquer pour le malade dans sa vie quotidienne). Bénéfices et inconvénients peuvent ici être immédiats ou en différés.

Dans le HCM, on rencontre à deux reprises les facteurs bénéfiques/inconvénients de la compliance. Dans le cadre des facteurs individuels subjectifs, il s'agit des bénéfiques et inconvénients perçus et projetés, avant le comportement ; cette projection agit comme déterminant de l'observance. Dans le cadre des facteurs « *conséquences* », il s'agit des bénéfiques et inconvénients perçus, vécus après le comportement (compliance ou non); ces facteurs de feed-back agissent sur les comportements ultérieurs, relatifs au même traitement, ou à un autre. Une telle approche permet de dynamiser le modèle et de prendre en compte le facteur temps et ses effets ce qui est rarement envisagé dans les modèles de santé souvent trop figés.

3.1.2.2. Le Self Regulation Model (SRM) de Leventhal

Les recherches ont montré que les patients s'efforcent activement de comprendre leurs symptômes et leur maladie. A cet effet, ils créent des représentations cognitives ou modèles de leur maladie à partir desquelles ils forment la manière dont ils vont la gérer, ou les procédés qui vont leur permettre de faire face aux risques encourus (Petrie & Weinman, 2012). Il s'ensuit que lorsque l'individu éprouve un symptôme inhabituel ou qu'un médecin lui fait part d'un diagnostic, il construira sa propre représentation, ce qui déterminera son comportement et d'autres réponses, telles que la recherche d'aide et l'observance au traitement. De plus, ce que le patient croit quant à l'efficacité des médicaments, en particulier, ce qu'il perçoit être nécessaire, et le souci qu'il se fait quant à tel ou tel comprimé, sont étroitement liés à l'observance au traitement (Horne, 1998).

Ces éléments indiquent que les patients regroupent leurs idées concernant une maladie autour de cinq thèmes ou éléments cohérents, que les psychologues de la santé ont dénommés « *perceptions de la maladie* » (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984). Celles-ci fournissent un cadre permettant aux patients de donner un sens à leurs symptômes, d'évaluer les risques et d'agir de manière appropriée dans la phase de rétablissement. Les principaux éléments cognitifs sont : - l'identité qui comprend la manière de désigner la maladie et les symptômes que le patient y associe: la cause - les idées personnelles quant à l'étiologie, qui peuvent inclure des causes simples et uniques ou des modèles plus complexes à causes multiples ; la durée - ce que le patient croit être la durée probable de la maladie (crise aiguë, condition chronique ou épisodique) ; les conséquences - les effets et résultats attendus de la maladie ; la guérison/ le contrôle - à quel point selon le patient il est possible de guérir ou de contrôler la maladie.

Ces éléments ont des rapports logiques les uns avec les autres. Le fait d'être persuadé qu'il peut y avoir guérison ou contrôle est typiquement associé à une perception que la maladie sera de courte durée et que les conséquences n'en seront que relativement mineures.

3.1.2.2.1. Présentation du modèle

Leventhal Karuza, et Fry (1980) ont développé ce modèle comme un cadre pour interpréter les comportements d'observance thérapeutique. Selon ce modèle, les perceptions d'une maladie guident de manière critique les efforts du patient à gérer les symptômes, la maladie et ses conséquences. Ce modèle se fonde sur trois postulats de base. Le premier est que l'individu est un agent actif dans la résolution de son problème ; il cherche à diminuer l'écart entre son état actuel de santé et celui auquel il aspire. Le second est que la représentation cognitive et émotionnelle de la menace de la maladie guide l'adaptation et l'évaluation du plan d'action qui sera mis en place. Enfin, le troisième postule que cette représentation est propre à chacun et peut ne pas correspondre à la réalité médicale. Ce sont des représentations profanes, socialement déterminées qui s'élaborent à partir de nos valeurs, de notre culture. Ce processus peut se référer soit à la manière dont l'individu en bonne santé pense à des maladies particulières soit à la manière dont un individu atteint d'une maladie lui donne sens. D'après ce modèle, le système de régulation des comportements de santé comporte quatre processus.

La représentation cognitive de la maladie c'est à dire, la combinaison des diverses informations fournies par l'environnement. Il existe essentiellement trois sources d'informations dont peut tenir compte l'individu : les informations provenant de l'environnement social (amis, famille, équipe soignante, médias...) ; les informations ressenties par son corps propre c'est à dire les symptômes et enfin les informations résultant d'expériences passées. La représentation de la maladie dépend de la quantité d'informations et surtout de leur véracité.

La réponse émotionnelle à la maladie et au traitement, elle découle principalement de la représentation de la menace de la maladie et de la perception de la nécessité du traitement.

Le troisième processus est la gestion adoptée suite à l'élaboration de la représentation c'est à dire la façon dont la personne va faire-face à la situation. Nous retiendrons deux types de stratégies. L'une centrée sur la régulation des émotions visant essentiellement à diminuer les affects négatifs. Il s'agit par exemple du déni d'une maladie cancéreuse, la personne préférant les termes de tumeur et de traitement moins anxiogènes que ceux de cancer et de chimiothérapie. Ce sont des stratégies essentielles à l'acceptation mais qui ne

permettent pas un changement de comportement lié à la santé. L'autre centrée sur l'action avec la mise en place effective de changement de comportement.

Le dernier processus est l'évaluation que l'individu effectue en fonction des réponses qu'il a mises en place. La personne mesure le succès de la stratégie de coping et modifie en conséquence la représentation émotionnelle et cognitive qu'il a de sa maladie et/ou sa stratégie afin qu'elle soit plus efficace ou du moins jugée comme telle. Ce mécanisme de feed-back permanent explique le développement temporel du système d'autorégulation dû aux changements de sensation somatique et à la mise à jour de nouvelles informations, des représentations et des modes de coping.

Pour résumer, les patients s'efforcent de comprendre leur symptôme et leur maladie. Ils créent, alors, des représentations cognitives ou encore des modèles de leur maladie à partir desquels ils formulent la manière dont ils vont la gérer. Il existe un modèle implicite de la maladie selon lequel les symptômes définissent la présence ou l'absence de maladie et facilitent la réponse psychologique des patients. La représentation construite déterminera le comportement et les autres réponses telles que la recherche d'aide ou encore l'observance au traitement. Le niveau perceptif joue un rôle clé dans les représentations émotionnelles. Cela suggère que les représentations ont deux niveaux : cognitives et émotionnelles. Elles se définissent à partir de cinq caractéristiques détaillées ci-dessous.

❖ **L'identité**

Elle est basée sur l'étiquette (le nom) et les symptômes ressentis de la maladie. Ainsi, l'étiquette qui sera attribuée à la maladie peut être source de sentiments divers en fonction des représentations qui y sont associées. Par exemple, la culpabilité d'avoir été contaminé par le virus du sida parce qu'on a eu un rapport sexuel non protégé ; l'angoisse de mort liée aux maladies telles que le cancer ou le sida...etc. Ce qui est intéressant, ici, c'est la manière dont la personne désigne sa maladie et quels sont les symptômes qu'elle y associe. L'absence de symptômes sévères peut entraîner une perception bénigne de la condition de la personne, cela peut la conduire à avoir des doutes quant à son besoin de traitement.

❖ **La durée**

Une pathologie peut être aiguë ce qui signifie qu'elle est symptomatique et donc guérissable ou chronique c'est à dire incurable et faisant partie intégrante de la vie de l'individu. Il est tout à fait différent d'accepter d'être malade de façon passagère que de devoir apprendre à vivre avec une maladie chronique. L'important est de savoir ce que le

patient croit être la durée probable de sa maladie car cela aura un impact sur les représentations qu'il y associera et donc sur la façon dont il gèrera la situation.

❖ **Les conséquences**

Il s'agit, ici, des conséquences immédiates et à long terme de la maladie, autant sur un plan physique, économique que social. Ces changements peuvent être source de dépression ou encore de révolte par rapport à un état antérieur. Du point de vue du patient, il est nécessaire de savoir quelles sont ses attentes par rapports aux effets et aux résultats attendus de la maladie.

❖ **La cause**

Ce point regroupe les idées personnelles quant à l'étiologie de la maladie ainsi que les facteurs contribuant à son développement. Par exemple, selon qu'une personne attribue ou non l'origine de sa maladie à ses comportements comme le fait d'être surmené, ou trop stressé, elle pourra développer un sentiment de culpabilité, avoir des regrets, être révoltée ou en colère. Dans le cas du cancer du sein les principales causes avancées sont le stress, une substance spécifique qui a favorisé l'apparition du cancer, l'hérédité en général, le régime alimentaire. Ils montrent également que l'hérédité devient le facteur le plus important quand il y a déjà eu un cancer dans la famille. Essayer de trouver des causes à sa maladie permet d'identifier et d'appivoiser une réalité souvent effrayante et de ne pas être submergé par la détresse.

❖ **La guérison / le contrôle**

L'intérêt se porte sur l'avis du patient selon lequel il est possible de guérir ou de contrôler la progression de sa maladie. Cela dépend de ce que l'environnement (familial et médical) attend du patient, de sa perception en sa capacité personnelle à agir, de ce qu'il attend comme résultat et des moyens qu'il met en place pour faire face à la situation. La maladie peut être considérée comme étant sous le contrôle médical mais il peut y avoir des doutes quant à l'efficacité des actions proposées. Cette position peut changer à tout moment en fonction des effets positifs ou négatifs ressentis.

Ces cinq caractéristiques ont des rapports logiques les unes avec les autres. Plus la personne aura la perception d'une possible guérison ou de posséder un contrôle sur la situation, plus elle envisagera sa maladie de façon brève avec des conséquences mineures (Weinman & Figueiras, 2002). Dans une étude portant sur la perception de leur condition qu'ont des personnes atteintes d'un syndrome de Marfan (Peters, Kong, Horne, & Francomano, 2001), les auteurs ont montré que 28% des répondants considèrent leur maladie comme une pathologie létale alors que 67% la voient comme un état sérieux. Ils

pensent que ce syndrome est chronique et d'origine génétique. Près de 85% des individus interrogés perçoivent des conséquences importantes dans leur vie. Les cinq caractéristiques décrites dans le modèle de l'autorégulation fournissent un cadre permettant aux patients de donner un sens à leurs symptômes. Ils définissent les moyens mis en place pour faire face ou pour contrôler la maladie et jouent un rôle dans l'évaluation des résultats. Dans le cas de la sclérose en plaque (Richards, Herrick, Griffin, Gwilliam, Loukes, & Fortune, 2003), les symptômes les plus fréquemment associés avec cette maladie sont les articulations raides, la douleur et la fatigue. Les principales causes reportées sont le stress, l'altération du système immunitaire et la chance ou la malchance. La plupart des patients interrogés considèrent leur pathologie comme étant chronique avec des conséquences majeures sur leur vie et un faible contrôle sur la maladie. Ces perceptions justifient les réponses émotionnelles mises en place. Les résultats de cette étude suggèrent également que les croyances des patients et les réponses émotionnelles sont plus associées aux sens qu'ils imputent à leur maladie plutôt qu'à sa sévérité scientifique.

De plus, dans une étude sur des patients sous chimiothérapie, les chercheurs remarquèrent que ces derniers répondaient à leur maladie en termes de théories implicites concernant la maladie et son traitement (Nerenz, Leventhal, & Love, 1982). Les patients atteints de lymphomes malins semblaient définir l'efficacité de la chimiothérapie, en évaluant la taille des nodules lymphatiques malades qu'ils pouvaient palper. Les patients chez qui les nodules avaient subitement disparu étaient dans une plus grande détresse que ceux chez qui la rémission avait été graduelle. Le fait que la détresse soit plus aiguë chez les patients dont la rémission avait été plus rapide suggère qu'ils se trouvaient dépourvus d'une méthode utile leur permettant d'évaluer l'efficacité du traitement et qu'ils ne comprenaient pas qu'il leur faille poursuivre un traitement toxique, alors qu'ils étaient « guéris » ou n'avaient plus d'éléments tangibles de la maladie. Le résultat de cette étude suggère un modèle implicite de maladie, selon lequel les symptômes définissent la présence ou l'absence de maladie et facilitent la réponse psychologique des patients.

Appliqué au domaine du VIH, nous comprenons combien il est difficile alors pour les patients de suivre un traitement alors qu'ils n'ont pas de symptômes déclarés liés au VIH, mais au contraire, des effets secondaires liés au traitement.

Dans leurs travaux sur l'hypertension et les patients atteints d'un cancer, Leventhal et al. (1980) utilisent l'observance au traitement pour expliquer comment le bon sens de certaines croyances permet d'expliquer des réponses apparemment idiosyncrasiques à la maladie. Ils remarquent que les patients semblent répondre à leur traitement en termes de

théories implicites concernant leur maladie. Celles-ci (parfois dénommées schémas de maladie) sont basées sur les modèles de la maladie que le patient a lui-même formulés.

L'approche de la perception de la maladie s'applique depuis peu à de nombreuses situations de santé. Une étude a montré que des patients ayant récemment souffert d'un infarctus du myocarde ont de solides croyances quant à la cause, la durée, les conséquences et la possibilité de contrôle de leur état cardiaque durant la phase aiguë de leur séjour à l'hôpital (Petrie, Weinman, Sharpe, & Buckley, 1996).

De plus, ces croyances ont un rapport avec leur participation aux séances de réhabilitation cardiaque et la manière dont ils reprennent le travail (Petrie, Weinman, Sharpe, & Buckley, 1996). Le modèle de régulation de soi est également employé actuellement pour expliquer les réponses au dépistage du cancer et la façon dont les patients gèrent l'expérience de leur traitement, du syndrome de fatigue chronique (Weinman, Petrie, Moss-Morris & Horne, 1996) et du diabète (Hampson, 1997).

Le modèle de l'autorégulation est donc utilisé pour expliquer de nombreux comportements de santé, pour différentes maladies chroniques, mais il a été très peu utilisé dans le cas du VIH, maladie considérée comme chronique depuis peu, avec l'arrivée des trithérapies. De plus, le modèle d'autorégulation de Leventhal a été appliqué à la recherche sur l'observance, il reconnaît l'influence importante de la perception du symptôme sur les représentations de la maladie et sur les comportements d'observance versus nonobservance. C'est pourquoi il nous a semblé pertinent de nous appuyer sur ce modèle, afin de mieux comprendre les comportements d'observance des personnes séropositives.

3.1.2.2.2. L'autorégulation et l'observance au traitement

❖ Représentation de la maladie et observance

Le Self Regulation Model postule que les facteurs contextuels affectent l'observance par leurs effets sur l'autorégulation (Leventhal et al., 1997). La plupart des recherches se focalisent sur la représentation cognitive que le patient élabore par rapport à sa maladie et cherchent en quoi ces dernières agissent sur les réponses des malades.

Cependant, il ne faut pas oublier que l'expérience émotionnelle de la maladie va moduler les perceptions en affectant l'interprétation initiale du problème. Ainsi, l'observance et la non-observance sont à envisager comme un ensemble de comportements mis en œuvre pour faire face non pas à la maladie mais à la représentation que les malades

s'en font (Tarquinio, Fischer & Barrache, 2002). Suivant les situations, certaines variantes cognitives, incluses dans les modèles théoriques développés précédemment, semblent être des conditions nécessaires à l'observance. Par exemple, la croyance que le fait de ne pas suivre les prescriptions peut avoir des conséquences négatives tend à renforcer l'observance au traitement. Il a déjà été remarqué que la norme subjective peut jouer un rôle dans le suivi du traitement, pour être un (bon patient) ou pour répondre aux attentes de son entourage. La décision peut également être influencée par une analyse des coûts (effets secondaires, coût financier) et des bénéfices (rémission/guérison, bien-être). L'application du modèle de l'autorégulation montre que l'observance est plus probable s'il y a un haut degré de cohérence entre l'idée que se fait le patient de sa maladie et les symptômes qu'il ressent ainsi que si les conseils des soignants donnent un sens à l'expérience et aux représentations des patients (Horne, 1998). Horne (1998) a montré qu'il existe une corrélation entre les représentations de la maladie et l'observance dans des échantillons de personnes soit asthmatiques, soit diabétiques. Les patients avec une forte croyance par rapport à la durée, aux conséquences, et qui attachent une grande importance à l'identité de leur maladie, sont plus observants. Il suggère la présence d'une forte relation entre l'observance et la perception de bénéfices par rapport aux symptômes.

Une étude sur des patients souffrant de diabète permet d'observer la même tendance. Ceux-là utilisent les symptômes qu'ils perçoivent pour indiquer le taux de glucose dans leur sang et guider le traitement qu'ils vont s'appliquer (Gonder-Frederick, & Cox, 1991). Cependant, les croyances des patients quant à leurs symptômes et leurs estimations du taux de glucose dans leur sang sont souvent erronées et se traduisent par un mauvais contrôle du diabète. Hampson (1997) a montré dans des études sur des patients qui ne recourent pas à l'insuline, que les modèles personnels du diabète sont liés à l'autogestion alimentaire et à l'observance à l'exercice, et non aux aspects plus médicaux du contrôle, tels que les tests du taux de glucose dans le sang et la prise de médicaments. De même, Leventhal et al. (1984) ont suggéré, dans leurs travaux sur des patients souffrant d'hypertension, que probablement les modèles de la maladie formulés par les patients influencent leur observance au traitement. Ils se sont aperçus en premier lieu que, pour une maladie asymptomatique telle que l'hypertension, les patients n'avaient pas de règles de conduite particulière ; ils ont noté ensuite que les patients développaient une représentation de l'hypertension qui incluait les symptômes qu'il leur était possible d'évaluer.

Selon Leventhal et al. (1984), l'observance au traitement semble être élevée, quand le médecin et le patient partagent les mêmes perceptions de la maladie, les mêmes critères

d'évaluation de résultat et s'accordent sur la marche à suivre. Des écarts entre les opinions des patients et celles des médecins ont été trouvés dans deux domaines : - leurs représentations de l'hypertension différaient ; celles des patients comprenaient des symptômes, à la différence de celles des médecins ; ce qu'ils entendaient par traitement différait également - la réussite du traitement signifiait pour le patient une amélioration des symptômes, alors que pour le médecin, il s'agit de faire baisser le taux de tension (Meyer, 1985).

Les médecins demandaient ainsi aux patients de suivre un traitement qui pour eux n'avait aucun sens, puisqu'il ne changeait pas l'effet sur ce qu'ils ressentaient. Les patients sont plus enclins à se soumettre aux recommandations médicales, s'ils perçoivent une relation entre le traitement et les symptômes. On trouve les mêmes attentes dans une étude avec des patients souffrant de diabète (Espenshade, 1984). Ceux-ci se servent des symptômes pour évaluer les variations du taux de glucose dans le sang, plutôt que les tests exacts du taux de glucose dans l'urine ou dans les vaisseaux capillaires. Plus important encore est le fait qu'un grand nombre de patients ont une grande confiance dans la validité des symptômes, parce qu'ils « *savent comment ils les ressentent* ». Bishop (1991) partage ce point de vue et fait remarquer que les professionnels de la santé pensent à la maladie et au traitement en termes médicaux, contrairement aux patients pour qui l'observance aux recommandations de traitement est une fonction de la représentation du sens commun de la maladie. Un autre aspect important de ces représentations est le rôle que jouent les attentes temporelles liées à la maladie. La composante durée des représentations du sens commun, semble être étroitement liée à la coopération au traitement. Dans l'exemple de l'hypertension, les patients qui ont en tête un modèle aigu de la maladie sont plus à même d'abandonner le traitement dans les six mois que ceux qui disposent d'un modèle cyclique ou chronique (Meyer, 1985).

Pour notre recherche, nous nous appuyerons également sur ce modèle d'autorégulation, afin d'étudier le lien entre les représentations de la maladie et le comportement d'observance dans le domaine du VIH. En effet, le VIH, comme l'hypertension, est une maladie sans symptôme, mais que les patients savent chronique. Ils vont donc se faire une représentation de la maladie et du traitement : pour certains, prendre un traitement est une chance, cela permettra de combattre le virus et s'il y a des effets secondaires, c'est que le traitement est efficace. Pour d'autres, s'il y a nécessité d'un traitement, c'est que le VIH progresse et les symptômes liés au traitement sont alors vécus comme les prémices du sida. D'où l'importance de bien expliquer le «

fonctionnement » de la maladie et du traitement, afin de couper court aux fausses croyances.

❖ **Croyances par rapport aux traitements et observance**

La recherche récente se focalise depuis quelque temps sur le rôle que jouent les croyances des individus concernant les médicaments et la manière dont elles pourraient influencer l'observance. Les travaux de Horne (1998) indiquent que quatre « *thèmes ou facteurs centraux* » sous-tendent les croyances habituelles quant aux médicaments. L'analyse de facteurs, effectuée sur une série d'énoncés de croyances, révèle deux facteurs importants qui décrivent ce que les individus croient au sujet des médicaments prescrits : la nécessité qu'ils perçoivent pour le maintien de la santé (nécessité spécifique) et les soucis qu'ils se font quant à ce qu'ils estiment être le potentiel de dépendance ou les effets à long terme néfastes, et le fait que prendre des médicaments est une intrusion (soucis spécifiques). Deux autres facteurs décrivent ce que les individus croient au sujet des médicaments en général : le premier se rapporte aux propriétés intrinsèques des médicaments et à leur caractère de substances néfastes et addictives (dommage général) ; le second englobe les questions sur leur éventuel usage exagéré par les médecins (usage exagéré général).

Ce que les individus pensent des prescriptions spécifiques de médicaments se révèle être beaucoup plus étroitement lié à leur observance que ne le sont leurs opinions sur les médicaments. En outre, on trouve une relation entre leurs préoccupations et leurs croyances, ce qui suggère qu'ils se livrent à une analyse des risques et des bénéfices ; cela a pour conséquence de modérer ce qu'ils perçoivent comme un danger potentiel, en prenant moins. Les patients les plus préoccupés quant au potentiel d'effets à long terme et de dépendance font preuve de moins d'observance à leur traitement, tandis que ceux qui croient davantage à la nécessité des médicaments y adhèrent davantage (Horne & Weinman, 1999).

Quelques études se sont attachées de manière spécifique aux croyances des individus concernant les médicaments et la manière dont elles pourraient influencer l'observance thérapeutique. De façon schématique, les médicaments sont associés à deux points de vue ; l'un positif et l'autre négatif. Le premier est dû aux effets bénéfiques qu'ils procurent et le deuxième à leurs effets nocifs. Leventhal et son groupe ont montré que cette double représentation peut influencer la réponse aux symptômes. En effet, chez des femmes ayant un cancer du sein, les effets ressentis après une chimiothérapie étaient la preuve de l'action bénéfique du traitement (Leventhal & Tomarken, 1986).

Ce qui peut également faire barrière aux comportements d'observance est que l'utilisation chronique des médicaments est vue comme un danger car ils peuvent entraîner une dépendance (aussi bien psychologique que physique). Horne et Weinman (1999) ont évalué la relation entre les croyances et l'observance déclarée dans un groupe de 324 patients répartis en quatre échantillons suivant leur pathologie (asthmatique, dialysé, cardiaque et cancéreux). Ils ont montré qu'un score élevé concernant la nécessité perçue du traitement était lié à un haut niveau d'observance rapporté, alors que plus les personnes développent des inquiétudes par rapport à leur traitement, moins ils seront observants.

Dans ce sens, Peter et al. (2001) montrent que chez des patients ayant un syndrome de Marfan, la présence de troubles cardio-vasculaires et de fatigue est liée de façon positive avec le suivi du traitement. Cependant tous les patients ne perçoivent pas la nécessité de leur traitement. La durée du traitement, le type de médicament et la perception de contrôle sur la maladie sont corrélés à la perception de la nécessité du traitement. De même, les patients qui refusent une thérapie antirétroviral (Cooper et al., 2002) sont caractérisés par des doutes quant à leur besoin de traitement, par des inquiétudes quant aux conséquences du traitement et par le fait qu'ils requièrent une autonomie dans les décisions concernant leur traitement. Dans une étude concernant des patients en hémodialyse (Horne, Sumner, Jubraj, Weinman, & Frost, 2001), les auteurs ont montré que les comportements de non-observance aux traitements reportés sont liés aux inquiétudes développées par rapport aux effets potentiellement défavorables de leurs médicaments. La faible adhérence aux régimes alimentaires est associée avec les croyances personnelles quant à la restriction trop stricte du régime. Bien que 90% des patients soient conscients de la nécessité de leur traitement, 32% entretiennent des inquiétudes qui résultent de leurs croyances par rapport à la dépendance qu'il peut entraîner, ses effets à long terme ou encore de par la perturbation qu'il implique dans leur vie quotidienne. Les inquiétudes liées au traitement sont corrélées à une perception nocive, de dépendance ou encore de poison des médicaments en général qui sont trop utilisés par les médecins. Les études sur les représentations des médicaments ont également montré que la perception de la maladie diffère en fonction du nombre de médicaments à prendre (un grand nombre de médicaments par jour est synonyme d'une maladie grave). Ainsi, la diminution du dosage sera perçue comme une amélioration et l'augmentation comme une dégradation.

Tourette-Turgis et Rcbillon (2000) montrent également que la croyance en l'efficacité des traitements est une variable corrélée positivement à l'observance. Le pessimisme à l'infection par le VIH, la détérioration de la santé, le décès ou l'échec thérapeutique d'une

personne de l'entourage sont des variables corrélées négativement à l'observance. La connaissance du patient et ses croyances sur la maladie ont une influence sur son degré d'observance. Les croyances, connaissances, et attentes des patients, parfois partagées par leurs amis, familles et communautés d'appartenance, influencent clairement la décision de démarrer et d'adhérer à une thérapie antirétrovirale. Il a été observé que la compliance est meilleure quand les patients séropositifs perçoivent la nécessité d'un traitement (Stall, Pollack, Mills & Catania, 2003), croient que le traitement va les aider (Blumenfeld, Milazzo, & Wormser, 1990), et quand ils ont des informations et comprennent le but des traitements (Elred et al. 1997). Les attitudes des amis (notamment leur soutien) et la confiance au médecin sont aussi en lien avec la compliance (Stall et al., 2003). Le manque de croyance dans l'efficacité du traitement pourrait conduire à un refus de traitement ou à une observance inadéquate quand le traitement est commencé.

Les croyances et connaissances jouent aussi un rôle central dans l'adhésion à un programme de traitement initialement accepté. Les patients convaincus que leur traitement peut sauver leur vie le suivent généralement scrupuleusement dans leur régime quotidien. Beaucoup de patients au préalable réticents à prendre le traitement ont changé d'avis, et ont fait des efforts pour corriger leurs présupposés, avec l'arrivée des trithérapies.

❖ **Apports et limites de ce modèle**

L'apport spécifique de Leventhal est de considérer les représentations non pas seulement comme "déclaratives" c'est-à-dire cognitives, conscientes mais également dans leur forme émotionnelle c'est à dire automatique et implicite.

Ce modèle envisage donc les représentations cognitives et émotionnelles de la menace que constitue la maladie. Il examine l'adéquation entre le patient et le praticien dans le respect des représentations, de moyens d'ajustements et de l'évaluation de l'action. C'est le modèle le plus compréhensif mais il est difficile à appliquer à cause de ses multi variables et de sa nature transactionnelle (Blackwell, 1992). La relation entre la représentation de la maladie, celle des médicaments et l'observance thérapeutique suggère que le modèle de l'autorégulation pour expliquer l'adhésion au traitement doit être mis en valeur par l'inclusion des croyances par rapport aux médicaments (Horne, 1998).

Nous avons donc vu l'importance que ce modèle accorde aux représentations cognitives et émotionnelles de la maladie et du traitement. A présent, nous allons présenter un autre modèle d'autorégulation, celui du modèle d'autorégulation de l'observance aux

antirétroviraux, inspiré du modèle précédente adapté de manière spécifique au traitement contre le VIH.

3.1.2.3. Le modèle d'autorégulation de l'observance aux antirétroviraux

Ce modèle est issu de la théorie d'autorégulation (Diefenbach & Leventhal, 1996 ; Leventhal et al., 1997) et fondé sur des travaux théoriques et empiriques afin d'expliquer l'observance aux traitements antirétroviraux (Alonzo & Reynolds, 1996). La théorie d'autorégulation présente un cadre théorique unanime qui met au centre le patient en le rendant acteur de ses comportements de santé telle que l'observance. La théorie d'autorégulation suggère que les individus cherchent à comprendre leur maladie en développant des représentations de ce qu'est leur maladie, ses causes, ses effets sa durée et son traitement. Ces représentations sont élaborées à travers les symptômes, les épisodes de maladie, et les informations obtenues. Elles ne correspondent pas nécessairement aux considérations scientifiques, mais guident de manière certaine les comportements de santé des patients. Ainsi, le modèle suggère que, du point de vue du patient, l'observance aux traitements antirétroviraux serait influencée par les représentations du traitement et de la maladie, et le sens que le patient leur attribuera. Plusieurs facteurs ont été identifiés comme particulièrement saillants dans l'observance aux antirétroviraux, et semblent avoir une influence sur les représentations que se font les patients de leur maladie VIH. Nous allons détailler davantage certains facteurs présents dans ce modèle.

❖ Les expériences de la maladie

Les facteurs liés au traitement ont montré qu'ils avaient un rôle important dans l'observance aux antirétroviraux. L'observance au traitement antirétroviraux diminue lorsque la complexité du régime augmente (Ostrop, Hallett, & Gill, 2000 ; Stone, 2001). Le nombre et la sévérité des effets secondaires ainsi que la perception des individus de leur seuil de tolérance sont également des facteurs de mauvaise observance (Catz et al, 2000 ; Duran Savès, & Spire, 2001). Les personnes qui prennent des traitements antirétroviraux sont confrontées à une variété d'effets secondaires à court et long termes, tels que la fatigue, les maux de tête, les nausées, les diarrhées, les insomnies, les pertes de mémoire, les troubles sexuels et les complications métaboliques (Duran et al, 2001 ; Jain, Mathur, & Sarnin, 2001 ; Reynolds & Neidig, 2002). Même lorsqu'ils sont mineurs, les effets secondaires peuvent réduire l'observance du patient à son traitement : ce dernier va alors <

oublier > de prendre des doses de médicaments, en espérant ainsi diminuer les symptômes liés à son traitement (Reynolds, Neidig, & Brashers, 1999). Ce comportement peut être compris à l'intérieur du cadre théorique de l'autorégulation. Tandis que le médecin dit au patient, par exemple, que le traitement antirétroviral tuera le virus et augmentera ses chances de survie, le patient pourra en fait se sentir moins bien à cause des effets secondaires ou avoir peur du développement des effets secondaires (Gold et al, 2000). Lorsque le patient s'aperçoit que le traitement a des effets négatifs, il peut manquer ou oublier des doses de médicaments (Horne & Weinman, 1999). A l'inverse, le patient peut devenir plus observant s'il comprend qu'une bonne observance au traitement le préservera de la progression de la maladie (Schroeder, Allen, Hugouvieux, & Kwak, 2001).

❖ Les interactions avec autrui

La relation médecin-patient a été identifiée comme un facteur important influençant l'observance au traitement (Roberts, 2002). Les aspects de la relation médecin-patient incluant la confiance et des échanges réguliers ont été identifiés comme étant particulièrement importants (Singh et al, 1996). De plus, l'observance du patient à son traitement augmente lorsque le médecin donne des explications claires et fournit une liste exhaustive des éventuels effets secondaires, ainsi que des encouragements et du soutien (Davis, Shoolman, & Donaldson, 1997). La disponibilité du soutien social (amis, conjoint, famille) peut également être associée à l'observance. Dans le VIH, le soutien social peut être compliqué à cause de la stigmatisation et du rejet de certaines personnes dans l'environnement du patient (Alonzo & Reynolds, 1996 ; Reynolds & Alonzo, 1998). Cependant, il est prouvé que le soutien social peut améliorer l'observance au traitement (Catz et al, 2000 ; Gordillo et al. 1999 ; Singh et al, 1999). Conceptualisé à travers le modèle d'autorégulation, des recherches en cours indiquent que le soutien social peut augmenter l'observance à la fois grâce à la présence d'un autre individu qui aide le patient à avoir un plus grand « *désir d'observance* » et aussi en faisant fonction de rappel. Ainsi, le soutien social peut être considéré comme une forme de « *cognition collaborative* » qui fournit une base indicative pour prendre son traitement. De plus, le soutien social peut aider les patients à dépasser les événements négatifs relatifs à la maladie et qui interfèrent avec l'observance (Skinner & Hamson, 1998).

❖ **Les informations**

Les recherches indiquent que le type d'informations qu'un individu reçoit concernant sa maladie et son traitement est aussi un facteur important, car il va ensuite induire la représentation de la maladie (Parker, et al, 1978 ; Siminoff et Fetting, 1991). Bien qu'une grande quantité d'informations sur le VIH soit disponible à travers les médias, internet et autres ressources, des études montrent que les patients considèrent qu'on ne leur fournit pas assez d'informations sur leur traitement antirétroviral et leurs effets secondaires (Quirk & Wilks, 1993). Certains médecins donnent délibérément peu d'informations à leurs patients VIH au sujet des potentiels effets secondaires liés aux antirétroviraux, pensant qu'en fournissant davantage d'informations à ce sujet, cela orienterait l'attention de leurs patients sur les effets secondaires, et augmenterait ainsi leurs symptômes et leur anxiété. Cela n'a pas été confirmé par les recherches (Howland et al, 1993), et dans une étude sur l'observance, Dunn et al (1981) ont montré que des effets secondaires inattendus étaient un facteur clé de mauvaise observance. Dans des travaux de recherches testant le modèle d'autorégulation, Johnson et al, (1991) et Johnson (1996) ont trouvé que les stratégies de coping des patients sont plus efficaces lorsque l'information préparant le patient au traitement contient des éléments sur les sensations physiques, des caractéristiques temporelles, environnementales et les causes de sensations menaçantes. De la même manière, Lorig, Chastain, Ung, Shoor, et Holman (1989) ont montré que l'information qui augmente la perception du patient dans sa capacité à dépasser un symptôme, améliorera son comportement d'observance. Ainsi, l'information qui augmente la juste représentation du traitement, réduit les différences entre les croyances et le vécu, facilite la perception de la contrôlabilité de la maladie, et permettra d'améliorer l'observance des patients.

Ce modèle est donc bien spécifique au domaine de l'observance dans le VIH, complémentaire avec le Self Regulation Model de Leventhal, et son atout principal est de prendre en compte à la fois les expériences passées (expériences de la maladie, interactions avec autrui, informations) et les représentations du traitement et de la maladie. En fait, c'est bien l'ensemble des expériences passées vécues par le patient qui vont déterminer par la suite ses représentations du traitement et de la maladie. Notre recherche se basera essentiellement sur ce modèle, puisqu'il a l'avantage d'être dynamique, spécifique à l'observance dans le domaine du VIH, et de regrouper l'ensemble des facteurs importants influençant l'observance. Nous essaierons de montrer à travers nos résultats et un modèle d'équation structurale, que ce sont bien les valeurs des patients qui vont influencer la relation de confiance entre le médecin et son patient, elle-même déterminant les

représentations du patient face à son traitement, qui à son tour aura un impact direct sur l'observance.

3.2. LA THEORIE DES ATTRIBUTIONS CAUSALES

Initié principalement à la suite des travaux de Heider (1958) sur la psychologie quotidienne, le domaine de l'attribution causale est sans doute l'un des champs de recherches qui a le plus suscité l'engouement des chercheurs en psychologie sociale durant la deuxième moitié du XXe siècle. Dans ce courant de recherche, l'attribution causale désigne l'activité cognitive à partir de laquelle les individus cherchent à déterminer les causes des événements.

3.2.1. Les bases conceptuelles de la théorie attributionnelle des émotions et de la motivation

Issue directement des travaux de Heider (1958), la théorie attributionnelle des émotions et de la motivation place l'activité de recherche causale au cœur du fonctionnement humain. Cette conception repose sur le postulat selon lequel la recherche des liens causaux entre les événements est une motivation inhérente à la nature humaine. Dès lors, l'analyse de la causalité est conçue comme un élément fondamental de l'adaptation de l'individu à son environnement (Weiner, 1985).

3.2.1.1. Le modèle attributionnel de Weiner

L'étude des déterminants du comportement est un des domaines de prédilection de la recherche en psychologie. Mais, après près d'un siècle d'existence, force est de constater que ce champ de recherche a connu de profonds bouleversements, tant au niveau de la définition des processus qui sous-tendent le comportement humain qu'au niveau des métaphores utilisées pour modéliser son fonctionnement (Weiner, 1990). Alors que les premières théories qui se sont intéressées aux déterminants de l'action assimilent les organismes à des machines dont les comportements sont conçus comme des réponses mécaniques aux stimulations, la conception cognitive actuelle considère que la relation entre stimulus et comportement est médiatisée par l'intervention de cognitions qui guident l'action (Baars, 1986 ; Graham & Weiner, 1996 ; Weiner, 1972, 1990). Sur la base de ce postulat, l'approche cognitive de la motivation accorde une place centrale aux processus de traitement de l'information et considère que l'étude des déterminants du comportement humain passe par la compréhension de ces mécanismes cognitifs. Se pose alors la question

de la nature de ces processus. Si pour les premières théories cognitives de la motivation, la cognition la plus impliquée dans la détermination du comportement est l'expectation (Atkinson, 1957; Rotter, 1966 ; Weiner, 1972), les recherches dans ce domaine se sont rapidement tournées vers d'autres processus mentaux, telle l'activité attributive. C'est là l'objectif poursuivi par la théorie attributionnelle des émotions et de la motivation de Weiner : rendre compte des effets des attributions causales sur les individus (Anderson, 1983; Weiner, 1972, 1985, 2005).

La théorie attributionnelle de Weiner, dont les premières bases sont posées au début des années 1970, tente de rendre compte des conséquences des attributions sur deux grands ensembles de facteurs : les émotions et la motivation. Cette approche se trouve au confluent de deux courants de recherche. Le premier, qui s'est attaché à comprendre les mécanismes qui aboutissent à la production des expectations, place les anticipations cognitives au centre du processus de détermination du comportement (Weiner, 1972). Le second courant s'intéresse non pas aux actions instrumentales, mais aux conséquences de l'activité cognitive sur l'expérience émotionnelle (Schachter & Singer, 1962). Sur la base de ces deux programmes de recherche, Weiner (1972) propose une théorie cognitive de la motivation dans laquelle l'activité cognitive, les expectations et les émotions médiatisent la relation entre les stimuli et les réponses comportementales. Sur un plan conceptuel, le modèle de Weiner calque sa structure sur celle des théories de type expectation valeur (Graham & Weiner, 1996 ; Weiner, 1985). D'après ce modèle, le comportement est déterminé par deux facteurs fondamentaux : d'un côté l'expectation des individus quant à la capacité du comportement à atteindre le renforcement désiré, et de l'autre la valeur subjective accordée à ce dernier. Toutefois, l'approche proposée par Weiner se différencie des théories expectation-valeur classiques sur un certain nombre de points. Tout d'abord, elle possède la spécificité de considérer l'expectation et la valeur comme résultant toutes deux du même antécédent temporel : les attributions causales.

Ainsi, les attentes des individus concernant l'apparition du renforcement ainsi que l'importance qu'ils lui accordent seraient tributaires des attributions qu'ils ont émises par le passé. Ensuite, si la définition que l'approche attributionnelle adopte du concept d'expectation est identique à celle traditionnellement utilisée, la définition de la notion de valeur se trouve ici enrichie de l'idée selon laquelle la valeur subjective d'un renforcement est conditionnée par les émotions que l'individu éprouve lors de l'apparition du renforcement en question. Selon Weiner (1985), les émotions éprouvées suite à l'attribution d'un événement à une cause spécifique altèreraient la valeur subjective stimulante de

l'événement. Le comportement serait donc déterminé par l'expectation et la valeur subjective modulée par les émotions, ces deux facteurs étant eux-mêmes déterminés par les attributions produites pour expliquer les renforcements passés (Weiner, Russel, & Lerman, 1979). Enfin, la théorie attributionnelle se distingue de par la modélisation qu'elle propose des relations qu'entretiennent l'expectation et la valeur.

Contrairement au modèle classique de la théorie de l'apprentissage social qui repose sur une formulation mathématique des relations qui lient ces deux concepts, l'approche attributionnelle propose un modèle organisé temporellement en un ensemble de phases successives (Graham & Weiner, 1996). En effet, le modèle de Weiner est l'un des premiers à proposer de rendre compte de l'évolution de l'état des cognitions dans le temps.

3.2.1.2. Des causes spécifiques à la détermination des dimensions causales

Bien que la distinction entre causalité interne et causalité externe soit critiquable sur un certain nombre de points (Buss, 1978 ; Kruglanski, 1975 ; Ross, 1977), celle-ci semble relativement adaptée pour rendre compte des différences entre les types d'attributions évoqués dans des situations de réalisation. C'est à Weiner et ses collaborateurs (Weiner, 1972) que l'on doit le premier ajout d'un critère de classification à la taxinomie des causes : la stabilité. Ce critère permet d'opposer, d'un côté des causes stables comme la difficulté de la tâche externe) et l'habileté (interne), et de l'autre, des causes instables comme la chance (externe) et l'effort (interne). A ces deux critères de classification, vient également se rajouter un troisième, désigné sous le terme de contrôlabilité. Ce critère, proposé par Weiner (1979), désigne le fait que les causes soient ou non perçues comme potentiellement sous l'influence d'un contrôle volontaire.

Les tenants de la théorie attributionnelle des émotions et de la motivation ont mis au point une taxinomie des causes prenant en compte trois critères de classification : le lieu de causalité (interne/externe), la stabilité (stable/instable) et la contrôlabilité (contrôlable/incontrôlable). Le croisement factoriel de ces dimensions aboutit à la création de huit types de causes différentes. D'autres critères de classification ont également été avancés en plus, à la place, de certains des trois critères précédemment évoqués. Ces dimensions causales sont la globalité (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978). La dimension de la globalité oppose les facteurs causaux globaux, qui sont en mesure d'affecter une grande variété de renforcements, aux facteurs causaux spécifiques, qui ne sont en mesure d'influencer qu'une petite variété de renforcements. Quant à la dimension de l'universalité, à l'origine définie

par Abramson et al. (1978) comme correspondant à l'opposition interne/externe, elle oppose les causes personnelles qui désignent les causes renvoyant à des renforcements obtenus uniquement par l'individu, aux causes universelles qui désignent les causes renvoyant à des renforcements potentiellement obtenus par tout un chacun.

Mais, quel que soit leur nombre ou leur nature, force est de constater que toutes ces propositions de distinctions reposent principalement sur une analyse déductive des dimensions sous-jacentes aux causes plutôt que sur une analyse inductive basée sur les critères pertinents du point de vue du sens commun (Michela, Peplau, & Weeks, 1982 ; Weiner, 1985). Dès lors, on peut se demander dans quelle mesure ces dimensions sont pertinentes pour les individus. Tout un ensemble de recherches a tenté d'apporter des éléments de réponses à cette question. Par exemple, Passer, Kelley, et Michela (1978) ont étudié, à partir d'échelles multidimensionnelles, l'organisation des causes habituellement perçues au sein de couples de jeunes mariés pour expliquer un comportement négatif de leur conjoint. Les résultats obtenus montrent que deux dimensions orthogonales semblent organiser les causes dans les deux conditions expérimentales.

