

RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

UNION-DISCIPLINE-TRAVAIL

ANNÉE UNIVERSITAIRE 1997-1998

UNIVERSITÉ D'ABIDJAN- COCODY

U.F.R SCIENCES DE L'HOMME

ET DE LA SOCIÉTÉ

Thèse de Doctorat 3^è cycle de Socio-anthropologie Médicale

DÉPARTEMENT DE

SOCIOLOGIE

**ÉCOLOGIE SOCIALE D'UNE MALADIE: RÉPONSES
DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE
THÉRAPEUTIQUE ET PSYCHOSOCIALE DE
L'INFECTION À VIH/SIDA EN CÔTE D'IVOIRE**

AUTEUR

BLIBOLO AUGUSTE DIDIER

DIRECTEUR SCIENTIFIQUE

KOUAKOU N'GUESSAN FRANÇOIS

Professeur titulaire de Sociologie

COLLABORATEURS

DEDY SERI

Anthropologue, Maître de Recherche

TAPE GOZE,

Psychologue, Maître de Conférences.

JURY DE SOUTENANCE

Président : Professeur Tapé Gozé, ENS

Examineurs : Professeurs

Kouakou N'guessan F. Président Université de Bouaké.

Dédy Séri. Chercheur à l'Université de Cocody.

Bissagnéné Emmanuel. Prof titulaire de Médecine.

DEDICACE

Ce modeste travail de recherches est dédié à mes parents et amis qui ont caressé avec moi l'espoir de bien mener aussi loin que possible mes études universitaires. Il s'agit de

DABÉLY Opadou Léon, mon bien aimé père et ami. (in mémorium)

BASSÉLY Blibolo Bernard, mon géniteur (in mémorium)

Feue LETO Mahionnon , ma génitrice (in mémorium)

DABÉLY Charles Bato Gapéa, mon frère et ami

Mme Gnakpo Adèle et Mme Gadji née Koffi Jeanne, mes soeurs aînées.

Cette thèse est également dédiée

au **Dr Dominique Kérouédan**, Conseiller technique de la Mission de Coopération Française au PNLS jusqu'en 1997 à Abidjan

et au

Dr Thierry Berche (in mémorium)

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent en premier lieu au Directeur scientifique de cette
Thèse,

le **Professeur KOUAKOU N'GUESSAN FRANCOIS**

Président de l'Université de Bouaké

Mes remerciements vont plus particulièrement aux

Professeurs

DEDY SERI

et

TAPE GOZE

qui ont co-dirigé l'encadrement scientifique de cette thèse.

En second lieu, je remercie spécialement le **Ministère Français de la Coopération et de l'action culturelle** qui m'a accordé une subvention financière dans le cadre du Projet Santé Abidjan (PSA) pour la réalisation de cette thèse.

J'adresse tous mes remerciements au médecin-Chef de la Clinique des Maladies Infectieuses du CHU de Treichville et à ses collaborateurs et toute ma gratitude aux Responsables de l'Hôpital Protestant de Dabou et à leurs collaborateurs.

Je remercie Monsieur

BERNARD CONTAMIN,

ex-Directeur de l'ORSTOM, Institut Français de Recherches pour le
développement en Coopération, Centre de petit-Bassam

ainsi que Monsieur JEAN MARIE Chevassu, l'actuel Directeur

pour m'avoir accepté et adopté à la fois comme doctorant et comme chercheur-
associé auprès de ce prestigieux Institut de Recherches Scientifiques.

Les véhicules, la salle informatique, le téléphone, le télécopieur, une photocopieuse
moderne, toute une administration performante et un bureau climatisé ont été mis à
ma disposition grâce à ces personnalités.

Je remercie également le

DR MSELLATI PHILIPPE

du pôle santé du centre ORSTOM de Petit- Bassam qui s'est mis à ma disposition malgré ses multiples responsabilités son essai clinique. Il m'a initié à l'utilisation de l'outil informatique. Il a lu, relu et apporté la contradiction et des éclaircissements d'ordre épidémiologique et/ou médical à mon travail.

Il m'a encouragé et m'a associé à l'un de ses projets de recherches sur les malades tuberculeux. Son ouverture d'esprit d'homme de Science, la disponibilité et la sympathie dont il a fait preuve envers moi, son humilité et sa rigueur au travail m'ont marqué.

Je dis également merci à

Mme Trahoré néé DJÉNÉBA Coulibaly

Mme TOURÉ Kouya Collette et

à Mlle BOLOU Monique Angèle

qui m'ont aidé, chacune à son niveau, à réaliser mes enquêtes. Elles m'ont encouragé et soutenu moralement.

Je remercie également le

DR MSELLATI PHILIPPE

du pôle santé du centre ORSTOM de Petit- Bassam qui s'est mis à ma disposition malgré ses multiples responsabilités son essai clinique. Il m'a initié à l'utilisation de l'outil informatique. Il a lu, relu et apporté la contradiction et des éclaircissements d'ordre épidémiologique et/ou médical à mon travail.

Il m'a encouragé et m'a associé à l'un de ses projets de recherches sur les malades tuberculeux. Son ouverture d'esprit d'homme de Science, la disponibilité et la sympathie dont il a fait preuve envers moi, son humilité et sa rigueur au travail m'ont marqué.