La première, commune aux positions « acteur » et « observateur », oppose les causes renvoyant à une attitude positive à l'égard du partenaire et les causes renvoyant à une attitude négative à l'égard de celui-ci. La seconde dimension, quant à elle, diffère en fonction des positions adoptées par les participants. En effet, si dans la position « acteur », cette dimension oppose les causes intentionnelles à celles non intentionnelles, dans la position « observateur », elle distingue les causes renvoyant aux traits du partenaire des causes renvoyant aux circonstances ou aux états. Toujours dans le cadre des relations interpersonnelles et à partir d'une méthodologie relativement similaire, Michela, Peplau, et Weeks (1982) ont observé que les causes évoquées pour expliquer différentes situations de solitude (sociale ou affective) semblaient s'organiser autour de deux dimensions clairement définies.

La première dimension oppose les causes internes à l'acteur, aux causes externes. La seconde renvoie à la stabilité des différentes causes évoquées. Meyer (1985) s'est intéressé à la dimensionnalité des causes évoquées dans le cadre de situations de réalisation. Dans cette recherche, les participants devaient indiquer l'importance de l'influence (positive ou négative) de neuf causes sur les performances universitaires d'étudiants fictifs. L'analyse factorielle effectuée sur les réponses des participants met en évidence trois facteurs correspondant aux trois dimensions du modèle de Weiner (1985), à savoir la stabilité

(facteur 1) qui oppose les causes stables aux causes instables, le lieu de causalité (facteur 2) qui oppose les causes internes aux causes externes, et la contrôlabilité (facteur 3) qui oppose les causes contrôlables aux causes incontrôlables. Wimer et Kelley (1982) ont quant à eux observé à partir d'une analyse en composantes principales effectuée sur les réponses attributives des participants à des situations sociales variées, que les causes semblent s'organiser autour de neuf facteurs, dont cinq clairement définis. Ces cinq facteurs majeurs sont, par ordre d'importance,

- 1) La dimension « bon/mauvais » qui oppose les causes à l'origine d'événements positifs aux causes à l'origine d'événements négatifs ;
- 2) La dimension « simple/complexe » qui oppose les causes suffisantes pour produire les événements et celles non suffisantes mais incluses dans un réseau de causes plus larges ;
- 3) Une dimension unipolaire « la personne » qui ne renvoie qu'à des causes psychologiquement à l'intérieur de l'individu ;
- 4) La dimension « enduring/transitoire » qui oppose les causes persistantes aux causes temporaires ;
- 5) Une autre dimension unipolaire « la motivation » qui renvoie aux désirs et aux motivations conscientes.

Globalement, il ressort de ces études que certaines dimensions semblent plus adaptées que d'autres pour rendre compte de l'organisation des causes du point de vue du sens commun. Plus particulièrement, il apparaît que, contrairement à d'autres à l'exemple de la globalité, de l'universalité, les dimensions du lieu de causalité, de la stabilité et de la contrôlabilité sont de loin les plus fréquemment identifiées.

Cette approche bien qu'elle semble s'intéresser de prime abord au même objet que la théorie du Locus of Control, plusieurs points peuvent être avancés pour les différencier (Beauvois, 1984 ; Dubois, 1987, 1994 ; Gregory, 1981).

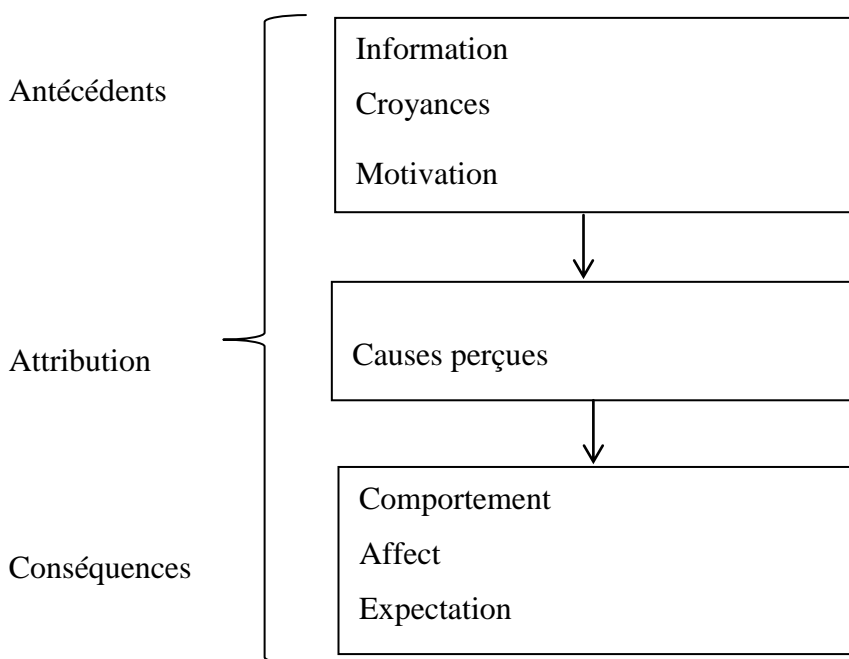
3.2.2. Théorie des attributions versus locus of control

En effet, si le Locus of Control étudie particulièrement la genèse et les conséquences des croyances de contrôle sur les individus, l'attribution causale s'attache à comprendre les mécanismes attributifs et leurs conséquences dans l'explication des événements a posteriori. Dans cette perspective, le but de l'attribution causale est de

permettre d'accéder à la nature causale de l'environnement afin de pouvoir exercer du contrôle sur celui-ci (Weiner, 1985).

Kelley et Michela (1980) ont apporté des clarifications en ce qui concerne le champ de l'attribution causale en proposant de distinguer deux types de recherches : d'une part, les théories de l'attribution qui s'intéressent aux processus mise en œuvre dans la production des attributions causales et, d'autre part, les théories attributionnelles qui investiguent les conséquences de ces attributions sur le comportement humain (cf. figure 13.)

Figure 13. *Modèle général du champ de l'attribution: Kelley et Michela (1980)*



Parmi les théories de l'attribution, on peut citer deux modèles qui ont fortement influencé la recherche en psychologie sociale des années 60-90 : d'un côté, le modèle des inférences correspondantes de Jones et Davis (1965) et, de l'autre, le modèle de la covariation de Kelley (1967). Parmi les théories attributionnelles, on peut citer la reformulation attributionnelle de la théorie de l'impuissance apprise (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978), la reformulation de la théorie de la dissonance cognitive ou encore la théorie attributionnelle des émotions et de la motivation (Weiner, 1972, 1979, 1985). Avant de nous intéresser à cette dernière théorie, nous allons resituer les postulats théoriques de l'attribution causale tels que les a énoncés Heider (1958).

3.2.2.1. Heider et la psychologie du sens commun

Parmi les premiers travaux ayant porté sur les mécanismes qui sous-tendent les phénomènes de perception sociale, ceux de Heider (1958) ont largement marqué la littérature.

Cet auteur aborde la perception sociale d'un point de vue fonctionnaliste. D'après lui, les individus auraient un besoin fort de prédire et de contrôler leur environnement et plus particulièrement les comportements d'autrui. Comme ils se basent sur les mouvements des objets physiques pour inférer leurs propriétés (Gilbert, 1998 ; Scholl & Nakayama, 2002 ; Scholl & Tremoulet, 2000), les individus se baseraient sur l'observation des comportements d'autrui pour faire des inférences sur leurs caractéristiques stables. Cette idée amène Heider à faire un parallèle entre la psychologie scientifique et le sens commun : tous deux visent à découvrir les invariants de la structure causale de l'environnement. A ce titre, les individus disposeraient d'une forme de connaissance du fonctionnement humain, une psychologie naïve leur permettant de dépasser la variabilité des comportements et des situations pour accéder aux invariants personnologiques (Gilbert, 1998). L'objectif de Heider est de chercher à décrire les règles à la base de cette psychologie naïve.

A suivre Gilbert (1998), cinq idées centrales peuvent être extraites des travaux de Heider (1958). La première est que l'attribution extrait les invariances à partir du comportement (1^e idée). A l'instar des objets dont les qualités perdurent dans le temps, Heider suppose que les individus possèdent des caractéristiques psychologiques stables qui sont à l'origine de leurs comportements. De la même façon que le système visuel est en mesure de créer une représentation stable du monde à partir de phénomènes variables issus de l'environnement, le système attributif permettrait d'accéder à l'invariance personnologique à partir d'un ensemble de manifestations comportementales. Cette capacité du système attributif d'accéder au permanent au-delà de la variable ferait de l'attribution une activité vitale (2^e idée).

En effet, pour Heider, l'extraction des invariances est essentielle au fonctionnement humain. La connaissance d'un invariant permettrait à l'individu de maîtriser l'ensemble de ses manifestations dans l'environnement. Sans la faculté du système attributif à reconstituer les propriétés stables d'autrui à partir de ses comportements, les individus seraient face à une multitude de comportements variables dont toute signification et cohérence seraient absentes.

L'extraction des propriétés des individus à partir des comportements est loin d'être une activité simple puisque les comportements expriment des invariances mais pas seulement (3^e idée). En effet, la relation entre les caractéristiques stables des individus et leurs comportements serait susceptible de varier. Alors que deux comportements différents, pourraient être causés par la même disposition personnalologique, deux dispositions distinctes pourraient produire le même comportement. Les processus mis en place par les individus pour accéder aux invariants dispositionnels seraient d'une grande complexité. Toutefois, les attributions n'étant pas nécessairement conscientes (4^e idée), les mécanismes attributifs qu'ils mobilisent ne seraient pas forcément accessibles aux individus. En effet, supposer que le système attributif est en mesure de permettre d'accéder aux propriétés stables des individus n'implique pas forcément que les individus aient accès aux mécanismes qui guident cette extraction (Nisbett & Wilson, 1977). D'après Heider, « *la personne ordinaire a une grande et profonde compréhension de lui-même et des autres personnes qui, bien que non-formulée ou seulement vaguement conçue, lui permet d'interagir avec autrui sur des modes plus ou moins adaptés* » (Heider, 1958 :2). De ce point de vue, le système attributif est un outil de connaissance sur lequel les individus n'ont que peu d'appréhension consciente. La cinquième idée avancée par Heider est que l'attribution est une forme d'analyse causale.

Selon lui, l'extraction des propriétés stables des personnes nécessite de réaliser une analyse permettant de séparer ce qui relève de la personne et ce qui relève de l'environnement. Heider propose une description des règles qui régiraient cette analyse causale. Le modèle de l'analyse naïve de l'action en est un exemple. Prenant appui sur les travaux de Lewin, Heider (1958) propose dans ce modèle de différencier ce qui relève des facteurs internes à l'acteur de ce qui relève des facteurs externes à celui-ci : « *en psychologie du sens commun (comme en psychologie scientifique), le résultat d'une action est perçu comme dépendant de deux ensembles de conditions, à savoir les facteurs inhérents à la personne et les facteurs inhérents à l'environnement* » (Heider, 1958, p.82). De plus, s'il différencie les facteurs causaux internes des facteurs causaux externes dans la théorie naïve, Heider propose également des distinctions plus fines au sein des deux catégories de déterminants.

D'après le modèle de l'analyse naïve de l'action, pour qu'un comportement donné soit émis, il est nécessaire que l'individu dispose, d'un côté, de la capacité à réaliser le comportement (ce que Heider appelle le Can) et, de l'autre, de la motivation à le réaliser (qu'il nomme le try). La capacité de l'individu à produire le comportement (Can) serait

tributaire de son habileté mais aussi des contraintes de l'environnement comme, par exemple, la difficulté de la tâche qu'il désigne sous le terme de « *force environnementale effective* ». Quant à la motivation de l'individu à réaliser le comportement en question (try), elle dépendrait, d'une part, de l'intention de réaliser l'acte et, d'autre part, des efforts faits pour permettre l'émission du comportement. La motivation (try) et l'habileté composeraient ce qu'Heider appelle la « *force personnelle effective* » et seraient liées par une relation de type multiplicatif, la présence de ces deux composantes étant nécessaires mais pas suffisantes pour que le comportement soit émis. La force personnelle effective et la force environnementale effective seraient quant à elle liée par une relation de type additif : plus la première est facilitatrice et moins la seconde est inhibante, plus l'action est susceptible d'être réalisée. Notons toutefois que si de nombreux travaux se sont basés sur le modèle de l'analyse naïve de l'action, ce que l'on en a surtout retenu par la suite, 'est essentiellement la distinction entre facteurs internes et facteurs externes, distinction qui, très tôt, a fait 'objet de plusieurs critiques.

Les recherches menées dans le cadre de la théorie des attributions fournissent un cadre factuel et conceptuel assez bien constitué pour construire un modèle d'analyse des arguments de causalité dans le discours social. Essentiellement cognitiviste, cette théorie, considérée comme dominante depuis 1970 dans le champ de la psychologie sociale américaine (Ross & Fletcher, 1985), vise à décrire les conditions et les procédés mentaux par lesquels les individus attribuent des causes à leur comportement, au comportement des autres et, plus généralement, aux phénomènes sociaux qui les concernent ou les interpellent. A l'instar de la théorie de l'argumentation, il ne s'agit aucunement ici de se prononcer sur la validité des énoncés de cause ou de conséquence que les individus émettent. L'objectif consiste plutôt à comprendre le processus cognitif par lequel les individus construisent des attributions causales pour démêler la réalité et lui donner sens. L'unique dénominateur commun, mais d'une importance capitale, de la théorie de l'argumentation et de celle des attributions réside dans leur intérêt pour les structures formelles les plus élémentaires, mentales ou discursives, dérivées de la notion de causalité.

Les origines de la théorie des attributions remontent aux travaux de Heider et à la publication en 1958 de *The Psychology of Interpersonal Relations*. Les individus, souligne Heider dans son ouvrage, agissent sur la base de leurs croyances et des théories psychologiques du sens commun (« *naïve psychology* ») qu'ils construisent d'eux-mêmes

pour comprendre, prédire et contrôler les événements qui les concernent. Pour comprendre les actions d'autrui comme pour justifier les leurs, par exemple, les individus oscillent toujours entre deux types de cause: soit que la conduite est attribuée à des facteurs internes, c'est-à-dire à des attributs personnels de l'individu comme la personnalité, les croyances, les intentions, les motivations, les attitudes, etc., soit encore que la conduite est expliquée par des facteurs externes, à savoir des propriétés non pas de l'individu, mais de la situation à laquelle il est confronté, tels les institutions, les événements, les circonstances, les rôles, les tâches, le hasard, la chance, etc.

Toute bonne explication en sciences sociales ou en histoire est, on le sait, une judicieuse combinaison de facteurs internes et externes, de propositions qui réfèrent à la fois aux attributs des individus et aux situations qui les confrontent. Les théories psychosociologiques que l'homme de la rue se forge pour comprendre son univers sont plus radicales, plus extrêmes, ne serait-ce que parce que s'impose à lui, beaucoup plus qu'au savant, la nécessité de persuader autrui qu'il a raison de penser et, surtout, d'agir comme il le fait. Pour convaincre les autres de la justesse de son comportement et de sa définition de la situation, il doit soit insister sur les facteurs internes, soit accentuer l'importance des facteurs externes. L'individu a certes l'occasion d'émettre des jugements plus nuancés, mieux équilibrés, mais dès lors qu'il est en situation de persuasion interpersonnelle, les nuances subtiles cèdent la place aux contrastes frappants.

Les théories d'attribution ont beaucoup contribué à la genèse de l'intérêt pour les théories subjectives en général et pour celles relatives à la santé et à la maladie en particulier.

Elles s'efforcent de comprendre l'émergence des représentations mentales de l'homme ordinaire concernant les liens causaux et leur influence sur l'activité quotidienne. Leur objet concerne les attributions causales et les croyances de contrôle, dont on sait qu'elles représentent une partie importante des savoirs quotidiens sur la maladie. De manière générale, les processus d'attribution sont déclenchés par les dissonances cognitives que le sujet expérimente en lui, par exemple lors d'une maladie grave qui contrarie son attente d'être en bonne santé et ses émotions de bien-être. D'après Perez (1989), on ne doit pas confondre les attributions causales avec les croyances de contrôle. Les premières se reportent à l'explication des événements passés et présents, tandis que les deuxièmes, de même que les attentes de contrôle, se réfèrent aux résultats des actions futures. Telles qu'elles ont été formulées initialement par Heider

(1958) pour expliquer les comportements relatifs à la compétence, les théories d'attribution partent de cinq présupposés :

- On suppose que l'individu a un mobile général pour lequel il veut attribuer des causes à des événements (attributions causales).
- La recherche des causes est motivée par le contrôle des événements.
- Pour que le contrôle soit possible, l'individu doit pouvoir faire la distinction entre les lieux de contrôle, c'est -à-dire il doit pouvoir distinguer les causes externes qu'il ne peut absolument pas contrôler (par exemple le sort, la dépendance d'autres personnes...) de celles internes qui dépendent de lui (par exemple ses capacités, ses efforts).
- Il doit en plus distinguer les causes stables, invariantes (la débilité) de celles qui sont variables, c'est-à-dire influençables (son effort).
- Enfin, on suppose qu'il y a un lien systématique entre les attributions et le comportement.

Les représentations subjectives des causes (les attributions causales) et les attitudes d'attentes généralisées en vue d'influencer une maladie ou un trouble (les croyances de contrôle) exercent une grande influence sur la manière dont la maladie ou le trouble sera perçue et sur la signification qu'elle aura pour la personne malade.

Aux variables internes contre externe, stable contre variable, le développement ultérieur de la théorie a rajouté, global contre spécifique. Pour qu'une personne envisage la possibilité d'action sur sa maladie et pour qu'elle ait une activité subjective raisonnable et responsable, il faut que cette maladie soit perçue au préalable comme variable et interne, c'est -à-dire il faut qu'elle l'attribue à un domaine où son influence sur elle est possible. Si le contrôle sur une maladie est attribué à des causes externes, le comportement futur du malade dépendra de la manière dont cette cause est perçue : est-elle globale, c'est-à-dire générale ou spécifique à cette situation, aux événements présents ? S'il l'attribue, par exemple, à d'autres personnes susceptibles d'intervenir sur son évolution (médecins, psychothérapeutes), il s'en remettra à eux et en cas d'échec, il leur en fera porter la responsabilité. Si par contre, la cause externe est attribuée au sort, il se laissera aller au fatalisme et développera le sentiment d'impuissance.

La psychologie médicale s'est intéressée aux théories d'attribution et surtout aux styles d'attribution pour comprendre certains troubles et certaines maladies, particulièrement lorsqu'il s'agit d'émettre un pronostic sur le comportement d'un malade. En cas de dépression, par exemple, les styles d'attribution se sont avérés non seulement

comme de bons prédicteurs, mais également comme susceptibles de fournir une explication plausible du trouble. Ils ont ainsi souligné que les dépressifs ont tendance à attribuer les événements négatifs ou leurs échecs à des facteurs internes, globaux et stables ; leurs succès, par contre, sont attribués à des facteurs externes, spécifiques et variables (Ellgring, Seiler, Perleth, & Gasser 1990).

3.3. SYNTHÈSE GÉNÉRALE : POINTS CLÉS DU CHAPITRE TROISIÈME

Avant de passer au quatrième chapitre, faisons un résumé de ce troisième chapitre, afin de retenir les principaux éléments importants. Tout d'abord, nous avons commencé par définir les différents termes de compliance, d'observance et d'adhésion, pour choisir au final « l'observance » et ce pour plusieurs raisons :

- c'est le terme utilisé dans les publications médicales et scientifiques ;
- l'observance correspond à ce que l'on mesure, à savoir à la fois le respect de prise de médicaments, des rendez-vous médicaux, et de l'hygiène de vie ;
- enfin, c'est l'unité de mesure la plus sensible, c'est-à-dire qu'elle est dynamique et reflète bien l'idée de gradation dans le temps.

Dans un second temps, nous avons relaté les différents déterminants de l'observance thérapeutique, en mettant en avant l'importance du soutien social et de la relation médecin - patient, à travers une relation « engageante ». En revanche, les facteurs liés au traitement, tel que le nombre de prise de médicaments par jour ainsi que certains facteurs liés au patient, telles que les caractéristiques sociodémographiques, auraient une influence moindre sur l'observance. Enfin, les modèles prédictifs des comportements de santé nous ont permis de montrer l'importance du lien entre croyances et observance. Ces modèles introduisaient également les modèles de l'autorégulation que nous avons choisi d'en présenter trois de manière spécifique. En premier lieu, nous avons tenu à présenter le modèle de compliance en santé, puis le modèle d'autorégulation de Leventhal (le Self Regulation Model), qui définit les croyances et représentations du traitement et de la maladie comme déterminant des comportements de santé, et enfin le modèle d'autorégulation d'observance aux antirétroviraux (Reynolds, 2003). Ce modèle nous paraît essentiel dans le domaine de l'observance, et sera un outil précieux pour notre recherche. C'est à partir du SRM que nous pouvons avancer le lien entre valeurs, croyances et observance. Dès lors que l'appareil conceptuel et analytique est développé,

il devient possible maintenant d'envisager la méthode et les outils d'investigations devant nous conduire à la recherche empirique sur le terrain.

DEUXIEME PARTIE : DES ETUDES EMPIRIQUES POUR EXAMINER LE LIEN ENTRE LES DETERMINANTS PSYCHOSOCIAUX ET L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE CHEZ LES PVVS

Cette partie de notre travail regroupe deux études empiriques réalisées en vue de vérifier les hypothèses que nous avons évoquées dans notre problématique générale. Chaque étude est présentée dans un chapitre. L'étude 1 est contenue dans le chapitre quatrième. Elle identifie les déterminants psychosociaux de l'observance thérapeutique chez les PVVS, à travers une approche transversale. L'étude 2 constitue le cinquième chapitre. Elle étudie le lien qui existe entre les déterminants psychosociaux et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS.

Dans cette partie, deux recueils de données sont réalisés sur le terrain à partir de deux types d'outils. Dans un premier temps, un guide d'entretien a été utilisé afin de permettre le recueil des récits chez sept participants (PVVS), dans le but d'identifier les déterminants psychosociaux associés à l'observance thérapeutique aux ARV. Dans un second temps, un questionnaire a été administré aux PVVS non-observants afin d'étudier la relation qui existe entre les facteurs psychosociaux et l'observance thérapeutique aux ARV.

CHAPITRE QUATRIEME : DETERMINANTS PSYCHOSOCIAUX ASSOCIES A L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CHEZ LES PVVS SUIVIES DANS LES CENTRES DE PRISE EN CHARGE DE LA VILLE DE YAOUNDE

La notion d'observance thérapeutique aux différents traitements a fait l'objet de nombreux travaux dans différents contextes (Elder et al, 1998 ; Fontaine et Salah ; 1991 ; Muzenberger et al., 1997 ; Stone, 2001 ; Tarquinio et al., 2002). Ces travaux ont abordé cette notion en mettant un accent particulier sur les méthodes quantitatives au détriment des méthodes qualitatives. Pourtant, cette quantification des données a permis seulement de dénombrer et de classer la variabilité des réponses des participants en vue de vérifier les hypothèses. Cette démarche centrée sur les invariants individualisés mérite d'être complétée pour une meilleure évaluation des comportements de santé dans la mesure où les individus ont besoin de s'exprimer tout en privilégiant leurs intentions, leurs motivations, leurs attentes, leurs raisons et leurs croyances en situation de santé ou de maladie. L'approche qualitative demeure dans cette perspective l'une des méthodes qui permet d'atteindre cet objectif. Elle permet donc de recueillir certaines informations auxquelles d'autres techniques ne parviennent pas. De ce fait, nous aurons recours à l'étude des cas. Ainsi, l'objectif de cette étude est d'identifier à partir d'un guide d'entretien, les principaux déterminants psychosociaux associés à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé. Pour atteindre cet objectif, notre argumentation tournera autour du site de l'étude, des participants, de l'outil de collecte de données, de la procédure et des résultats.

4.1. TYPE D'ETUDE

Au regard de la difficulté d'identifier avec précision les facteurs qui sont associés à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS, nous avons choisi l'approche qualitative. Ce choix n'est pas fortuit, il répond à une certaine logique, celle qui voudrait que la méthode qualitative s'applique prioritairement au cas individuel. L'approche qualitative à visée descriptive est retenue pour identifier les déterminants psychosociologiques associés à l'observance thérapeutiques du traitement antirétroviral chez les PVVS. Ce caractère descriptif est dû au fait que cette étude porte une attention particulière

aux interprétations et aux significations que les participants attribuent aux phénomènes. De manière concrète, les participants seront amenés à réfléchir, afin d'identifier les éléments qui interviennent dans l'observance thérapeutique.

4.2. PARTICIPANTS

Les participant(e)s ont été recrutés parmi les PVVS au sein des centres de prise en charge, à partir d'un échantillon accidentel. Comme critères d'éligibilité, il fallait être une PVVS non-observant au traitement ayant interrompu son traitement depuis 6 mois et plus, être un ou une perdu (e) de vue, être âgé entre 21 et plus de 61 ans. Aucune compensation financière n'a été donnée aux participants. Pour entrer en contact avec les participants, nous avons bénéficié de l'aide des chefs de dispensation des ARV dans les centres de prise de charge et des agents de relais communautaires. Au total, 7 participants ont été sélectionnés. La répartition des participants en fonction des caractéristiques sociodémographiques se présentent comme suit :

Tableau 12

Répartition des participants en fonction des caractéristiques sociodémographiques

identification	Age	Statut	Temps d'arrêt des ARV	profession	Centre de prise en charge	affectivité
Femme	51	Célibataire	02 ans	revendeuse	CHU	négative
Homme	26	célibataire	07 mois	étudiant	HCY	négative
Femme	35	célibataire	01 an	enseignante	HMY	Négative
Femme	40	mariée	01 an	ménagère	HGOPY	Négative
Homme	46	divorcé	09 mois	juriste	HGY	Négative
Homme	62	veuf	11 mois	chauffeur	Upec Biyemassi	Négative
Femme	38	Union libre	10 mois	Sans emploi	St Martin de Porres	Négative

Le tableau 11 permet de relever l'âge, le statut matrimonial, le temps d'arrêt des ARV, la profession et le centre de prise en charge. Il ressort que les participants ont un âge situé

entre 26 et 62 ans. Trois de ces participants sont célibataire, un est marié, un est veuf et le dernier vit en union libre. Ils ont tous un temps d'arrêt de prise des ARV compris entre 7 et 24 mois. Ils sont pris en charge dans les centres appartenant au CHU, à l' HCY, à l'HMY, à l' HGOPY, à l'HGY à St Martin de Porres et à l'UPEC de Biyemassi.

4.3 MATERIEL ET PROCEDURE

Les données de cette étude ont été collectées à l'aide d'un guide d'entretien. Ce dernier était constitué de 05 thèmes : système étiologique, les représentations sociales des ARV, les ressources économiques, le soutien social et la confiance en soi.

❖ système étiologique

Le thème relatif au système étiologique nous permettait de connaître les différentes causes auxquelles les participants réfèrent leur maladie. Il leur était demandé à quoi ils attribuaient l'origine de leur maladie.

❖ les représentations sociales des ARV

Le thème portant sur les représentations sociales des ARV donnait la possibilité aux participants de s'exprimer sur les contraintes associées au traitement, aux heures de prise des ARV, à leur efficacité et aux effets secondaires induits par ceux-là. Il était par exemple demandé aux participants de raconter ce qu'ils vivent au quotidien avec les ARV, de décrire leur protocole de prise journalière des ARV et de donner la perception qu'ils ont des ARV et de leur efficacité.

❖ les ressources économiques

Les entretiens sur les ressources économiques visaient l'identification de la catégorie socioprofessionnelle du participant, son niveau de revenu mensuel et de son vécu avant la maladie. Les participants étaient invités à communiquer un ensemble d'informations portant sur leur niveau de revenu mensuel, leur catégorie socioprofessionnelle, leurs activités génératrices de revenu au moment de la collecte et leur vécu avant la maladie.

❖ le soutien social

Les entretiens relatifs à ce thème avaient pour objectif de dégager la qualité des relations que les participants entretenaient avec leur famille, leur voisinage et les acteurs de santé. Les questions relatives à ce thème ont été formulées comme suit : je voudrais que vous me décriviez vos relations avec votre famille depuis que vous êtes sous ARV ; si vous avez des compagnons de classe ou des amis, décrivez-moi vos relations avec eux depuis que vous êtes sous ARV.

❖ la confiance en soi

Le thème concernant la confiance en soi permettait d'appréhender la capacité perçue du participant à suivre les prescriptions médicales. Cette capacité s'observait chez les PVVS à travers leur aptitude à respecter les rendez-vous, le régime alimentaire recommandé et les heures de prise des ARV.

La durée moyenne des entretiens était comprise entre 35 et 55 minutes. Les entretiens ont été menés par nous-même. Nous sommes entrée en contact avec les répondants par le biais des agents de relai communautaire qui sont présents dans les différents centres de distribution des ARV et dont la principale mission est de rechercher les PVVS sous traitement perdus de vue. Pour avoir accès à ces différents centres de distribution, une autorisation de recherche nous a été délivrée par le département de psychologie. Des demandes ont été introduites au préalable auprès des différents centres sollicités. Les participants ont été recrutés dans 07 centres de la ville de Yaoundé (un participant par centre). Une fois sur les différents sites, nous étions mises en contact avec le participant via les agents de relais communautaires qui nous introduisaient. Les entretiens ont eu lieu dans un endroit calme, choisi de commun accord avec l'interviewé(e). Après les formules de politesse d'usage, l'objectif de la recherche qui consiste à identifier les facteurs psychosociaux associés à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé était présenté aux participant(e)s. Les règles de confidentialité et d'anonymat leur étaient fournies puis ils/elles étaient invité(e)s à signer une fiche de consentement éclairé et de donner leur accord pour que les entretiens soient enregistrés à l'aide d'un dictaphone.

4.4 OUTIL D'ANALYSE DES DONNEES

Les données recueillies auprès de nos participants ont été analysées à partir de l'approche thématique (Braun & Clark, 2006). Nous avons procédé à la transcription des entretiens. Les interviews ont été minutieusement examinées pour identifier les concepts pertinents en vue de la constitution des sous thèmes de chaque thème principal. Les prénoms donnés aux participant(e)s ont été codés afin d'assurer leur anonymat (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7). C'est ce qui a parfois justifié la nécessité de les diviser en plusieurs unités d'information. Ces unités d'informations nous ont donné des renseignements sur les participant(e)s par rapport au traitement antirétroviral en fonction des thèmes. Ces unités d'informations ont été codées en vue de les regrouper selon les thématiques (voir 14 en annexe), le codage a été fait par nous-même et deux de nos collaborateurs en vue de s'assurer de son objectivité

4.5 RESULTATS ETUDE 1

Nous rendons compte des résultats de cette étude en trois grands moments. D'abord, une synthèse sur l'identification des participants et leur parcours de vie est présentée. Ensuite, la structure des données après codage est présentée et enfin, les résultats organisés par thèmes sont interprétés. Nous commençons par l'identification des répondants dont une vue d'ensemble est mise en évidence dans le tableau 13.

4.5.1 l'identification des répondants

Tableau 13

Identification des participants et parcours de vie

partici pants	Sexe	âge	niveau d'étude	initiat ion aux ARV	temps d'arrêt des ARV	Professio n	raison de l'interruption du traitement	Thèmes saillants	durée de l'entretien
P1	F	51	Primaire	2012	01 an	Commerçante	Manque de ressources financières	Représentations des ARV, Soutien social et ressources financières et économiques	45 MIN
P2	H	26	Supérieur	2013	07 mois	Etudiant	Manque de ressources financières	Représentations des ARV, système éthologique et ressources financières	40 MIN
P3	F	35	Secondaire	2011	02 ans	Enseignante	Lipodistrophie	Représentations des ARV, Confiance en soi et soutien social	50 MIN
P4	F	40	Primaire	2010	01 an	ménagère	Effets secondaires	Représentations des ARV et système éthologique	55 MIN
P5	H	46	Supérieur	2007	09 mois	juriste	Stigmatisation	Confiance en soi et soutien social	35 MIN
P6	H	62	secondaire	2006	11 mois	chauffeur	Manque de ressources financières	Représentations des ARV, système éthologique et ressources financières, Confiance en soi et soutien social	45 MIN
P7	F	38	secondaire	2009	10 mois	Sans emploi	Perception des ARV	Représentations des ARV, système éthologique et ressources financières, Confiance en soi et soutien social	40 MIN

Le tableau 13 fait ressortir l'identification des participants et leur parcours de vie recueillis à partir des interviews. En ce qui concerne le nombre de participants, sept PVVS dont quatre femmes et trois hommes ont participé à cette étude.

Le premier participant nommé P1 était une commerçante âgée de 51 ans et ayant un niveau d'étude primaire. Cette dernière relate qu'elle a été fixée par rapport à son statut sérologique en 2012. C'est aussi la même année qu'elle a été initiée au traitement ARV. Cependant, cette dernière dit avoir interrompu son traitement au bout d'une année pour manque de ressources financières. De son discours, transparaissent les thèmes suivants : représentations de la maladie et des ARV, soutien social, ressources financières et économiques.

Le deuxième participant P2 est un étudiant de 26 ans titulaire d'une licence au moment de l'entretien. Il a été informé de son statut sérologique en 2013 et mis sous ARV. Le manque de ressources financières est également évoqué comme motif d'interruption du traitement par ce dernier. Quatre thèmes majeurs émergent de son discours : système éthologique, représentations des ARV, soutien social, manque de ressources financières.

Le troisième participant P3 est une enseignante du primaire. Elle est âgée de 35 ans et titulaire d'un Baccalauréat. Cette dernière relate que son statut sérologique lui a été révélé en 2011. En ce qui la concerne, elle dit avoir abandonné le traitement à cause d'une déformation progressive de son corps (lipodistrophie). Les principaux thèmes qui émergent de son discours sont les suivants : représentations des ARV, confiance en soi, soutien social.

Le quatrième participant nommé P4 est une ménagère de 40 ans. Elle a pris connaissance de son statut en 2010 et l'a interrompu à cause des effets secondaires (hallucinations, migraines, diarrhée). Les thèmes qui ressortent de son discours sont : le système étiologique, les représentations des ARV.

Le cinquième participant nommé P5 est un juriste âgé de 46 ans titulaire d'un DEA. Ce dernier dit avoir connu son statut en 2007 et interrompu son traitement pendant 9 mois pour stigmatisation. Les thèmes qui émergent de son discours sont : la confiance en soi, le soutien social.

Le 6^{ème} participant nommé P6 est un ancien chauffeur de camion âgé de 62 ans et ayant un niveau d'étude secondaire. Ce dernier a été informé de son statut en 2006 et a entrepris un traitement qu'il a interrompu pendant 11 mois pour manque de ressources financières. Les thèmes qui ressortent de ce discours sont : le système étiologique, les représentations des ARV, la confiance en soi, le soutien social, ressources financières et économiques.

Le septième participant P7 est une femme en situation de chômage âgée de 38 ans. Son statut lui a été révélé en 2009. Un traitement a été initié et interrompu pendant 10 mois à cause de la perception négative de l'effet des ARV sur son aspect physique. Les thèmes qui ressortent de ce discours sont : le système étiologique, les représentations des ARV, la confiance en soi, le soutien social, ressources financières et économiques.

4. 5. 2 Structure des données après codage

La pratique du codage recommande de procéder à un codage à trois niveaux (codage ouvert, codage axial et codage sélectif) lorsqu'il s'agit d'une théorisation ou d'une modélisation (Braun & Clark, 2006). Cependant, dans le cadre de ce travail, il sera uniquement question de procéder à un codage ouvert et axial dans la mesure où notre objectif n'est pas la mise sur pied d'une théorie mais l'identification des thèmes associés à l'observance thérapeutique du traitement aux ARV chez les PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé. En premier lieu, il a été question du codage ouvert qui consiste en l'étiquetage des fragments de texte issus de la retranscription des entretiens. En second lieu, un codage axial a été effectué. Ce type de codage consiste à opérer des rapprochements entre les catégories identifiées. Le tableau présente le résumé de la structure des données après codage.

Le tableau 15 (voir annexe) présente la structure des données après codage. Le résultat du codage permet de faire émerger cinq principaux thèmes : les représentations sociales des ARV, le soutien social, le système étiologique, la confiance en soi et les ressources économiques. En ce qui concerne le système étiologique qui porte sur les causes de la maladie, il est sous-tendu par quatre sous thèmes (origine de la maladie, cause mystique, cause sociale, cause spirituelle). Ce thème émerge du discours des participants à travers six (6) occurrences. Pour ce qui est des représentations sociales des ARV, elles sont constituées de cinq sous thèmes (contraintes liées au traitement, contraintes liées à la durée du traitement,

contraintes associées aux heures et au nombre de prises, contraintes liées au dosage et à la prise des médicaments, efficacité des médicaments). Ce thème transparaît vingt-deux (22) fois dans le discours des participants. S'agissant du soutien social, les résultats du codage montrent qu'il est sous-tendu par cinq (5) sous-thèmes (regards des autres, stigmatisation, réconfort psychologique, moral et social, relation avec l'entourage, absence de support social). Ce thème émerge du discours des participants à travers quinze (15) occurrences. Par rapport aux ressources économiques, il ressort qu'elles sont constituées de deux (2) sous thèmes (situation socioéconomique précaire et conditions de vie difficiles). Ce thème transparaît huit (8) fois dans le discours des participants. Concernant la confiance en soi, les résultats du codage révèlent qu'elle est sous-tendue par trois (3) sous-thèmes (état psychologique, incapacité de suivre son traitement, pessimisme par rapport à sa vie). Ce thème émerge du discours des participants à travers six (6) occurrences.

4.6 INTERPRETATION DES RESULTATS

Au terme de notre analyse, nous avons constaté que les participants de cette étude attribuent l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral à différents facteurs psychosociologiques tels que le système étiologique, les représentations des ARV, le soutien social, la confiance en soi et les ressources économiques. L'interprétation de ces résultats sera articulée autour de ces différents facteurs (thèmes).

- **Le système étiologique**

Il transparaît des discours des participants de la présente étude que l'origine de la maladie peut être associée à plusieurs causes. Ces causes sont entre autre : les causes mystiques, les causes spirituelles, les causes sociales. En ce qui concerne les causes mystiques, elles portent sur une référence de la maladie à des causes externes à l'individu, c'est-à-dire des facteurs qui ne relèvent pas du comportement de l'individu. Lorsque l'individu recourt à ces explications, il réfère les causes de la maladie aux couches de nuit, au mauvais esprit, aux sorciers bref au sort qui vient de l'entourage. L'on retrouve ce genre de discours chez les participants P1, P3 et P6. Le participant P1 attribue les causes de sa maladie à des causes mystiques telles que les couches de nuit et l'action des mauvais esprits. Cette dernière déclare à cet effet que « *Je ne sais exactement d'où m'est venue cette maladie peut être mystiquement car, dans mon village on lance le Sida...aussi je veux attribuer cette*

maladie à la sorcellerie parce que je ne peux pas faire deux semaines sans avoir les couches de nuit. Cette maladie provient des mauvais esprits ». Le participant P3 estime que sa maladie provient d'un mauvais sort lancé par son entourage. Selon ce dernier, cet entourage serait jaloux de sa vie de couple. C'est en ces mots qu'il traduit cela « *Je reconnais qu'avec mon mari, j'avais une vie sexuelle normale mais l'origine de la maladie peut être mystique parce qu'autour de nous, il y avait beaucoup de jaloux. Ainsi, un sorcier pouvait s'infiltrer pour nous rendre malheureux* ». En ce qui concerne le participant P6, sa maladie a une origine mystique. Cela transparait de son discours lorsqu'il fait savoir que « *Pour moi, ne plus entretenir les rapports sexuels avec ma conjointe rend compte du caractère mystique de la maladie* ».

Pour ce qui est des causes spirituelles, elles consistent en l'attribution de l'origine de la maladie à un être ou à une entité supérieure. Dans cette logique, chacun reçoit ce qu'il mérite comme rétribution. Le participant P2 pense par exemple que ce qu'il vit relève d'une forme de malédiction. Celui-ci relate son vécu en ces termes « *Pour moi, je pense que c'est une malédiction le fait de contracter le VIH/ SIDA* ».

S'agissant des causes sociales, elles relèvent de facteurs sociaux. Le participant P7 explique que sa maladie est due au caractère infectieux du VIH/ SIDA. Selon elle, cette maladie se contamine rapidement d'un individu à un autre par différentes voies. En ce qui la concerne, elle dit ceci : « *Je pense que le Sida est une maladie contagieuse qui se transmet à travers des rapports sexuels non protégés* ».

- **Représentations sociales des ARV**

Le discours des participants de cette étude laisse également transparaitre la thématique relative aux représentations sociales des ARV. Les sous thèmes qui tournent autour de ce thème sont les suivants : les contraintes liées à la durée du traitement ; les contraintes liées à la prise du médicament, les contraintes liées aux heures de prise du traitement et à l'efficacité du médicament. En ce qui concerne les contraintes liées à la durée du traitement, elles correspondent à la pénibilité perçue quant à la prise des ARV tout au long de la vie. En effet, le VIH/SIDA est une maladie chronique et donc nécessite un traitement à vie. Cela induit à cet effet chez les participants des représentations particulières. Le participant P1 par exemple traduit sa lassitude en ces mots : « *Pourquoi les comprimés tous les jours je n'en peux plus, je*

veux un traitement définitif (...) Quel est ce médicament qu'on doit prendre toute une vie...je ne suis plus certaine d'en avoir besoin je suis fatiguée ». Le discours de P4 rejoint celui de P1 : *« Le traitement est très long donc difficile à supporter. C'est une souffrance de plus parce qu'on doit les prendre tous les jours à des heures précises ».* La durée du traitement semble être un calvaire à supporter durant toute la vie : *« quel est ce médicament que l'on prend tous les jours ? »* (P6).

Pour ce qui est des contraintes liées à la prise des ARV, les discours des participants laissent transparaître une attitude négative à l'égard de la prise du traitement antirétroviral. Cela se manifeste par un comportement de refus *«... aujourd'hui, je suis tout le temps à l'hôpital. Si je trouve la guérison et qu'on m'interdise les ARV je serai fière »* (P1), de lassitude chez plusieurs participants : *«Pourquoi les comprimés tous les jours je n'en peux plus, je veux un traitement définitif... »* ; *« Boire les ARV tous les jours c'est vraiment une souffrance je préfère mourir »* (P7).

Les participants se sont également plaints des heures de prise des ARV qui, selon eux, constituent un fardeau difficile à porter. Pour certains c'est ennuyeux de prendre des médicaments tous les jours et aux mêmes horaires : *«Les ARV sont notre vie. Ce qui me traumatise ce sont les prises journalières »* (P7). Pour d'autres, c'est affligeant de respecter les heures de prise : *« Parfois lorsque l'heure de prise arrive, je suis en état de choc et je suis contraint de faire des arrêts ponctuels »* (P3). Concernant les effets indésirables liés à la prise des ARV, il ressort que les participants se plaignent des effets négatifs qu'ils ressentent après avoir consommé les ARV. Plusieurs participants justifient d'ailleurs l'interruption de leur traitement à cause de ces effets nocifs qui entraînent entre autre un sentiment d'épuisement *« les ARV fatiguent mon corps, ma conscience, c'est pourquoi à un moment je les ai abandonné »* (P6), l'altération de l'aspect corporel *« mon apparence physique est modifiée, et mes joues creuses, font peur à tout le monde »* (P5), de l'image du corps *« l'image de mon corps est modifiée par le traitement »*. Par ailleurs, un sentiment de peur associé aux effets secondaires se dégage du discours des participants. P4 déclare que *« les effets secondaires du traitement me font beaucoup plus peur ; j'ai trop de problèmes avec les comprimés ; c'est un mal intolérable pour moi, je suis menacé par les effets indésirables ; je pense que mon organisme ne supporte pas les ARV »* ce dernier décrit son vécu en ces termes : *« j'ai été victime d'une diarrhée aigüe qui m'a fait croire que c'était la fin. Cette situation m'a contraint à abandonner le traitement pendant deux ans ».*

- **Le soutien social**

Le soutien social joue un rôle important dans la vie de tout individu et de surcroît chez une personne atteinte de maladie chronique. Deux tendances se dégagent du discours des participants : la présence d'un support social pour certains et son absence pour d'autres. La première montre que les personnes qui bénéficient d'un soutien social de qualité sont davantage motivés à adhérer au traitement et à le poursuivre. Cette situation s'observe chez P1 : *« mes enfants constituent un soutien pour moi car sans eux, je serai déjà morte (...) je voulais mourir, mais moralement ils m'ont soutenu en me faisant comprendre que le SIDA est une maladie chronique comme les autres donc je peux vivre avec »*. Chez P3, le courage de poursuivre le traitement lui est venu de sa fille *« la seule personne à laquelle je me suis confié c'est ma fille (...) elle m'encourage à prendre le traitement »*. Cette dernière lui a également apporté le réconfort dont elle avait besoin pour reprendre sa vie main : *« les mots ne manquent pas car ma fille m'a consolé et je me suis sentie écoutée et comprise »*. Un soutien social favorable transparaît dans les propos de P6 lorsqu'il affirme : *« mes enfants me soutiennent énormément (...) »*. *«Réellement j'aimerais arrêter mon traitement qui inquiète mon entourage, mais à l'hôpital j'ai quand même le réconfort qui me galvanise »* relate ce dernier.

La seconde tendance quant à elle laisse transparaître l'idée selon laquelle un faible soutien social engendre chez l'individu, le stress et le repli sur soi. L'entourage apporte très peu de soutien aux PVVS et adopte des attitudes négatives à leur égard. Vivre avec le VIH/SIDA met certains participants dans une situation de stress comme le fait remarquer P2 : *« je croyais que mon entourage allait jouer un rôle me permettant de diminuer mon stress »*. Le repli sur soi est aussi saillant dans bon nombre de discours. C'est le cas de P1 qui déclare : *« ce n'est pas aisé lorsque ton entourage connaît ton statut sérologique, à tout moment, tu es marginalisée, regardée comme un poison qui peut infecter tout le monde »*. Cette dernière a décidé de s'isoler car confie-t-elle : *« avant ma maladie, j'allais au marché avec les autres revendeuses (...) depuis mon état, j'ai décidé de ne plus parler à aucune d'entre elles, de peur d'être chassée à de ma place au marché »*. P4 affirme être tout le temps l'objet de stigmatisation : *« parfois je subi des humiliations devant les gens ; on me gronde comme un enfant ; je suis donc obligé de garder ma dignité en restant chez moi »*. Selon lui, *« lorsque tes amis connaissent ton statut sérologique, ils te méprisent et tu as un manque de considération »*. Le fait d'être une personne malade est également évoqué

comme un facteur favorisant l'effritement du lien social mentionne P7 ; *« j'ai accepté ma maladie mais aucune personne de ma famille n'est au courant même mon conjoint parce que j'ai peur de le perdre »*.

- **Ressources économiques**

Les discours des participants de cette étude mettent en relief la thématique relative aux ressources économiques. Cette thématique est sous-tendue par la précarité des conditions de vie des PVVS. Dans l'ensemble, il ressort du discours des participants que les ressources économiques influencent la prise des ARV chez les PVVS. L'absence de ces ressources financières constitue chez certains participants la cause de l'interruption du traitement. C'est le cas de P2 qui relate sa situation en ces termes *« Mes traitements sont parfois rompus à cause du manque de moyens financiers (...) Or, pour suivre un bon traitement, il faut se nourrir convenablement, ce qui reste loin d'être le cas »*. Il ajoute : *« de temps en temps j'arrête mon traitement (...) je cherche un emploi qui me permettra de pouvoir faire à mes problèmes et à ma maladie car mes parents sont vieux »*. Le manque d'argent est également souligné dans les propos du participant P1 : *« je vis à peine avec trente mille francs par mois, mes filles qui ne travaillent pas et mes petits-fils qui doivent être encadrés ; c'est trop difficile pour moi (...) parfois je fais trois jours sans manger. Ce qui m'amène à ne pas prendre les ARV »*. Un sentiment d'inquiétude se dégage des propos du participant P4 lorsqu'elle songe à sa situation financière : *« C'est difficile de vivre avec une maladie grave car j'attends tout de mon mari car il va bientôt en retraite »*.

- **La confiance en soi**

La confiance en soi transparait du discours des participants comme un élément déterminant de la prise des ARV. Cette confiance que l'individu a en sa capacité à adopter le comportement recommandé, constitue un catalyseur du respect des consignes relatives à la prise des ARV. Cependant, il semble que plusieurs participants ne se sentent plus à mesure de suivre à la lettre les consignes données par les professionnels de santé. Ce manque de confiance se manifeste par exemple par le découragement *« mon corps est parfois faible et je me décourage »* (P7) et la résignation *« Aujourd'hui, je suis de temps en temps résigné car je lutte contre la mort »* (P6) ; *« je suis fatigué, oui j'attends la mort »* (P1).

L'objectif de cette étude 1 était d'identifier les déterminants psychosociaux associés à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé. A partir du discours des participants, on a pu identifier cinq principaux facteurs saillants qui influencent le comportement d'observance thérapeutique. Pour pouvoir atteindre notre objectif, nous avons sélectionné sept participants dont quatre femmes et trois hommes avec lesquels nous avons mené des entretiens. Ces entretiens nous ont permis de recueillir sept récits de vie. Les verbatim ont été retranscrits, codés et traités par analyse de contenu. Les résultats vont dans le sens des travaux antérieurs et montrent que l'observance thérapeutique chez les PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé est fonction de plusieurs facteurs dont les principaux sont le système étiologique, les représentations sociales des ARV, la confiance en soi, les ressources socioéconomiques et le soutien social. Chacun de ces facteurs est susceptible de favoriser ou de constituer un obstacle à l'adhésion au traitement antirétroviral. Malgré la pertinence de ces résultats, nous pensons qu'ils doivent être considérés avec une certaine prudence. D'abord, parce que les récits de vie utilisés ont certes facilité la mise en évidence des difficultés dans leur vécu quotidien, mais restent limités pour l'étude des processus inconscients et du processus décisionnel. En plus, un biais de désirabilité sociale est généralement induit par les participants car il arrive souvent que ces derniers présentent une vision positive d'eux-mêmes en relevant les aspects qui confirment cette tendance. Enfin, la validité externe des résultats de cette étude est faible. On ne peut donc pas prétendre à leur généralisation. A cet effet, une étude quantitative est envisagée dans la suite de cette thèse, pour apporter des précisions sur le lien qui existent entre ces facteurs et l'observance thérapeutique.

CHAPITRE CINQUIEME : DETERMINANTS PSYCHOSOCIAUX ET OBSERVANCE THERAPEUTIQUE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CHEZ LES PVVS SUIVIES DANS LES CENTRES DE PRISE EN CHARGE DE LA VILLE DE YAOUNDE

Cette étude a pour objectif d'étudier le lien qui existe entre les facteurs psychosociaux (les représentations des ARV, le soutien social, la confiance en soi, le système étiologique et les ressources économiques, cf. étude 1) et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS. Plusieurs travaux ont montré que l'observance thérapeutique est associée à un certain nombre de facteurs psychosociaux (Elder et al, 1998 ; Fontaine & Salah ; 1991 ; Muzenberger et al., 1997 ; Stone, 2001 ; Tarquinio et al., 2002, Tarquinio & Tarquinio, 2007). Cette étude s'inscrit dans la même perspective que ces travaux. Il sera question de présenter la démarche que nous avons utilisée pour parvenir aux différents résultats. Ainsi, notre argumentation s'articulera autour des points suivants : le site de l'étude, les participants et la technique d'échantillonnage, les variables de l'étude, le plan de recherche, les hypothèses, l'outil de collecte des données, le pré-test et la validation de l'outil, la procédure de collecte des données, l'outil de traitement statistique et les considérations éthiques.

5.1. SITE DE L'ETUDE

Dans le cadre de cette recherche, nous pensons qu'il est indispensable de présenter et de justifier le choix de la ville de Yaoundé et des différents centres de prise en charge des PVVS dans lesquels nous avons sélectionné les participants.

5.1.1. Choix du site de l'étude

Nous avons choisi de travailler avec les PVVS inscrits dans les centres de traitements situés dans la ville de Yaoundé. En effet, nous avons choisi la ville de Yaoundé chef-lieu de la Région du Centre et également capitale politique du Cameroun, pour deux principales raisons. La première est relative au fait que la ville de Yaoundé est le siège des institutions administratives (Ministère de Santé Publique, délégation régionale de la Santé et des centres de traitements, les Organisations non Gouvernementales) chargées d'établir et d'implémenter les programmes et les politiques de prise en charge globale des PVVS. La seconde fait

référence au fait que Yaoundé est une ville Cosmopolite, car l'on a la possibilité d'être en contact avec les individus issus des différentes régions du pays.

5.1.2. Présentation des centres de prise en charge des PVVS

Nous avons travaillé avec trois types de centres de prise en charge des PVVS (CTA, UPEC et CMA) parce que nous y avons facilement accès. Cette facilité d'accès est due au fait que nous faisons non seulement partie du corps médical mais aussi nous avons travaillé en tant que major en pharmacie d'un point de dispensation. Ce qui fait que nous étions en contact permanent avec le personnel des différents centres. De même, ces centres nous permettaient de sélectionner les participants des trois catégories de PVVS. La facilité d'avoir un grand nombre de participants est aussi l'une des raisons du choix de ces centres. Le fait qu'il existe des registres de suivi qui peuvent renseigner sur la file active et les PVVS non réguliers était également une raison importante de leur choix. Dans cette section, il sera question de leur présentation.

Les Centres de Traitements Agréés (CTA) sont des structures sanitaires dont les plateaux techniques correspondent à celui d'un hôpital général, d'un CHU, d'un hôpital central ou d'un hôpital régional. Ce sont des formations sanitaires désignées comme telles par décision du Ministre de la Santé Publique. Ils ont pour mission d'assurer une prise en charge et de faire face aux complications des infections opportunistes dues au VIH/SIDA (protocoles de deuxième ligne et des équivalences). Les CTA servent de référence pour des diagnostics confirmés de l'infection au VIH. Le personnel des CTA est constitué des médecins, des pharmaciens, des psychologues, des conseillers, biologistes, des agents de relais communautaires (ARC) et les membres du comité d'éthique. On retrouve les CTA dans les Centres Hospitaliers Universitaire de Yaoundé (CHUY), l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY), l'Hôpital Militaire Yaoundé (HMY), l'Hôpital Général de Yaoundé (HGY) et l'Hôpital Génico Obstétrique de Yaoundé (HGOPY). Dans les CTA, les bilans pré-thérapeutiques sont effectués. L'on peut citer : la Numération Formule Sanguine Complète (NFS), la numération des CD4, les Trans aminase ASAT & ALAT, la Créatinémie et l'Amylasimie, la glycémie à jeun, les bilans de suivi tous les 12 mois (Triglycérides et Cholestérol).

Les Unités de Prise en Charge (UPEC) contrairement au CTA, les unités de prise en charge ont un plateau qui correspond à celui de l'hôpital de district désignée comme telle par

décision du Ministre de la Santé Publique, les UPEC sont chargées de la prise en charge des personnes infectées par VIH/Sida (protocole de première intention) et sert également à la validation des diagnostics du VIH. Une UPEC comprend : deux médecins, deux infirmières, deux techniciens adjoints de laboratoire, un dispensateur des ARV, un psychologue, un volontaire communautaire des PVVS formé et un agent de relais communautaire. Dans les UPEC, l'on a la possibilité d'effectuer toutes les prestations de soin sauf les bilans de suivi des 12 mois et la numération de CD4. Chaque UPEC est sous la tutelle d'un CTA.

Les Centres de Traitements affiliés (CTAFF) sont des formations sanitaires publiques ou privées dont le plateau technique correspond à celui d'un hôpital régional auquel ils sont assimilés et désignés comme tels par décision du Ministre de la Santé Publique. Les CTAFF sont affiliés aux centres de traitements agréés (CTA).

Les Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA) sont des formations sanitaires publiques situées dans le ressort territorial d'une ou plusieurs arrondissements et placés sous la responsabilité d'un médecin offrant des prestations de santé d'un niveau supérieur délivrées par les centres de santé intégrés. Ces centres sont désignés comme tels par décision du Ministre de la santé publique. Ils sont sous la tutelle des communes selon l'arrêté n°0821/A/MINSANTE du 1^{er} Avril 2011. Les conditions et les modalités techniques sont transférées par l'Etat aux communes, lesquelles sont chargées de la construction, de l'équipement, de l'entretien et de la gestion des CMA.

5.2. PARTICIPANTS ET TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE

Notre échantillon a été constitué des PVVS non observants au traitement antirétroviral dans les UPEC, CTA, CTAFF et CMA de la ville de Yaoundé. Cet échantillon a été prélevé dans les différents centres de prise en charge suivants : hôpital de district de Mvog-Ada, CHUY, HCY, l'HMY, HGY, HGOPY, hôpital de district de la Cité-verte, CASS Nkolndongo, hôpital de district de Biyem-Assi, Centre St Martin de Pores. Pour constituer notre échantillon, nous nous sommes rendue dans les différents centres de distribution des ARV, où nous avons procédé directement à la sélection des participants. Cette sélection s'est faite en deux temps. Dans un premier temps, nous avons recruté les personnes qui avaient interrompu leur traitement puis étaient revenues d'eux-mêmes pour leur ravitaillement mensuel et leur prise en charge. Dans un second temps, nous avons pris attache avec les

dispensateurs des ARV et les agents de relais communautaires afin de retrouver les PVVS perdues de vue. Ces derniers ont mis à notre disposition le registre comportant les adresses et contacts téléphoniques de ceux-là.

Nous avons travaillé avec 340 participants. Pour les sélectionner, nous avons eu recours à l'échantillonnage par choix raisonnés. Cette technique d'échantillonnage a l'avantage de permettre la sélection des participants qui remplissent les critères d'inclusion. Ainsi, ces critères étaient prévus d'avance. En ce qui concerne les critères d'inclusion, il fallait être un PVVS inscrit soit dans un CTA ou un UPEC soit dans un CMA, bénéficier des ARV, être non observant, parler et écrire la langue française et accepter de participer à l'étude. Pour ce qui est des critères d'exclusion, il fallait être un PVVS inscrit dans l'un des centres de traitement mais ayant pris de manière régulière ses ARV, être PVVS mais pas inscrit dans l'un des centres de traitement, parler et écrire la langue anglaise et ne pas avoir donné son accord pour participer à l'étude. Nous avons 3381, c'est-à-dire 3055 dans les différents CTA (CHU de Yaoundé, HC de Yaoundé, HG de Yaoundé, Hôpital Gynéco Obstétrique de Yaoundé et Hôpital Militaire de Yaoundé), 251 dans les différents UPEC (Cité-Verte, CASS Nkoldongo et Biyem-Assi) et 82 dans les CMA (Mvog-Ada, Centre St Martin Pores, Mvog-bétsi). Mais suite à l'application des critères d'exclusion, 340 participants ont finalement constitué notre échantillon. La répartition des participants en fonction des caractéristiques sociodémographiques est la suivante :

Tableau 14

Répartition des participants en fonction des caractéristiques sociodémographiques

		Effectifs	Pourcentage
Tranche d'âge	21-30ans	41	12,1
	31-40ans	143	42,1
	41-50ans	104	30,6
	51-60ans	26	7,6
	Plus de 61	26	7,6
Niveau d'étude	Primaire	140	41,2
	Secondaire	160	47
	Supérieur	40	11,8
Diplôme	CEP	85	25
	BEPC	155	45,6
	Probatoire	47	13,8
	BAC	15	4,4
	Licence	13	3,8
	Maîtrise	10	2,9
	Master	8	2,4
	Doctorat	7	2,9
Statut socio-professionnel	Sans reponse	13	3,8
	Elèves/ Etudiants	13	3,8
	Travailleurs	92	27,1
	Sans emploi	157	46,2
	Menagère	65	19,1
Statut matrimonial	Marié	122	35,9
	Célibataire	53	15,6
	Union-libre	60	17,6
	Divorcé	40	11,8
	Veuf	65	19,1
	Sans	53	15,6
Regime matrimonial	Monogamie	52	15,3
	Polygamie	235	69,1
Type de famille	Biparental	157	46,2
	Monoparental	65	19,1
	Polygamique	52	15,3
	Recomposée	66	19,4
Religion	Catholique	171	50,3
	Protestant	65	19,1
	Pentecôtiste	52	15,3
	Musulman	39	11,5
	Autres	13	3,8

Parmi ces participants, 65% étaient de sexe féminin (n=221) et 35% de sexe masculin (n=119). Leur âge variait entre 21 et plus de 61 ans. Ainsi, 12,1% des participants

avaient un âge compris entre 21 et 30 ans (n=41), 42,1% étaient dans la tranche 31-40 ans (n=143), 30,6% dans la tranche 41-50 ans (n=104), 7,6% dans celle de 50-60 ans (n=26) et 7,6% avaient plus de 61 ans (n=26). Ils étaient tous diplômés : 25% (n=85) avaient le CEP, 45,6% (n=155) avaient le BEPC, 13,8% (n=47) avaient le probatoire, 4,4% (n=15) avaient le Baccalauréat, 3,8% (n=13) avaient la Maîtrise, 2,4% (n=8) avaient un Master et 2,1% (n=7) avaient un Doctorat. Pour ce qui est du statut socioprofessionnel, 3,8% (n=13) étaient élèves, 27,1% (n=92) avaient un emploi, 19,1% (n=65) étaient ménagères, 46,2% (n=157) étaient sans emploi et 3,8% (n=13) étaient sans réponse. S'agissant du statut matrimonial, 35,9% (n=122) étaient mariés, 15,6% (n=53) étaient célibataires, 17,6% (n=60) étaient en union libre, 11,8% (n=40) étaient divorcés et 19,1% (n=65) étaient soit veufs soit veuves. En plus de ces caractéristiques sociodémographiques, le régime matrimonial, le type de famille et la religion ont également été rapportés. Ainsi, 15,6% (n=53) étaient sous aucun régime puisque célibataires, 15,3% (n=52) étaient sous régime monogamique et 69,1% étaient sous régime polygamique. En ce qui concerne la répartition selon le type de famille, il ressort que 46,2% (n=157) sortaient d'une famille biparentale, 19,1% (n=65) sortaient d'une famille monoparentale, 15,3% (n=52) appartenaient à une famille polygamique et 19,4% (n=66) appartenaient à une famille recomposée. S'agissant de la religion, l'on note que 50,3% (n=171) étaient catholiques, 19,1% (n=65) étaient protestants, 15,3% (n=52) étaient pentecôtistes, 11,5% (n=39) étaient musulmans et 3,8% (n=13) étaient dans la catégorie autre.

5.3. VARIABLES DE L'ETUDE

Deux types de variables sont utilisés dans cette étude : une variable indépendante et une variable dépendante.

5.3.1. Variable indépendante

Nous travaillons avec une variable indépendante. Elle renvoie aux déterminants psychosociaux. Cette variable a été opérationnalisée en cinq modalités : le système étiologique, les représentations sociales, la confiance en soi, le niveau socioéconomique et le soutien social. Ces modalités sont issues des résultats de notre première étude. En effet, les résultats auxquels nous sommes parvenue ont révélé que les participants réfèrent l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral à ces cinq facteurs psychosociaux.

Le système étiologique qui est la première modalité fait référence à l'ensemble des causes et des facteurs attribuables à une maladie. Il s'agit de la définition d'une maladie en fonction des signes ou des symptômes. Cette modalité a comme indicateurs : les causes biologiques (infection et déficience immunitaire), les causes spirituelles (malédiction et mauvais sort), les causes mystiques (couches de nuit et esprit maléfique) et les causes sociales (multipartenariat et rapports sexuels non protégés). La représentation sociale des ARV renvoie aux connaissances sur les ARV, connaissances qui sont issues de la reconstitution de la situation à laquelle l'individu fait face et à la signification qu'il lui attribue. Cette modalité comprend quatre indicateurs : efficacité des ARV (effet palliatif et barrière des maladies opportunistes), effets secondaires (migraine et diarrhée), contraintes associées au dosage (nombre de médicaments et nombre de molécules associées au traitement), contraintes associées à la prise des ARV (heures de prise des ARV et nombre de prise journalière). La troisième modalité fait allusion à la confiance en soi. Elle renvoie à la croyance d'un individu quant à ses capacités à accomplir un comportement donné (prise des ARV telle que prescrite par le médecin). Cette modalité est constituée de deux indicateurs : capacité perçue à vivre avec la maladie et la capacité perçue à suivre les prescriptions médicales (aptitude à respecter les rendez-vous, aptitude à respecter le régime alimentaire et aptitude à prendre les ARV). Le niveau socioéconomique présente la condition socioéconomique dans laquelle vivent les PVVS. Cette condition englobe les facteurs de bien-être tels que le revenu, l'habitation, l'alimentation, etc. Cette modalité a deux indicateurs : le coût du régime alimentaire et le coût des examens additionnels. Le soutien social concerne le support perçu relatif à son environnement social. Il s'agit d'un échange entre deux personnes dans le but d'améliorer la qualité de vie de l'une d'entre elles. Cette modalité comprend deux indicateurs : soutien formel (médecin, infirmière, auxiliaires de pharmacie et psychologue) et soutien informel (famille, amis et collègues).

5.3.2. Variable dépendante

La variable dépendante de cette étude est l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. L'observance se décline en 03 composantes : médicamenteuse ; hygiéno-diététique et suivi médicale. L'observance médicamenteuse fait référence au nombre de prises de médicaments, c'est-à-dire à la volonté du patient de respecter les doses, les horaires de prises et des consignes diverses (avant, pendant, après les repas avec les quantités de liquides recommandées) et les contres indications en matière d'association. L'observance des règles

hygiéno-diététiques concerne le suivi des recommandations impliquant les modifications du style de vie (régime, exercice physique) tout en évitant les comportements à risques. L'observance du suivi médical est la capacité à se rendre aux rendez-vous pour la prescription et le contrôle du traitement. Elle est généralement un bon facteur prédictif de l'observance médicamenteuse ou des mesures d'hygiène de vie. Ainsi, cette variable est mesurée à travers quatre modalités : respect de la dose des ARV, respect de la fréquence des prises, respect du régime alimentaire et respect des rendez-vous. Le respect de la dose des ARV comporte deux indicateurs notamment le nombre de comprimés et nombre de médicaments. Le respect de la fréquence de prise des médicaments est constitué des heures de prises et délais entre les heures de prises. Le respect du régime alimentaire de son côté est déterminé par la consommation des légumes et la consommation des fruits. Le respect des rendez-vous se décline en consultation de routine et les bilans de suivi.

La présentation résumée des variables, de leurs modalités ainsi que leurs indicateurs est contenue dans le tableau 15

Tableau 15

Variables, modalités, indicateurs et indices de la recherche

VI	Modalités	Indicateurs	Indices	VD	Modalités	Indicateurs
Déterminants psychosociaux	Système étiologique	-causes biologiques	Infection	Observance thérapeutique	Respect de la dose des ARV	Nombre de comprimés
			Déficience immunitaire			
		-causes spirituelles	Malédiction			
			Mauvais sort			
		-causes mystiques	Couche de nuit			
			Esprit maléfique			
	-causes sociales	Multipartenariat				
		Rapport sexuel non protégé				
	Représentations sociale des ARV	Efficacité	Barré la voie aux maladies opportunistes		Respect de la fréquence des prises	Heures de prise
			Effets palliatifs			
		Effets secondaires	Migraine			
			Diarrhée			
		Contraintes associées au dosage	Nombre de médicaments			
			Nombre de molécules associées au traitement			
	Contraintes associées à la prise	Heure de prise				
		Nombre de prises				
	Confiance en soi	Capacité perçue à vivre avec la maladie		Respect du régime alimentaire	Consommation des légumes	
			Capacité perçue à suivre les prescriptions médicales			Aptitude à respecter les rendez-vous
						Aptitude à respecter le régime alimentaire
	Soutien social	Soutien formel	Medecin	Respect des rendez-vous	Consommation des fruits	
			Infirmier			
			Auxiliaire de pharmacie			
Psychologue						
Soutien informel		Famille				
		Amis				
Niveau économique	Coût du regime alimentaire		Consultations de routines			
		Coût des examens additionnels				

5.4. PLAN DE RECHERCHE

L'opérationnalisation des variables que nous avons évoquée a permis de bâtir un plan de recherche qui croise toutes les modalités de la variable indépendante aux indicateurs de la variable dépendante. Nous rendons compte de ce plan dans le tableau 16.

Tableau 16

Plan de recherche

VI \ VD	Respect des doses (RD)		Respect des rendez-vous (RRV)	Respect des fréquences de prises (RP)		Respect du régime alimentaire (RRA)	
	NC	NM	CR	HP	DHP	CL	CF
Système étiologique (SE)	SE*NC	SE*NM	SE*CR	SE*HP	SE*DHP	SE*CL	SE*CF
Représentation sociale de la maladie (RSM)	RSM*NC	RSM*NM	RSM*CR	RSM*HP	RSM*DHP	RSM*CL	RSM*CF
Confiance en soi (CS)	CS*NC	CS*NM	CS*CR	CS*HP	CS*DHP	CS*CL	CS*CF
Niveau socioéconomique (NS)	NS*NC	NS*NM	NS*CR	NS*HP	NS*DHP	NS*CL	NS*CF
Soutien social (SS)	SS*NC	SS*NM	SS*CR	SS*HP	SS*DHP	SS*CL	SS*CF

Note : NC=nombre de comprimés, NM=nombre de médicaments, CR=consultation de routine, HP= heures de prise, DHP= délai entre les heures de prise, CL=consommation des légumes, CF= consommation des fruits

Le tableau 17 est un plan de recherche qui croise les modalités de la variable indépendante aux indicateurs de la variable dépendante. Ce tableau donne lieu à 35 croisements. Les regroupements de ces croisements ont permis de formuler les différentes hypothèses de recherche.

5.5. HYPOTHESES DE RECHERCHE

5.5.1- Hypothèse générale de recherche

Notre hypothèse générale est la suivante : Il existe un lien entre les déterminants psychosociaux et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral des PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé.

L'opérationnalisation des déterminants psychosociaux en cinq modalités nous permet de formuler cinq hypothèses spécifiques. Ces modalités découlent des résultats de l'étude 1. Elles sont présentées dans la section suivante.

5.5.2. Les hypothèses de recherche

HR₁ : le système étiologique est corrélé à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral des PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé. Cela signifie que plus les PVVS considèrent que leur maladie est due aux causes naturelles (biologiques et sociales), plus elles sont disposées à adopter les comportements concordants avec l'avis médical (respect de la dose des ARV, respect de la fréquence de prise, respect du régime alimentaire et le respect des rendez-vous) ;

HR₂ : les représentations sociales des ARV sont corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral des PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé. Cela signifie que plus les représentations sociales des PVVS sont favorables aux antirétroviraux, plus elles sont disposées à adopter les comportements concordants avec l'avis médical (respect de la dose des ARV, respect de la fréquence de prise, respect du régime alimentaire, respect des rendez-vous) ;

HR₃ : la confiance en soi est corrélée à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral des PVVS suivies dans des centres de prise en charge de la ville de Yaoundé. Cela signifie que plus les PVVS acceptent leur état de santé (capacité perçue de vivre avec la maladie, le suivie des prescriptions médicales), plus elles sont disposées à adopter les comportements concordants avec l'avis médical (respect de la dose des ARV, respect de la fréquence de prise, respect du régime alimentaire et le respect des rendez-vous) ;

HR₄ le soutien social est corrélé à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral des PVVS suivies dans les centres de prises en charge de la ville de Yaoundé. Cela signifie que plus les PVVS perçoivent le soutien de leur famille et les professionnels de santé, plus elles sont disposées à adopter les comportements concordants avec l'avis médical (respect de la dose des ARV, respect de la fréquence de prise, respect du régime alimentaire et le respect des rendez-vous) ;

HR₅ les ressources économiques sont corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral des PVVS suivies dans les centres de prises en charge de la ville de Yaoundé. Cela signifie que plus les ressources des PVVS sont élevées, plus elles sont

disposées à adopter des comportements concordants avec l'avis médical (respect de la dose des ARV, respect de la fréquence de prise, respect du régime alimentaire et respect des rendez-vous).

5.5.3. Objectifs de l'étude

L'objectif général de cette étude est d'étudier le lien qui existe entre se dégagent cinq objectifs spécifiques suivants :

OS₁ : Etudier le lien qui existe entre le système étiologique et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral des PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé ;

OS₂ : Etudier le lien qui existe entre les représentations sociales des antirétroviraux et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral des PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé ;

OS₃ : Etudier le lien qui existe entre la confiance en soi et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral des PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé ;

OS₄ : Etudier le lien qui existe entre le soutien social et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral des PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé ;

OS₅ : Etudier le lien qui existe entre les ressources économiques et observance au traitement antirétroviral des PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé.

5.6. CHOIX, ELABORATION ET VALIDATION DE L'OUTIL DE COLLECTE DES DONNEES

5.6.1. Choix de l'outil de collecte des données

Les travaux sur l'observance thérapeutique ont généralement utilisé le questionnaire pour collecter les données auprès des participants. Cet outil de collecte des données comporte plusieurs avantages : l'anonymat des participants, la rapidité d'administration, l'accès quasi immédiat aux calculs, la possibilité de toucher plusieurs individus à la fois et la facilité de traitement des informations recueillies (Delhomme & Meyer, 2002). Etant donné le côté sensible des patients, en référence aux travaux antérieurs, aux avantages reliés à l'utilisation du questionnaire et à notre objectif de recherche qui est d'étudier le lien qui existe entre les déterminants psychosociaux et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé, nous avons recouru au questionnaire pour collecter les données de cette étude.

5.6.2. Elaboration du questionnaire

Dans cette étude, le questionnaire a été élaboré dans le but de recueillir des informations auprès des Personnes Vivant avec VIH (PVV) afin d'étudier la relation qui existe entre les déterminants psychosociaux et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Le questionnaire ayant permis la collecte de nos données de cette recherche est composé d'une section introductive, des items relatifs au système étiologique, aux représentations sociales des ARV, au soutien social, à la confiance en soi et aux ressources économiques.

Dans le paragraphe introductif, nous renseignons les participants sur la confidentialité de leurs réponses et le cadre juridique qui encadre les enquêtes au Cameroun. Dans une première rubrique sont exposés les 12 items relatifs aux différentes dimensions du système étiologique. Quatre items (Q1 à Q4) mesurent les causes biologiques (infection et déficience immunitaire) (exemple : le VIH est maladie causée par un virus ;). Trois items (Q5 à Q7) mesurent les causes spirituelles (mauvais esprit et malédiction) (exemple : les personnes maudites sont exposées au VIH ;). Trois items (Q8 à Q10) mesurent les causes mystiques (couches de nuit et les esprits maléfiques) (exemple : le VIH est une maladie transmise lors des couches de nuit). Deux items (Q11 et Q12)

mesurent les causes sociales (multi partenariat et rapport sexuel non protégé) (exemple : le VIH est une maladie causée par les rapports sexuels non protégés).

Dans une deuxième rubrique, 10 items mesurent les représentations sociales des ARV. Ces représentations se rapportent à l'efficacité des ARV mesurée par trois items (Q13 à Q15) (exemple : les ARV ralentissent l'évolution de la maladie). Elles concernent aussi les effets secondaires mesurés par trois items (le traitement ARV peut entraîner la diarrhée) les contraintes associées au dosage de ARV (les personnes sous traitement ARV doivent prendre de nombreux comprimés) et celles associées à leur prise (les personnes sous traitement ARV doivent prendre leur médicament plusieurs fois au cours de la journée).

Dans la troisième rubrique, 5 items mesurent la confiance en soi. Cette confiance en soi se rapporte à la capacité perçue à vivre avec la maladie mesurée par 2 items (23 à 24) (exemple ; je suis capable de me sentir bien malgré cette maladie). Elle concerne aussi la capacité perçue à suivre les prescriptions médicales mesurées par 3 items (25 à 27), (je suis capable d'aller prendre mes ARV).

Dans la quatrième rubrique, 8 items mesurent le soutien social. Ce soutien social se rapporte au soutien formel par 4 items (28 à 31) (exemple : Le personnel qui travaille au point de distribution des ARV est accueillant). Il concerne aussi le soutien informel mesuré par 4 items (32 à 35), (mes amis sont toujours avec moi).

Dans la cinquième rubrique, 4 items mesurent les ressources économiques. Ces ressources économiques se rapportent au coût du régime alimentaire, au déplacement et au coût des examens additionnels.

Dans la sixième rubrique, 11 items mesurent l'observance thérapeutique. Cette observance thérapeutique du traitement antirétroviral se rapporte au respect de la dose des ARV mesuré par 2 items (40 à 41), (exemple :je prends chaque médicament prescrit) .Elle concerne aussi le respect de la fréquence des prises mesurée par 2 items (42 à 43), (exemple :je respecte les heures de prise de mes médicaments), le respect du régime alimentaire mesuré par 4 items (44 à 47),(exemple :je consomme beaucoup de fruits),le respect des rendez-vous mesuré par 3 items (48 à 50),(exemple :je fais les consultations de routine).

5.6.3. Pré-test et validation du questionnaire

Le questionnaire que nous avons élaboré a fait l'objet d'un pré-test en vue d'être validé. En effet, Pour Grawitz (2001) : « elle a pour but d'essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour l'enquête » (p. 175). Il était donc question d'évaluer notre questionnaire pour son éventuel amendement. Le pré-test est un moyen incontournable pour identifier des erreurs de rédaction, d'administration ou de compréhension. Nous l'avons mené auprès de 20 individus dans les unités et les centres agréés de traitement par ARV de la ville de Yaoundé, choisis au hasard dans différents points de distribution. Pour le faire, nous avons remis 20 questionnaires à quelques patients de l'hôpital de district de Mvog-Ada, du CHU – HCY, etc. Les patients interrogés ont éprouvé quelques difficultés à comprendre certaines tournures de notre questionnaire. Les données relatives à la connaissance du VIH, les effets secondaires, l'importance de la bonne observance aux ARV par exemple. Par conséquent, nous avons été obligée de réajuster certains items de notre questionnaire.

L'Alpha de Cronbach a été utilisé pour tester la cohérence interne entre les items. Cette analyse de la cohérence interne est une condition nécessaire de l'homogénéité de l'échelle. Dans le cadre de cette étude, deux échelles ont été utilisées. Les résultats obtenus après le calcul de l'Alpha de Cronbach pour chacune des deux échelles sont présentés dans les tableaux suivants :

Tableau 17

Résultats du calcul de l'alpha de Cronbach des dimensions des déterminants psychosociaux

Statistiques de fiabilité			
	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basé sur des éléments normalisés	Nombre d'éléments
Sous échelle système étiologique	,845	,850	12
Sous échelle représentation sociale des ARV	,880	,883	10
Sous échelle confiance en soi	,739	,750	5
Sous échelle soutien social	,867	,870	8
Sous échelle niveau socioéconomique	,732	,735	4

Le tableau 17 présente les résultats du calcul de l'Alpha de Cronbach des dimensions des déterminants psychosociaux. Il ressort que, l'alpha de la sous échelle système étiologique est 0,845 ; celle de la sous échelle représentation sociale des ARV est de 0,880 ; celle de la sous échelle confiance en soi est de 0,739 ; celle de soutien social est de 0,867 et celle niveau socioéconomique est de 0,732. Ces différentes valeurs de l'alpha pour chacune des sous- échelles sont supérieures à la valeur normale de $\alpha= 0,7$. Par rapport à ces résultats, nous pouvons estimer que cette échelle a une cohérence interne satisfaisante.

Tableau 18

Résultats du calcul de l'alpha de Cronbach de l'échelle de l'observance thérapeutique

Statistiques de fiabilité			
	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basé sur des éléments normalisés	Nombre d'éléments
échelle observance thérapeutique	,833	,840	11

Le tableau 18 présente les résultats du calcul de l'Alpha de Cronbach de l'échelle d'observance thérapeutique. Il ressort que l'alpha de Cronbach de cette échelle est de 0,833. Cette valeur de l'alpha est supérieure à la valeur normale de $\alpha= 0,7$. Par rapport à ce résultat, nous pouvons estimer que cette échelle a une cohérence interne satisfaisante.

5.7. PROCEDURE DE COLLECTE DES DONNEES

La passation du questionnaire a eu lieu du 22 Mai au 30 Juin 2014 dans 11 formations sanitaires (FOSA) de la ville de Yaoundé soit cinq (05) centres de traitement agréer(CTA) ; trois (03) Unités de prise en charge (UPEC) et trois Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA). Elle s'est étalée sur plusieurs semaines parce qu'il fallait prendre en compte le moment favorable pendant lequel les PVVS viennent s'approvisionner en médicament et peuvent être disposés à remplir le questionnaire, ensuite le temps de déplacement d'une FOSA à une autre et enfin la recherche des coordonnées des perdues de vue dans les registres de dispensation en contribution avec des agents de relais communautaire pour visite à domicile. Avant la phase de la collecte des données, nous nous rendons au point de dispensation pour nous entretenir avec le pharmacien responsable du service. Cet entretien nous permettait de négocier les heures de passation de notre questionnaire et le temps de remplissage qui peut être accordée à chaque patient éligible,

aussi le choix d'un espace où les participants pouvaient remplir le questionnaire aisément (un coin discret et aménagée en pharmacie). C'était l'occasion pour le responsable de service de nous présenter en tant qu'étudiante à ses collaborateurs et de leurs expliquer la raison pour laquelle nous sollicitons travailler dans ce service et plus particulièrement au point de dispensation des ARV, après ces modalités d'usage, nous prenions rendez-vous pour l'administration du questionnaire.

Le jour retenu pour la passation du questionnaire, nous sélectionnions les participants en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion présentés dans la section qui présente les participants. Après cette sélection, chaque PVVS éligible obtenait un exemplaire du questionnaire et un crayon et conduit au coin qui était aménagé à cet effet. Il leur était demandé de lire attentivement les consignes avant de répondre aux questions. A la fin de la passation, nous recueillions les questionnaires remplis tout en les remerciant pour leur participation.

5.8. OUTIL DE TRAITEMENT STATISTIQUE

Après la collecte des données, nous avons mis sur pied une procédure de traitement statistique. Dans le cadre de cette étude, notre choix s'est porté sur l'analyse des corrélations car elle permet de vérifier le lien entre deux variables quantitatives. Ces corrélations ont été suivies des régressions. Nos variables quantitatives sont les déterminants psychosociaux et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Ce traitement statistique des données s'est fait par l'entremise du logiciel SPSS version 22.

5.8.1. Analyse des corrélations

L'analyse corrélationnelle permet de vérifier le lien entre deux variables quantitatives qui sont ici : déterminants psychosociaux (X) et observance thérapeutique du traitement antirétroviral (Y). Le coefficient de corrélation notée r_{xy} , a été développé par Pearson et sa valeur oscille entre -1 et $+1$. Ce coefficient, évalué à partir du rapport entre la covariance et le produit des écarts-types, requiert des données métriques. Un signe positif indique que les deux variables évoluent dans le même sens. Dans ce cas, la relation est dite directe et l'augmentation ou la diminution des scores d'une variable s'accompagne respectivement de l'augmentation ou de la diminution des scores de l'autre variable. Un signe négatif est synonyme d'une variation en sens opposée. Dans ce cas, le lien est dit indirect et les scores

d'une variable augmentent pendant que ceux de l'autre variable diminuent. Une fois le coefficient de corrélation calculé, sa valeur absolue est interprétée de la manière suivante :

- Si $|r_{xy}| = 0$, il y a absence de corrélation ;
- Si $0 < |r_{xy}| \leq 0,20$, la corrélation est dite faible ;
- Si $0,20 \leq |r_{xy}| \leq 0,40$ la corrélation est dite peu significative,
- Si $0,40 \leq |r_{xy}| \leq 0,60$, la corrélation est dite moyenne ;
- Si $0,60 \leq |r_{xy}| \leq 0,80$, la corrélation est dite significative ;
- Si $0,80 \leq |r_{xy}| < 1$, la corrélation est forte ;
- Si $|r_{xy}| = 1$, la corrélation est parfaite.

Pour garantir la crédibilité des résultats, l'analyse corrélationnelle s'accompagne de l'analyse de régression.

5.8.2. Analyse de régression

Dans le cadre spécifique de cette recherche, l'analyse de régression nous permettra de vérifier la relation de cause à effet entre les déterminants psychosociaux (X) et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral (Y). Il s'agit en effet d'un outil de prédiction le plus utilisé, il est fondé sur la problématique de l'ajustement linéaire, et permet de vérifier la relation de cause à effet entre deux variables quantitatives ou métriques dont on a postulé l'existence et le sens dans l'hypothèse. Graphiquement, l'analyse de régression linéaire permet d'identifier les coefficients (Coefficient directeur noté a et la constante réelle notée b) de l'équation de la droite qui minimisent la dispersion entre les scores des déterminants psychosociaux et ceux de l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Cette équation nous permet aussi de déterminer la droite "moyenne" qui résume le "nuage de points" obtenus à partir de la projection orthogonale des scores des déterminants psychosociaux et ceux de l'observance en traitement. L'expression mathématique de cette équation s'écrit sous la forme :

$Y = aX + b$, où a et b sont des nombres réels ou des grandeurs algébriques.

A l'aide de cette équation, nous avons suivi trois étapes au terme desquelles nous avons pris une décision statistique. Dans un premier temps, l'intensité de la relation entre les deux variables a été calculée grâce au coefficient de corrélation linéaire (r_{xy}). Dans un second temps, nous avons calculé le degré de la significativité de la liaison et la qualité de l'ajustement du modèle dont l'indicateur est le coefficient de détermination linéaire noté : r_{xy}^2 . Enfin, la régression nous a permis d'examiner les "résidus", c'est-à-dire l'écart entre les valeurs prédites par le modèle et celles réellement observées. La variance résiduelle a été obtenue en considérant la différence entre les scores réels (observés) de l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral et ceux recalculés (théoriques) par le modèle. La variance résiduelle est d'autant meilleure que la différence entre ces scores est faible.

5.9. RESULTATS ETUDE 2

Dans cette partie, nous présentons les résultats de notre deuxième étude. Cette présentation sera articulée autour de deux points essentiels : l'analyse des facteurs secondaires d'une part et l'analyse des facteurs principaux d'autre part. L'analyse des facteurs secondaires nous permettra de présenter les effectifs et les fréquences. L'analyse des facteurs principaux quant à elle, portera sur la vérification de nos différentes hypothèses de recherche à travers une analyse de corrélation dont le but est de vérifier les liens qui existent entre nos différentes variables. Elle sera suivie d'une analyse de régression qui vise l'identification des prédicteurs de l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral.

5.9.1. Analyse des facteurs secondaires

5.9.1.1. Genre

Tableau 19

Variations de l'observance thérapeutique des ARV chez les PVVS en fonction du genre

Sexe	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
Féminin	221	65,0	65,0
Masculin	119	35,0	35,0
Total	340	100,0	100,0

Le tableau 19 présente les variations de l'observance thérapeutique du traitement des ARV en fonction du genre. Il transparaît de manière globale que l'observance thérapeutique du traitement des ARV fluctue en fonction du genre. De manière spécifique, les femmes semblent moins observantes (65% ; n=221) comparativement aux hommes (35% ; n=119).

5.9.1.2. Âge

Tableau 20

Variations de l'observance thérapeutique des ARV chez les PVVS en fonction de l'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
21-30 ans	41	12,1	12,1
31-40 ans	143	42,1	42,1
41-50 ans	104	30,6	30,6
51-60 ans	26	7,6	7,6
Plus de 61 ans	26	7,6	7,6
Total	340	100,0	100,0

Le tableau 20 présente les variations de l'observance thérapeutique du traitement des ARV en fonction de la tranche d'âge. Il apparaît de manière globale que l'observance thérapeutique du traitement des ARV fluctue en fonction de la tranche d'âge. De manière spécifique, les participants ayant un âge compris entre 31 et 40 ans (42,1% ; n=143) et ceux âgés entre 41 et 50 ans (30,6%, n=104) semblent moins observants que les participants ayant entre 21 et 30 ans (12,1%, n= 41) et ceux âgés entre 51 ans et plus (7,6%, n=26).

5.9.1.3. Niveau d'étude

Tableau 21

: Variations de l'observance thérapeutique des ARV chez les PVVS en fonction du niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
Primaire	140	41,2	41,2
Secondaire	160	47,0	47,0
Supérieur	40	11,8	11,8
Total	340	100,0	100,0

Le tableau 21 présente les variations de l'observance thérapeutique du traitement des ARV en fonction du niveau d'étude. Il apparaît de manière globale que l'observance thérapeutique du traitement des ARV fluctue en fonction du niveau d'étude. De manière spécifique, les participants ayant un niveau secondaire (47% ; n=160) et ceux ayant un niveau primaire (41,2%, n=140) semblent moins observants que les participants ayant un niveau supérieur (11,8%, n= 40).

5.9.1.4. Statut socioprofessionnel

Tableau 22

Variations de l'observance thérapeutique des ARV chez les PVVS en fonction du statut socioprofessionnel

Statut socioprofessionnel	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
Sans réponse	13	3,8	3,8
Elève/Étudiant	13	3,8	3,8
Travailleur	92	27,1	27,1
Sans emploi	157	46,2	46,2
Ménagère	65	19,1	19,1
Total	340	100,0	100,0

Le tableau 22 présente les variations de l’observance thérapeutique du traitement des ARV en fonction du statut socioprofessionnel. Il apparaît de manière globale que l’observance thérapeutique du traitement des ARV fluctue en fonction du statut socioprofessionnel. De manière spécifique, les chômeurs (46,2% ; n=157) et les travailleurs (27,1%, n=92) semblent moins observants que les ménagères (19,1%, n= 40) et les élèves/étudiants (3,6% ; n=13).

5.9.1.5. Statut matrimonial

Tableau 23

Variations de l’observance thérapeutique des ARV chez les PVVS en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
Marié (e)	122	35,9	35,9
Célibataire	53	15,6	15,6
Union libre	60	17,6	17,6
Divorcée	40	11,8	11,8
Veuf/veuve	65	19,1	19,1
Total	340	100	100

Le tableau 23 présente les variations de l’observance thérapeutique du traitement des ARV en fonction du statut matrimonial. Il apparaît de manière globale que l’observance thérapeutique du traitement des ARV fluctue en fonction du statut matrimonial. De manière spécifique, les participants de la catégorie divorcée (11,8% ; n=40), union libre (15,6% ; n=53) et celle des célibataires (17,6% ; n=60) semblent moins observants que ceux de la catégorie veufs/veuves (19,1%, n=65) et ceux de la catégorie Mariée (35,9%, n=122).

5.9.1.5. Régime matrimonial

Tableau 24

Variations de l'observance thérapeutique des ARV chez les PVVS en fonction du régime matrimonial

Régime matrimonial	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
Sans réponse	53	15,6	15,6
Monogamie	52	15,3	15,3
Polygamie	235	69,1	69,1
Total	340	100,0	100,0

Le tableau 24 présente les variations de l'observance thérapeutique du traitement des ARV en fonction du régime matrimonial. Il apparaît de manière globale que l'observance thérapeutique du traitement des ARV fluctue en fonction du régime matrimonial. De manière spécifique, il transparaît que les participants en situation de polygamie (69,1% ; n=235) semblent moins observants que les participants en situation de monogamie (15,3% ; n=15,6).

Au terme de cette analyse portant sur les caractéristiques sociodémographiques de nos participants, il ressort que le comportement d'observance varie en fonction du genre, de l'âge, du niveau d'instruction, du statut socioprofessionnel, du statut matrimonial et du régime matrimonial. Dans la section suivante, nous vérifions les hypothèses de cette étude.

5.9.2. Vérification de la première hypothèse spécifique

Notre première hypothèse spécifique était formulée comme suit : le système étiologique est corrélé à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Cela signifie que plus les PVVS considèrent que leur maladie est due aux causes naturelles (biologiques et sociales), plus elles sont disposées à adopter des comportements concordant avec l'avis médical (respect de la dose des ARV, respect de la fréquence de prise, respect du régime alimentaire et respect des rendez-vous). Cette hypothèse a été traitée à partir de l'analyse des corrélations et de régression. L'analyse de corrélation a permis de décrire le lien entre le système étiologique et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral alors que l'analyse de régression a permis de prédire l'observance en traitement en fonction du système étiologique.

Dans un premier temps, nous faisons une analyse de corrélation entre le système étiologique et l'observance thérapeutique et dans un second, une analyse de régression est faite pour vérifier si le système étiologique (VI) prédit l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral (VD).

5.9.1.1. Analyse de corrélation entre système étiologique et observance thérapeutique

Dans cette section, nous faisons une analyse de corrélation entre le système étiologique et l'observance thérapeutique. Cette analyse permet de décrire la relation entre ces deux. Les résultats sont contenus dans le tableau 25.

Tableau 25

Matrice de corrélation entre système étiologique et observance thérapeutique du traitement antirétroviral

	SystèEtiol	CauBio	CauseSpiri	CauseMystiq	CauseSociale	ObservanceThé	Dose	FrçePrise	Régim
SystèEtiol									
CauBio	,543**								
CauseSpiri	,655**	,455**							
CauseMystiq	,532**	-,309**	,110*						
CauseSociale	,192**	-,403**	-,240**	,342**					
ObservanceThé	,965**	,858**	,857**	,873**	-,061				
Dose	,839**	,922**	,614**	,783**	-,263**	,877**			
FrçePrise	,680**	,501**	,910**	,480**	-,027	,726**	,453**		
Régim	,884**	,783**	,755**	,972**	-,224**	,901**	,794**	,519**	
RendVs	,419**	,188**	,196**	,243**	,673**	,412**	,183**	,144*	,248**

Notes :SystèEtiol=Systeme étiologique ; CauBio=Causes biologiques ; CauseSpiri=Causes spirituelles ;CauseMystiq=Causes mystiques ;CauseSociales=Causes sociales ;ObservanceThé=Observance thérapeutique ; FrçePrise=Fréquence de prises ; Régim=Régime ; RendVs=Rendez-vous.

Le tableau 25 présente la matrice de corrélation entre le système étiologique et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Il apparaît de manière globale que le système étiologique est corrélé à l'observance ($r = 0,96$; $p < 0,05$). Cette corrélation est aussi observée entre le système étiologique et les différentes dimensions de l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Ainsi, le système étiologique est corrélé au respect des doses des ARV ($r = 0,83$; $p < 0,05$), au respect de la fréquence de prise des ARV ($r = 0,68$; $p < 0,05$), au respect du régime alimentaire ($r = 0,84$; $p < 0,05$) et au respect des rendez-vous ($r = 0,41$; $p < 0,05$).

De manière précise, on observe que les dimensions du système étiologiques sont elles aussi corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral et à ses modalités. C'est le cas des causes biologiques qui sont corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral ($r = 0,85$; $p < 0,05$), au respect des doses des ARV ($r = 0,92$; $p < 0,05$), au respect de la fréquence de prise des ARV ($r = 0,5$; $p < 0,05$), au respect du régime alimentaire ($r = 0,78$; $p < 0,05$) et au respect des rendez-vous ($r = 0,18$; $p < 0,05$). C'est aussi le cas des causes spirituelles qui sont corrélées à l'observance en traitement ($r = 0,85$; $p < 0,05$), au respect des doses des ARV ($r = 0,61$; $p < 0,05$), au respect de la fréquence de prise des ARV ($r = 0,91$; $p < 0,05$), au respect du régime alimentaire ($r = 0,75$; $p < 0,05$) et au respect des rendez-vous ($r = 0,19$; $p < 0,05$). Les causes mystiques sont corrélées à l'observance en traitement ($r = 0,87$; $p < 0,05$), au respect des doses des ARV ($r = 0,78$; $p < 0,05$), au respect de la fréquence de prise des ARV ($r = 0,48$; $p < 0,05$), au respect du régime alimentaire ($r = 0,97$; $p < 0,05$) et au respect des rendez-vous ($r = 0,24$; $p < 0,05$).

Les causes sociales ne sont pas corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral ($r = 0,061$; ns). En revanche, elles sont corrélées en sens opposé au respect des doses des ARV ($r = -0,26$; $p < 0,05$), au respect du régime alimentaire ($r = -0,22$; $p < 0,05$) et au respect des rendez-vous ($r = 0,73$; $p < 0,05$). A ce niveau de notre réflexion, on peut retenir que le système étiologique et certaines de ces dimensions sont corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Comme les corrélations ne peuvent pas permettre de conclure sur la vérification de notre hypothèse, nous avons complété ces premiers résultats par une analyse de régression.

5.9.1.2. Analyse de la régression entre système étiologique et observance thérapeutique

Une analyse de régression a été effectuée pour approfondir l'étude de la relation entre le système étiologique et l'observance thérapeutique que l'on a initiée à partir de l'analyse de corrélations. Les résultats sont résumés dans le tableau 27.

Tableau 26

Résultats de la régression entre système étiologique et observance thérapeutique

R = 0,978; R-deux= 0,957; R-deux ajusté= 0,956; Erreur standard de l'estimation= 0,1378 ; F= 182,37; p= 0,000

Modèle	Coefficients standardisés		non Coefficients standardisés		T	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta			
Constante	,036	,060		,596		,552
SystèEtiol	,768	,054	,659	14,347		,000
CauseSpiri	,159	,021	,206	7,519		,000
CauseMystiq	,115	,025	,162	4,694		,000
CauseSociale	-,036	,016	-,042	-2,275		,024

Notes : SystèEtiol = Système étiologique ; CauBio=Causes biologiques ; CauseSpiri=Causes spirituelles ; CauseMystiq = Causes mystiques ; CauseSociales = Causes sociales ; ObservanceThé = Observance thérapeutique ; FrçePrise = Fréquence de prises ; Régim = Régime ; RendVs = Rendez-vous.

Le tableau 26 présente les résultats de l'analyse de régression effectuée entre le système étiologique et l'observance thérapeutique. Il apparaît que le modèle qui prédit l'observance thérapeutique à partir du système étiologique est significatif (F = 182,37 ; p = 0,000). Avec un $\beta = 0,65$; t = 14,34 ; p = 0,000, nos résultats montrent que le système étiologique prédit l'observance en traitement. Cela signifie que plus les PVVS attribuent leur maladie à un ensemble de causes plus elles sont susceptibles d'adopter les comportements concordant avec l'avis médical (respect des doses d'ARV, respect de la fréquence de prise, respect du régime alimentaire et respect des rendez-vous). Parmi ces différentes causes qui prédisent l'observance thérapeutique, on retrouve respectivement les causes spirituelles ($\beta = 0,206$; t = 7,519 ; p = 0,000), les causes mystiques ($\beta = 0,162$; t = 4,694 ; p = 0,000) et les causes

sociales ($\beta = -0,042$; $t = -2,275$; $p = 0,024$). Ces résultats vont dans le sens de notre hypothèse et permettent de conclure que le système étiologique est un prédicteur de l'observance thérapeutique. Notre première hypothèse spécifique est donc confirmée.

5.9.2- Vérification de la deuxième hypothèse

Notre deuxième hypothèse spécifique est formulée comme suit : les représentations sociales des antirétroviraux sont corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Cela signifie que plus les représentations sociales des PVVS sont favorables aux antirétroviraux, plus elles sont disposées à adopter les comportements concordant avec l'avis médical (respect de la dose des ARV, respect de la fréquence de prise, respect du régime alimentaire et respect des rendez-vous).

Cette hypothèse a été traitée à partir des corrélations et des régressions. L'analyse de corrélation a permis de décrire le lien entre les représentations sociales des antirétroviraux et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral alors que l'analyse de régression a permis de prédire l'observance en traitement en fonction des représentations sociales des antirétroviraux.

5.9.2.1. Analyse de corrélation entre les représentations sociales des ARV et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral

L'étude du lien entre les représentations sociales des ARV et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral a consisté à l'élaboration d'une matrice de corrélation qui croise les deux variables ainsi que leurs dimensions. Cela permet d'apprécier l'intensité et le sens des corrélations existantes entre les variables mis en jeu. Les résultats obtenus sont résumés dans le tableau 28.

Tableau 27

Matrice de corrélation entre les représentations sociales des ARV et observance thérapeutique du traitement antirétroviral

	ObservanceThé	Dose	FrçePrise	Régim	RendVs	Représentations	RepréEfficacité	RepréEffetsecond	RepréCtrteDose
ObservanceThé									
Dose	,877**								
FrçePrise	,726**	,453**							
Régim	,901**	,794**	,519**						
RendVs	,412**	,183**	,144*	,248**					
Représentations	,741**	,804**	,307**	,777**	,167*				
RepréEfficacité	,817**	,796**	,411**	,822**	,317**	,386**			
RepréEffetsecon	,793**	,781**	,529**	,784**	,102	,708**	,017		
RepréCtrteDose	,645**	,731**	,232**	,715**	,076	,838**	,082	,722**	
RepréCtrtePrise	-,281**	-,177**	-,332**	-,262**	-,033	,160**	-,563**	-,061	,050

Notes : ObservanceThé=observance Thérapeutique ; FrçePrise=Fréquence de prises ; Régim=Régime ; RendVs=Rendez-vous ; RepréEfficacité=Représentation de l'efficacité des ARV ; RepréEffetsecon=Représentations des effets secondaires ; RepréCtrteDose=Représentations des contraintes associées aux doses ; RepréCtrtePrise=Représentations des contraintes associées à la prise.

Tableau 27 présente la matrice de corrélation entre les représentations sociales des antirétroviraux et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Il apparaît de manière globale que les représentations sociales des antirétroviraux sont corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral ($r = 0,741$; $p < 0,05$). Cette corrélation est aussi observée entre les représentations sociales des antirétroviraux et les différentes dimensions de l'observance thérapeutique. Ainsi, les représentations sociales des antirétroviraux sont corrélées au respect des doses des ARV ($r = 0,8$; $p < 0,05$), au respect de la fréquence de prise des ARV ($r = 0,3$; $p < 0,05$), au respect du régime alimentaire ($r = 0,77$; $p < 0,05$) et au respect des rendez-vous ($r = 0,16$; $p < 0,05$).

De manière spécifique, on observe que les dimensions des représentations sociales des antirétroviraux sont elles aussi corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral et à ses modalités. C'est le cas de l'efficacité des antirétroviraux qui est corrélée à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral ($r = 0,81$; $p < 0,05$), au respect des doses des ARV ($r = 0,79$; $p < 0,05$), au respect de la fréquence de prise des ARV ($r = 0,41$; $p < 0,05$), au respect du régime alimentaire ($r = 0,82$; $p < 0,05$) et au respect des rendez-vous ($r = 0,31$; $p < 0,05$). C'est aussi le cas des effets secondaires des antirétroviraux qui sont corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral ($r = 0,79$; $p < 0,05$), au respect des doses des ARV ($r = 0,78$; $p < 0,05$), au respect de la fréquence de prise des ARV ($r = 0,52$; $p < 0,05$), au respect du régime alimentaire ($r = 0,78$; $p < 0,05$) les rendez-vous ne sont pas corrélée à l'observance thérapeutique ($r = 0,1$; ns). Les contraintes associées aux doses sont corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral ($r = 0,64$; $p < 0,05$), au respect des doses des ARV ($r = 0,73$; $p < 0,05$), au respect de la fréquence de prise des ARV ($r = 0,23$; $p < 0,05$), au respect du régime alimentaire ($r = 0,71$; $p < 0,05$) et ne sont pas corrélées au respect des rendez-vous ($r = 0,076$; $p > 0,05$). Les contraintes associées à la prise sont corrélées en sens opposé à l'observance en traitement ($r = -0,28$; $p < 0,05$), au respect des doses des ARV ($r = -1,17$; $p < 0,05$), au respect de la fréquence des prises ($r = -0,33$; $p < 0,05$), au respect du régime alimentaire ($r = -0,26$; $p < 0,05$) et ne sont pas corrélées au respect des rendez-vous ($r = -0,03$; ns).

A ce niveau de notre réflexion, on peut retenir que certaines dimensions des représentations sociales qu'élaborent les PVVS à propos des antirétroviraux sont corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Comme les corrélations ne peuvent pas permettre de conclure sur la vérification de notre hypothèse, nous avons complété ces premiers résultats par une analyse de régression.

5.9.2.2. Analyse de régression entre représentations sociales des ARV et observance thérapeutique

Tableau 28

Résultats de la régression entre représentations sociales des ARV et observance thérapeutique

R = 0,856; R-deux= 0,733; R-deux

Ajusté= 0,728; Erreur standard de l'estimation= 0,3442 ; F= 145,17; p= 0,000

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.
	A	Erreur standard			
Constante	,742	,152		4,889	,000
Représentations	-,217	,132	-,229	-1,651	,010
RepréEfficacité	,447	,069	,654	6,445	,000
RepréEffetsecond	,364	,063	,518	5,786	,000
RepréCtrtePrise	,100	,050	,150	2,002	,047

Notes : ObservanceThé=observance Thérapeutique ; FrçePrise=Fréquence de prises ; Régim=Régime ; RendVs=Rendez-vous ; RepréEfficacité=Représentation de l'efficacité des ARV ; RepréEffetsecon=Représentations des effets secondaires ;RepréCtrteDose=Représentations des contraintes associées aux doses ; RepréCtrtePrise=Représentations des contraintes associées a la prise.

Le tableau 28 présente les résultats de l'analyse de régression effectuée entre les représentations sociales des antirétroviraux et l'observance thérapeutique. Il apparait que le modèle qui prédit l'observance thérapeutique à partir des représentations sociales des antirétroviraux est significatif (F = 145,17 ; p = 0,000). Avec un $\beta = -0,22$; t = -1,65; p = 0,01 nos résultats montrent que les représentations sociales des antirétroviraux prédisent l'observance en traitement. Cela signifie que plus les PVVS perçoivent leur traitement comme étant efficace, moins contraignant et comportant moins d'effets secondaires plus elles sont disposées à adopter des comportements concordant avec l'avis médical (respect des doses d'ARV, respect de la fréquence de prise, respect du régime alimentaire et respect des rendez-vous). Parmi ces différentes dimensions des représentations sociales des ARV qui prédisent l'observance thérapeutique, on retrouve respectivement l'efficacité des antirétroviraux ($\beta = 0,65$; t = 6,44 p = 0,000), la perception des effets secondaires ($\beta = 0,51$; t = 5,78 ; p = 0,000) et les contraintes associées à la prise ($\beta = 0,15$; t = 2,002 ; p = 0,047). Ces résultats vont dans le sens de notre hypothèse et permettent de conclure que les

représentations sociales des antirétroviraux sont l'un des prédicateurs de l'observance thérapeutique. Notre deuxième hypothèse spécifique est donc confirmée. Dans la suite de nos développements, nous vérifions l'hypothèse spécifique trois.

5.9.3. Vérification de la troisième hypothèse spécifique

Notre troisième hypothèse spécifique est formulée comme suit : la confiance en soi est corrélée à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Cela signifie que plus les PVVS acceptent leur état sérologique (capacité perçue de vivre avec la maladie, le suivi des prescriptions médicales), plus elles sont disposées à adopter des comportements concordant avec l'avis médical (respect de la dose des ARV, respect de la fréquence de prise, respect du régime alimentaire et respect des rendez-vous). Tout comme les hypothèses précédentes, cette hypothèse a été traitée à partir de l'analyse des corrélations et de régression. L'analyse de corrélation a permis de décrire le lien entre la confiance en soi que développent les PVVS sous antirétroviraux et l'observance thérapeutique alors que l'analyse de régression a permis de prédire l'observance en traitement en fonction de la confiance de soi que développent les PVVS sous antirétroviraux.

5.9.3.1. Corrélations entre confiance en soi et observance thérapeutique

Tableau 29

Matrice de corrélation entre confiance en soi et observance thérapeutique

	Observan Thé	RespD ose	RespFrçe Prise	RespRé gim	RespRen dVs	Confian Soi	CapaPerç uVi
ObservanT hé							
RespDose	,877**						
RespFrçePr ise	,726**	,453**					
RespRégim	,901**	,794**	,519**				
RespRend Vs	,412**	,183**	,144*	,248**			
ConfianSoi	-,360**	-,485**	-,105	-,327**	-,052		
CapaPerçu	-,491**	-,584**	-,224**	-,504**	,007	,932**	
Vi							
CapaPerçu	-,150*	-,288**	,047	-,071	-,109	,923**	,719**
Médi							

Notes : ObservanceThé=observance Thérapeutique ; RespDose=Respect des doses ; RespFrçePrise=Respect de la Fréquence de prises ; Resp Régim= Respect Régime Alimentaire ; RespRendVs=Respect des Rendez-vous ; ConfianSoi=Confiance en soi ; CapaPercue Vi= capacité perçue à vivre avec la maladie ; CapaPerçuMédi=Capacité perçue à suivre les prescriptions médicales.

Le tableau 29 présente la matrice de corrélation entre la confiance en soi et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Il apparaît de manière globale que la confiance en soi est corrélée en sens opposé à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral ($r = -0,36$; $p < 0,05$). Cette corrélation est aussi observée entre la confiance en soi et les différentes dimensions de l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Ainsi, la confiance en soi est corrélée en sens direct au respect des doses des ARV ($r = 0,48$; $p < 0,05$) et en sens indirect au respect du régime alimentaire ($r = -0,32$; $p < 0,05$). Toutefois, elle n'est pas corrélée au respect de la fréquence de prise des ARV ($r = 0,105$; ns) et au respect des rendez-vous ($r = -0,052$; ns). De manière précise, on observe que les dimensions de la confiance en soi sont elles aussi corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral et à ses modalités. C'est le cas de la capacité perçue à vivre avec la maladie qui est corrélée et en sens opposé à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral ($r = -0,49$; $p < 0,05$), au respect des doses des ARV ($r = -0,58$; $p < 0,05$), au respect de la fréquence de prise des ARV ($r = -0,22$; $p < 0,05$), au respect du régime alimentaire ($r = 0,5$; $p < 0,05$) et pas corrélée au respect des rendez-vous ($r = 0,007$; ns). C'est aussi le cas de la capacité perçue à suivre les prescriptions médicales qui est corrélée en sens opposé à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral ($r = -0,15$; $p < 0,05$) et au respect des doses des ARV ($r = -0,28$; $p < 0,05$). Aucune corrélation n'a été observée entre la capacité perçue à suivre les prescriptions médicales et le respect de la fréquence de prise des ARV ($r = -0,04$; ns), le respect du régime alimentaire ($r = -0,07$; ns) et le respect des rendez-vous ($r = -0,10$; ns).

A ce niveau de notre réflexion, on peut retenir que la confiance de soi et certaines de ces dimensions sont corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Comme les corrélations ne peuvent pas permettre de conclure sur la vérification de notre hypothèse, nous avons complété ces premiers résultats par une analyse de régression.

5.9.3.2. Régression entre confiance en soi et observance thérapeutique

Tableau 30

Résultats de la régression entre confiance en soi et observance thérapeutique

R = 0,552; standard	R-deux= 0,304; de	R-deux	ajusté= 0,298;	Erreur
L'estimation= 0,553 ; F= 64,164; p= 0,000				
Modèle	Coefficients standardisés		non Coefficients	standardisés
A	Erreur standard	Bêta	T	Sig.
Constante	3,846	,097	39,823	,000
CapaPerçuRespPris	,301 ,068	,345	4,420	,000
cripMéd				
CapaPerçuVi	-,562 ,061	-,726	-9,293	,000

Note. *ObservanceThé=observance Thérapeutique ; RespDose=Respect des doses ; RespFrçePrise=Respect de la Fréquence de prises ; Resp Régim= Respect Régime Alimentaire ; RespRendVs=Respect des Rendez-vous ; ConfianSoi=Confiance en soi ; CapaPercue Vi= capacité perçue à vivre avec la maladie ; CapaPerçuMédi=Capacité perçue à suivre les prescriptions médicales.*

Le tableau 31 présente les résultats de l'analyse de régression effectuée entre la confiance en soi et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Il apparaît que le modèle qui prédit l'observance thérapeutique à partir de la confiance en soi est significatif (F = 64,16 ; p = 0,000). Avec un $\beta = 0,34$; t = 4,42 ; p = 0,000 nos résultats montrent que la confiance en soi prédit l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Cela signifie que plus les PVVS croient en leur capacité de vivre avec la maladie et en leur capacité à suivre les prescriptions médicales, plus elles sont disposées à adopter des comportements concordant avec l'avis médical (respect des doses d'ARV, respect de la fréquence de prise, respect du régime alimentaire et respect des rendez-vous). Plus précisément, la capacité

perçue à vivre avec la maladie prédit l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral ($\beta = -0,72$; $t = -9,29$; $p = 0,000$) ainsi que la capacité perçue à suivre les prescriptions médicales ($\beta = 0,34$; $t = 4,420$; $p = 0,000$). Nos résultats vont dans le sens de notre hypothèse et permettent de conclure que la confiance de soi est un prédicateur de l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Notre troisième hypothèse spécifique est donc confirmée.

5.9.4. Vérification de la quatrième hypothèse

Nous avons formulé notre quatrième l'hypothèse de recherche de la manière suivante : le soutien social est corrélé à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Cela signifie que plus les PVVS perçoivent le soutien issu de leur famille et des professionnels de la santé, plus elles sont disposées à adopter des comportements qui concordent avec l'avis médical. Les résultats issus du traitement de cette hypothèse sont résumés dans la matrice de corrélation (tableau 33) et le tableau de synthèse des résultats de la régression (tableau 32).

5.9.4.1. Analyse des corrélations entre soutien social et observance thérapeutique

Une matrice de corrélation a été élaborée afin de faciliter la lecture de différentes liaisons entre le soutien social et l'observance thérapeutique, ainsi que leurs principales dimensions. Cette matrice laisse entrevoir non seulement la corrélation mais aussi, son intensité et sa direction (positive ou directe et négative ou indirecte).

Tableau 31*Matrice de corrélation entre soutien social et observance thérapeutique*

	ObservanThé	RespDose	RespFrçePrise	RespRégim	RespRendVs	SoutienSocia	MoySoutienSociaFor
ObservanThé							
RespDose	,877**						
RespFrçePrise	,726**	,453**					
RespRégim	,901**	,794**	,519**				
RespRendVs	,412**	,183**	,144*	,248**			
SoutienSocia	,315**	,120	,521**	,281**	-,022		
SoutienSociaFor	,343**	,142*	,520**	,303**	,037	,976**	
SoutienSociaInfor	,241**	,078	,463**	,219**	-,097	,934**	0,803**

Notes : *ObservanceThé=observance Thérapeutique ; RespDose=Respect des doses ; RespFrçePrise=Respect de la Fréquence de prises ; Resp Régim= Respect Régime Alimentaire ; RespRendVs=Respect des Rendezvous ; SoutienSocia=Soutien social ; SoutienSociaFor = Soutien social formel ; SoutienSociaInfor = Soutien social informel.*

Le tableau 31 présente la matrice de corrélation entre le soutien social et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Il apparaît de manière globale que le soutien social est corrélé à l'observance ($r = 0,31$; $p < 0,05$). Cette corrélation est aussi observée entre le soutien social et les différentes dimensions de l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Ainsi, le soutien social est corrélé au respect de la fréquence de prise des ARV ($r = 0,52$; $p < 0,05$) et au respect du régime alimentaire ($r = 0,28$; $p < 0,05$). En revanche aucune corrélation n'a été observée entre le soutien social et au respect des doses des ARV ($r = 0,12$; ns) et le respect des rendez-vous ($r = 0,02$; ns). De manière spécifique, on observe que les dimensions du soutien social sont elles aussi corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral et à ses modalités. C'est le cas du soutien social formel qui est corrélée à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral ($r = 0,34$; $p < 0,05$), au respect des doses des ARV ($r = 0,14$; $p < 0,05$), au respect de la fréquence de prise des ARV ($r = 0,52$; $p < 0,05$) et au respect du régime alimentaire ($r = 0,30$; $p < 0,05$). C'est aussi le cas du soutien informel qui est corrélé à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral ($r = 0,24$; $p < 0,05$), au respect de la fréquence de prise des ARV ($r = 0,46$; $p < 0,05$) et au respect du régime alimentaire ($r = 0,21$; $p < 0,05$).

Ces résultats permettent de retenir que le soutien social et certaines de ces dimensions sont corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Comme les corrélations ne peuvent pas permettre de conclure sur la vérification de notre hypothèse, nous avons complété ces premiers résultats par une analyse de régression.

5.9.4.2. Analyse de régression entre soutien social et observance thérapeutique

Tableau 32*Résultats de la régression entre soutien social et observance thérapeutique*

R = 0,348; R-deux= 0,121; R-deux ajusté= 0,113;
 l'estimation= 0,622 ; F= 14,67; p= 0,000

Modèle	Coefficients standardisés		non Coefficients standardisés		
A	Erreur standard	Bêta	T	Sig.	
Constante	2,989	0,133	22,446	0,000	
SoutienSociaFor	0,365	0,094	0,420	3,902	0,000
SoutienSociaInfor	-0,110	0,123	-0,096	-0,892	0,373

Notes : ObservanceThé=observance Thérapeutique ; RespDose=Respect des doses ; RespFrçePrise=Respect de la Fréquence de prises ;Resp Régim= Respect Régime Alimentaire ; RespRendVs=Respect des Rendezvous ; SoutienSocia=Soutien social ; SoutienSociaFor = Soutien social formel ; SoutienSociaInfor = Soutien social informel.

Le tableau 32 présente les résultats de l'analyse de régression effectuée entre le soutien social et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Il apparaît que le modèle qui prédit l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral à partir du soutien social est significatif (F = 14,67 ; p = 0,000). Avec un $\beta = 0,42$; t = 3,90 ; p = 0,000 nos résultats montrent que le soutien social prédit l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral à travers le soutien multiforme que les professionnels de santé (médecins, psychologues, infirmiers, etc.) accordent aux PVVS.

Nos résultats vont dans le sens de notre hypothèse et permettent de conclure que le soutien social est un prédicteur de l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Notre quatrième hypothèse spécifique est donc confirmée.

5.9.5. Vérification de la cinquième hypothèse

Nous avons formulé notre cinquième hypothèse de recherche comme suit ; Les ressources économiques sont corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Cela signifie que plus les ressources des PVVS sont élevées, plus elles sont disposées à adopter des comportements qui concordent avec l'avis médical. Les résultats du traitement statistique de cette hypothèse sont résumés dans les tableaux 34 et 35.

5.9.5.1. Analyse de corrélation entre ressources économiques et observance thérapeutique

La relation entre les ressources économiques et l'observance thérapeutique a été décrite à partir de l'analyse des corrélations. Les résultats sont résumés dans le tableau 33.

Tableau 33

Matrice de corrélation entre ressources économiques et observance thérapeutique

	ObservanThé	RespDose	RespFrçePrise	RespRégim	RespRendVs
ObservanThé					
RespDose	,877**				
RespFrçePrise	,726**	,453**			
RespRégim	,901**	,794**	,519**		
RespRendVs	,412**	,183**	,144*	,248**	
MoyenEco	,370**	,370**	,311**	,311**	,032

Notes : ObservanceThé=observance Thérapeutique ; RespDose=Respect des doses ; RespFrçePrise=Respect de la Fréquence de prises ;Resp Régim= Respect Régime Alimentaire ; RespRendVs=Respect des Rendezvous ; MoyenEco = Moyens économiques .

Le tableau 33 présente la matrice de corrélation entre les ressources économiques et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Il apparaît que les ressources économiques sont corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral ($r = 0,37$; $p < 0,05$). Cette corrélation est aussi observée entre les ressources économiques et les différentes dimensions de l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Ainsi, les ressources économiques sont corrélées au respect des doses des ARV ($r = 0,37$; $p < 0,05$), au respect de la fréquence de prise des ARV ($r = 0,311$; $p < 0,05$) et, au respect du régime alimentaire ($r = 0,311$; $p < 0,05$).

A ce niveau de notre réflexion, on peut retenir que les ressources économiques sont corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Comme les corrélations ne peuvent pas permettre de conclure sur la vérification de notre hypothèse, nous avons complété ces premiers résultats par une analyse de régression.

5.9.5.2. Analyse de la régression entre ressources économique et observance thérapeutique

Tableau 34

Résultats de la régression entre ressources économique et observance thérapeutique

R = 0,37; R-deux= 0,137; R-deux ajusté= 0,133;
 Erreur standard de l'estimation= 0,615 ; F= 33,97; p= 0,000

Modèle	Coefficients		non Coefficients	
	standardisés		standardisés	
	A	Erreur standard	Bêta	T Sig.
Constante	2,277	,195	11,661	,000
Ressources Eco	,482	,083	,370	5,827 ,000

Notes : ObservanceThé=observance Thérapeutique ; RespDose=Respect des doses ; RespFrçePrise=Respect de la Fréquence de prises ;Resp Régim= Respect Régime Alimentaire ; RespRendVs=Respect des Rendez-vous ; MoyenEco = Moyens économiques .

Le tableau 34 présente les résultats de l'analyse de régression effectuée entre les ressources économiques et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Il apparaît que le modèle qui prédit l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral à partir des ressources économiques est significatif (F = 33,97 ; p = 0,000). Avec un $\beta = 0,37$; t = 5,87; p = 0,000, nos résultats montrent que les ressources économiques prédisent l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Cela signifie que plus les PVVS ont des ressources nécessaires pour leur survie, plus elles sont disposées à adopter des comportements concordant avec l'avis médical (respect des doses d'ARV, respect de la fréquence de prise, respect du régime alimentaire et respect des rendez-vous). Ces résultats vont dans le sens de notre hypothèse et permettent de conclure que les ressources économiques sont l'un des prédicteurs de l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Notre cinquième hypothèse spécifique est donc confirmée.

A la fin de cette section qui a traité de la vérification de nos hypothèses de recherche, il apparaît que nos résultats révèlent qu'un certain nombre de déterminants psychosociaux

prédisent l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé. Entre autres déterminant, nous avons le système étiologique (HR1), les représentations sociales des ARV (HR2), la confiance en soi (HR3), le soutien social (HR4) et les ressources économiques (HR 5).

CHAPITRE SIXIEME DISCUSSION DES RESULTATS

Ce chapitre est celui dans lequel les résultats seront interprétés au regard des théories qui sous-tendent notre recherche. Pour le faire, quatre orientations vont constituer les éléments d'interprétation de nos résultats. Dans cette perspective, notre travail mettra l'accent sur les aspects théoriques telles que suggérés par les approches relatives à l'observance thérapeutique, notamment le Health Belief Model de Rosenstock (1974), la théorie de l'action raisonnée d'Ajzen et Fishbein (1980), le sentiment d'efficacité personnelle de Bandura (1997), le modèle d'autorégulation (SRM) de Leventhal et al. (1984) et la théorie de l'attribution causale de Weiner (1985) en relation avec nos hypothèses de recherche.

6.1. DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE 1

L'objectif de cette étude était d'identifier les déterminants psychosociaux associés à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé. Pour cela, nous avons eu recours à une approche qualitative. Cette approche a permis de faire émerger des discours des personnes interviewés, les déterminants psychosociaux jouant un rôle dans l'adhésion au traitement antirétroviral. Dans la présente section, un effort est fait pour discuter les principaux résultats en fonction des thèmes qui ont émergé des verbatim.

Nos résultats ont montré que les déterminants psychosociaux les plus importants aux yeux des participants sont ; le système étiologique, les représentations sociales des ARV, le soutien social, les ressources économiques et la confiance en soi. Ces différents facteurs traduisent la complexité de la relation que les individus entretiennent vis-à-vis du traitement antirétroviral. L'observance thérapeutique fait intervenir des variables à la fois psychologiques (confiance en soi), sociales (représentations sociales des ARV, soutien social), et économiques (ressources économiques). Cette idée est conforme à la littérature sur l'observance thérapeutique du traitement aux ARV chez les PVVS (Elder et al, 1998 ; Fontaine et Salah ; 1991 ; Muzenberger et al., 1997 ; Stone, 2001 ; Tarquinio et al., 2002). Les

travaux de Muzenberger et al. (1997) ont montré que les représentations sociales des ARV jouent un rôle important dans la décision d'adhérer au traitement antirétroviral chez PVVS. Selon ces auteurs, les patients réagissent différemment en fonction de ce qu'ils attendent du traitement. En d'autres termes, les patients symptomatiques expriment une attitude positive car le traitement est un espoir, une solution contre la maladie ; cela même en présence des effets secondaires. Tandis que les patients asymptomatiques vivent les effets secondaires comme un échec et ont tendance à l'interrompre. En ce qui concerne le soutien social, Tarquinio et al. (2002) ont montré que le soutien social joue un rôle d'amortissement en protégeant l'individu contre les aspects éprouvants d'une situation. Pour lui, un soutien social élevé diminue les réactions négatives (anxiété, stress, etc.) liées au vécu de la maladie. A l'inverse, un faible soutien social constitue un facteur de vulnérabilité face à un évènement stressant. Plus l'implication du partenaire semble forte, plus l'obtention des modifications comportementales est durable (Fontaine & Salah ; 1991). Les travaux de Venger et al. (1999) corroborent également les résultats auxquels nous sommes parvenue. Ces auteurs ont souligné l'influence de la dimension socioéconomique du comportement sur l'adhésion au traitement antirétroviral. De leur point de vue, l'adéquation entre le traitement et le style de vie est un facteur prédictif plus stable comparativement au nombre de prises qui semble moins la prédire.

6.2. DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE 2

6.2.1. Discussion de l'hypothèse de recherche 1

Notre première hypothèse de recherche postule que le système étiologique que est corrélé à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS suivies dans les centres de prises en charge de la ville de Yaoundé. Du point de vue théorique, plusieurs approches soutiennent l'argument que le comportement des individus est une conséquence directe des processus rationnels de prise de décision. En effet, dans l'interaction avec le milieu sociétal, l'individu n'est pas inactif, il est acteur et semble avoir la capacité de réguler lui-même certains événements. Toutefois, pour plusieurs types d'actions, l'autorégulation rationnelle des processus intentionnels semble difficile sinon impossible. Cette première hypothèse de notre travail fait appel à des concepts et instruments élaborés par deux théories : la théorie de l'action raisonnée (Fishbein & Ajzen, 1975) et le Health Belief Model de Rosenstock (1974).

L'un des postulats importants de la théorie de l'action raisonnée concerne le fait que le comportement à prédire doit être volitif, c'est-à-dire totalement sous le contrôle de la personne. Les individus notamment les PVVS, tiennent compte de l'information en provenance de l'environnement et ils possèdent toujours un minimum d'information leur permettant d'avoir une idée précise quant à la réalisation ou non d'un comportement donné.

Du point de vue du Health Belief Model de Rosenstock (1974), l'on postule que la probabilité qu'une personne adopte un comportement de prévention, c'est-à-dire qu'elle adopte un comportement qui favorise le maintien de la santé, dépend du résultat de l'évaluation de deux points importants : la menace perçue de la santé et la pondération du pour et du contre de la réalisation du comportement. L'évaluation de la menace passe par la perception de vulnérabilité et la gravité perçue et par la présence d'indices d'action.

Dans ce cas, plus les sujets pensent qu'un problème de santé aura de fortes conséquences pour leur avenir, s'ils n'adoptent pas un comportement de prévention ou s'ils ne tentent pas de se soigner rapidement, plus ils percevront la menace pour eux-mêmes comme importante et plus ils adopteront un comportement de prévention (Champion & Skinner, 2008). Dès lors, la vulnérabilité perçue consiste à évaluer la probabilité pour soi qu'un événement négatif survient pour soi. Se sentir vulnérable élève la menace perçue et donc la probabilité d'adopter les comportements de prévention (Becker, 1974).

Par ailleurs, les indices d'action concernent les alertes ou les sensibilisations auxquelles sont exposés les sujets qui leur précisent qu'un problème de santé peut les toucher. Cela peut alors être un symptôme, une carte de rendez-vous du médecin. La présence de ces indices élève la menace perçue et la probabilité de l'action. Elle sert à impliquer les individus et à leur implémenter une intention à agir. En d'autres termes, elle les prédispose à l'action, elle les incite à prendre une décision d'action parce que les phases préalables de l'action sont introduites : le faire et le comment faire que l'intention préfigure (Champion & skinner, 2008).

Du point de vue étiologique, force est de souligner que les progrès considérables réalisés concernant les traitements de la maladie VIH/sida ont permis d'augmenter l'espérance de vie des malades. Toutefois, les effets délétères d'une mauvaise compliance au traitement dans la pandémie VIH incitent à mesurer le mieux possible le degré d'observance (OMS, 2003). En effet, depuis actuellement plus de trois décennies,

l'infection au VIH est devenue une pandémie. Malgré de multitudes développements des connaissances sur le VIH ces dernières années, l'épidémiologie de la pandémie a du mal à être modifiée, surtout dans les pays à faibles revenus. L'organisation mondiale de la santé (OMS, 2002) affirme que le virus responsable du sida infecte plus de 6000 personnes chaque jour et six jeunes de moins de 25 ans chaque minute, indépendamment des familles et du niveau de vie sociale. En plus, l'ONUSIDA (2021) estime à 37,7 millions le nombre de personnes infectées dans le monde au cours de l'année 2020.

A la fin de l'an 2013, l'Organisation Mondiale de la Santé a estimé à 40 millions le nombre de personnes infectées par le VIH/sida à travers le monde dont 26 millions vivent en Afrique au sud du Sahara et la majorité de ces personnes ignorent qu'elles sont infectées. 90% de nouvelles infections en 2013 sont survenues en Afrique subsaharienne. Les jeunes de 15 à 49 ans des deux sexes constituent les groupes d'âge les plus atteints (OMS, 2003). Ces statistiques donnent assez largement une idée sur la vulnérabilité des personnes en âge d'activité sexuelle vis-à-vis de ce fléau. En effet, selon le Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida en 2013, les estimations chiffrent à 35,3 (32,2-38,8) millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde en 2012. Ces chiffres montrent une augmentation par rapport aux années précédentes, due à l'accroissement du nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale. Selon le même Rapport (2013), à l'échelle mondiale, 2,3 (1,9-2,7) millions de nouvelles infections à VIH ont été signalées, soit un recul de 33 % par rapport aux 3,4 (3,1-3,7) millions enregistrés en 2001. Les décès liés au sida enregistrent également une baisse, passant de 2,3 (2,1-2,6) millions en 2005 à 1,6 (1,4-1,9) million en 2012. En 2020, les statistiques montrent qu'il y a environ 37,7 millions de personnes et environ 36000 décès dus au VIH/SIDA (ONUSIDA, 2021).

Les données ci-dessus montrent à juste titre que malgré les développements intervenus au cours des dernières décennies dans but de contrôler le VIH/SIDA, cette pandémie reste un problème majeur dans les pays en voie de développement, notamment dans ceux de l'Afrique Sub-saharienne qui reste la région du monde la plus touchée par l'infection, et singulièrement au Cameroun.

Avec plus de 600.000 personnes vivant avec le VIH/SIDA au Cameroun, l'expansion du traitement antirétroviral chez les patients qui répondent aux critères est une des priorités du Ministère de la Santé. Il est évident que la mise des PVVS éligibles sous

traitement antirétroviral permet d'alléger la souffrance des patients et réduire l'impact dévastateur de la pandémie.

L'objectif de cette hypothèse était de montrer que le système étiologique est corrélé à l'observance thérapeutique du traitement des ARV chez les PVVS suivis dans les centres de prises en charge de la ville de Yaoundé. Les résultats obtenus confirment cette hypothèse ($\beta = 0,65$; $T=14,34$; $p=0,000$). Ces résultats confirment l'idée selon laquelle le système étiologique prédit l'observance thérapeutique. Ainsi, pour que les campagnes de sensibilisation atteignent les objectifs escomptés, les pouvoirs publics, les ONG et tous les autres partenaires impliqués dans la santé doivent tenir compte du système étiologique sur lequel s'appuient les PVVS lors de l'adaptation à la maladie.

Ces résultats traduisent l'idée selon laquelle le système étiologique développé par les PVVS peut influencer sur l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. En ce sens que, les questions concernant l'observance font largement intervenir les conditions dans lesquelles se déroule la relation médecin-patient qui demeure avec certaines ambiguïtés au-delà du rééquilibrage des pouvoirs au sein même de la relation. C'est pourquoi le rôle des acteurs et leur relation est fondamental dans cette question. En effet, malgré de multiples développements des connaissances sur le VIH ces dernières années, l'épidémiologie de la pandémie a du mal à être modifiée, surtout dans les pays à faibles revenus comme le Cameroun. Car, c'est suite au fait que le patient se déplace pour rencontrer le médecin que celui-ci peut intervenir en fonction de ses demandes, en voyant ce qui est un réel besoin en comparaison avec une pression induite. Dans cette perspective, voir et questionner occupent alors une place centrale, ils représentent la vigilance, la perspicacité et la responsabilité du médecin. Enfin, cette vigilance doit s'exercer tout particulièrement en ce qui concerne la prise irrégulière du médicament chez le patient qui mute dans différentes unités de prise en charge, le patient ne fournissant pas forcément l'information requise d'une unité à l'autre.

Dans cette perspective, le renforcement des capacités humaines devrait prendre une place importante dans le processus de formation et d'encadrement des agents sociaux, les infirmiers(ères), les médecins ainsi que d'autres personnes impliquées dans la lutte contre le VIH. Ce renforcement des capacités doit aussi motiver les prestataires des soins afin qu'ils puissent dispenser des soins de qualité aux patients pour une longue durée.

Cela présente également une réelle opportunité pour une réponse efficace en intégrant les personnes vivant avec le VIH/SIDA, leurs familles et la communauté dans les soins. Cela a pour corolaire de renforcer la prévention du VIH par une augmentation des connaissances, la création d'une demande pour le conseil et le dépistage et la réduction du stigma et de la discrimination.

Cette expansion du traitement antirétroviral est un défi réel mais peut être surmonté par la participation de tous les partenaires tant nationaux qu'étrangers. A part le soutien financier qui est plus qu'essentiel, il y a l'approvisionnement en médicament et la régulation des mécanismes qui doivent être établis. Les prestataires des soins doivent être formés, les infrastructures mises en place ainsi que l'éducation de la communauté et la mobilisation des diverses personnes impliquées dans la lutte contre le VIH pour jouer leurs rôles afin de renforcer le système immunitaire des PVVS et donc la qualité de l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral.

Au regard des résultats et des analyses effectuées, il nous semble que cette hypothèse va en droite ligne avec l'application de modèles de cognition sociale qui indiquent que la non observance à la prise de médicaments peut provenir d'une décision rationnelle de la part du patient. Par conséquent, certaines des cognitions prépondérantes chez les PVVS mènent à des décisions. Bien qu'il y ait dans l'ensemble des études une certaine variation dans les types spécifiques de croyance associés à l'observance (Health Belief Model), Janz et Becker (1984) soulignent qu'il est démontré que certaines variantes cognitives, incluses dans le modèle de croyance de santé et la théorie de la planification du comportement de Ajzen (1991) peuvent influencer les comportements des individus en matière de santé.

6.2.2. Discussion de l'hypothèse de recherche 2

La deuxième hypothèse de recherche de notre travail stipule que les représentations sociales des ARV sont corrélées à l'observance du traitement antirétroviral chez les PVVS suivies dans les centres de prises en charge de la ville de Yaoundé. Du point de vue théorique, il faut relever que dans le domaine de la santé, les études qui recourent à la théorisation des représentations sociales sont nombreuses et ont permis d'aborder les aspects sociaux et relationnels de la maladie (Herzlich, 1972; Jodelet, 1989), de la santé et du sida (Morin, 1997 ; 2001). Ces études font ressortir différents aspects des représentations de la

maladie, soit l'aspect objectif de la maladie, objet scientifique pour le médecin, soit l'aspect subjectif lié à l'expérience vécue par le malade ou l'aspect socioculturel qui prend place dans l'épisode de soin et qui peut être plus ou moins partagé entre le patient et le médecin ». Tous ces travaux, comme ceux de l'anthropologie et de la sociologie médicale, étant essentiellement centrés sur le vécu du malade, sa maladie et s'inscrivant dans une dimension culturelle et sociale s'écartent des modèles biomédicaux et behavioriste qui ont généralement cours dans les recherches dans le domaine de la santé.

En effet, il s'agit d'un virage interprétatif dans lequel, dominant deux perspectives : la première est centrée sur l'expérience de la maladie que construit la personne en tenant compte du cadre culturel et personnel qui est le sien. Quant à la seconde, elle correspond à l'anthropologie critique qui fait ressortir les rapports de pouvoir sur lesquels s'articulent les représentations et les pratiques qui sont en relation avec d'une part, la maladie et d'autre part, son traitement. On voit ici l'importance de traiter des représentations et des pratiques si l'on veut mieux comprendre comment opère, dans une société donnée, la circulation des significations sociales. En effet, cet angle psychosocial contribue à éclairer la dynamique interactive dans le cadre plus général du fondement social qui englobe les individus concernés ; ce qui, à propos du phénomène de représentation sociale, a fait dire à Moscovici (1984) qu'il « *a un caractère moderne pour autant que, dans notre société, il remplace les mythes, les légendes, les formes mentales courantes dans les sociétés traditionnelles* ». Dans une telle perspective, on peut admettre facilement que les croyances et les représentations jouent un rôle important dans la relation patient-médicament qui est le centre d'intérêt des questions que nous posons dans le cadre du domaine de la non observance thérapeutique du traitement antirétroviral.

Pris dans ce sens, l'observance et la non-observance thérapeutique sont à envisager comme un ensemble de comportements mis en œuvre pour faire face non pas à la maladie mais à la représentation que les malades s'en font (Tarquinio, Fischer & Barrache, 2002). En effet, les travaux de Horne (1997) indiquent que quatre « thèmes ou facteurs centraux » sous-tendent les croyances habituelles quant aux médicaments. L'analyse de facteurs, effectuée sur une série d'énoncés de croyances, révèle deux facteurs importants qui décrivent ce que les individus croient au sujet des médicaments prescrits : la nécessité qu'ils perçoivent pour le maintien de la santé (nécessité spécifique) et les soucis qu'ils se font

quant à ce qu'ils estiment être le potentiel de dépendance ou les effets à long terme néfastes, et le fait que prendre des médicaments est une intrusion (soucis spécifiques).

L'objectif de cette hypothèse était de montrer que les représentations sociales des ARV sont corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS suivies dans les centres de prises en charge de la ville de Yaoundé. Les résultats obtenus confirment cette hypothèse ($\beta=-0,22$; $T-1,65$; $p=0,01$), nos résultats confirment que les représentations sociales des ARV prédisent l'observance thérapeutique.

Ces résultats rendent compte de l'idée selon laquelle les représentations sociales des ARV que se font les PVVS suivies dans les centres de prises en charge de la ville de Yaoundé sont corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. En effet, Bishop (1991) partage ce point de vue et fait remarquer que les professionnels de la santé pensent à la maladie et au traitement en termes médicaux, contrairement aux patients pour qui l'observance aux recommandations de traitement est une fonction de la représentation du sens commun de la maladie.

Toutefois, en nous appesantissant sur nos résultats et les faits d'analyses, il nous a semblé opportun d'étudier cette construction commune de la signification des prescriptions médicales et de la maladie. Dans cette thèse, l'analyse des représentations sociales, en tant que construction commune est une caractéristique centrale de l'adhésion au traitement. De plus, si l'on considère que le développement d'une vision commune de la maladie (patient-médecin) serait un facteur de succès dans le traitement de la maladie, la dynamique interactive est alors centrale et avec elle, les représentations et les pratiques qui la supportent. Dans cette perspective, les représentations sociales, définies à l'origine par Moscovici (1961) comme étant un savoir de « sens commun », sont des « systèmes de valeurs, de notions et de pratiques » (Moscovici, 1963), qui présentent une double fonction : une fonction d'ordre permettant l'orientation dans un environnement matériel et la maîtrise de cet environnement par les membres d'une communauté, ainsi qu'une fonction de communication entre ses membres.

Or, comme il s'agit d'un réseau de contenus formés d'images, de symboles et de concepts construits par des groupes lors d'interactions sociales, il s'ensuit qu'elles sont socialement partagées et qu'elles reflètent l'ancrage des individus dans leur environnement

physique et social. Doise et Palmonari (1984) soutiennent quant à eux que ces représentations sont des prises de position symboliques, organisées de manières différentes, par exemple, comme des opinions, des attitudes ou des stéréotypes, selon leur imbrication dans des rapports sociaux différents.

Cette perspective se rapproche de la conception du modèle de l'action raisonnée de Ajzen (1985, 1991) fondée sur le postulat selon lequel l'attitude dérive des croyances et de l'information disponible, sans pour autant impliquer que les gens effectuent une analyse systématique et judicieuse de toutes les informations. Pour Ajzen et Fishbein (1980) en effet, une grande partie des comportements qui intéressent les psychologues sociaux relève d'un contrôle volontaire de l'individu. C'est dans ce sens que Doise et Palmonari (1984) affirment que les représentations sociales sont les principes organisateurs de ces rapports symboliques entre acteurs sociaux, il s'agit donc de principes relationnels qui structurent les rapports symboliques entre individus ou groupes, constituant en même temps un champ d'échange symbolique et une représentation de ce champ.

Revenant à la prescription du médicament, ces approches montrent bien que la relation patient-médecin est particulièrement le siège d'échanges symboliques dont on doit, pour en comprendre les mécanismes et les enjeux, étudier les principes organisateurs. Or, ces échanges font intervenir différents concepts tels que ceux de « maladie », « patient », « traitement » et « médicament » qui sont essentiels dans la dynamique interactionnelle. En fait, ces concepts-clés précisent aussi l'univers professionnel des médecins en circonscrivant les actions qui prennent place dans la profession et ce faisant, les modes d'intervention et de relation qui y sont privilégiés. Dans cette perspective, Guimelli (1989) a pu confirmer que dans certaines professions il existe un lien entre les concepts-clés dans une profession, les conceptions des rôles des intervenants et les pratiques professionnelles. La reconnaissance de tels liens implique alors une analyse des représentations que se font le médecin et le patient de ces concepts clés (corps, souffrance, douleur, diagnostic, santé, traitement, prescription, maladie, relation thérapeutique, patient, médicament) et de leur rôle dans les pratiques.

6.2.3. Discussion de l'hypothèse de recherche 3

La troisième de nos hypothèses de recherche stipule que la confiance en soi est corrélée à l'observance du traitement antirétroviral chez des PVVS suivis dans des centres de prises en charge de la ville de Yaoundé. Elle fait interagir la relation PVVS-médecin, PVVS-entourage dans la problématique de l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral, bien que certains sujets soient réceptifs aux conseils de l'entourage.

En effet, la manière dont les personnes vivant avec le VIH informent des tiers de statut sérologique est aujourd'hui qualifiée de « partage » dans le langage de la lutte contre la pandémie. Ce partage est différent de l'annonce qui qualifie la délivrance de l'information sur le statut VIH par le médecin à la personne concernée. Le « partage » du statut sérologique constitue dès lors, une préoccupation majeure de santé publique, du fait de ses implications en matière de prévention (favorisant la mise en œuvre de la prévention de la transmission sexuelle) et parce qu'un tiers informé peut apporter un soutien pour une personne atteinte, notamment pour son traitement.

L'analyse théorique basée sur le modèle d'autorégulation de Leventhal (1984) soutient en effet que la « régulation de soi » ou « l'autorégulation » fait référence aux (processus mentaux et de comportements grâce auxquels les individus mettent leur conception de soi en acte, changent leur comportement ou modifient l'environnement afin de faire correspondre les résultats qui s'y produisent avec leurs perceptions d'eux-mêmes et leurs objectifs personnels (Fiske & Taylor, 1991). Cette hypothèse prend donc appui sur les facteurs de la relation, car elle est la base de toutes les croyances et valeurs pourrait permettre d'améliorer l'observance thérapeutique chez les PVVS suivies dans les centres de traitement de la ville de Yaoundé. L'observance thérapeutique est un comportement de santé et il nous semble largement déterminé par la relation qui peut se décliner ainsi : relation aux autres, relation aux médecins, relation à la maladie, relation au traitement. En effet, le patient est en relation avec le traitement, via son médecin. L'observance thérapeutique du traitement antirétroviral dépend donc de la confiance que le patient accorde au médecin, des représentations qu'il se fait du traitement et de la maladie, ainsi que ses valeurs actuelles, lesquelles étaient bouleversées auparavant par la maladie.

Dans cette perspective, le partage du statut sérologique avec le partenaire est encouragé par l’OMS, et les professionnels de santé sont censés, au cours du conseil post-test, discuter avec les consultants de la manière de partager surtout si le statut VIH est positif avec le partenaire ou un tiers. Dans cet logique, le postulat initial montre que la problématique de cette hypothèse de recherche concerne les relations de confiance non seulement dans le couple, mais aussi en ce qui concerne les pratiques de prescription et d’observance ainsi que les pratiques éducatives et plus particulièrement les systèmes de représentations qui s’y rattachent et qui s’établissent dans le cadre de la relation patient médecin et patient-entourage.

En effet, la modélisation de la relation patient-médecin a fait l’objet de nombreuses propositions qui tendent à démontrer le caractère multidimensionnel de cette relation. Le contexte culturel et social dans lequel s’inscrit la dynamique interactionnelle patient-médecin a également fait l’objet de nombreux travaux qui ont porté une attention particulière à différentes problématiques relatives aux problèmes de sur prescription et de surconsommation impliquant la non observance soit en santé préventive soit dans le contexte clinique de la pratique médicale. En effet, nombreux sont les auteurs qui considèrent que la relation patient-médecin joue un rôle privilégié en ce qui concerne l’observance. Ces auteurs soulignent que le médecin aurait accès à cinq types de pouvoir : le pouvoir professionnel, un pouvoir décisionnel en ce qui concerne les questions médicales, un pouvoir de récompense, un pouvoir coercitif et un pouvoir conféré au médecin par le patient en raison de son pouvoir professionnel. Quant au patient, il disposerait d’un pouvoir beaucoup plus limité, pouvoir qui pourrait s’accroître selon les modèles (perspective bio-psychosociologique, partage du pouvoir et des responsabilités, alliance thérapeutique, approches centrées sur la « personne-médecin » et la « personne-patient » qui aurait un impact positif sur les traitements et l’observance mais ne s’appliqueraient pas aux relations à long terme (Haynes et al.,1979).

En effet, au plan analytique cette hypothèse voudrait mettre en relation la prédominance du statut sérologique positif et la réaction normale des partenaires comme postulat à une mauvaise observance thérapeutique du traitement aux ARV. L’objectif était de montrer que la confiance en soi est corrélée à l’observance thérapeutique du traitement chez les PVVS suivies dans des centres de prises en charge de la ville de Yaoundé. Les résultats obtenus confirment cette hypothèse ($\beta = 0,345$; $T = 4,42$; $p=0,000$). Ce résultat

montre que la confiance en soi est un prédicteur de l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral.

Ces résultats traduisent l'idée selon laquelle l'information transmise à l'entourage peut influencer sur la non-observance. En effet, le partage du statut sérologique chez les PVVS ne va pas de soi notamment, puisqu'il s'agit d'une maladie qui fait l'objet de discours critiques et de formes de condamnation morale, exposant celui qui divulgue son statut à diverses formes de rejet de la part de ses proches.

Pour de nombreux PVVS de notre étude, les effets sociaux de la pandémie expliquaient la prudence dans le choix de la personne à laquelle le statut sérologique est annoncé. Ainsi le partenaire n'est pas la personne la plus fréquemment informée, notamment parmi les femmes vivant avec le VIH en Afrique et victimes d'une « double vulnérabilité » comme le souligne Desclaux (2006). Dans cette perspective, l'on peut constater que des taux élevés de partage peuvent « cacher » des taux assez faibles d'information du partenaire.

Une compilation en matière de relation de confiance entre les PVVS et l'entourage montre que depuis que les antirétroviraux sont plus largement disponibles, la situation a beaucoup évolué. En effet, la politique gouvernementale de mise à disposition des ARV aux PVVS semble avoir facilité l'annonce en général, et l'annonce au partenaire en particulier. Les résultats d'une enquête réalisée en 2010 au Cameroun, montraient que 86% des femmes partagent leur statut VIH avec leur conjoint dans le contexte d'un programme où le dépistage et le traitement sont accessibles gratuitement et rapidement (CNLS, 2014).

Or, les taux de partage jusqu'ici avancé dans les différentes études ne semblent pas s'expliquer directement par un des déterminants potentiels (date de l'étude, la durée de la période entre l'annonce de la séropositivité et la date de l'enquête, le contexte (programme d'accès aux ARV ou programme PTME) ou le sexe des personnes enquêtées). Ces déterminants amènent à considérer l'annonce comme plurifactorielle et invitent à s'intéresser en particulier aux différences entre les taux de partage selon les interlocuteurs, c'est-à-dire entre les partenaires ou toute autre personne de leur entourage.

Par ailleurs, il importe de noter ici que les problèmes concernant l'état de santé qui résultent du mésusage des médicaments sont nombreux. On note d'ailleurs que le

vieillesse est l'un des facteurs majeurs de la surconsommation de médicaments, ce qui génère un certain nombre d'effets indésirables tels que la pathologie iatrogène, la mauvaise observance du patient, des interactions médicamenteuses, etc. Une grande quantité d'effets secondaires liés à la surconsommation de médicaments ainsi que des réactions adverses telles que des réactions idiosyncrasiques ou allergiques, des interactions médicamenteuses préjudiciables et des intoxications iatrogènes sont également observées chez les PVVS. Ces pathologies constituent en elles-mêmes un problème considérable, autant à cause de l'accroissement de la morbidité et de la mortalité de la population qu'elles peuvent provoquer les coûts supplémentaires que doit supporter la société.

L'attitude du médecin envers la médication serait importante en regard à l'observance du patient, mais la relation médecin-patient, incluant le temps que le médecin prend pour expliquer la durée attendue du traitement et les effets secondaires possibles, serait également un facteur clé. L'observance est un comportement complexe déterminé par une variété de facteurs (des facteurs socioéconomiques, individuels, familiaux et culturels). L'inobservance est un phénomène multifactoriel. A cette longue liste de facteurs, les croyances relatives à la maladie, aux effets secondaires et à l'efficacité du traitement.

Pour ce qui relève de la relation médecin-patient, une large littérature traite aussi des facteurs liés au rôle des praticiens à l'égard de l'observance (Lin et al., 1995). Les contraintes temporelles et économiques, l'étendue des savoirs médicaux et la difficulté de traitement des données cliniques comptent également parmi les facteurs qui affectent les stratégies utilisées par le médecin relativement à l'observance. Toutefois, l'ampleur de la littérature portant sur les pratiques éducatives du médecin en relation avec l'observance indique que ce sont ces pratiques qui semblent jouer un rôle prépondérant.

Au regard des résultats et des analyses, il semble que les taux élevés de sérodifférence parmi les couples mariés ont été notés dans de nombreuses études. A ce titre, conseiller le couple permet aujourd'hui plus que par le passé de surmonter les problèmes de divulgation aux partenaires. Cette technique s'est révélée efficace dans les situations où elle a été encouragée, bien que dans certains pays comme le Cameroun, on relève des obstacles à la fréquentation de ce service.

Toujours est-il que les résultats de notre étude montrent qu'il est difficile de changer à long terme son comportement sexuel si l'on ne peut pas faire part des résultats de son test VIH à son ou ses partenaires sexuels. Le fait de se confier à son ou ses partenaires peut dès lors être considéré comme un indicateur important de la compréhension et de l'acceptation de son statut sérologique vis-à-vis du VIH. Pourtant, certains facteurs de société ont une forte influence sur les taux de divulgation, en particulier pour les femmes. Dans ce registre, la crainte de maltraitance psychologique et physique et la crainte de l'abandon constituent des facteurs importants qui expliquent les faibles taux de divulgation parmi les femmes en Afrique subsaharienne, notamment au Cameroun. La vulnérabilité sociale des femmes au VIH s'explique par la culture du silence qui les conserve dans l'ignorance et la passivité sexuelle, par leur position inférieure dans la société et leur dépendance économique envers les hommes et enfin par la violence qui s'exerce contre elles. Ces facteurs font que les femmes ne se sentent pas toujours capables de négocier, voire de refuser une relation sexuelle non protégée.

6.2.4. Discussion de l'hypothèse de recherche 4

Notre quatrième hypothèse de recherche soutient que le niveau économique est corrélé à l'observance du traitement antirétroviral chez des PVVS suivis dans les centres de prises en charge de la ville de Yaoundé. A ce titre, l'analyse du rapport coût-efficacité passe sous silence un grand nombre des avantages non apparents du traitement ARV, en particulier dans les domaines de la prise en charge et de la qualité de vie, avantages susceptibles de permettre des économies. Les résultats de l'essai multi centres ont montré que le conseil et test volontaire pouvait être une intervention extrêmement efficace sur le plan des coûts.

Du point de vue de la théorie, on peut rapprocher cette conception au Self Regulation Model (SRM) de Leventhal et al. (1980) Leventhal et al. (1984). En effet, pour cet auteur, la relation entre le niveau économique des PVVS et l'observance du traitement antirétroviral doit être analysé sur une base qui se fonde sur trois postulats. Le premier est que l'individu est un agent actif dans la résolution de son problème ; il cherche à diminuer l'écart entre son état actuel de santé et celui auquel il aspire. Le second est que la représentation cognitive et émotionnelle de la menace de la maladie guide l'adaptation et l'évaluation du plan d'action

qui sera mis en place. Le troisième postule que cette représentation est propre à chacun et peut ne pas correspondre à la réalité médicale.

Dans cette perspective, les phénomènes de sous-consommation, en plus d'avoir un impact sur l'état de santé d'un grand nombre de personnes, ont des conséquences financières importantes qui se traduisent par une augmentation des coûts dans le système de santé. Parmi les actes médicaux les plus fréquemment réalisés et qui sont associés à une forte croissance des coûts, on retrouve l'acte de prescription qui aurait une place prépondérante.

Le coût des médicaments, en plus de croître dans la même proportion que celui des soins (soit une augmentation constante de 25%) subit une pression inflationniste encore plus marquée du fait de l'accroissement des honoraires professionnels des pharmaciens et de la hausse constante du prix des médicaments depuis 1990.

L'augmentation du prix des médicaments apparaît irréversible lorsqu'on examine le lobbying exercé par l'industrie pharmaceutique auprès des pouvoirs publics depuis 1990. L'objectif de cette hypothèse était de montrer que le niveau socioéconomique est corrélé à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé. Les résultats obtenus confirment cette hypothèse ($\beta = -0,42$; $T = 3,9$; $p = 0,000$).

Ces résultats rendent à suffisance compte l'idée selon laquelle le niveau économique des PVVS suivies dans les centres de prises en charge de la ville de Yaoundé est fortement corrélé à l'observance du traitement antirétroviral. Dès lors, la richesse contenue dans le parcours du médicament s'exprime dans les différents niveaux d'analyse, qui vont de l'expérience individuelle et des micro-interactions, aux relations professionnelles et organisationnelles, se situant au niveau macro des politiques de la santé. Ce qui justifierait donc le fait que les travaux, bien que diversement abordés, le soient de manière parcellaire.

En effet, étant donné la multiplication probable ou possible des interactions nocives entre les médicaments et l'escalade des coûts, il semble urgent de chercher à optimiser les ressources et les résultats des interventions médicales. Ainsi, diverses réformes tant fédérales que provinciales ont tenté de réaliser cette optimisation par l'application de stratégies telle le partage des frais avec le patient, la promotion de pratiques plus

économiques en matière d'ordonnance, l'interchangeabilité des médicaments, l'abolition des ordonnances sans substitution, la responsabilisation du patient-consommateur et la redéfinition du rôle du Ministère de la santé.

Pour certains médecins, de nombreux facteurs interviennent dans la décision de prescription et les études tendent à montrer que les savoirs scientifiques médicaux et pharmacologiques ne sont pas les seuls qui interviennent dans la décision de prescription. Les facteurs économiques tels le coût du traitement et des facteurs individuels tels la motivation, le style et le type de pratique du médecin ainsi que des caractéristiques sociodémographiques. Il cite également des facteurs davantage socioculturels tels la perception du rôle du médecin par le praticien ainsi que les caractéristiques et les demandes du patient.

Dans une analyse des pratiques de prescription de 12 médecins, l'on a relevé plus de 20 facteurs qui déterminent la décision de prescrire dont l'importance varie en fonction du médecin. Ils montrent que les médecins opèrent des choix cliniques en fonction de trois groupes d'éléments : le type de problème médical, le type de médicament et l'évaluation que le médecin fait du patient en termes de scolarité, de capacité à lire, à mémoriser, etc.

Une large littérature traite aussi des facteurs liés au rôle des praticiens à l'égard de l'observance. En effet, les contraintes temporelles et économiques, l'étendue des savoirs médicaux et la difficulté de traitement des données cliniques comptent également parmi les facteurs qui affectent les stratégies utilisées par le médecin relativement à l'observance.

Au regard des résultats et des faits d'analysés, l'on serait en droit de penser que les enjeux économiques et politiques sont particulièrement spectaculaires et sollicitent toute la société et ses appareils décisionnels. En effet, on assiste à une augmentation rapide de la consommation pharmaceutique et aux coûts des traitements médicamenteux qui, atteignaient 322 milliards en 1999, pour l'Amérique du Nord, l'Europe et le Japon soit 80% du marché pharmaceutique en mars 2001. Dans cette perspective, les problématiques sociales liées au médicament se complexifient aussi, comme par exemple, dans la tuberculose, qui est en recrudescence et qui fait intervenir les pouvoirs publics et les pharmaciens, ces derniers devant parvenir à mieux contrôler la consommation des antibiotiques chez les toxicomanes. En fait, les problématiques s'entrecroisent, pauvreté,

toxicomanie et maladie se combinent et débordent le problème restreint de l'infection à VIH.

Par conséquent, améliorer l'accès aux infrastructures de soins et leur qualité serait bénéfique pour les PVVS. Certes, il est fréquent que des critiques soient formulées sur une trop grande attention portée au VIH/SIDA par rapport à d'autres pathologies dominantes (paludisme, tuberculose). Toutefois, il faut savoir que toute amélioration d'une structure vis-à-vis d'une pathologie donnée entraîne une amélioration de l'ensemble de la prise en charge des pathologies au sein de cette structure. Dès lors, la réduction des dépenses engagées pour la prise en charge des infections opportunistes consiste en la mise rapide des PVVS sous ARV.

Dans les pays du nord et même dans ceux du sud à l'instar du Cameroun, avec la généralisation de l'accès aux ARV, on a assisté à une véritable transformation de la pathologie VIH en termes de mortalité et de morbidité en rapport avec cette infection. La diminution très importante de la fréquence des infections opportuniste entraîne un double avantage : confort de vie pour les patients et économie globale pour le système de santé du fait de la suppression du coût de cette prise en charge (réduction des consultations et hospitalisations).

Il s'ensuit dès lors que la diminution importante de la morbidité et de la mortalité a un retentissement socioéconomique important sur la vie des familles et secondairement sur la société. Elle améliore le revenu de la famille et indirectement l'environnement psychologique, relationnel et éducationnel. Elle diminue aussi radicalement le nombre d'enfants orphelins, victimes secondaires de cette maladie.

6.2.5. Discussion de l'hypothèse de recherche 5

La dernière hypothèse de recherche stipule que le soutien social est corrélé à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS suivis dans les centres de prises en charge de la ville de Yaoundé. Cette hypothèse voudrait montrer qu'un soutien social défaillant auprès des PVVS peut être la source d'ennui, de solitude et de maladie psychiatrique, notamment de dépression pour les personnes atteinte de VIH.

En effet, il n'est point de doute que le VIH/Sida est une maladie qui attaque différents aspects de la vie humaine. L'annonce du diagnostic VIH /sida est suivie par des bouleversements sur le plan psychique et social. Ceci demande un soutien psychosocial tenant en compte des besoins et des problèmes des personnes infectées par le VIH/Sida à des différents stades de la maladie. Entendu comme une ressource psychologique qui définit les perceptions d'un individu eu égard à la qualité de ses ressources sociales, le soutien psychosocial en situation de maladie chronique comme l'infection au VIH paraît être un régulateur essentiel de l'adhésion thérapeutique. C'est donc un sentiment qu'à ou non une personne de pouvoir trouver un soin, une considération dans le cercle auquel il appartient.

Du point de vue théorique, cette hypothèse pourrait être portée par la théorie des attributions causales qui vise à décrire les conditions et les procédés mentaux par lesquels les individus attribuent des causes à leur comportement, au comportement des autres et, plus généralement, aux phénomènes sociaux qui les concernent ou les interpellent. Elle repose sur le postulat selon lequel la recherche des liens causaux entre les événements est une motivation inhérente à la nature humaine. Pour, Weiner (1985), l'analyse de la causalité est conçue comme un élément fondamental de l'adaptation de l'individu à son environnement.

Dans cette perspective, on pourrait penser que, l'insuffisance de la communication médecin-malade, l'insuffisance de formation des personnels soignants, des travailleurs sociaux et des acteurs associatifs sont autant de facteurs qui peuvent favoriser la non observance, de même, un soutien social mal perçu pourrait également conduire le patient à la non observance.

L'objectif de cette hypothèse était de montrer que le soutien social est corrélé à l'observance du traitement antirétroviral chez les PVVS suivies dans les centres de prises en charge de la ville de Yaoundé. Ainsi, conformément à nos attentes, les résultats obtenus confirment cette hypothèse ($\beta=0,37$; $T = 5,87$; $p = 0,000$). Ces résultats vont dans le sens de notre hypothèse (HR5). Ces résultats traduisent l'idée selon laquelle le soutien social que bénéficient les PVVS suivis dans les centres de prises en charge de la ville de Yaoundé est fortement corrélé à la non observance du traitement antirétroviral. En effet, pour Avouzoa (2008),

La prise en charge psychologique est fondamentale pour une préoccupation réelle du bien-être des autres et de soi-même. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA ont besoin de soins, manifestent souvent le soutien de leurs familles ou de leurs communautés, elles ont besoin d'un apport multiplié pour faire face aux exigences de la maladie. Cette implication des proches est importante parce qu'elle participe à l'efficacité due à la prévention ; c'est à dire le soutien psychosocial contribue à une prise en charge globale de la personne souffrante.

A ce titre, il conviendrait de rappeler que si les individus font des attributions, c'est bien avant tout afin de rendre leur monde, tant physique que social, prédictible et contrôlable, pour le maîtriser. Ainsi, lorsqu'ils soutiennent que les individus auraient donc bien une motivation à contrôler leur environnement et les processus d'attribution seraient un des moyens d'assurer ce contrôle.

Dès lors, surmonter la stigmatisation associée au VIH constitue la difficulté majeure de la prévention et de la prise en charge. En effet, les personnes dont le test est positif peuvent ressentir une gamme d'émotions allant du déni et de la colère au désespoir et à la considération du suicide. Ces réactions émotionnelles sont normales, mais le conseil peut aider les gens à les affronter et à éviter des problèmes insolubles, graves ou durables.

Il a été suggéré qu'un meilleur accès au centre de traitement et une meilleure sensibilisation à sa sérologie VIH pour un nombre accru de personnes étaient un moyen important de combattre la stigmatisation. Dans cette logique, un soutien à plus long terme peut se révéler nécessaire pour aider les PVVS à faire face, notamment lorsque la majorité des personnes infectées par le VIH appartiennent à des groupes à risque déjà marginalisés.

Par ailleurs, les résultats de notre étude montrent que les échanges entre le patient et son entourage seraient pour les PVVS, le lieu de contrôle qui, selon Dubois (1994), étudie une variable de personnalité qui concerne le degré de relation causale que les individus établissent entre leurs conduites et/ou leurs caractéristiques personnelles (traits, aptitudes, attitudes) et les renforcements positifs ou négatifs qu'ils reçoivent, c'est-à-dire ce qui leur arrive ou doit leur arriver dans la vie.

Ainsi perçu, dans le cadre des facteurs « conséquences » analysé par les PVVS, il pourrait s'agir des bénéfices inconvenients perçus et vécus après comportement (compliance

ou non) ; Les facteurs de feed-back agissent alors sur les comportements ultérieurs, relatifs au même traitement, ou à un autre. Une telle approche permet de dynamiser le modèle de la compliance et de prendre en compte le facteur temps et ses effets ce qui est rarement envisagé dans les modèles de santé souvent trop figés.

Par conséquent, l'on serait tenté de penser que connaître sa sérologie VIH peut permettre aux individus de rechercher le soutien émotionnel nécessaire. Les personnes séronégatives seront généralement soulagées, mais continueront peut-être à ressentir des difficultés émotionnelles qu'il faudra surmonter. Bien souvent, il arrive qu'elles aient un partenaire séropositif ou non testé et qu'elles se sentent continuellement exposées au risque d'infection par le VIH. D'autres se sentent coupables d'être séronégatives, notamment lorsque leur partenaire est infecté ou est décédé du SIDA.

Toutefois, les résultats de notre étude permettent de constater que l'accès à un soutien émotionnel a permis d'aider les individus à faire face plus facilement aux séquelles psychologiques d'un test positif. Par ailleurs, les conseils psychosociaux, associés au soutien social semblent avoir constitué un moyen très efficace de promouvoir et d'entretenir les changements de comportement parmi les individus infectés par le VIH et leurs partenaires hétérosexuels. L'un des principaux avantages du conseil associé au test étant de permettre aux gens d'accepter leur sérologie VIH et de mieux s'y adapter. « S'adapter » au VIH se comprenant par le personnel et les clients comme une acceptation de la séropositivité et l'adoption d'une attitude positive permettant de tirer le maximum de chaque jour.

6.3. DISCUSSION GENERALE DES RESULTATS

La théorie de l'action raisonnée mise en exergue dans le cadre de l'analyse des résultats de notre première hypothèse prédit l'intention comportementale et suppose que les comportements dépendent de cette intention. Les normes subjectives et les attentes en ce qui concerne le comportement déterminent l'intention comportementale. A ce titre, les normes subjectives combinent deux composants les croyances normatives et les motivations à se conformer aux attentes d'autrui. Le modèle fait le produit de ces deux éléments.

De son côté, le *Health Belief Model* voudrait que, En plus de ces paramètres, les sujets vont prendre en compte les avantages et inconvénients (les coûts) de l'action préventive. Dans cette perspective, il faut souligner que si les barrières dépassent les avantages perçus de l'action, le comportement sera peu probable. Dès lors, il faut peut-être prendre en compte l'efficacité des comportements que l'on adopte en matière de prévention en plus de leur aspect inconvénient et avantage et surtout de la perception d'auto-efficacité, de sa capacité perçue à adopter ces comportements.

L'analyse des résultats de notre recherche montre le système étiologique est corrélé à l'observance du traitement antirétroviral chez les PVVS suivis dans les centres de prises en charge de la ville de Yaoundé. En effet, les participants de notre étude voient en l'étiologie un facteur favorisant la non observance. Aussi, du point de vue attributionnel on se rend compte que pour nombre d'entre eux, notamment, ceux moins informés de leurs problèmes de santé et de leur gravité, il existe une tendance généralement vouée à une mauvaise observance thérapeutique. En témoigne ces propos du cas 1 lorsqu'il affirme : « je suis séropositive » je ne sais pas exactement d'où m'est venu cette maladie peut être mystiquement car dans mon village on « lance le SIDA » pour lui, l'origine de sa maladie ne peut avoir autre explication que le mysticisme. Aussi précise-t-il : « ... je veux attribuer cette maladie à la sorcellerie, par ce que je ne peux pas faire deux semaines sans avoir les couches de nuit, c'est une maladie provenant du mysticisme c'est-à-dire des mauvais esprits », Cette perception étiologique à fond et à forme mystique renvoie à l'analyse intention de la non observance thérapeutique du traitement antirétroviral.

On serait alors tenté ici de penser que le comportement de l'individu est planifié de Ajzen (1985 ; 1991) qui consiste essentiellement en une série de relations postulées liant les croyances du sujet à ces comportements. Rappelons ici que pour qu'une modification de comportements puisse être envisagée, il faut que ces relations soient avérées. En effet, du point de vue analytique, on se rend bien compte que dans leurs agrégats respectifs, les convictions comportementales des sujets produisent une attitude favorable ou défavorable envers le comportement, les convictions normatives ont comme conséquence la pression sociale perçue ou la norme subjective, et les convictions de contrôle provoquent le contrôle comportemental perçu. En association, l'attitude envers le comportement, la norme subjective, et la perception du contrôle comportemental, mènent à la formation d'une intention comportementale tendant à la non-observance. En règle générale, si l'attitude et la

norme subjective sont plus favorables, le contrôle perçu sera plus grand, et l'intention de la personne d'effectuer le comportement en question devrait être plus forte.

La santé occupe une place majeure dans nos sociétés, et avec elle, les médicaments qui s'insinuent dans toutes les sphères de la vie sociale. Les médicaments concernent presque tous les acteurs sociaux, et ce faisant, les enjeux qui entourent les médicaments sont nombreux et entraînent avec eux des problématiques d'une grande complexité. On peut donc s'interroger sur l'ampleur des dynamiques sociales marquées d'une interdépendance incontournable des acteurs en présence, tandis que de nombreux travaux restent parcellaires.

La littérature scientifique nous donne à penser que les représentations sociales sont à la base de notre vie psychique. Elles sont les pièces essentielles de notre épistémologie, du moins pour ce qui regarde notre connaissance de sens commun. C'est à elles que nous faisons le plus facilement et le plus spontanément appel pour nous repérer dans notre environnement physique et humain. Situées à l'interface du psychologique et du sociologique, les représentations sociales sont enracinées au cœur du dispositif social. Tantôt objet socialement élaboré, tantôt constitutives d'un objet social, elles jouent un rôle déterminant dans la vie mentale de l'homme dont les pensées, les sentiments, les plans d'action, les référents relationnels, les valeurs leur empruntent tous quelque chose. De fait, les représentations sociales sont présentes, qu'il s'agisse des objets de la pensée pure ou de la pensée socialisée.

Elles englobent effectivement d'authentiques concepts (le vrai, le faux, le beau, le juste), des objets physiques (les chevaux, les arbres fruitiers) ou sociaux (la culture, la mode vestimentaire, les bonnes manières), des catégories d'individus (les professeurs, les étudiants, les médecins, les boulangers). Elles intéressent les opérations prédictives et attributives, ou encore les modes d'être. Aussi, lorsque l'on parle de représentations dans le champ d'étude du médicament, ce n'est que dans un sens commun et la plupart du temps en marge des théorisations qui ont cours dans le domaine des représentations sociales. Notre postulat ici est donc qu'une approche holistique sur les représentations du médicament serait davantage appropriée, d'où l'idée de chaîne du médicament. En plus, une réflexion interdisciplinaire basée sur la théorie des représentations sociales apporte une contribution certaine pour comprendre les interrelations entretenues par les divers groupes qui interviennent à propos de ce que nous avons appelé la « chaîne des médicaments ». Cette

approche peut offrir, pour le champ du médicament, de nouvelles perspectives et pour le domaine des représentations sociales, des opportunités de développements théoriques.

Depuis quelques années, on assiste de plus en plus à une « virtualisation » de la maladie en relation avec le modèle de pensée qui anime la perception du médicament par le patient. En effet, pour les patients de notre étude, ce qui signe la maladie est la prise d'un traitement, et non plus des complications qui sont devenues rares. Actuellement, la représentation que le patient a de son traitement est plus importante que celle liée à la maladie. Nous sommes donc plus que jamais dans la perspective de médecine prédictive, où les patients doivent prendre le traitement pour ne pas être malades et passer en stade sida, contrairement aux années 1980 où le sida signifiait toujours la mort à court terme.

Débuter les antirétroviraux provoque des symptômes généralement connus (sous l'appellation d'effets secondaires) qui « rendent malades » les patients pour la première fois dans l'évolution de leur séropositivité. Cela explique en partie les distorsions des représentations des patients, pour qui l'affection prend sens par les effets secondaires des traitements et non par l'évolution de la maladie. Ce que l'on peut résumer par la phrase du cas 1 lorsqu'il affirme : « Il faut accepter d'être un peu malade pour ne pas être gravement malade. C'est la contrepartie de la prise des médicaments ». Toutefois, force est de préciser que cette distorsion ne facilite nullement les comportements d'observance. C'est pourquoi dans notre travail, nous avons mis l'accent entre le traitement et le patient, afin d'exprimer cette « virtualisation de la maladie ».

Toutefois, nos résultats montrent que les représentations sociales des ARV sont corrélées à l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral chez les PVVS suivies dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé. Ici, l'examen des médicaments dans les rapports sociaux implique la prise en compte des processus représentationnels, communicationnels et de symbolisation qui interagissent avec les pratiques sociales. Dans cette perspective, les acteurs sociaux, que ce soient les médecins, les patients, les représentants de l'industrie ou les pharmaciens, etc. sont, au cours de leurs interactions, les constructeurs des représentations sociales. Ces dernières constituent un tissu social à partir duquel les groupes sociaux se distinguent les uns des autres par leurs façons de penser, de se représenter l'environnement, d'agir et de communiquer. Si l'on reconnaît que pratiques et représentations sociales sont indissociables et s'engendrent mutuellement, on doit aussi admettre que ces liens ne sont pas établis au hasard mais obéissent à une logique qui doit

être analysée et prise en compte dans le contexte social (Abric, 1994; Guimelli, 1982). Il ne s'agit donc pas d'isoler l'objet médicament, ni les différents groupes les uns des autres.

Au contraire, la chercheuse que nous sommes se voit dans l'obligation d'aborder la complexité et la pluralité que les enjeux autour des médicaments ne manquent pas d'imposer comme pyramide à sa consommation. Dès lors, la chercheuse doit prendre en compte, non seulement les diverses représentations des médicaments, mais aussi leur combinaison, avec celles d'objets qui entretiennent des liens particuliers avec eux dans un contexte donné qui est celui favorisant la non observance.

De ce point de vue, force est de constater que Morin (2001) a théoriquement discuté cette conception et le médicament offre, aujourd'hui, une belle opportunité de faire l'exploitation empirique approfondie de cette idée. En effet, ces représentations sont diversement combinées suivant les contextes dans lesquels elles s'actualisent. Dans le cas des médicaments, on peut s'attendre à ce qu'ils soient diversement associés par les PVVS, suivant la séquence de la chaîne, à d'autres concepts comme santé et maladie mais aussi prescription, molécule, génétique, protéomique, etc. Ainsi, il ne suffit plus de savoir ce que pensent les uns et les autres des médicaments, mais aussi de savoir comment ceux-ci articulent ces divers objets et leurs représentations dans des systèmes représentationnels. De plus, ces systèmes, générés par les différents groupes sociaux, ont à s'articuler entre eux dans la dynamique sociale. On peut donc s'interroger sur les contrastes qu'il peut y avoir entre les systèmes représentationnels des différents groupes, sur leur incidence le long de la chaîne ainsi que sur les pratiques, en particulier celles de consommation.

Nos résultats sont donc beaucoup plus proches de la position de la théorie d'autorégulation qui présente un cadre théorique unanime, lequel met au centre le patient en le rendant acteur de ses comportements de santé telle que l'observance. Elle suggère que les gens cherchent à comprendre leur maladie en développant des représentations de ce qu'est leur maladie, ses causes, ses effets sa durée et son traitement. Ces représentations sont élaborées à travers les symptômes, les épisodes de maladie, et les informations obtenues. Elles ne correspondent pas nécessairement aux considérations scientifiques, mais guident de manière certaine les comportements de santé des patients.

Le cas 1 en donne une parfaite illustration lorsqu'il explique : « Je prie mon Dieu pourquoi les comprimés tous les jours ? Je n'en peux plus, je veux un traitement définitif ». On constate ici que l'extériorisation de la cause originelle de la maladie prédispose à la non observation. Le facteur mis en exergue dans la dernière articulation de l'expression de ce sujet rend compte de l'aspect du respect de la durée du traitement. En effet, dans l'observance une des difficultés pour le contrôle par le personnel de santé est la durée du traitement ; d'ailleurs dans certains cas il est nécessaire de prendre tout le traitement indépendamment de l'amélioration de la condition ; c'est le cas des antibiotiques. L'autre difficulté est celle de devoir poursuivre alors même que les effets secondaires sont difficilement supportables. Le problème du respect de la durée du traitement est central à cette classe, c'est donc le rôle du traitement dans ses modalités de réalisation et dans son respect total qui est ici impliqué particulièrement dans le cas des ARV. Les traits d'interruption sont les plus marqués. On trouve en les propos du sujet, les relations à la durée dont la continuité peut être interrompue ou tout au moins mal suivie par rapport aux consignes du personnel de santé.

Dans cette perspective, les causes de l'interruption se révèlent être, entre autres, bien souvent les effets secondaires. Les aspects négatifs apparaissent comme dominants en nombre de fois mentionnés par rapport aux effets bénéfiques ; ce qui tend à expliquer la raison pour laquelle il est moins évident pour le patient de poursuivre le traitement dans ces conditions, étant donné qu'il sent que le résultat est obtenu quand la situation est très tôt améliorée ou quand les effets secondaires sont insupportables. Une fois encore, le personnel de santé doit amener ce patient à rectifier les fausses perceptions.

Les connaissances disponibles sur le partage du statut sérologique en Afrique sont fragmentaires et hétérogènes. Les études montrent des résultats très variés, notamment pour ce qui concerne le taux de « partage » du statut sérologique avec un partenaire. Jusqu'à présent les modèles théoriques ne sont pas parvenus à rendre compte de manière claire des déterminants du partage, ni à expliquer la diversité des taux, probablement du fait de la multiplicité des facteurs en jeu.

Au plan analytique, les résultats de notre étude montrent que les questions concernant l'observance thérapeutique font largement intervenir les conditions dans lesquelles se déroule la relation personnelle de santé-patient et/ou patient-entourage qui demeure avec certaines ambiguïtés au-delà du rééquilibrage des pouvoirs au sein même de la relation.

C'est pourquoi le rôle des acteurs et leur relation est fondamental dans cette question ce que les personnels de santé et/ou l'entourage vont exprimer à travers leurs réactions. Cette triade (patient-personnel de santé-entourage) semble, par les relations qu'elle établit, capable d'exercer un contrôle du problème de l'observance médicament.

Cela tient notamment au fait que les analyses ont surtout considéré les facteurs individuels qui conduisent à partager ou pas son statut VIH. Cela peut être analysé comme témoignant de l'influence d'une approche individualisante courante en épidémiologie. Cette approche est favorisée par la culture scientifique des études sur le VIH, qui sont marquées par la notion de rationalité des choix dans le *Health Belief Model*.

Or, les résultats de méta-analyses laissent penser que les pratiques de partage du statut dépendent largement de déterminants structurels (le fait que le diagnostic du VIH corresponde à une « mort annoncée » ou à une perspective de maladie chronique, l'existence d'un accès aux ARV et la possibilité que la personne à laquelle l'information est annoncée puisse elle-même faire un test et accéder à un traitement). Ainsi, les résultats d'études menées dans des contextes d'accès effectif au traitement ARV semblent apporter une information qui ne peut être comparée à d'autres contextes sans accès. De même, les résultats d'études menées auprès de femmes diagnostiquées dans le cadre de la PTME ne paraissent pas comparables à ceux des études menées dans les populations mixtes de personnes incluses dans des programmes de traitement curatif.

La difficulté à dégager des notions cohérentes des études menées jusqu'à présent tient probablement en partie au fait que la majorité des études sur le partage du statut ont été menées dans le cadre de programmes de PTME, qui ne considèrent que les femmes dans une situation où le partage du statut pose des problèmes particuliers.

L'approche de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA est une approche globale dans laquelle sont systématiquement intégrées les activités de prévention, de lutte contre l'opprobre et la discrimination, de soins, de traitement et de soutien psychosocial. Ici, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH nécessite une intervention multidisciplinaire. L'organisation des soins dépend donc de la complémentarité des différents intervenants. A l'intérieur d'un même service, il convient de constituer l'équipe de prise en charge avec les membres du personnel soignant renforcés par la présence d'intervenants issus de la communauté ou des associations. C'est une équipe

constituée par le médecin, le psychologue/conseiller, l'infirmier, le pharmacien, le nutritionniste, l'assistant social ainsi que les médiateurs associatifs.

Dans les années 80, de nombreuses d'études empiriques réalisées ont porté sur l'influence du réseau social sur la santé, de même que sur l'influence du soutien social, c'est-à-dire l'aide qu'on peut retirer de son réseau social au cours de sa vie. Ainsi, en France, une analyse des données de la cohorte GAZEL a notamment montré qu'un manque de soutien social et une mauvaise perception de son réseau social sont prédictifs d'un mauvais état de santé perçu.

En nous focalisant sur cette organisation plurielle des intervenants, nous avons formulé l'hypothèse que le soutien social est corrélé à l'observance du traitement antirétroviral chez les PVVS suivies dans les centres de prises en charge de la ville de Yaoundé. En effet, pour qu'il n'y ait pas de rupture de traitement, il est important que le traitement soit poursuivi, ce que mentionne avec insistance les sujets enquêtés et ce qui constitue une part importante du travail des personnels de santé et des membres de l'entourage, soit de persuader le patient en lui expliquant la nécessité de respecter la posologie complètement surtout dans le cas des ARV.

L'ampleur de la littérature portant sur les pratiques éducatives du médecin en relation avec l'observance indique que ce sont ces pratiques qui semblent jouer un rôle prépondérant. Dans cette perspective, la prise en charge des personnes infectées par le VIH/Sida est une prise charge globale qui tient en compte des différents aspects de la personne. C'est à dire les aspects physique, psychologique et social. La prise en charge et le soutien psychosocial signifient la continuité du soutien pour résoudre les problèmes psychologiques, sociaux et spirituels des personnes infectées par le VIH/Sida, leurs partenaires, leurs familles et leurs soignants. Cette prise en charge va au-delà des besoins physiques. Elle met l'accent sur les besoins émotionnels des personnes infectées et/ou affectées par le VIH et leurs besoins d'interaction et d'intégration sociale. La prise en charge psychosociale pourrait être vue comme une association d'un savoir psychologique, d'une action sociale dans un contexte communautaire/anthropologique. Il y a donc pour une personne (ou un groupe de personnes) trois actions à mener en interaction.

Or, après l'annonce du résultat positif, la personne passe par différentes étapes avant d'accepter et intégrer son statut. La situation la plus fréquente est la persistance dans le déni et ceci à un grand impact sur l'adhérence du patient. En effet, la crainte d'être connu séropositif et d'être stigmatisé par les personnes de son entourage caractérise la majorité des patients qui viennent d'apprendre leur statut sérologique. Ainsi le conseiller doit évaluer lors de la première rencontre avec le patient, le vécu de la séropositivité. Car, les patients qui éprouvent de telles difficultés peuvent être présumés mauvais adhérents parce qu'ils ne se sentent pas à l'aise avec les rendez-vous et tout le processus de suivi.

Par ailleurs, l'autre catégorie de patients qui sont susceptibles d'avoir une mauvaise adhérence est celle des personnes qui affichent des symptômes neuropsychiatriques liés à certains facteurs comme :

- ❖ Les facteurs de stress psychosociaux,
- ❖ Les facteurs liés aux syndromes psychiatriques, □ Les facteurs liés aux maladies secondaires au VIH ou
- ❖ Les facteurs liés au traitement du VIH/SIDA lui-même.

Ces différents éléments en conformité avec nos résultats montrent que parmi les facteurs sociaux liés à la santé, l'ampleur des liens et des connexions entre les membres d'un groupe et le capital social est nécessaire pour une bonne cohésion sociale en termes d'adhérence au traitement. La cohésion sociale correspond à deux dimensions l'absence de conflits latents et la présence d'obligations sociales fortes qui interagissent entre elles. Selon cette approche, la cohésion sociale du groupe auquel appartient l'individu lui fournit un soutien moral et lui permet un accès aux ressources collectives ; ainsi la cohésion a un impact sur son état de santé. Ce serait donc parce que les individus des classes sociales les plus basses ont plus de risques de vivre dans un groupe de référence doté d'une moindre cohésion qu'il existe des inégalités sociales de santé.

A ce niveau de notre recherche, il est important de préciser que nous sommes parfaitement conscients malgré les progrès réalisés, qu'il reste beaucoup à faire dans le domaine du traitement et de la prévention pour espérer éradiquer de notre pays la pandémie du VIH. Toutefois, on peut, au regard de nos résultats, dire que notre étude a pour mérite d'apporter des informations concernant une population mixte, homogène vis-à-vis du

traitement antirétroviral, n'ayant pas subi de pression au partage avec le partenaire, ceci, hors du contexte de la PTME et pour laquelle un partenaire informé pouvait accéder au test de dépistage et au programme de traitement.

Les résultats de notre étude montrent en effet que dans notre population d'enquête l'annonce du statut sérologique s'est faite principalement au début du suivi, en majorité la première année du traitement. Ceci tient en partie à des déterminants structurels : les motifs de partage évoqués étaient les bénéfices attendus en termes de soutien financier ou psychoaffectif, mais aussi une volonté de protéger la personne avec laquelle le statut pourrait être partagé. Par la suite, lorsque la contrainte financière a été levée à partir de Mai 2005, les motivations de partage ont évolué et ont suivi d'autres déterminants. L'annonce n'obéit plus seulement à une logique à court terme et utilitaire. De plus, le besoin de partager n'est plus perçu comme aussi important qu'avant. C'est particulièrement perceptible dans les couples : le partage n'obéit pas seulement au fait d'avoir été bien informé et d'avoir des « besoins » d'appui psychologique ou matériel, mais dépend aussi de la proximité entre partenaires et de l'engagement du couple.

Dans les études qui traitent de l'influence des facteurs liés au patient sur l'observance thérapeutique, ont montré que l'âge, le statut socioéconomique et le niveau d'éducation des patients jouaient un rôle important dans l'adhésion des PVVS au traitement antirétroviral. Nous avons mis l'accent sur le niveau économique et avons fait l'hypothèse que le niveau économique est corrélé à l'observance du traitement antirétroviral chez les PVVS suivies dans les centres de prises en charge de la ville de Yaoundé. L'idée contenue dans cette hypothèse est que le risque de renoncer aux soins pour raisons financières chez les PVVS est, en quelque sorte, unique et constant. En effet, quoiqu'il en soit, les difficultés étudiées et retenues dans l'analyse peuvent s'accompagner, pour certaines, d'une altération de l'état de santé, d'une augmentation des besoins de soins et, en corollaire, d'un risque de renoncement plus grand et/ou, pour d'autres, au moins provisoirement, d'un moindre souci de santé et de soins, d'une accumulation de préoccupations qui deviennent prioritaires par rapport à celles liées à la santé, ou encore d'une mobilisation de ses ressources (y compris financières) pour ses autres priorités.

Du point de vue de la théorie, Meyer (1983, 1985) a montré que la confrontation des paradigmes qui se concrétise par le passage de la description de symptômes à des préoccupations étiologiques et mécanistiques et l'éclosion du paradigme moléculaire et

maintenant génétique, les enjeux éthiques du médicament dépassent largement le cadre de la santé et posent des questions fondamentales sur le devenir de l'être humain et de toute la société dans la post-modernité.

En fait, on pourrait dire qu'avec ce nouveau concept de chaîne des médicaments, le médicament devient médiateur et permet des transactions entre les différents acteurs, à l'intérieur de balises définies dans les rapports sociaux, par les conceptions qui sont généralement développées. Pour les uns, le médicament est une substance qui change la condition de l'organisme vivant dans le cadre du modèle biomédical alors que pour les autres, il est médiateur de rapports symboliques mettant en scène l'humain dans son environnement. Ces visions s'affrontent bien sûr et ouvrent sur des rapports plus ou moins conflictuels dans une société donnée.

Or, les différents découpages qui animent la chaîne des ARV ne prennent pas en compte les relations multiples qui s'installent entre les différents moments du parcours du médicament et les différents acteurs. En fait, les personnels de santé prennent la décision de prescrire dans un faisceau complexe d'interactions multiples, en particulier avec les compagnies pharmaceutiques, les pouvoirs publics et les malades. On ne saurait donc insister ici sur la dynamique qui entoure les questions des génériques et des rétributions des consultations des médecins qui ont amplement été médiatisées à une époque donnée au Cameroun. Toutefois, certaines des interactions dans la chaîne de distribution des ARV sont aujourd'hui considérées comme un objet à priori pour lui-même, comme un simple objet matériel.

Dans une telle perspective, sur le plan théorique, il est alors impossible d'aborder la question des médicaments hors du système social qui lui prête vie et donc, dans sa pluralité. Cette vision interactionniste nous conduit donc dans cette étude à adopter l'expression de chaîne des médicaments chère à Garnier (2001), dans laquelle les différents acteurs concernés articulent entre eux, dans leurs interactions, les champs des différents types de savoirs, symbolisations, régulations et pratiques. En quelque sorte, cette chaîne des médicaments est générée par des rapports sociaux complexes faisant justement intervenir ces savoirs, ces régulations, ces interrelations entre acteurs et les usages qui sont au cœur de systèmes de représentations des différents groupes en présence dans la société et même d'une société à l'autre. En fait, on pourrait dire qu'avec ce nouveau concept de chaîne des

médicaments, le médicament devient médiateur et permet des transactions entre les différents acteurs, à l'intérieur de balises définies dans les rapports sociaux, par les conceptions qui sont généralement développées. Pour les uns, le médicament est une substance qui change la condition de l'organisme vivant dans le cadre du modèle biomédical alors que pour les autres, il est médiateur de rapports symboliques mettant en scène l'humain dans son environnement. Ces visions s'affrontent bien sûr et ouvrent sur des rapports plus ou moins conflictuels dans une société donnée.

En effet, le modèle d'autorégulation de l'observance aux antirétroviraux de Leventhal et al. (1997) suggère que, du point de vue du patient, l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral serait influencée par les représentations du traitement et de la maladie, et le sens que le patient leur attribuera. Dans une telle perspective, la notion coût, l'expérience de la maladie, les interactions avec autrui et les informations sont des prédicteurs de l'observance. Ainsi, le but des pratiques éducatives consiste à amener le patient à mieux comprendre et à accepter sa maladie, à convaincre et à persuader le patient de suivre le protocole prescrit. Dans le même sillage, une communication déficiente entre le patient et le personnel de santé constituerait un facteur important lié à l'inobservance de la prescription. Il faut aussi tenir compte du fait que les motifs de consultation ne concernent pas uniquement l'obtention d'une prescription de médicaments car le patient consulte aussi pour obtenir des informations et un avis médical du médecin sur son état de santé.

De la même manière, Lorig et al. (1989) ont montré que l'information qui augmente la perception du patient dans sa capacité à dépasser un symptôme, améliorera son comportement d'observance thérapeutique du traitement antirétroviral. Ainsi, l'information qui augmente la juste représentation du traitement, réduit les différences entre les croyances et le vécu, facilite la perception de la contrôlabilité de la maladie et permettra d'améliorer l'observance des patients.

Nos analyses ont ainsi révélé qu'avoir connu des ruptures sociales, à un moment dans les années qui suivent l'annonce de la maladie, augmente le risque de renoncer aux soins tandis qu'une augmentation de l'invalidité durant cette période semble diminuer ce risque de renoncement. Ainsi, les résultats suggèrent que si l'on souhaite décrire et comprendre les processus de cumuls des difficultés liées notamment aux ruptures sociales, de même que leur impact sur la question du renoncement aux soins, il convient d'étudier un ensemble plus vaste et détaillé de caractéristique sociodémographique incluant le niveau socioéconomique.

CONCLUSION GENERALE

Aujourd'hui, il est évident que la trithérapie antirétrovirale visant la suppression profonde et durable de la réplication virale a été une avancée majeure dans la lutte contre le VIH ces dernières années. Toutefois, il n'en demeure pas moins vrai qu'un niveau optimal d'observance de 95% et plus est nécessaire pour atteindre et maintenir une efficacité thérapeutique chez les PVVIH. En effet, pour agir avec succès sur les plans virologique et clinique, un médicament antirétroviral doit être absorbé au niveau digestif et correctement métabolisé de façon à atteindre et maintenir des concentrations plasmatiques et intracellulaires de sa forme active, suffisantes pour inhiber le virus. Dès lors, une défaillance de l'une de ces étapes pourra avoir pour corolaire d'entraîner des concentrations sous-inhibitrices de médicament et donc, de permettre une réplication virale persistante et néfaste pour les patients.

En effet, si l'on admet que la poursuite de la réplication virale sous un traitement insuffisant provoque invariablement une sélection de virus mutants résistants, force est de constater que le traitement antirétroviral hautement actif peut, au long cours, être complexe et difficile traduisant ainsi toute l'importance et tout l'enjeu que représente l'observance dans cette pathologie. Le contrecoup thérapeutique entendu comme la non-observance peut être comprise lorsque le patient ne prend pas régulièrement ses médicaments, ne respecte pas les doses prescrites, l'horaire de la prise ou la nécessité de les absorber avant ou pendant les repas. La non-observance peut être quantitative et concerne, la réduction de fréquence des prises, la réduction du nombre de pilules à prendre. Elle peut-être aussi qualitative, et concerne alors la mauvaise répartition des doses dans le temps et la non-observation des directives d'administration.

L'objet de cette thèse portait sur un aspect des comportements de santé, lié à la relation médicament-patient atteint de VIH/Sida connue sous l'appellation de l'observance thérapeutique. En effet, dans la mesure où un recours aux systèmes de santé précoce et adapté permet d'améliorer la santé des populations et de réduire, au moins pour une part, les inégalités sociales de santé, il paraît ainsi primordial de pouvoir, d'une part, repérer les groupes sociaux qui n'ont pas un recours aux soins conformes à leurs besoins - et au sein même de ces groupes quels sont les individus particulièrement affectés par ce problème - et,

d'autre part, une fois ces individus repérés, comprendre pour un soin donné (curatif ou préventif) pourquoi et à quel moment leurs parcours dans le système de santé diverge de ceux communément observés ou d'un parcours dit « idéal » tel que défini, généralement, par des référentiels médicaux.

Aussi, l'intérêt porté au problème de non observance chez les personnes séropositives semble être lié au risque de voir apparaître des phénomènes de résistance du virus, lorsque ces personnes ne respectent pas les prescriptions ou les adaptent à leurs styles et rythmes de vie de manière irrégulière. S'il est vrai que les progrès thérapeutiques en matière de VIH ont été les plus marquants du domaine médical dans les dix dernières années, il n'en est pas moins vrai que les nouveaux traitements, combinaisons de multithérapies, sont les plus rigoureux, les plus exigeants, et les plus implacables dans le domaine de l'observance. C'est pourquoi malgré les réussites constatées dans l'arrêt de prolifération du virus pour de nombreux patients, d'autres sont en échec thérapeutique en raison d'un niveau trop faible d'observance pour ne pas dire simplement de non observance.

Il s'ensuit alors qu'il existe encore trop de professionnels de santé qui ont toujours aujourd'hui une conception de la santé selon laquelle les atteintes à la santé et le bien-être sont les conséquences des seules modifications biologiques. Or, cette conception réductionniste exclut du champ de la médecine, les déterminants psychologiques, sociaux, économiques et culturels de la santé. Au bout du compte, on estime que la réponse donnée aux usagers recherchant un état de bien-être est inadaptée aux malaises dont souffrent entre 30% et 50% des individus qui pénètrent dans un cabinet médical. Leurs plaintes ne correspondent pas forcément à des maladies et ne sont pas toujours liées à des causes médicales mais peuvent être la conséquence de situations indésirables ou conflictuelles que ces personnes vivent quotidiennement et ressentent douloureusement.

Par ailleurs, on considère qu'une bonne observance se situe classiquement autour de 80% du respect des prescriptions et recommandations médicales. Certains experts et chercheurs annoncent une obligation de compliance de 95 % pour pouvoir bénéficier des avantages des traitements sans risquer de voir se développer des complications. Pourtant, malgré les risques connus de tous, nombreux sont les patients qui avouent entre autre: sauter des prises de temps en temps (de simples oublis), ou même décaler leurs horaires de prises à cause des impératifs de leur emploi du temps. L'explication de ces comportements par des facteurs purement biomédicaux semble insuffisante.

En revanche, le relâchement général (tant en matière de prévention, de dépistage, de collectes de dons, que d'observance) qui a suivi l'arrivée de ces nouvelles thérapies, pourrait s'expliquer par le fait que le public était rassuré que pour bientôt, le VIH serait bloqué, que l'on ne mourrait plus du sida et, qu'on n'aurait plus rien à craindre de ce virus.

Quelques années plus tard, les prises à intervalles réguliers, les effets secondaires, le nombre de gélules, les prises à distance des repas, la difficulté d'intégrer le traitement dans la vie quotidienne, le fait de devoir "se cacher" pour prendre les médicaments, le renvoi à la maladie et, la lassitude faisant, le constat est amer : l'observance aux ARV n'est pas ce qu'elle devrait être, pas plus que la prévention d'ailleurs. Le public n'est plus inquiet. Et bien que collectivement, on s'accorde sur une solidarité affichée envers les séropositifs, individuellement, la peur subsiste, et avec elle, le rejet et l'exclusion.

En effet, bien qu'efficaces pour freiner la prolifération du virus, ces nouvelles thérapies, sont extrêmement contraignantes en ce qu'elles associent très souvent plusieurs molécules et obligent les patients non seulement à avaler un nombre important de comprimés chaque jour (ce que les patients finissent par considérer comme une véritable intrusion dans leur vie), mais également au fait que certaines prises doivent être faites à jeun, d'autres avant, pendant ou après les repas, voire, des contraintes horaires (un certain nombre d'heures est nécessaire entre certaines prises). Par ailleurs, les effets secondaires afférents aux ARV minent la vie des patients (diarrhées, nausées, vomissements, fièvres, migraines, fatigabilité, douleurs musculaires, fonte des tissus musculaires, perte de tonus sexuel...), et donnent à penser que désormais, la vie des PVVIH tourne autour de la gestion de ces traitements. Ce qui, au bout du compte, favorise une représentation d'une lassitude d'un traitement dont on sait qu'on ne peut pas l'arrêter, sous peine de voir rapidement des résistances se développer.

Or, on sait que la probabilité d'une bonne adhésion est inversement proportionnelle au nombre de médicaments à prendre par un patient, à la fréquence d'administration, à la sévérité et au nombre de ses effets secondaires ainsi qu'à la complexité et à la durée prévue du traitement. Les facteurs ci-dessus évoqués et donc la plupart relèvent du biologique, constituent alors autant d'éléments qui rendent l'observance difficile à tenir dans le temps. A ceux-ci, il faut en rajouter d'autres : psychologiques et relevant des préjugés sociaux (les patients qui veulent cacher leur séropositivité à leurs collègues de travail, à leurs amis ou à leur famille) ; sociaux et englobant (Les difficultés à organiser la vie autour des traitements

qui modifient la routine quotidienne et le mode de vie). Il en découle que le respect du traitement et des recommandations médicales est déterminé par un grand nombre de facteurs biomédicaux, psychologiques et sociaux qui peuvent avoir une action négative sur les patients et rendent compte des difficultés que l'on peut avoir à observer discrètement un schéma thérapeutique complexe.

La plupart des études sur l'observance se sont limitées à une simple description de l'observance du traitement (prise de médicaments). Peu de recherches ont pris en compte un suivi plus global des patients, incluant les attitudes et comportements face aux examens biologiques et médicaux, et aux recommandations concernant l'hygiène de vie.

Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'observance dans sa globalité et selon une conception biopsychosociale afin de déterminer les facteurs associés à la mauvaise observance. Nous avons essayé en effet de comprendre quels sont les moteurs des comportements des patients qui ont été bouleversés par cette contamination, et en quoi cela pouvait avoir un rôle sur leur degré d'observance. Ce qui nous a permis de poser la question suivante : *Existe-t-il un lien significatif entre les déterminants psychosociaux et l'observance du traitement antirétroviral des patients suivis dans les centres de prise en charge de la ville de Yaoundé ?*

Notre postulat était que l'observance des personnes concernées par le VIH dépend non seulement de facteurs biomédicaux liés à la maladie et aux traitements, mais également des valeurs des sujets et de leurs représentations ainsi que de leur relation (engageante) avec le médecin et l'entourage. Pour développer notre recherche, nous nous sommes appuyés sur un modèle dynamique, notamment, le modèle de l'autorégulation de la santé qui voudrait que le point de vue du patient sur l'observance au ARV soit une combinaison non seulement de ses représentations du traitement et de la maladie, mais également du sens que ce dernier leur attribuerait. Nous avons essayé dans notre travail de confronter les positions des patients et des soignants au travers du système thérapeutique alors en place, afin de mettre en lumière la diversité des attitudes et des choix en jeu (individuels, médicaux, organisationnels) dans la logique d'amélioration de l'observance d'un traitement.

Comme nous pouvons donc le voir à travers ce cheminement, l'observance au traitement VIH est, et demeure, un phénomène complexe et plurifactoriel. En effet, nos résultats montrent qu'avec un $\beta = 0,65$; $t = 14,34$; $p = 0,000$ le système étiologique prédit l'observance en traitement. Avec un $\beta = -0,22$; $t = -1,65$; $p = 0,01$ les représentations

sociales des antirétroviraux prédisent l'observance en traitement. Avec un $\beta = 0,34$; $t = 4,42$; $p = 0,000$ la confiance en soi prédit l'observance en traitement. Avec un $\beta = 0,42$; $t = 3,90$; $p = 0,000$ le soutien social prédit l'observance en traitement. Avec un $\beta = 0,37$; $t = 5,87$; $p = 0,000$ les ressources économiques prédisent l'observance en traitement. Ainsi, il apparaît que nos résultats confortent l'idée qu'un certain nombre de déterminants prédisent l'observance thérapeutique chez les PVVS. Entre autres déterminants, nous avons le système étiologique (HR1), les représentations sociales des ARV (HR2), la confiance en soi (HR3), le soutien social (HR4) et les ressources économiques (HR5).

Nos résultats peuvent constituer un support qui aide à la prise de décision et à la structuration des politiques de santé. Précisément, nos résultats soulignent la nécessité de mettre l'observance au centre de l'éducation familiale et scolaire. Cela pourra aboutir à la création et à l'équipement des services de psychologie dans les différents hôpitaux et permettre ainsi la vulgarisation de la discipline.

Au-delà de ce travail, notre réflexion nous a amenés à d'autres questionnements qui nécessiteraient des recherches complémentaires. Deux d'entre eux retiennent notre intérêt. La possibilité d'une guérison au VIH modifie-t-elle les représentations des PVVS vis-à-vis des ARV ? En quoi l'obtention d'une guérison modifie-t-elle les valeurs de la non-observance vers l'observance ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abelhauser, A., Lévy, A., Goujard, C., & Weill, S. (1996). La prise du traitement, de l'obéissance à l'appropriation. *Le Journal du Sida*, 116, 11-14.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans : critic and reformulation. *Journal of Abnormal psychology*, 87, 49-74.
- Abric, J.C. (1994). *Pratiques sociales et représentation*. Paris : PUF.
- Anderson, M. G., Certel, S. J., Certel, K., Lee, T., Montell, D. J., & Jonhson, W. A. (1996). Fonction of the drasophila Tou domain transcription factor drifter as an upstream regulator of breathless receptor tyrosine kinose expression in development trachea. *Development*, 122(2), 4169-4178.
- Ajzen, I. (1985). From intention to action. A theorical of planned behavior. In J. Kurht & J. Beckman (Eds.), *a control from cognition to behavior* (pp. 11-40). Berlin : springer-Verlag
- Ajzen, I. (1987). Attitudes, traits and actions : theory of planned behavior in personality and social psychology, In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp.1-63). New YorK : Academic Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fisbein, N. (1980). *Understanding attitudes and predicting social Behaviour*. Englewood cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal directed behavior: attitudes, intentions and perceived behavioral. *Journal of experimental social psychology*, 22, 453-474.

- Alonzo, A. A., & Reynolds, N. R. (1996). Emotion and care seeking during acute myocardial infarctus: a model for intervention. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 16(9), 97-122.
- Anderson, J.R. (1983). *The architecture of cognition*. Cambridge, Mass: Harward University Press.
- Andréo, C., Ouhnik, A. D., Soletti, J., Oertholon, D. R., Moatti, J. P., Rossert, H., & Spire, O. (2001). La non-observance des patients infectés par le VIH, soutenues par une association communautaire. *Revue santé publique*, 3, 249-262.
- Aronson, J. K. (2007). Compliance, concordance, adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 63, 383-394.
- Atkinson, J. W. (1957). Motivational determinants of risk taking behavior. *Psychological review*, 64(6), 359-372.
- Avouzoa, M. L. (2008). *Environnement psychosocial et non observance du traitement antiretroviral des personnes vivant avec le VIH/SIDA : le cas des patients suivis au CHUY* (mémoire de maîtrise). Université de Yaoundé I, Cameroun.
- Baars, B. J. (1986). *The cognitive revolution in psychology*. New York : The Guilford Press.
- Ba-Gomis, F., Chenal, H., Nguven, V. K., Mscclati, P., Bonaro, O., & Toni, J.. (2001, Décembre). Etude de l'observance des antirétroviraux à Abidjan: enquête auprès du CIRBA. Papier présenté au XIIe Congrès International sur le SIDA et les Maladies Sexuellement Transmissibles en Afrique (CISMA), Ouagadougou, Burkina-Faso.
- Baker, G. (1968). *Ecological psychology: concepts and methods for studying the environment of human behaviour*. Stanford: University Press.
- Balint, M. (1960). *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Edition PUF.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning theory*. Englewood cliffs, NS: Prentice – Hall.

- Bandura, A. (1994). «Social cognitive theory and exercise of control over HIV infections». In R. Diclemente & J. Peterson (Eds.), *Prevention AIDS : Theories and methods of behavioral interventions* (pp.25-59). New York, NY: plenum.
- Bandura, A. (1997). *Auto-efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : De Boeck.
- Bangsberg, D. R., Hecht, F. M., & Charlebois, E. D. (2000). Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population. *AIDS, 14*, 357-366.
- Bangsberg, D. R., Perry, S., Charlebois, E. D., Clark, R. A., Roberston, M., & Zolopa, A. (2001). Non-observance to highly active antiretroviral therapy predicts regression Aids. *AIDS, 17*, 711-720.
- Bardin, L. (1991). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Baril, L. (1998). Observance, adhérence, compliance,... différents mots pour une meilleure efficacité thérapeutique. *Presse Med, 27*(5), 13-14.
- Baudrant, M., Calop, N., & Allenet, B. (2008). *L'éducation thérapeutique du patient : contexte, concepts et méthodes. Pharmacie Clinique et Thérapeutique*. Paris : Masson.
- Beauvois, J. L. (1984). *La psychologie quotidienne*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Beck, K. H., & Frankel, H. (1981). Conceptualisation des communications sur les menaces et des comportements de protection en matière de santé. *Social psychology Quarterly, 44*, 204-217.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Behavior Monographs, 2*, 1-8.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral of compliance with health medical care recommandations. *Medical Care, 13*, 10-24.
- Besch, C. L. (1995). Compliance in cudlinical trial. *AIDS, 91*, 1-10.

- Bishop, G. D. (1991). Understanding the understanding of illness: lay disease representations. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *mental representations in health and illness* (pp.33-39). New York: Springer
- Blackwell, B. (1973). Patient compliance. *The new England Journal of Medicine*, 2, 249-252.
- Blackwell, B. (1992). Compliance. *Psychotherapy and psychosomatics*, 58(3-4), 161-169.
- Blumenfeld, M., Milazzo, J., Wormser, G. P. (1990). Non compliance in hospitalized patients with Aids. *Gen. Hosp. Psyc*, 12(3), 166-1690.
- Bogart, L., Kelly, J., Catz, S., & Sosman, J. (2000). Impact of medical and non medical factors on physician decision making for HIV/AIDS antiretroviral treatment. *Journal of AIDS*, 23, 396-404.
- Bogart, L.M., Kelly, J.A., Catz, S.L., & Sosman, J.M. (2000). « Impact of medical and non medical factors on physician decision making for HIV/AIDS antiretroviral treatment ». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 23(5), 396-404.
- Brown, L. K., Di Clemente, R. J., & Reynolds, L. (1991). HIV prevention for adolescents : utility of health belief model. *American Journal Public Health*, 81(1), 1250-1261.
- Brownlee-Duffeck, M. S., Peterson, L., Simonds, J. F., Goldstein, D., Kilo, C., & Houette, S. (1987). Le rôle des croyances en matière de santé dans l'observance du régime et le contrôle métabolique des adolescents et des adultes atteints de Diabète sucré. *Journal of counseling and clinical psychology*, 55(2), 139-144.
- Bungener, M., Morin, M., & Souteyrand, Y. (2001). *L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesure, déterminants, évolution*. Paris: ANRS
- Burgoon, J. K., Pfau, M., Parrott, R., Birk, T., Coker, R., Burgoon, M. (1987). Relational communication, satisfaction, compliance gaining strategies and communication

between physicians and patient. *Communication Monographs*, 54, 307-324.

Buss, A. R. (1978). Causes and reasons in attribution theory: a conceptual critique. *Journal of personality and social psychology*, 36(11), 131-1325.

Cardarelli, R., Weis, S., Adam, E., Radaford, D., Vecino, I., & Munguia, G. (2008). General health status and adherence to antiretroviral therapy. *Physicians Journal international association Aids Care*, 7, 123-129.

Cartz, S. L., Kelly, J. A., Bogart, L. M., Benotsch., & Mc Auliffe, . (2000). Patterns correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatment for HIV disease. *Heath Psychology*, 23, 43-50

Champion, V. L. & Skinner, C.S. (2008). The Health Belief Model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health education: theory, research, and practice* (pp. 45-65). Philadelphia, PA: John Wiley & Sons.

Chesney, M., Morin, M., & Sherr, L. (2000). Adherence to HIV combination therapy. *Social Science and Medicine*, 11(50), 1599-1605.

Cochran, S. D., & Gitlin, M. J. (1988). Attitudinal correlates of lithium adherence in bipolar effective disorders. *European Journal of Epidemiology*, 4(2), 256-280.

Comité Nationale de Lutte contre le VIH/Sida. (2010). *Rapport de Progrès Prévention transmission mère enfant*. Yaoundé : CNLS/GTZ.

Comité Nationale de Lutte contre le VIH/Sida. (2012). *Rapport annuel 2011 des activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST au Cameroun*. Yaoundé : CNLS/GTZ.

Comité Nationale de Lutte contre le VIH/Sida. (2014). *Plan Stratégique de lutte contre le SIDA*. Yaoundé : MINSANTE/GTZ.

Conner, M., & Sparks, P. (2005). Theory of planned behavior and health behavior. In M. conner & P. Norman (Eds.), *predicting health behavior: research and practice with social cognition model* (pp. 170-222). Burkingham: Open University Press

- Conseli, S. M. (1998). La répétition vue par le psychiatre de liaison. *Revue Française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 198, 21-24.
- Cooper, V., Buick, K., Horne, N., Lambert, G., Gellaitry, G., Leake, H., & Fisher, M. (2002). Perception of HAART among gay men who declined a treatment offer : preliminary results from an interview- based study. *AIDS Care*, 4, 233-240.
- Cortet, B., & Bénichou, O. (2006). Adhérence, observance, persistance, concordance: prenons-nous en charge correctement nos patients ostéoprotiques ? *Revue du Rhumatisme*, 73, 1-9.
- Cotton, S., & Antill, J. K. (1984). Noncompliance : medical and psychological aspects. *Australian Psychologist*, 19, 193-204.
- Cottraux, J. (1998). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Masson.
- D'Arminio, Monforte, H., Cozi Lepri, A., Rezza, G. (2000). Insights into the reasons for discontinuation of the first highly active antiretroviral therapy (HAART) regimen in cohort of antiretroviral naïve patient. *AIDS*, 14, 499-507.
- Daval, R., Bouricand, C., Da Lanotte, F., & Doron, B. (1967). *Traité de psychologie sociale (vol I)*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Davis, M. S. (1971). Variation in patient compliance with doctor' advice : medical practice and doctor-patient interaction. *Psychiatric Medecine*, 2, 3-1.
- Davis, J. H., Shoolman, F. D., & Donaldson, R. (1997). Towards a stewardship theory of management. *Academy of Management review*, 22(1), 20-47.
- Deccache, A. (1994). *La compliance des patients aux traitements des maladies chroniques : approche éducative globale* (Thèse de doctorat en médecine). Université catholique de Louvain, Ecole de Santé publique, unité d'éducation pour la santé Réso, Belgique.

- Delhomme, P., & Meyer, T. (2003). *La recherche en psychologie sociale, projets, méthodes et techniques*. Paris : Armand Colin.
- Desclaux, A. (2006). « *L'observance en Afrique : question de culture ou « vieux problème » de santé publique* (Thèse de Doctorat). Université d'Aix Marseille, France.
- Desgrées du Loû A., & De Béchon N. (2001). Attitudes par rapport au sida, accès au dépistage et connaissances des traitements du VIH à Abidjan dans le contexte de l'Initiative, In P. Msellati, L. Vidal, J. P. Moatti (Eds.), *L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire* (pp. 253-267). Paris, ANRS, Coll. Sciences Sociales et Sida.
- Diabaté, S., Alary, M., & Kanga Koffi, C. (2007). Determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV infected patients in Côte d'ivoire. *AIDS*, 21, 1799-1803.
- Di Clemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1982). Self change and therapy change of smoking. A comparison of processus of change in cessation and maintenance. *Addictive behavior*, 7, 133-142.
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model illness representation : theoretical and practice considerations. *Journal of social distress & the homeless*, 5(1), 11-38.
- Di Matteo, M. R., Hays, R., & Prince, L. M. (1968). Relationship of physicians non verbal communication-skill to patient satisfaction, appointment noncompliance and patient workload. *Health psychology*, 6, 581-594.
- Di Nicolas, D. D., & Di Matteo, M. R. (1982). *Communication interpersonal influence, and resistance to medical treatment. Basic process in helping relationships*. New York : Academic Press.
- Delfraissy, J. (2002). *Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH-recommandations du groupe d'experts*. Paris : Ministère français de la santé et des sports.

- Doise W., & Palmonari, A. (1984). *Social interaction in individual development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dubois, A. (1987). Miscellanea Toxinomica bratrachologica. *Alyts*, 5(1-2)7-35.
- Dubois, N. (1994). *La norme de l'internalité et le libéralisme*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble
- Dunn, S. M., & Turthe, J. R. (1981). The myth of the diabetic personality. *Diabetes Care*, 4, 640-646.
- Duran, S., Savès, M., & Spire, B. (2001). Failure to maintain long term adherence to highly active antiretroviral therapy: the role of lipodystrophy. *AIDS*, 15, 2441-2444.
- Duran, S., Spire, B., Raffi, F., Walter, V., & Bouhour, D. (2001). Self-reported symptoms after inhibition of a protease inhibitor in HIV infected patients and their impact on adherence to HAART. *HIV Clinical Trials*, 2(1), 38-45.
- Ebale Moneze, C. (2009). *La psychologie sociale*. Yaoundé : PUY.
- Elder, L. J., Aw, W., Chaisson, R. E., & Moore, R. D. (1998). Adherence to antiretroviral and pneumocystis prophylaxis in HIV diseases. *Journal of acquired Immune Deficiency Syndrome*, 18, 117-125.
- Ellgring, J. H., Seiler, S., Perleth, B., & Gasser, T. (1990). An integrated approach for the neurological and psychological support of Parkinson patients. *New Trends in clinical Neuropharmacology*, 4(4), 31- 34.
- Espenshade, T. J. (1984). On espenshade's comment on mitra's generalisation. *Demography*, 21, 433-434.
- Evola, R. (2005). *Manuel d'enquête par questionnaire en sciences sociales expérimentales*. Yaoundé : Publibook.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior, in introduction to theory and research reading*. Massachusects: Addison weslry.

- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour : An introduction to theory and research*. Reading, MA : Addison-Wesley.
- Fisher, G. N., & Tarquinio, C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
- Fiske, S.T., & Taylor, S. E. (1991). *Social cognition*. New York: Mc Graw Hill.
- Fogarty, L., Roter, D., Larson, S., Burke, J., Gillepsie, J., & Levy, J. (2002). Patient adherence to HIV medication regimens: a review of published and abstract reports. *Patient Education and Counseling*, 1568, 1-16.
- Fontaine, O., & Salah, D. (1991). La compliance: un problème de santé. *Revue Médicale de Liège*, 1106(6), 343-349.
- Gilbert, P. (1998). What is shame ? some core issue and contreversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *series in effective science shame : interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 3-38). Oxford : University Press.
- Gill, C., Hamer, D., Simon, J., Thea, D., & Sabin, L. (2005). No room for complacency about adherence to antiretroviral the raping sub-Sahara in Africa. *AIDS*, 19, 1243-9.
- Godin, G. (1993). *Pratiques et modèles de formation en administration scolaire*. Sherbrooker: les éditions du CRP
- Gold, D. R., Litonjua, A., Schwartz, J., Lovett, E., Larson, A., & Nearing, B. (2000). Pollution ambiante et viariabilité de la fréquence cardiaque. *Circulation*, 101, 1267-1273.
- Gonder-Frederick, L. A., & Cox, D. J. (1991). Symptom perception, symptom beliefs, and blood glucose discrimination in the self-treatment of insulindependent diabetes. *Mental representation in Health and Illness*, 220-246

- Gordis, L. (1976). Methodological issues in the measurement of patient compliance. In D. L. Sackett, & R. B. Haynes (Eds.), *Compliance with therapeutic regimen* (pp.35-45). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Gordillo, V., Del Amo, J., Soriano (1999). Socio-demographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, *13*, 1763-1769.
- Graham, S., & Weiner, B. (1996). Theories and principals of motivation. In D. C. Gravin, L. A., Wanboldt, M. Z., Sorokim, N., Levy, S. Y., Wanboldt, F. S. (1999). Treatment alliance and its association with family functioning, adherence and medical outcome in adolescent with severe, chronic asthma. *Journal of Pediatric psychology*, *24*, 355-365.
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*. Paris : Dalloz
- Gregory, R. L. (1981). Beyond sense and reason. *Perception*, *10*, 123- 125
- Greenberg, J. (1984). On the apocryphal nature of inquiry distress. In R. Folder (Ed.), *the sense of injustice* (pp. 167-188). New York : Plenum
- Gryfe, C. J., & Gryfe, B. M. (1984). Drug therapy of the aged : the problem of compliance and roles of physicians and pharmacist. *Journal of the American Geriatrics Society*, *32*, 301-307.
- Guimelli, C., (1989), « Pratiques nouvelles et transformations sans rupture d'une représentation sociale : la représentation de la chasse et de la nature », In J.-L. Beauvois, R.-V. Joule & J.-M. Monteil (Eds), *Perspectives et conduites sociales* (pp. 24-56). Cousset : DelVal.
- Haefner, D. P., & Kirscht, J. P. (1970). Effets sur la motivation et le comportement de la modification des croyances en matière de santé. *Journal List Public Health Responsibility*, *85*(6), 478-484.
- Hall, J. A., Roter, D. L., & Kartz, N. (1988). Correlates of provider behavior : a meta-analysis. *Medecine care*, *26*, 657-675.

- Hampson, F. O. (1997). *Nurtuing peace : why peace settlements succeed or fail*. Washinton : United States Institute of Peace Press.
- Haynes, R. B., Taylor D.W., & Sackett, D.L. (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore: MD Johns Hopkins University Press.
- Heiby, E. M., & Carlson, J. G. (1986). The health compliance model. *Journal of compliance health care*, 1(2), 135-152.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Herzlich, C. (1972). *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*. Paris: PUF.
- Herzlich, C., (1972), « La représentation sociale », In S. Moscovici (Ed.), *Introduction à la psychologie sociale* (pp.). Paris : Larousse.
- Hessen-Klemens, L. (1987). Patient's non compliance and how doctors manage this. *Social Science and medecine*, 24, 409-416.
- Horne, R. (1998). Adherence to medication: a review of existing research. In L. Myers, & K. Midence (Eds.), *Adherence to treatment in medical conditions* (pp. 285-310). Buffalo : Hardwood.
- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patient's about prescribed medicine and their role in adherence to traitement in chronic physical illness. *Journal of psychosomatic research*, 47(6), 555-567.
- Horne, R., Summer, S., Jubraj, J., Weinman, J., & Frost, S. (2001). Croyance des patients hemodialysis sur le traitement: implication pour l'observance des medicaments et les restrictions de regimes hybrique. *International Journal of Pharmacy Practice*, 9(3), 169-175

- Howland, J., Peterson, L., Lewin, W., Fried, L., Pordon, D., & Bak, S. (1993). Fear of falling among the the community dwelling elderly. *Journal of Aging and Health, 5*, 229-243.
- Ipara, M. J. (2011). « *La médecine Africaine et la médecine conventionnelle a Kinshasa. Une étude anthropologie de la rupture et de continuité entre système de soins* » (Thèse de Doctorat en anthropologie). Université de Yaoundé I, Cameroun.
- Jain, M., Mathur, G., & Sarnin, S. (2001). Ameliorative effets of proline on salt stress induced lipid peroxidation in cell lines of groundnut (arachis hypogreast). *Plan Cell Reports, 20*, 463-468.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health Belief Model : a decade later. *Health Education Quarterly, 11*(1), 1-47.
- Jesson, C. (2015). *Prevalence of malnutrition among HIV-infected children in Central and West-African HIV-care in 2011*. Ville: Maison d'édition.
- Jodelet, D., (1989). *Folie et représentation sociale*. Paris : PUF.
- Jones, R. A. (2000). *Méthodes de recherches en sciences humaines*. Bruxelles : De Boek.
- Jones, E. E., & Davis, K. E. (1965). « From acts to dispositions: the attribution process in person perception ». In L. Berkowitz, (Ed.), *Advancer in experimental social psychology* (pp.32-53). New York, NY: Academic Press.
- Jones, P. K., Jones, S. L., & Katz, J. (1987). Improving compliance for asthma patient visiting the emergency department using a health belief intervention. *Journal of Asthma, 24*, 99-206.
- Jonhson, J. W. (1996). Linking employee perceptions of service climate to customer satisfaction. *Personal psychology, 49*, 831-851.
- Jonhson, M. H., Dziurawiec, S., Hadyn, E., & Morton, J. (1991). New born's preferential tracking of faces and its subsequent decline. *Cognition, 40*(12), 1-29.

- Katzenstein, D., Laga, M., & Moatti, J. (2003). The evaluation of the HIV/AIDS drug access initiatives in Cote d'Ivoire, Senegal and Uganda: how access to antiretroviral treatment can be come feasible in Africa. *AIDS*, 17, 1-4.
- Kelley, H. H. (1973). «The processes of causal attribution ». *American psychologist*, 28, 107-108.
- Kelley, H. H., Michela, J. L. (1980). Attribution theory and research. *Annals review Psychology*, 38, 457-501.
- Kravitz, R., Hayes, R. D., Sherbourne, C. D., Di Matteo, M. R., Rogers, W., Ordway, L., & Greenfield, S. (1993). Recall of recommendations and adherence to advice among patient chronic medical condition. *Archives of internal medicine*, 153(16), 1869-1878.
- Krosch, B. M., Gozzi, E. K., & Francis, V. (1968). Graps doctors-patient communication doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Journal of Pediatrics*, 42(5), 518-527.
- Kruglanski, A. W. (1975). The endogenous-exogenous partition in attribution theory. *Psychological review*, 82(6), 387- 406.
- Lamouroux, A., Magnan, A., & Vervlo, D. (2005). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique: de quoi parlons-nous ? *Revue Maladies Respiratoires*, 22, 31-40.
- Laniece, I., Ciss, M., Desclaux, A., Diop, K., Mbodj, F., & Ndiaye, B. (2003). Adherence to HAART and its principal determinants in a cohort of Senegalese adults. *AIDS*, 1,103-8.
- Lavergne, J. P. (1983). *La décision psychologie et méthodologie*. Paris : PUF.
- Lerner B., (1997). From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of noncompliance. *Social Science and Medicine*, 9(45), 1423-1431.

- Leventhal, H., Benyamini, Y., Bownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., PatrickMiller, L., & Robitaille, C. (1997). Representations de la maladie: fondements théorique. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), *perceptions of Health and disease: current research and application* (pp. 19-45). Paris: Editions Universitaires Harwood.
- Leventhal, G. S., Karuza, J., & Fry, W. R. (1980). Beyond fairness: a theory of allocation preferences. In G. Mikula (Ed.), *justice and social interaction*. New York: Springer-Verlag.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representation and coping with health treats. In A. Baum, E. Taylor & J. E. Singer (Eds.), *handbook of psychology and health* (pp. 219- 252). Hillsdale: imprint Routledge.
- Leventhal, H., & Tomarken, A. J. (1986). Emotion: today's problem. *Annual Review of Psychology*, 37, 565-610.
- Lewin, K. (1936). Psychology of success and failure. *Occupation*, 14, 926-930.
- Lieury, A. (2000). *Psychologie générale : cours et exercices*. Paris : Dunod.
- Ley, P. (1988). *Communicating with patient*. London : Croom Helm.
- Lorig, K., Chastain, R. L., Ung, E., Shoor, S., & Holman, H. R. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 32, 37-44.
- Mannheimer, S., Matts, J., Telzak, E., Chesney, M., Child, C., & Wu, A. (2005). Quality of Life in HIV-infected individuals receiving antirétroviral therapy is related to adherence. *AIDS Care*, 17, 10-22.
- Marelich, W. D., Johnston Roberts, K., Murphy, D., & Callari, T. (2002). HIV/ AIDS patient involvement in antiretroviral treatment decision. *AIDS Care*, 14(1), 17-26.

- Meichebaum, D., & Turk, D. C. (1987). *Facilitating treatment adherence- a practitioners guidebook*. New York : Plenum Press.
- Mbédé, R. (2005). « Socialisation et enracinement culturel en Afrique subsaharienne : cas du Cameroun ». *Revue camerounaise de sociologie et anthropologie Université de Yaoundé I*, 2, 12-20.
- Mehta, S., Moore, R., & Graham, M.M.H. (1997) Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS*, 11,1663-70.
- Meyer, A. Y. (1983). Molecular mechanics of organic halide. *Journal of molecular structure*. 94(1), 1- 20.
- Meyer, J. P. (1985). Solar-stellar outer atmosphère and energetic particles, and golactis cosmic rays. *Astrophysical Journal*, 57, 173-204.
- Meystre-Augustoni, G., Dubois-Arber, F., Morency, P., Cochand, P., Amalio, T., & Do H. P. (2001). Les thérapies antirétrovirales hautement actives du point de vue du patient. *Suisse SIDA Recherche*, 6, 45-52.
- Michela, J. L., Peplau, L. A., & Weeks, D. G. (1982). Perceived dimensions of attributions for loneliness. *Journal of personality and social psychology*, 43(5), 929- 936.
- Ministère de la santé publique/ Conseil National de Lutte contre le Sida. (2001). *Programme multisectoriel de lutte contre le SIDA*. Yaoundé : CNLS/GTZ.
- Ministère de la santé publique/Comite Nationale de Lutte contre le VIH/Sida. (2001). *Programme multisectoriel de lutte contre le SIDA*. Yaoundé : CNLS/GTZ.
- Ministère de la santé Publique & Bureau central de recensement et des études de population. (2014). *Enquête séro-épidémiologique et comportementale dans les groupes spécifiques*. Yaoundé : MINSANTE/BUCREP.

- Moatti, J. P., & Spire, B. (2000). Au-delà de l'observance : les recherches sociocomportementales sur l'impact des multithérapies antiretrovirales. *Transcriptase*, 83, 1-7.
- Mocroft, A., Youle, M., Moore, A. (2001). Reasons for modification and discontinuation of antiretrovirals: results from a single treatment centre. *AIDS*, 15, 185-194.
- Morin, E. (1997). «Autonomie et Indépendance de la science». *Quadrature*, 30, 20-30.
- Morin, M. (2001). *De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : contributions et perspectives des sciences sociales*, in *L'observance aux traitements contre le VIH/sida : Mesure, déterminants, évolution*. Paris : Agence Nationale de Recherche sur le SIDA (ANRS), Collection sciences sociales et SIDA.
- Morris, L. S., & Schultz, R. M. (1992). Patients compliance on overview. *Journal of Clinical Pharmacology Therapy*, 17, 283-95
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris : PUF.
- Moscovici, S. (1963). «Attitudes et opinions ». *Annual Review of Psychology*, 14, 231-260.
- Moscovici, S. (1984). *Psychologie sociale*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Moser, G. (1994). *Les relations interpersonnelles*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Muma, R. D., Ross, M. W., Parcel, G. S., & Pollard, R. B. (1995). Zidovudine adherence among individuals with HIV infection. *AIDS Care*, 7(4), 439-447.
- Munzenberg, N., Cassuto, J. P., Gastant, J. A., Souville, M., Morin, M., & Moatti, J. P. (1997). L'observance au cours des essais thérapeutiques dans l'infection à VIH, une discontinuité entre histoire des patients et la logique des essais. *La Presse Médicale*, 26(8), 358-365.

- Munzenberg, N., Souville, M., Morin, M., & Moatti, J. P. (1996). *Approche psychosociale de l'observance thérapeutique et l'adhérence aux essais cliniques chez les patients infectés par le VIH*. Paris : ANRS
- Murphy, F., Smith, k., & Sahakian, B. (2002). The effets of typtopham depletion on cognitive and affective processing in healthy valunteers. *Psychopharmacology*, 163, 42-53.
- Mvessomba, A. E . (2013). *Guide de méthodologie pour une initiation à la méthode expérimentale en psychologie et à la diffusion de la recherche en sciences sociales*. Yaoundé : L'Harmattan.
- Mvessomba, A. E. (2016). *Pour une psychologie de la santé : Une approche psychosociale*. Yaoundé : L'Harmattan.
- Myers, E. D., & Branthwaite, A. (1992). Outpatient compliance with antidepressant medication. *British Journal of Psychiatry*, 160, 83-6.
- Nerenz, D. R., Leventhal, H., & Love, R. (1982). Factors contributing to emotional distress during cancer chenotherapy. *Cancer*, 40, 1020-1027.
- Nisbett, R. E., & Wilson, T. D. (1977). Telling more we know : verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 3, 231-259.
- Novak, G. V. (1999). Treatment compliance in first-episode schizophrenia. *Pediatric service*, 50(7), 970-971.
- Ong, L. M. L., Dahaes, J. C. J., Hoos, A. M., & Lemmes, F. B. (1995). Doctor-patient communication : a review of littérature. *Social Science and Medecine*, 40(7), 903-918.
- ONUSIDA (2021). *Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA pour 2020*. Genève : ONUSIDA.

- Organisation Mondiale de la Santé. (2002). *Améliorer l'accès aux traitements Antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : Recommandations pour une approche de santé publique*. Genève : OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2003). *Une stratégie globale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA 2003- 2007 : créer un cadre pour les partenaires et les actions concrètes*. Genève : OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2010). *Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Genève : OMS.
- Orrell, C., Bangsberg, D., Badri, M., & Wood, R. (2003). Adherence is not barrier to successful antiretroviral therapy in South Africa. *AIDS*, *17*, 1369-1375.
- Ostrop, N. J., Hallett, K. A., & Gill, J. M. (2000). Long term patient adherence to antiretroviral therapy. *Annals of Pharmacotherapy*, *34*, 703-709.
- Parker, M. M., Shelhamer, J. H., Bacharach, S. L., Green, M. V., Natanson, C., & Frederick, T. M. (1978). Profound but reversible myocardial depression in patients with septic shock. *Annals of Internal Medicine*, *100* (4), 483-490.
- Passer, M. W., Kelley, H. H., & Michela, J. L. (1978). Multidimensional scaling of causes of negative interpersonal behavior. *Journal of Personality and social psychology*, *36*, 951- 962.
- Paterson, C., & Seligman, M. E. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence. *Psychological Review*, *91*(3), 347-374.
- Patterson, D., Swindells, S., & Morh, J. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, *133*, 21-30.
- Perrez, M. (1989). Psychotherapeutic methods between scientific foundation and everyday Knowledge. *New ideas in psychology*, *7*(2), 133-145.

- Peter, K. F., Kong, F., Horne, R., & Francomano, C. (2001). Living with marfansyndrome I. perception of the condition: perception of marfansyndrome. *Clinical Genetics*, 60(4), 273-282.
- Petterson, C., & Strunkard, A. J. (1989). Personal control and health promotion. *Social Science*, 28(8), 819-828.
- Petrie, K., J. & Wienman, J. (2012). Patient's perception of their illness: the dynamo of volition in Health Care. *Current Directions in Psychological Science*, 21(2), 60-65.
- Petrie, K. J., Weinman, J., Sharpe, N., & Buckley, T. (1996). Pole de la vision des patients dans la prediction du retour au travail et du fonctionnement d'un infarctus du myocarde: une étude longitudinale. *Clinic Medecine*, 6, 536-539.
- Pratt, R., Robinson, N., & Loveday, H.P. (2001). Adherence to antiretroviral therapy: appropriate use of self-reporting in clinical practices. *HIV Clinical Trials*, 2(2), 146-159.
- Price, P.E. (2008). Education, psychology and "compliance". *Diabetes Metab Res Revue*, 24, 101-105.
- Programme des Nations Unies sur le VIH/sida. (2009). *Profil des estimations et projections en matière de VIH et sida au Cameroun 2009 – 2015*. Gènese : ONUSIDA
- Programme des Nations Unies sur le VIH/sida. (2014). *Rapport mondial sur l'épidémie de sida 2014*. Gènese : ONUSIDA
- Ramadhani, H., Thielman, N., Landman, K., Ndosu, E., Gao, F., & Kirehher, J. (2007). Predictors of incomplete adherence, virillogie failure and antiviral drug resistance among HIV-infected adults receiving antiretroviral therapy in Tanzanie. *Clinical Infection Diseases*, 45, 1942-1498.
- Reynolds, D. (2003). ICT- the hopes and the reality. *British Journal of Educational Technology*, 34(2), 151-167.

- Reynolds, N. R., & Alonzo, A. A. (1998). HIV informal care giving emergent conflict and growth. *Research in Nursing & Health*, 21(3), 251-260.
- Reynolds, N. R., & Neidig, J. L. (2002). Characteristics of nausea reported by HIV-infected patient initiating combination antiretroviral regimen. *Clin Nurs Res*, 11(1), 71-88.
- Reynolds, N. R., Neidig, J. L., & Brashers, D. (1999). Patient appraisal of mandarin-orange, didanosine: implications for adherence and well-being. *Journal of the association of nurses in AIDS Care*, 10(1), 35-41.
- Richards, H. L., Herrick, A. L., Griffin, K., Gwilliam, P. D. H., Loukes, J., & Forture, D. G. (2003). Sclérose systémique: perception des patients de leur état. *Arthritis Care & Research*, 49(5), 689-696.
- River, W. H. R. (1924). *Médecine, Magic and Religion*. London: Kegan Paul.
- Robinson, J.D. (2003). An interactional structure of medical activities during acute visits and its implications for patients' participation. *Health communication*, 15(1), 27-59.
- Robert, N. C. (2002). *Transformative power of dialogue*. London : Elsevier Press.
- Rodin, J., & Janis, L. (1979). The social power of health-care practitioner as agent of change. *Journal of social Issues*, 35,60-81.
- Rosenstock, I. (1974). « Origines historiques du modèle de croyance de santé ». *Monographies d'éducation sanitaire*, 2, 54-69.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V.J., & Becker, M. H. (1988). «Social learning theory and the health belief model». *Health education Quarterly*, 15, 175-183.
- Ross, S. A. (1977). The determination of financial structure: the incentive signaling approach. *The bell Journal of economics*, 8(1), 23-40.

- Ross, M., & Fletcher, G. J. O. (1995). Attribution and social perception. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *the handbook of social psychology* (pp. 73-122). New York: Random House.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice Hall, Inc
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: general and applied*, 80 (1), 128-134.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W. M., Gray, J.A., Haynes, R. B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence base medicine : what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.
- Samet, J. H., Libman, H., Steger, M. A., Dhawan, R., Chen, J., & Shevitz, A., H. (1992). Compliance with zidovudine therapy in patients infected immunodeficiency virus type 1 : a cross-sectional study in a municipal hospital clinic. *The American Journal of medicine*, 92, 495-502.
- Saw, K., & Desclaux, A. (2002). L'observance des traitements antirétroviraux et ses déterminants. Analyse qualitative. *L'initiative Sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux*, 2002, 109-118.
- Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social and psychological determinants of emotion state. *Psychological review*, 69(5), 379-399.
- Scholl, B. J., Nekayama, K. (2002). Causal capture : contextual effects on the perception of collision events. *Psychological science*, 13(6), 493-498.
- Scholl, B. J., & Tremoulet, P. D. (2000). Perceptual causality and animacy. *Trends in cognitive science*, 4, 209-309.
- Schroeder, J. J. Allen, G. J., Hugouvieux, V., & Kwak, J. M. (2001). Trans duction du signal de cellule de garde. *Revue annuelle de la biologie végétale*, 52, 627-658.

- Schwarzer, R. (1992). Modeling Health Behavior change : how to predict and modify the adoption and maintenance of health behavior. *Apply psychology : an international review*, 57(1), 1-29
- Selin, A., Mills, E., & Nachega, J. (2007). Barriers to highly active therapy adherence in sub-saharan Africa. *Future HIV therapy*, 3, 331-339.
- Shawn, P., Curley, M. A., Earker, S. A., & Yates, J. F. (1984). An investigating of patient's reaction to therapeutic uncertainty. *Medical decision Making*, 4(4), 25-35.
- Sillamy, N. (2007). *Dictionnaire de Psychologie*. Paris : Larousse.
- Siminoff, L. A., & Fetting, J. H., (1991). Factors affecting treatment decisions for life – treating illness : the case of medical treatment of breast cancer. *Social science & medicine*, 32(7), 813-818.
- Singh, N., Squier, C., Sivek, C., Wagener, M., & Hong Nguyen, M. (1996). Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus : prospective assessment with implications for enhancing compliance. *AIDS Care*, 8(3), 261-269.
- Skinner, T. C. & Hampson, S. E. (1998). Social support and personal models of diabetes relation to self-care and well-being in adolescent with type diabetes mellitus. *Journal of Adolescent*, 21, 703-715.
- Spire, B., & Moatti, J. P. (2000). L'observance, une donnée dynamique, ANRS information - Le Journal du Sida et de la Démocratie Sanitaire - *Transe riptase, Automne*, 3, 37-38.
- Spire, B., Duran, S., Souville, M., Chêne, G., Leport, C., & Raffi, F. (2002). L'observance aux multithérapies des personnes infectées par le VIH: de l'approche prédictive à l'approche dynamique. In D. Bessette, M. Bungenier, D. Costagliola, Y. Flori, S. Matheron, & M. Morin, M (Eds.), *Observance aux traitements contre le VIH/SIDA : Mesure, déterminants, évolution* (pp. 43-56). Paris : ANRS.

- Stall, R., Pollack, L., Mills, T. C., Catania, J. A. (2003). Association of co-occurring psychological health problems and increases vulnerability to HIV/Aids among Urban men who have sex with men. *American Journal of Public health*, 93(6), 939-942.
- Steele, D., Jackson, T. C., Gutman, M. C. (1990). Have you been taking your pills ? the adherence monitoring sequence in the medical interview. *Journal of Family Practice*, 30, 294-299.
- Steven, S. S. (1957). On the psychophysical law. *Psychological Review*, 64(3), 153-181.
- Stone, V. E. (2001). Strategies for optimizing adherence to highly active antiretroviral therapy : lessons from research and clinical practice. *Clin. Infect. Des*, 33, 865-872.
- Tarquinio, C., & Tarquinio, M.-P. (2007). L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. *Pratiques psychologiques*, 13, 1-19.
- Tarquinio, C., Fisher G. N., & Barrache, C. (2002) : Compliance et relation médecinpatient. In G. N. Fischer (Ed.), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 227-244). Paris : Dunod
- Tassie, J.M., Szumilin, E., Calmy, A., & Goemare, E. (2003). Highly active antiretroviral therapy in resource poor settings the experience of Médecins sans frontières. *AIDS*, 17, 1995-7.
- Terry, D. J., Gallois, C., & Mc Camish, M. (1993). *Theory of reasoned action and health care behavior: its application AIDS*. Elmsford: Argamon Press.
- Tourette-Turgis, C., & Rcbillon M. (2000). *Accompagnement et suivi des personnes sous traitement antirétroviral*. Paris : Comment Dire.
- Tsala Tsala, J. Ph. (2006). Yaoundé : Presse de l'UCAC.

- Watson, J.B. (1913). «Psychology as the behaviorist views it». *Psychological Review*, 20, 158-177.
- Weiman, J., & Figuiras, M. J. (2002). La perception de la santé et de la maladie. In G. N. fischer (Ed.), *traité de psychologie de la santé* (pp. 117-135). Paris : Dunod.
- Weiner, B. (1972). Attributional theory achievement motivation and education process. *Review of educational research*, 42(2), 203-215
- Weiner, B. (1979). A theory of motivation for some classroom experience. *Journal of education psychology*, 71, 3- 25.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological review*, 94(4), 548-573.
- Weiner, B. (1990). History of motivational research in education. *Journal of educational psychology*, 82(4), 616-622.
- Weiner, B. (2005). Motivation du point de vue de l'attribution et de la psychologie sociale de la compétence perçue. Dans A. J. Elliott & C. S. Dweck (Eds.), *Handbook of competence and motivation* (pp. 73-84). New York : Guilford.
- Weiner, J. P. (1991). HMOS and managed care : implication for physician manpower planning. *The Journal of rural Health*, 7(4). 373-387.
- Weiner, B., Russel, D., & Lerman, D. (1979). The cognition emotion process in achievement related context. *Journal of personality and social psychology*, 37(7), 1211-1220.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Moris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire : A new method for assessing to cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11, 431-435.
- Wenger, N., Gifford, A., Liu, H., Chesney, M., Golin, C., & Cristal, S. (1999, February). *Patient characteristics and attitudes associated with*

antiretroviral adherence. Abstract presented at 6th conference on retroviruses and opportunistic infection. illinois,chicago.

Wimer, S., Kelley, H. H. (1982). Investigation of the dimension of causal attribution. *Journal of personality and Social Psychology*, 43(6), 142-162.

Williams, A., & Friedland, G. (1997). Adherence, compliance and HAART. *AIDS Clinical Care*, 9 (7), 51-58.

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1: ATTESTATION DE RECHERCHE

ANNEXE 2: PLAN DE CIRCULATION DANS LA VILLE DE YAOUNDE

ANNEXE 3: POINT DE DISPENSATION DES ARV DANS UNE PHARMACIE DE LA VILLE DE YAOU11NDE

ANNEXE 4: QUELQUES CAS DE COMPLICATIONS CLINIQUES ET PSYCHOLOGIQUES LIEES A LA NON OBSERVANCE DU TRAITEMENT ANTI RÉTROVIRAL

ANNEXE 5: QUESTIONNAIRE

ANNEXE 6: GUIDE D'ENTRETIEN

ANNEXE 7: STRUCTURE DES DONNEES APRES CODAGE

ANNEXE 1: ATTESTATION DE RECHERCHE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I
FACULTE DES ARTS, LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES

B.P. 755 YAOUNDE
Tel:(237) 22 00 97 18

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace- Work- Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I
FACULTY OF ARTS, LETTERS AND
SOCIAL SCIENCES

P.O. BOX: 755 YAOUNDE
Phone:(237) 22 00 97 18

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Jacques Philippe TSALA TSALA**, Professeur des Universités, Chef du Département de Psychologie, atteste que **Madame AVOUZOA Marie Louise Lucie**, matricule 01A201, a libellé son sujet de thèse de Doctorat / Ph.D, option Psychologie sociale:

«Communication thérapeutique entre acteurs de santé et personne vivant avec le VIH/SIDA et non observance au traitement antirétroviral : Cas des patients suivis dans les formations sanitaires de la ville de Yaoundé ».

Ses travaux s'effectueront sous la direction du Pr. **Robert EVOLA**

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour valoir et servir ce que de droit./.

Fait à Yaoundé le, 22 NOV 2012

Le Chef de Département



REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I
B.P. 337 Yaoundé
Tél/Fax : (237) 22 22 13-20
e-mail : uyi@uycdc.uninet.cm

Direction des Affaires Académiques
et de la Coopération

Division de l'Enseignement et des Personnels
Enseignants

Service des Programmes et des Diplomes



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work- Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I
P.O. BOX : 337- Yaounde
Phone/Fax: (237) 22.22.13.20

Department of Academic Affairs and
Cooperation

Sub-Department of Teaching and
Teaching Staff

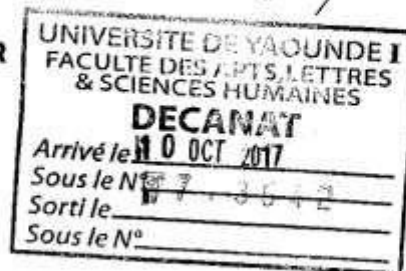
Program and Certification Service

Yaoundé, le 24 AOUT 2017

17 / 388

N° /UYI/VREPDIC/DAAC/DEPE/SDP/ISR
(air) *X af*

LE RECTEUR



A
Monsieur le Doyen de la
Faculté des Arts, Lettres
et Sciences Humaines

A l'attention de Monsieur
le Coordonnateur du
CRFD/SHSE

OBJET : Remplacement du directeur de thèse
décédé

Monsieur le Doyen,

J'ai l'honneur de vous informer que suite au décès de Monsieur EVOLA Robert, MC, UYI, directeur de la thèse de Doctorat/PhD de Madame **AVOUZOA Marie Louise Lucie**, matricule **01A201**, du Département de Psychologie, Messieurs **MBEDE Raymond, Pr., UYI, et MVESSOMBA Adrien, MC., UYI**, assurent désormais l'encadrement de ladite thèse.

Veillez agréer, Monsieur le Doyen, l'expression de ma parfaite considération.

C/CRFD/SHSE

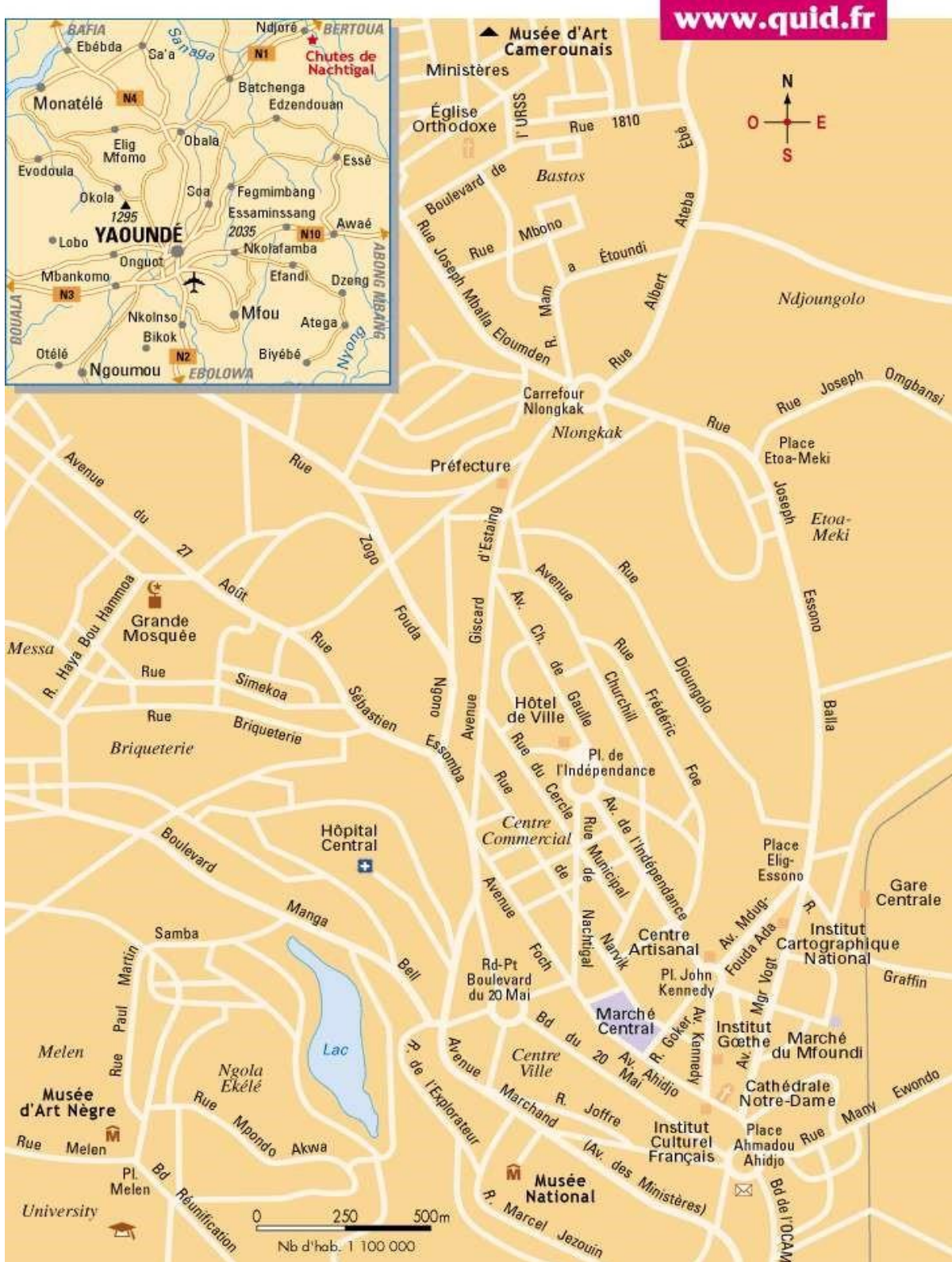
LE RECTEUR *INTERIM* UNIVERSITE DE YAOUNDE I



PAR INTERIM

Professeur DONTSI
Agréé des Sciences
Economiques

ANNEXE 2: PLAN DE CIRCULATION DANS LA VILLE DE YAOUNDE



Source : www.quid.fr

ANNEXE 3 : POINT DE DISPENSATION DES ARV DANS UNE PHARMACIE DE LA VILLE DE YAOUNDE

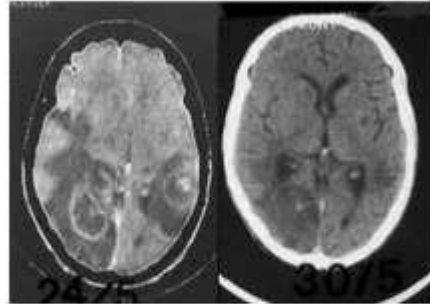


CLICHE AVOUZO

ANNEXE 4 : QUELQUES CAS DE COMPLICATIONS CLINIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DUES A LA NON OBSERVANCE DU TRAITEMENT ANTI RÉTROVIRAL



TUBERCULOSE PULMONAIRE



TOXOPLASMOSE CEREBRALE



TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE



SARCOME DE KAPOSI



SARCOME DE KAPOSI CUTANÉ



KAPOSI BUCCAL

Source : OMS 2015

- 3 Probatoire
- 4 Baccalauréat
- 5 Licence
- 6 Maîtrise
- 7 DEA –Master /Ingénieur
- 8 Doctorat

5-Statut socioprofessionnel :

- 1 Sans emploi
- 2 Travailleur
- 3 Elève /Etudiant
- 4 Ménagère

6. Statut matrimoniale :

- 1 Célibataire
- 2 Marié (e)
- 3 Divorcé(e)
- 4 Union libre
- 5 Veuf/Veuve

7. Régime matrimonial

- 1. Monogamie 2. Polygamie 3. Sans réponses

8. Type de famille

- 1. Monoparentale 2. Biparentale 3. Recomposée 4. Polygamique

9. Type d'appartenance religieuse

- 1. Catholique 2. Protestant 3. Musulman 4. Pentecôtiste 5. Autres

10-Région d'origine

- 1- Adamaoua 2 - Centre 3 - Est 4-Extrême-Nord
- 5- Littoral 6- Nord 7-Nord-Ouest 8-Ouest
- 9- Sud–Ouest 10- Sud

11. A quel type appartient la formation sanitaire ou vous êtes suivi ?

- 1 Un centre de traitement agréé (CTA) ;
- 2 Un centre médical d'arrondissement (CMA) ;
- 3 Une unité de prise en charge (UPEC) ;
- 4 Un centre de traitement affilié (CTAFF).

II. DONNEES RELATIVES AUX FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

Pour chacune des affirmations suivantes, exprimez votre degré d'accord en utilisant les chiffres 1, 2, 3 et 4.

1 : Pas du tout d'accord
3 : D'accord

2 : Pas d'accord
4 : Tout à fait d'accord

- | | | | | | |
|------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Q1 | Le VIH est une maladie causée par un virus ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q2 | Le VIH est une maladie contagieuse ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q3 | Le VIH est une maladie qui affaiblit l'organisme ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q4 | Le VIH est une maladie qui baisse le système de protection de l'organisme ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q5 | Les personnes maudites sont exposées au VIH ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q6 | Le VIH attrape les malchanceux ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q7 | Le VIH attrape les personnes ayant un mauvais-sort ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q8 | Le VIH est une maladie mystique ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q9 | Le VIH est une maladie causée par les esprits maléfiques ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q10 | Le VIH est transmis lors des couches de nuit ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q11 | Le VIH est causé par les rapports sexuels non protégés ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q12 | Les personnes ayant plusieurs partenaires sont exposées au VIH ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q13 | Les ARV luttent contre les maladies opportunistes ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q14 | Les ARV ralentissent l'évolution de la maladie ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q15 | Les ARV permettent de se sentir bien ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q16 | Le traitement AVR peut entraîner la diarrhée ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q17 | Le traitement ARV peut entraîner la fatigue ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q18 | Les ARV entraînent une déformation du corps ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q19 | Les personnes sous traitement ARV doivent prendre beaucoup de comprimés ; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q20 | Les personnes sous traitement ARV doivent prendre leurs médicaments à certaines heures de la journée; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Q21 | Les personnes sous traitement ARV doivent prendre leurs médicaments plusieurs fois au cours de la journée; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Q22** Les personnes sous traitement ARV doivent respecter les délais entre leurs prises de médicaments au cours de la journée; 1 2 3 4
- Q23** Je crois que je peux vivre avec cette maladie ; 1 2 3 4
- Q24** Je suis capable de me sentir bien malgré cette maladie ; 1 2 3 4
- Q25** Je suis capable de respecter les prescriptions médicales ; 1 2 3 4
- Q26** Je suis capable d'aller prendre mes ARV ; 1 2 3 4
- Q27** Je suis capable de respecter mes rendez-vous ; 1 2 3 4
- Q28** Mon psychologue m'écoute beaucoup ; 1 2 3 4
- Q29** Mon médecin me comprend beaucoup ; 1 2 3 4
- Q30** Mon psychologue est toujours disponible quand j'ai besoin de lui ; 1 2 3 4
- Q31** Le personnel qui travaille au point de distribution des ARV est accueillant ; 1 2 3 4
- Q32** Ma famille m'apporte beaucoup de soutien ; 1 2 3 4
- Q33** Ma famille me considère beaucoup ; 1 2 3 4
- Q34** Mes amis sont toujours avec moi ; 1 2 3 4
- Q35** Mon partenaire me soutien beaucoup ; 1 2 3 4
- Q36** Mes moyens me permet de respecter le régime alimentaire prescrit par le médecin ; 1 2 3 4
- Q37** Mes moyens me permettent de me déplacer sans soucis; 1 2 3 4
- Q38** Mes moyens me permettent de survenir aux besoins de ma famille ; 1 2 3 4
- Q39** Mes moyens me permettent de payer mes examens médicaux ; 1 2 3 4

III. : DONNEES RELATIVES A L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE

Pour chacune des affirmations suivantes, exprimez votre degré d'accord en utilisant les chiffres 1, 2, 3 et 4.

1 : Pas du tout d'accord
3 : D'accord

2 : Pas d'accord
4 : Tout à fait d'accord

- Q1** A chaque prise, je prends le nombre de comprimés prescrit ; 1 2 3 4
- Q2** Je prends chaque médicament prescrit ; 1 2 3 4
- Q3** Je pars à l'hôpital quand cela est indiqué ; 1 2 3 4
- Q4** Je fais les consultations de routine ; 1 2 3 4
- Q5** Je me rends au site de distribution des ARV avant que mon stocke soit épuisé ; 1 2 3 4
- Q6** Je respecte les heures de prise de mes médicaments ; 1 2 3 4
- Q7** Je respecte les délais entre les différentes prise journalière ; 1 2 3 4
- Q8** Je consomme beaucoup de fruits ; 1 2 3 4
- Q9** Je consomme beaucoup de légumes ; 1 2 3 4

Q10 Dans mon alimentation, je privilégie les viande blanches ;

1 2 3 4

Q11 Je consomme fréquemment le poisson ;

1 2 3 4

Merci pour votre participation !!!

ANNEXE 6 : GUIDE D'ENTRETIEN

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

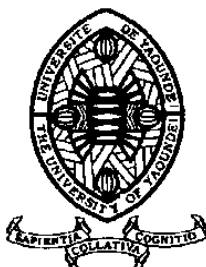
UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES ARTS LETTRES ET SCIENCES
HUMAINES

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES SOCIALES ET
EDUCATIVES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE SOCIALE
EXPERIMENTALE



REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES ARTS LETTRES ET SCIENCES
HUMAINES

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES SOCIALES ET
EDUCATIVES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE SOCIALE
EXPERIMENTALE

GUIDE D'ENTRETIEN

0. RENSEIGNEMENTS GENERAUX SUR LE SUJET

Q00) Date de l'entrevue : _____

Q01) Sexe _____

Q02) Quel est votre âge ? _____

Q03) Quelle est votre situation matrimoniale ? _____

1. Célibataire
2. Vit en coupe (union libre)
3. Marié (e) Régime monogame
4. Marié (e) Régime polygame
5. Divorcée (e).

Q04) Vous êtes de quelle religion _____

Catholique Protestant(e) Musulman(e) Pentecôtiste Autres

Q05) Dans quel quartier habitez-vous ? _____

Q06) Vous êtes de quelle Tribu ? _____

Q06b) Région _____

Q07) Niveau d'éducation _____

Primaire

Secondaire

Supérieure

Q08) Profession _____

Q09a) Fratrie _____ Q09b) Rang dans la fratrie _____

QUESTION D'ENTREE

Pour commencer, j'aimerais que vous me parliez brièvement de vous, de ce que vous faites dans la vie, de ce que vous vivez actuellement en lien avec VIH ».

Q01. HISTOIRE DE LA MALADIE DU SUJET

Q01a. Avant le diagnostic

Q01b. Autour du diagnostic

Q01c. Le choc du diagnostic

Q01d. Episodes de symptômes/maladie

Q01e. Aujourd'hui avec le VIH/sida

II. SUR LES VARIABLES DE L'ETUDE

Je voudrais maintenant que nous parlions de vous et de votre traitement. Mais nous allons le faire selon un ordre bien donné. Je vais à chaque fois vous donner un thème et vous me direz tout ce qui vous vient à l'esprit quand je vous le demanderai.

01. Parlez-moi de la manière dont vous vous représentez aujourd'hui votre maladie

02. Selon vous, à quoi peut-on attribuer les causes de votre maladie ?

03. Comment trouvez-vous votre relation avec le personnel soignant ?

Nous allons à présent parler des images que les PVVS ont du traitement ARV. Comme tout à l'heure, nous allons d'abord parler des représentations du traitement lui-même avant de parler de leurs effets sur une longue durée. On va commencer dès que vous me rassurez que ça va.

01. J'aimerais que vous me racontiez ce que vous vivez quotidiennement avec les ARV (troubles associés au traitement)

02. Je voudrais maintenant que vous me dites quelles images vous avez des traitements ARV.

03. Que me diriez-vous si je vous disais que pour vous les médicaments ARV se voit comme une souffrance de plus ?

J'aimerais maintenant que vous me racontiez comment vous percevez votre relation avec le personnel du corps de la santé.

01. Décrivez-moi votre protocole de prises journalières des ARV ?

02. Quel jugement portez-vous sur votre relation avec le personnel du corps de la santé lorsque vous faites face à votre protocole de prises journalières ?

03. Que me diriez-vous, si je vous disais que la prise des traitements ARV sur une longue période peut amener un malade à ne plus en prendre même au péril de sa vie s'il n'a plus confiance à son médecin

Nous allons maintenant aborder la manière dont vous avez l'habitude de vivre et si cela affecte ton traitement. Si vous êtes d'accord, nous allons commencer.

01. Dites-moi comment vous viviez avant d'être malade

02. Décrivez-moi comment vous faites pour avoir de l'argent

03. Si vous travaillez, quelle est votre catégorie socioprofessionnelle

04. Dites-moi un peu quel peut être votre niveau de revenu par mois

Nous allons à présent aborder vos relations avec votre entourage car ceci peut avoir une incidence sur votre maladie. On commence dès que vous me le permettez.

01. Je voudrais que vous me décriviez vos relations avec votre famille, depuis que vous êtes sous traitement ARV

02. Si vous avez des compagnons de classe ou des amis, décrivez-moi vos relations avec eux depuis que vous êtes sous ARV

03. Avec la prise des ARV, quelle image avez-vous aux yeux de votre entourage par rapport au moment où il ignorait votre séropositivité ?

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Nous allons finir cet entretien. Mais j'aimerais que vous m'éclairiez sur ces derniers points.

01. Décrivez une situation qui vous a particulièrement contrariée dans la prise des traitements ARV :

02. Avec-vous connu des sauts de prise de médicaments depuis l'initiation thérapeutique ?

03. Si la réponse est affirmative, quelle est la fréquence de ces sauts de prise de médicaments depuis l'initiation thérapeutique ?

04. De manière générale, quel regard portez-vous sur les traitements ARV ?

Merci pour votre franche collaboration

Tableau : *Structure de données après codage*

Fragments de texte	Codage ouvert	Codage axial
<p>Je ne sais exactement d'où m'est venue cette maladie peut être mystiquement car, dans mon village on lance le Sida...aussi je veux attribuer cette maladie à la sorcellerie parce que je ne peux pas faire deux semaines sans avoir les couches de nuit.</p>	Origine de la maladie	Système éthologique
<p>Cette maladie provient des mauvais esprits Pourquoi les comprimés tous les jours je n'en peux plus, je veux un traitement définitif...</p>	Contraintes liées à la prise des médicaments	Représentations sociales des ARV
<p>Quel est ce médicament qu'on doit prendre toute une vie...je ne suis plus certaine d'en avoir besoin je suis fatiguée</p>	Efficacité du médicament	Représentations sociales des ARV
<p>On m'a dit qu'il faut régulièrement les prendre en respectant le dosage et en surveillant les effets indésirables qui peuvent survenir... je veux mourir les ARV pour moi son un suicide de plus</p>	Contraintes liées à la prise des médicaments	Représentations sociales des ARV
<p>...mais aujourd'hui, je suis tout le temps à l'hôpital. Si je trouve la guérison et qu'on m'interdise les ARV je serai fier</p>	Contraintes liées à la prise des médicaments	Représentations sociales des ARV
<p>Prendre un comprimé parfois péliculé ou non chaque soir par voie orale est ennuyeux parfois j'oublie puis je m'en dors, ce traitement me traumatise</p>	Contraintes associées aux heures et nombres de prises	Représentations sociales des ARV
<p>Ce n'est pas aisé lorsque ton entourage connaît ton statut sérologique ; à tout moment tu est</p>	Regards des autres	Soutien social

<p>marginalisé placé comme un poison qui peut infecter tout le monde. je n'est pas dit à mes amis que j'étais malade</p>	<p>Réconfort psychologique et moral</p>	<p>Soutien social</p>
<p>Ils constituent un soutien pour moi, car sans mes enfants je serai déjà morte</p>	<p>Réconfort psychologique et moral</p>	<p>Soutien social</p>
<p>Je voulais mourir, moralement ils m'ont soutenue en me faisant comprendre que le Sida est une maladie chronique comme les autres (l'hypertension), donc je peux vivre avec</p>	<p>Réconfort psychologique et moral</p>	<p>Soutien social</p>
<p>Avant ma maladie j'allais au marché avec les autres revendeuses...depuis mon état, j'ai décidé de ne plus parler à aucune de peur d'être chassé à ma place au marché. Je vais vivre comment ?</p>	<p>Relation avec l'entourage</p>	<p>Soutien social</p>
<p>Je vis à peine avec 30000 frs par mois. Mes filles qui ne travaillent pas mes petits fils qui doivent être encadrer, c'est trop difficile pour moi. Parfois, je fais 3 jours sans manger. Ce qui m'amène à ne pas prendre les ARV</p>	<p>Situation socioéconomique précaire</p>	<p>Ressources économiques</p>
<p>Savoir que je dois prendre les comprimés tout au long de ma vie, en plus changer mon style, tout cela m'a laissé abasourdie c'est vraiment des produits toxiques</p>	<p>Contraintes liées à la durée du traitement</p>	<p>Représentations sociales des ARV</p>
<p>Je suis fatigué, oui j'attends la mort</p>	<p>Etat psychologique</p>	<p>Confiance en soi</p>
<p>Pour moi, je pense que c'est une malédiction le fait de contracter le VIH/SIDA</p>	<p>Cause mystique</p>	<p>Système étiologique</p>
<p>Il m'arrive de ne pas prendre les ARV à cause du fait que tout le monde ne connaît pas mon statut sérologique</p>	<p>Regards des autres</p>	<p>Soutien social</p>
<p>Je croyais que mon entourage allait jouer un</p>	<p>Absence de support</p>	<p>Soutien social</p>

rôle important me permettant de diminuer mon stress	social	
Les traitements sont parfois rompus à cause du manque des moyens financiers	Situation socioéconomique précaire	Ressources économiques
Je cherche un emploi qui me permettrait de pouvoir faire face aux problèmes liés à ma vie et à ma maladie car, mes parents sont vieux. Malgré tout ne voler pas de mes propres ailes est une misère puisque je cherche un emploi	Situation socioéconomique précaire	Ressources économiques
Or, pour suivre un bon traitement il faut se nourrir en calories recommandées ce qui reste superflu pour moi et de temps en temps lorsque je suis dépassé, j'arrête le traitement	Situation socioéconomique précaire	Ressources économiques
La prise des ARV vient me rappeler ce que j'essaye d'oublier ce qui est à l'origine de mes arrêts spontanés ou complets des ARV	Contraintes liées au traitement	Représentations sociales de ARV
L'image de mon corps est modifiée par le traitement	Effets secondaires	Représentations sociales de ARV
Des ARV sont vraiment une souffrance de plus ...mais le régime de traitement est très difficile à supporter	Contraintes liées au traitement	Représentations sociales de ARV
Parfois lorsque l'heure de prise arrive, je suis en état de choc et je suis contraint de faire des arrêts ponctuels	Contraintes liées aux heures de prise	Représentations sociales de ARV
Surtout essayer de me rappeler les noms des médicaments tous les jours me fatigue et avec ma cohorte des effets secondaires ...c'est très contraignant	Contraintes associées au nombre de médicaments	Représentations sociales des ARV
La seule personne à laquelle je me suis confié est ma fille...elle m'encourage à prendre le	Support psychologique	Soutien social

traitement. Mais parfois je craque	et social	
Ma fille m'a consolé je me suis sentie écoutée et comprise...avec les amies et les collègues ce n'est pas la même chose. On parle de tout de rien mais sauf le Sida	Support social	Soutien social
Pour moi, c'est une maladie comme les autres mais ce qui me trouble c'est la réaction de mon entourage car, je suis marginalisée de temps en temps je suis frustrée et déçue par la réaction de ma famille	Absence de support social, moral et psychologique	Soutien social
Je reconnais qu'avec mon mari, j'avais une vie sexuelle normale mais l'origine de la maladie peut être mystique parce qu'autour de nous, il y avait beaucoup de jaloux. Ainsi, un sorcier pouvait s'infiltrer pour nous rendre malheureux	Cause spirituelle	Système étiologique
Pour moi, ce médicament est un calvaire. Lorsque je prends un comprimé d'ARV je me sens dévalorisée, diminuée et je fais plusieurs années sans les boire	Contraintes liées au traitement	Représentations sociales des ARV
Les effets secondaires du traitement me font beaucoup plus peur. J'ai trop de problème avec les comprimés...c'est un mal intolérable je suis menacé par les effets indésirables. Je pense que mon organisme ne supporte pas les ARV	Effets secondaires	Représentations sociales des ARV
Le traitement est très long donc difficile à supporter. C'est une souffrance de plus parce qu'on doit les prendre tous les jours à des heures précises	Contraintes associées à la durée du traitement	Représentations sociales des ARV
Parfois, je subis des humiliations devant les gens. On me gronde comme un enfant, je	Stigmatisation	Soutien social

suis donc obligé de garder ma dignité et de rester calmement chez moi		
C'est difficile de vivre avec une maladie grave car, j'attends tout de mon mari qui, malheureusement va bientôt en retraite	Conditions de vie difficile	Ressources économiques
Lorsque tes amis connaissent ton statut sérologiques, ils vous méprisent et vous avez un manque de considération	Stigmatisation	Soutien social
J'ai été victime d'une diarrhée aigüe qui m'a fait croire que c'était la fin. Cette situation m'a contraint à abandonner le traitement pendant 2 ans	Effets secondaires	Représentations sociales des ARV
Comment voulez -vous que je consomme autant de comprimés tous les jours	Efficacité du traitement/incapacité à suivre son traitement	Représentations sociales des ARV/confiance en soi
Je me suis rendu compte que la vie n'en valait plus la peine. C'est une chute libre, une période de renfermement sur moi-même	Pessimisme par rapport à la vie	Confiance en soi
Ma famille me soutien mais cela ne suffit pas car, tout le monde a peur d'être contaminé ; je suis devenu un objet de peur	Stigmatisation/effritement du lien social	Soutien social
Mon apparence est modifiée et mes joues creuses font peur à tout le monde	Effets secondaires	Représentations sociales des ARV
Aujourd'hui je suis fatigué parce que je lutte contre la mort	Respect du traitement	Confiance en soi
Pour moi, ne plus entretenir les rapports sexuels avec ma conjointe rend compte du caractère mystique de la maladie	Cause mystique	Système étiologique
Comment comprendre que dans notre état, si on n'a pas de l'argent on ne te reçoit pas	Situation socioéconomique	Ressources économiques
Chaque jour avant de prendre mon comprimé le soir, je prie afin que Dieu m'accorde la	Réconfort psychologique	Soutien social

guérison		
C'est difficile pour moi mais je fais tout pour moi avant de prendre mon comprimé	Conditions de vie difficile	Ressources économiques
Les ARV fatiguent mon corps ma conscience. C'est pourquoi pour un moment je les ai abandonnés	Effets indésirables	Représentations sociales des ARV
Quel est ce médicament qu'on prend tous les jours ?	Contraintes associées à la durée du traitement	Représentations sociales des ARV
Mes amis ne sont pas au courant de mon statut sérologique car, s'ils le savent ça sera un moment de moquerie pour moi	Stigmatisation	Soutien social
Mes enfants me soutiennent énormément mais ils se demandent à quand la guérison ?	Support social	Soutien social
Réellement j'aimerais arrêter mon traitement qui inquiète mon entourage, mais à l'hôpital j'ai quand même le réconfort qui me galvanise	Support social	Soutien social
J'ai accepté la maladie ma maladie mais personne de ma famille n'est au courant même mon conjoint parce que j'ai peur de le perdre et mes frères et mes sœurs bavardent beaucoup	Discrétion et confidentialité	Soutien social
Je pense que le Sida est une maladie contagieuse qui se transmet à travers les rapports sexuels non protégés	Cause sociale	Système étiologique
Les ARV m'ont causé beaucoup d'allergies	Effets indésirables	Représentations sociales des ARV
Boire les ARV tous les jours c'est vraiment une souffrance je préfère mourir	Contrainte liée au traitement et altération de l'état psychologique	Représentations sociales des ARV/confiance en soi
Mon corps est faible parfois je me décourage et j'abandonne le traitement	Etat psychologique	Confiance en soi

Je ne prends plus les médicaments car un traitement palliatif à long terme n'en vaut pas la peine	Efficacité du médicament	Représentations sociales des ARV
Je gagne autout de 50000 frs par moi ce qui est insuffisant pour résoudre mes problèmes de santé et ceux de ma famille	Situation socioéconomique précaire	Ressources économiques
Je suis coupé du monde repliée sur moi-même. C'est là une autre souffrance qui peut m'entraîner rapidement à la mort	Absence de support moral, social et psychologique	Soutien social
Les ARV sont notre vie. Ce qui me traumatise ce sont les prises journalières et les effets secondaires	Contraintes liées au dosage, la prise des médicaments	Représentations sociales des ARV

INDEX DES MOTS

A

Adhérence, 34, 41, 47, 50, 75, 131, 308, 309

Adhésion, 3, 4, 5, 15, 22, 25, 26, 34, 46,

47, 48, 50, 87, 94, 95, 98, 104, 106, 132, 147, 160, 189, 225, 226, 241, 262, 263, 267,
296, 313, 328, 371

Age, v, ix, 5, 15, 23, 42, 51, 56, 59, 61, 90, 91, 92, 106, 110, 159, 175, 203, 204, 232, 265,
281, 304, 341, 354

Antirétroviral, iv, viii, x, 6, 9, 18, 20, 21, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 41, 42, 51, 57, 61, 69, 71,
74, 75, 76, 77, 79, 85, 105, 131, 134, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159,

161, 164, 166, 167, 168, 174, 175, 176,

182, 186, 245, 247, 248, 250, 252, 254,

256, 257, 262, 266, 267, 269, 271, 274,

276, 280, 282, 283, 284, 285, 286, 287,

289, 292, 293, 295, 296, 297, 299, 305, 307, 309, 311, 314, 322, 325, 328, 333, 341,
375, 376

Attitude, 16, 32, 42, 47, 49, 88, 100, 101, 108, 112, 139, 179, 180, 182, 183, 215,

221, 273, 286, 291, 298, 299, 319, 320,

C

CD4, iii, 26, 31, 32, 45, 46, 53, 63, 64, 65, 66, 69, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 87, 177, 257,
258, 274, 346, 371

Centre, x, 34, 36, 133, 137, 170, 171, 176,

213, 261, 285, 297, 302, 329, 343

Clinique, v, x, 3, 4, 6, 16, 21, 23, 31, 32, 68, 69, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 90,

185, 197, 230, 231, 261, 270, 276, 289, 311, 370

Complexe, 3, 15, 18, 21, 26, 28, 31, 41, 47, 50, 76, 90, 102, 104, 105, 140, 152, 157, 291,
305, 311, 314, 321

Compliance, xi, 10, 14, 34, 41, 46, 48, 50, 86, 87, 89, 91, 93, 104, 108, 110, 114, 118, 119,
120, 121, 132, 147, 280, 281, 298, 312, 320, 324, 329, 330, 331, 333,
371, 372

D

Descriptive, 23, 42, 152, 153, 191
Déterminant, 29, 35, 45, 87, 113, 121, 136,
147, 300

E

Education, 15, 27, 33, 73, 91, 205, 208, 265, 268, 283, 304, 307, 318, 330, 333, 354
Etude, v, x, 4, 5, 8, 9, 10, 13, 16, 22, 23, 27, 28, 31, 34, 40, 44, 52, 61, 83, 85, 88, 89, 90, 91,
95, 98, 102, 108, 112, 114, 115, 119, 120, 125, 126, 127, 128, 129,
131, 135, 136, 151, 152, 153, 154, 156,
159, 160, 161, 164, 173, 174, 175, 176,
177, 178, 179, 180, 182, 184, 186, 189, 190, 193, 197, 198, 199, 202, 204, 205, 246, 256, 267,
273, 276, 290, 291, 297,

298, 299, 300, 301, 303, 306, 309, 314,
333, 341, 373, 374

F

Facteurs, 5, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 25,
26, 29, 44, 46, 47, 48, 51, 52, 76, 85,
89, 90, 91, 94, 95, 101, 102, 105, 106,
108, 109, 110, 112, 113, 114, 116, 121,
125, 127, 130, 133, 135, 137, 138, 140,
143,
144, 145, 147, 151, 154, 157, 161, 164,
180, 182, 192, 198, 202, 223, 235, 243,
259, 285, 288, 290, 291, 292, 294, 296,
298, 303, 304, 308, 309, 312, 313, 314,
315, 331, 372

H

HAART, 18, 19, 328, 331, 367
Hôpital, 17, 40, 177

I

Information, 2, 27, 88, 95, 97, 99, 112, 116,
135, 136, 167, 173, 180, 184, 185,
189, 190, 245, 280, 283, 287, 288, 289,
290, 304, 307, 330
Inhibiteur, 45, 72, 74, 76, 77, 78

M

Maladie, vi, 2, 3, 4, 7, 8, 16, 19, 21, 22, 23,
24, 26, 28, 31, 32, 33, 41, 44, 47, 48, 49,
51, 53, 60, 62, 68, 69, 85, 88, 90, 93,
94, 96, 98, 102, 104, 106, 108, 109,
110, 116, 117, 120, 121, 122, 123, 124,
125,
126, 127, 128, 129, 131, 132, 133, 134,

135, 145, 146, 147, 153, 154, 155, 157,
161, 162, 163, 186, 204, 205, 206, 209,
214, 215, 216, 217, 218, 220, 221, 222,
223, 224, 231, 232, 233, 244, 256, 257,
258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265,
266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273,
274, 276, 278, 281, 284, 285, 286, 287,
288, 290, 291, 292, 295, 296, 297, 299,
301, 302, 303, 304, 306, 307, 313, 314,
321, 343, 344, 346, 348, 355, 357, 375,
376

Médecin, 273, 277

Médicament, 318

Méthode, 126, 148, 151, 152, 180, 191,
193, 197, 199, 246, 323

N

Non-observance, v, xi, 8, 9, 10, 14, 15,
17, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 33, 51,
83, 84, 85, 90, 92, 95, 99, 126, 127,
285, 311,
315, 324, 372

O

Objectifs, 3, 6, 7, 8, 9, 13, 16, 26, 28, 29,
93, 95, 96, 104, 113, 120, 121, 154,
155, 156, 157, 184, 186, 190, 198, 199,
203, 288, 373

Observance, vi, vii, ix, x, 3, 4, 5, 6, 8, 9,
10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23,
24,
25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34,
41,
42, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 70, 73,
76,
77, 78, 79, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88,
89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98,
99,

100,101, 102, 104, 105, 106, 109, 110, 111, 112, 114, 116, 118, 119, 120, 121,
122, 124, 127, 128, 129, 130, 131, 132,
133, 134, 135, 147, 153, 155, 156, 157,
158, 159, 160, 164, 166, 167, 168, 173,
174, 175, 177, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 202, 204, 205, 212, 214, 218, 223, 225, 230,
235, 238, 243, 244, 245, 246,
247, 248, 249, 250, 251, 252, 254, 255,
256, 257, 258, 260, 263, 264, 267, 269,
274, 277, 280, 281, 282, 283, 284, 285,
286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293,
294, 295, 296, 297, 299, 301, 302, 303, 304, 306, 307, 308, 311, 312, 313, 314, 315, 324,
325, 326, 328, 329, 330, 332,
341, 352, 353, 371, 372
Oubli, 52, 87, 96, 226, 242, 243, 258

P

Pathologie, 4, 22, 24, 33, 53, 59, 79, 106, 124, 126, 131, 290, 295, 311

Patients, v, vi, vii, ix, x, xi, 3, 4, 5, 9, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26,

27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 42, 46, 47, 48,
49, 51, 52, 70, 73, 75, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99,
100, 101, 102, 103, 104, 111, 114, 118,
120, 122, 124, 126, 127, 128, 129, 130,
131, 132, 133, 134, 135, 136, 151, 155,
156, 157, 158, 159, 162, 166, 167, 168,
174, 175, 176, 177, 178, 186, 188, 189,
202, 204, 213, 214, 217, 218, 219, 220,
221, 222, 224, 226, 227, 228, 229, 230,
235, 237, 238, 244, 247, 248, 250, 252, 254, 264, 267, 282, 283, 284, 286, 288, 290, 295, 301,
302, 304, 307, 308, 311,
312, 313, 314, 324, 326, 328, 330, 332, 333, 341, 345

Population, iv, ix, 8, 9, 35, 37, 41, 42, 46, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 74, 83,

153, 171, 173, 174, 175, 176, 182, 184, 190, 191, 204, 205, 209, 227, 278, 291, 309, 324

Prise en charge, v, x, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 14, 16, 17, 19, 20, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30,

32, 34, 39, 40, 47, 49, 52, 56, 67, 76, 80, 83, 90, 155, 156, 157, 158, 159, 163, 166, 167,
168, 174, 176, 177, 190, 202, 205, 213, 214, 216, 221, 234, 235, 247, 248, 250, 252, 254,
265, 275, 283, 292, 295, 297, 307, 308, 325, 326, 341, 343

Protocole, vi, 5, 7, 21, 26, 45, 73, 77, 83, 153, 186, 228, 263, 266, 269, 277, 306, 348, 356

Psychologie, ii, 4, 6, 23, 24, 30, 92, 119, 136, 141, 142, 143, 144, 147, 151, 152, 153, 154,
158, 159, 178, 179, 182, 197,

264, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 327, 328, 332, 333, 334, 373, 374

PVVS, v, vi, vii, ix, x, 4, 5, 7, 15, 16, 17, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 39, 40, 41, 42,
45, 53, 59, 60, 69, 76, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 161, 162, 163,

164, 166, 167, 168, 173, 174, 175, 176,

187, 189, 204, 216, 217, 218, 219, 220, 225, 229, 232, 238, 239, 241, 245, 247, 248, 250,
252, 254, 256, 267, 271, 280, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 289, 290, 292, 293, 295, 296,
297, 298, 299, 301,

302, 304, 307, 315, 350, 351, 356

R

Recherche, v, x, 3, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 17, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 39, 40,
42, 50, 52, 82, 95, 108, 118, 122, 124, 127, 129, 130, 135, 136, 137, 140,

141, 146, 148, 151, 152, 153, 155, 156,

158, 159, 160, 164, 169, 173, 174, 175,

178, 179, 181, 182, 184, 185, 186, 187,

188, 189, 190, 191, 192, 193, 197, 198,

202, 207, 224, 231, 239, 247, 248, 250,

252, 254, 280, 282, 284, 285, 287, 288, 289, 292, 293, 295, 296, 298, 299, 300, 303, 304,
307, 309, 314, 315, 317, 319,

322, 323, 329, 370, 373, 374, 375, 377

Rechute, 230, 348

Recommandation, 79, 223

Représentation, viii, x, 2, 5, 16, 27, 29, 30,

122, 123, 124, 127, 128, 129, 130, 132, 135, 142, 156, 157, 158, 161, 162, 166, 189, 192,
205, 223, 224, 227, 235, 248,

250, 257, 258, 262, 266, 269, 271, 274,
276, 278, 284, 285, 286, 287, 292, 301,
307, 313, 317, 319, 321, 326, 327, 346, 375, 376

Résistances, 16, 17, 19, 21, 22, 32, 69, 87,
217, 218, 227, 270, 313, 315

S

Sanitaire, v, ix, 14, 16, 19, 213, 330, 343

Science, 4, 21, 23, 108, 151, 154, 179, 182, 184, 267, 317, 328

Séropositif, vi, 45, 75, 220, 232, 233, 261, 275, 298, 308, 349

SIDA, iii, iv, viii, x, 4, 6, 7, 8, 10, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 26, 29, 46, 53, 54, 55, 56, 57, 58,
59, 61, 63, 64, 65, 68, 69, 70, 78, 155, 158, 163, 203, 204, 205, 206, 214, 221, 232, 256,
257, 259, 262, 265,

267, 268, 271, 272, 275, 276, 282, 283,
295, 297, 298, 299, 307, 308, 324, 325, 328, 329, 331, 332, 333, 334, 343, 369

Sociale, x, 4, 6, 15, 16, 29, 30, 42, 73, 91, 92, 102, 110, 113, 118, 136, 139, 141, 142, 144,
151, 153, 154, 156, 157, 158,

160, 161, 162, 166, 179, 184, 189, 207,
209, 210, 213, 248, 250, 264, 265, 267,
278, 281, 284, 285, 286, 292, 299, 300, 302, 308, 309, 317, 318, 319, 320, 321,
322, 325, 326, 327, 332, 346, 356, 374

T

Théorie, v, 10, 40, 41, 103, 108, 113, 114, 118, 119, 133, 136, 137, 138, 141, 142,

144, 145, 146, 182, 183, 189, 199, 280, 284, 292, 296, 298, 300, 302, 305, 372

Thérapeutique, v, viii, 3, 4, 5, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 31, 32,
33, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52,

70, 71, 73, 74, 75, 77, 78, 83, 84, 85, 91, 93, 95, 97, 98, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 119, 122, 130, 132, 147, 156, 163, 186, 204, 205, 228, 230, 231, 245, 257, 267, 273, 274, 280, 287, 288, 289,

296, 299, 311, 312, 314, 318, 328, 329, 357, 371, 372

Traitement, v, vi, viii, x, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26,

27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 57, 61, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 82, 83,

84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 111, 116, 118, 121, 122, 123,

124, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 147, 153, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 164, 166,

167, 168, 174, 175, 176, 177, 182, 183,

184, 186, 187, 189, 192, 198, 199, 204,

211, 212, 213, 218, 220, 221, 223, 225,

227, 228, 229, 231, 233, 234, 235, 237,

241, 243, 245, 247, 248, 250, 252, 254, 256, 257, 258, 260, 261, 262, 263, 264,

265, 266, 267, 269, 270, 271, 272, 273,

274, 275, 276, 277, 278, 280, 281, 282,

283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290,

291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 301, 302, 303, 304, 306, 307, 308, 309, 311, 313,

314, 322, 324, 325, 333,

341, 343, 344, 345, 346, 349, 355, 356, 357, 371, 372, 374, 375, 376

Trithérapie, 4, 5, 8, 16, 22, 25, 32, 46, 47,

53, 61, 74, 76, 78, 211, 217, 218, 221

V

VIH/SIDA, 4, 16, 54, 56

Virus, viii, 14, 21, 22, 53, 57, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 74, 75, 87, 124, 129,

134, 173, 202, 218, 223, 224, 230, 249,

271, 281, 311, 312, 313, 346, 348

INDEX DES AUTEURS

A

Abelhauser, 21, 34, 324
Agustoni, 134
Ajzen, 4, 10, 41, 112, 118, 119, 183, 280,
284, 286, 299, 317, 324, 326
Aktouf, 52
Alonzo, 133, 134
Anderson, 97, 137, 138, 317
Angers, 173, 175, 188, 192, 317
Aristote, 13
Atkinson, 137
Avouzoa, 163, 297, 332

B

Baars, 136
Bagnato, 97
Bakken, 134, 162
Bandura, 10, 114, 115, 116, 117, 119, 280,
318, 324
Bardin, 197, 198, 199, 318
Bartlett, 87
Baudier, 83
Beauvois, 141, 318, 325, 327
Beck, 112
Becker, 95, 99, 101, 110, 111, 118, 284,
331
Berelson, 197
Bernaud, 31
Besch, 83, 91
Bindon, 92
Bishop, 129, 286
Blackwell, 83, 84, 86, 93, 132

Bonnardel, 31
Boumandouki, 21
Bourdon, 181
Bouvenot, 50, 318
Breni, 13
Brownell, 93, 163
Brownlee, 118, 119
Burgoon, 98
Buss, 138

C

Carlson, 10, 120
Carter, 99
Catz, 133, 134, 325
Chenal, 52, 324
Chesney, 15, 92, 325, 328
Christensen, 114, 118
Cobb, 93
Coll, 98, 118, 119, 291, 293, 294
Comby, 24 Condra, 87
Conner, 114
Consoli, 97, 100
Contandriopoulos, 190
Cortet, 49, 326
Cottraux, 25
Cox, 128
Crozier, 182

D

Davis, 5, 101, 134, 142, 162, 327
Deccache, 48, 333
Deeks, 87
Delta, 84
Deschamps, 24, 138, 318, 325

Desclaux, 25, 51, 290, 304, 328, 330, 332
Devos, 24
Djomessi, 23
Dressler, 92
Dubois, 5, 138, 141, 297, 328
Duran, 89, 133, 328, 330

E

Edima Mbongo, 108
Eldred, 89, 91
Elred, 132
Eraker, 111
Eschwège, 50, 318
Espenshade, 129
Evola, 158, 159, 160, 165, 180, 184, 187,
191, 319, 332
Eymard, 173, 184, 191, 319

F

Figueiras, 125
Fischer, 40, 45, 46, 52, 92, 95, 102, 128,
285, 320, 322
Fishbein, 41, 113, 280, 287, 319, 320
Fiske, 120, 288
Fogarty, 89
Fontaine, 24, 93 Fortin, 153, 190
Fortune, 126
Fossati, 97
Foucault, 24, 320
Fraise, 164, 320

Francis, 101
Francomano, 125, 131

Frederick, 128

Friedland, 17, 21, 331

Frost, 131, 290

G

Gallois, 112

Gao, 134

Gelberg, 92

Gellaitry, 131

Gill, 18, 327 Gold, 134

Gonder, 128

Gopinath, 98

Gordillio, 92

Gordillo, 91, 134, 327

Gordis, 49, 320

Gotman, 173, 180, 323

Gozzi, 101

Graham, 136, 137, 138, 328

Grawitz, 30, 156, 158, 173, 181, 188, 320,
323

Gregory, 141

Gryfe, 33

H

HAART, 18, 19, 328, 331

Haefner, 118

Hall, 32, 98, 317, 318

Hampson, 127, 128

Harvey, 138

Haynes, 49, 83, 289, 320

Hays, 101

Heiby, 10, 120

Heider, 136, 142, 143, 144, 145, 146, 375

Heinssen, 33

Herrick, 126
Herzlich, 84, 284, 321, 327
Hiatt, 114
Hippocrate, 49
Hodges, 91
Hôpital, 17, 40, 177
Home, 90, 94, 110, 122, 125, 128, 130,
131, 132, 134, 285, 321
Howard, 122

I

Ickovics, 134, 162

J

Janis, 101
Jean Imbert, 169

K

Kant, 13
Katz, 32, 110, 118, 323
Kelley, 139, 140, 141, 142
Kirscht, 99, 118
Kobasa, 93, 163, 296
Kong, 125, 131
Korsch, 101

L

Lambert, 131
Lamouroux, 47, 328
Landsheere, 192

Laniece, 328

Leake, 92, 131

Legrand, 136
Lerman, 138
Lerner, 14, 328
Leventhal, 10, 23, 41, 119, 122, 126, 127,
128, 129, 130, 132, 133, 135, 147, 280,
288, 292, 306, 374
LEVODO, ii
Likert, 182, 183, 235, 242, 245
Loftus, 87
Lorig, 135, 307
Lothwell, 31
Loukes, 126

M

Maiman, 95, 101, 110
Mannheimer, 16, 328
Matillon, 98
Mbédé, ii, 322, 329
Médecin, 273, 277
Médicament, 318
Mehta, 50, 92, 93, 328
Meisler, 134, 162
Meyer, 129, 138, 140, 179, 305, 319
Michela, 139, 141
Milazzo, 132
Miller, 31, 114
Moatti, 15, 84, 91, 94, 324, 326, 327, 328,
330
Mocroft, 15, 329
Morin, 14, 84, 91, 94, 284, 302, 325, 328,
329, 330

Morris, 49, 127, 329 Robert, , ii, 30, 322, 323

Morse, 91 Robillon, 51
Mucchielli, 179, 322 Rocher, 154
Muzenberger, 83, 88 Rodin, 101
Mvessomba, ii, 33, 151, 152, 322, 324 Rosenstock, 10, 41, 109, 119, 280, 330,
331

N Rossi, 174

Neidig, 133 Rost, 99
Nerenz, 122, 126 Roter, 32
Noumbissie, 164, 333 Rotter, 114, 137
Nyamathi, 92 Rude, 138

O **S**

Ostrop, 133 Sackett, 83, 320
Salah, 24, 93

P Schilder, 135
Parot, 164, 328 Schroeder, 134 Pasquier, 98 Schrooten, 133

Paterson, 93 Schultz, 49, 329
Pellegrino, 104 Schumaker, 93, 163
Peters, 125 Schwarzer, 111
Price, 47, 330 Seeman, 92
Prince, 101 Senand, 96
Priou, 31 Sillamy, 25, 45, 323
Simon, 91, 327

Q Singh, 89, 91, 134, 162
Quivy, 13, 179, 322, 323 Souteyrand, 14, 325
Souville, 84, 94, 106, 330

R Sparks, 114
Reynolds, 111, 133, 134, 148 Spire, 15, 21, 89, 324, 328, 330
Richard, 320, 325 Stall, 132
Richelle, 164 Steele, 95, 122
Ried, 114, 118 Stevens, 81, 183
Stone, 86, 89, 91, 133

Stratton, 138 Veatch, 103

Verres, 146

T Visintini, 97

Tarquinio, 46, 52, 92, 95, 102, 128, 285, **W**

322 Weiner, 10, 136, 137, 138, 139, 140, 141,

Tassie, 16, 331 142, 280, 296, 374

Taylor, 120, 288, 320 Weinman, 122, 125, 127, 130, 131, 134

Teasdale, 139, 142 Wenger, 86

Terry, 112 Wikoff, 114

Thomasma, 104 Wilks, 135

Tourette-Turgis, 51, 132, 322 Williams, 21, 331

Touzard, 108 Wilson, 143

Wormser, 132

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	iv
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	ix
RESUME.....	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE PREMIER : PROBLEMATIQUE	11
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L’ETUDE	11
1.2. SITUATION DU VIH/SIDA DANS LE MONDE	13
1.3. ENONCE DE LA QUESTION DE RECHERCHE	27
1.4. OBJECTIFS DE L’ETUDE	28
1.6. INTERETS DE L’ETUDE	29
1.6.1. Au plan clinique	29
1.6.2. Au plan social.....	30
1.7. PERTINENCE DE L’ETUDE	31
1.8. DELIMITATION DE L’ETUDE	32
1.8.1. Plan géographique	32
1.8.2. Ancrage théorique	39
1.8. 3. Plan méthodologique	41
CHAPITRE DEUXIEME : REVUE DE LA LITTERATURE	42
2.1. DEFINITION DES CONCEPTS FONDAMENTAUX.....	42
2.1.1. Déterminant	42
2.1.2. Déterminant (s) psychosocial (aux).....	43

2.1.3. Schéma thérapeutique.....	43
2.1.4. Lymphocytes CD4.....	43
2.1.5. Trithérapie antirétrovirale.....	44
2.1.6. Compliance, adhésion, alliance ou observance thérapeutique	44
2.1.6.1. La notion de compliance	45
2.1.6.2. Les notions d'adhésion ou d'alliance thérapeutique	45
2.1.6.3. L'observance thérapeutique.....	47
2.1.7. Non-observance	49
2.2. REVUE DE LA LITERATURE	51
2.2.1. Bref historique sur le VIH	51
2.2.2. Données épidémiologiques sur le VIH.....	52
2.2.2.1- Le VIH dans le monde et en Afrique	52
2.2.2.2- L'épidémiologie du VIH au Cameroun.....	57
2.2.3. Description du VIH	60
2.2.3.1- La structure du VIH	61
2.2.3.2- Structure du génome viral	62
2.2.3.3- Cycle de réplication du VIH	63
2.2.3.4- Grande variabilité du VIH comme particularité.....	66
2.2.2.5-Evolution de l'infection virale	66
2.2.4. Prise en charge du traitement antirétrovirale.....	68
2.2.4.1-Les origines du traitement antirétroviral	68
2.2.4.2- La composition pharmacologique des antirétroviraux (ARV).....	69
2.2.4.3. Classification pharmacocinétique des antirétroviraux.....	70
2.2.4.3. Critères de mise sous traitement ARV	72
2.2.5. Schémas thérapeutique et mécanismes d'action des médicaments	73
2.2.5.1. Principe de sélection des régimes.....	73
2.2.5.2. Principales associations	74

2.2.5.3. Les critères d'éligibilité	75
2.2.6. Les effets secondaires des ARV	80
2.2.6.1. Les effets secondaires des INTI	81
2.2.6.2. Les effets secondaires des INNTI.....	81
2.2.6.3. Les effets secondaires des IP	82
2.2.7. Observance contre inobservance	82
2.2.8. Déterminants de l'observance/ non-observance	85
2.2.8.1. Les facteurs biomédicaux	85
2.2.8.2. Les facteurs liés au patient	91
2.2.8.3. Les facteurs liés à la relation acteurs de santé-patient.....	95
CHAPITRE TROISIEME : ENCRAGE THEORIQUE	109
3.1. LES MODELES THEORIQUES RELATIFS A L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE	109
3.1.1. Les modèles classiques.....	109
3.1.1.1. Le Health Belief Model	109
3.1.1.4. Le modèle de l'action raisonnée	113
3.1.1.5. Le sentiment d'efficacité personnelle	115
3.1.1.6. Synthèse : points clés sur les modèles classiques.....	119
3.1.2. Les modèles spécifiques d'autorégulation	120
3.1.2.1. Le modèle de compliance en santé.....	121
3.1.2.2. Le Self Regulation Model (SRM) de Leventhal.....	123
3.1.2.3. Le modèle d'autorégulation de l'observance aux antirétroviraux	134
3.2. LA THEORIE DES ATTRIBUTIONS CAUSALES	137
3.2.1. Les bases conceptuelles de la théorie attributionnelle des émotions et de la motivation.....	137
3.2.1.1. Le modèle attributionnel de Weiner	137
3.2.1.2. Des causes spécifiques à la détermination des dimensions causales.....	139
3.2.2. Théorie des attributions versus locus of control.....	141

3.2.2.1. Heider et la psychologie du sens commun	143
3.3. SYNTHÈSE GÉNÉRALE : POINTS CLÉS DU CHAPITRE TROISIÈME.....	148
DEUXIÈME PARTIE : DES ÉTUDES EMPIRIQUES POUR EXAMINER LE LIEN ENTRE LES DÉTERMINANTS PSYCHOSOCIAUX ET L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE CHEZ LES PVVS	150
CHAPITRE QUATRIÈME : DÉTERMINANTS PSYCHOSOCIAUX ASSOCIÉS À L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CHEZ LES PVVS SUIVIES DANS LES CENTRES DE PRISE EN CHARGE DE LA VILLE DE YAOUNDE.....	151
4.1. TYPE D'ÉTUDE.....	151
4.2. PARTICIPANTS	152
4.3. MATÉRIEL ET PROCÉDURE	153
4.4. OUTIL D'ANALYSE DES DONNÉES	155
4.5. RESULTATS ÉTUDE 1	155
4.5.1. l'identification des répondants	155
4.5.2. Structure des données après codage	158
4.6. INTERPRÉTATION DES RESULTATS	159
CHAPITRE CINQUIÈME : DÉTERMINANTS PSYCHOSOCIAUX ET OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CHEZ LES PVVS SUIVIES DANS LES CENTRES DE PRISE EN CHARGE DE LA VILLE DE YAOUNDE.....	165
5.1. SITE DE L'ÉTUDE	165
5.1.1. Choix du site de l'étude.....	165
5.1.2. Présentation des centres de prise en charge des PVVS	166
5.2. PARTICIPANTS ET TECHNIQUE D'ÉCHANTILLONNAGE.....	167
5.3. VARIABLES DE L'ÉTUDE	170
5.3.1. Variable indépendante	170
5.3.2. Variable dépendante	171
5.4. PLAN DE RECHERCHE.....	174
5.5. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	174
5.5.1- Hypothèse générale de recherche.....	174

5.5.2. Les hypothèses de recherche	175
5.5.3 . Objectifs de l'étude	176
5.6. CHOIX, ELABORATION ET VALIDATION DE L'OUTIL DE COLLECTE DES DONNEES	177
5.6.1. Choix de l'outil de collecte des données	177
5.6.2. Elaboration du questionnaire	177
5.6.3. Pré-test et validation du questionnaire	179
5.7. PROCEDURE DE COLLECTE DES DONNEES	180
5.8. OUTIL DE TRAITEMENT STATISTIQUE.....	181
5.8.1. Analyse des corrélations.....	181
5.8.2. Analyse de régression.....	182
5.9. RESULTATS ETUDE 2	183
5.9.1. Analyse des facteurs secondaires	183
5.9.1.1. Genre	183
5.9.1.2. Âge	184
5.9.1.3. Niveau d'étude.....	185
5.9.1.4. Statut socioprofessionnel.....	185
5.9.1.5. Statut matrimonial	186
5.9.1.5. Régime matrimonial	187
5.9.2. Vérification de la première hypothèse spécifique	187
5.9.1.2. Analyse de la régression entre système étiologique et observance thérapeutique	191
5.9.2- Vérification de la deuxième hypothèse	192
5.9.2.1. Analyse de corrélation entre les représentations sociales des ARV et l'observance thérapeutique du traitement antirétroviral.....	192
5.9.2.2. Analyse de régression entre représentations sociales des ARV et observance thérapeutique	195
5.9.3. Vérification de la troisième hypothèse spécifique.....	196
5.9.3.1. Corrélations entre confiance en soi et observance thérapeutique.....	196
5.9.3.2. Régression entre confiance en soi et observance thérapeutique.....	198

5.9.4. Vérification de la quatrième hypothèse	199
5.9.4.1. Analyse des corrélations entre soutien social et observance thérapeutique	199
5.9.4.2. Analyse de régression entre soutien social et observance thérapeutique	201
5.9.5. Vérification de la cinquième hypothèse	202
5.9.5.1. Analyse de corrélation entre ressources économiques et observance thérapeutique	203
5.9.5.2. Analyse de la régression entre ressources économique et observance thérapeutique	204
CHAPITRE SIXIEME DISCUSSION DES RESULTATS.....	206
6.1. DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE 1	206
6.2. DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE 2	207
6.2.1. Discussion de l'hypothèse de recherche 1	207
6.2.2. Discussion de l'hypothèse de recherche 2	211
6.2.3. Discussion de l'hypothèse de recherche 3	215
6.2.4. Discussion de l'hypothèse de recherche 4	219
6.2.5. Discussion de l'hypothèse de recherche 5	222
6.3. DISCUSSION GENERALE DES RESULTATS	225
CONCLUSION GENERALE	237
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	242
ANNEXES	267
INDEX DES MOTS	289
INDEX DES AUTEURS.....	296
TABLE DES MATIERES.....	304