Je dis également merci à

Mme Trahoré néé DJÉNÉBA Coulibaly

Mme TOURÉ Kouya Collette et

à Mlle BOLOU Monique Angèle

qui m'ont aidé, chacune à son niveau, à réaliser mes enquêtes. Elles m'ont encouragé et soutenu moralement.

Avant de terminer, j'adresse tous mes encouragements à mon ami, frère et collègue

YAO Gnabély Roch

pour avoir partagé avec moi cette envie d'apprendre et de se cultiver durant notre cursus universitaire.

Enfin, je ne peux oublier d'exprimer toute ma gratitude à Mr Laurent Vidal de l'ORSTOM Petit-Bassam ainsi qu'à tous les enseignants qui m'ont formé. Je pense

à mes enseignants du Département de Sociologie, à ceux de la Faculté de Droit, à ceux du Centre D'études et de Recherches en Communication de l'université d'Abidjan Cocody. Je fais également allusion à mes enseignants de l'École de Santé Publique de la Faculté de médecine de NANCY 1 ainsi qu'à ceux de L'I.N.F.S

Parmi tous ces enseignants, je remercie particulièrement les Professeurs Harris Mémel Foté et Kadja M. Daniel qui ont guidé mes premiers pas dans le domaine de la recherche scientifique.

Toute ma gratitude à Madame la Vice-Présidente, le Professeur Lee Ramata et Au Directeur de l'U.F.R Sciences de l'Homme et de la Société de l'Université de Cocody

INTRODUCTION

Problématique

Après la découverte des premiers cas de SIDA en 1981 aux Etats-Unis d'Amérique et en France, l'information relative à une nouvelle "Maladie" s'est répandue dans le monde. Il s'agissait du SIDA, Syndrome d'Immunodéficience Acquis. Alors que le SIDA est présenté et perçu dans l'opinion publique comme une maladie, la science médicale le définit comme quelque chose différent d'une maladie. Il importe alors de s'interroger sur ce qu'est une maladie.

Le mot malade vient de l'expression latine *Male Bitum*. Il est formé de l'adverbe *Male* (qui veut dire *Mal*) et de *Habitus*, participe passé du verbe *Habere* (qui veut dire *se trouver dans tel ou tel état*). Donc, littéralement, le malade est celui qui est en mauvais état de santé. La santé étant défini par l'Organisation Mondiale de la SANTE (O.M.S.) comme "un parfait état de bien être physique, social et psychologique qui ne consiste pas seulement en l'absence d'une maladie". On retient alors que le terme maladie s'applique à *un corps organisé qui n'est pas dans son état initial normal et qui, sous l'influence de perturbations diverses, subit une crise à phases variées*.

De ce point de vue, l'infection par le VIH/SIDA est considérée dans ce travail comme une maladie.

En Côte d'Ivoire, c'est d'abord sous forme de rumeurs que l'information relative au SIDA, une nouvelle maladie incurable et mortelle, a circulé dans les différentes régions du pays. Par la suite, cette rumeur a fait place à une peur dans l'esprit des populations qui voulaient savoir si le SIDA existait réellement et voir des personnes infectées par le VIH, peut-être avant de croire ou dans le but d'éviter d'entretenir des relations sexuelles avec elles. Car personne n'en savait grand chose à ce moment là, même la plupart des agents de santé du pays.

C'est donc dans un climat d'incertitude et de peur que les deux premiers cas de SIDA ont été identifiés entre 1985 et 86. Dans ce contexte de peur entretenue par le manque d'informations officielles précises, les autorités sanitaires décident de rompre le silence et de rassurer la population: " le SIDA n'est pas plus préoccupant que le paludisme... Il suffit d'être fidèle à son (sa) partenaire pour éviter la terrible maladie" ¹

A partir de ce moment, une relative quiétude succède à la peur de la mort par le SIDA. Entre temps, les recherches biologiques et épidémiologiques se poursuivent et s'amplifient permettant de mieux connaître le virus du SIDA et ses principaux mécanismes de transmission. Les différents stades de développement de l'infection par le VIH sont mieux connus, et, des mesures de prévention identifiées.

Les connaissances acquises grâce à ces recherches ont permis à l' O M S (Organisation Mondiale de la SANTE) d'élaborer une stratégie mondiale de lutte contre le SIDA.

¹ Cette déclaration du Ministre de la SANTE à la télévision nationale en 1987 était la première réaction officielle du gouvernement au SIDA en direction de la population. Selon le Professeur E.A de la Clinique des Maladies Infectieuses, les autorités politiques avaient opté au départ pour le silence au sujet du SIDA dans le pays.

Les principaux objectifs de cette stratégie se résument en trois points:

- 1°) La prévention de la propagation de l'infection par le VIH;
- 2°) La réduction de l'impact de l'infection et du SIDA sur les individus et pour la société;
- 3°) L'unification et la promotion des efforts nationaux et internationaux de lutte contre l'infection à VIH/SIDA. ²

La Côte-d'Ivoire, à l'instar d'autres pays du monde, adhère à cette stratégie et élabore un programme national de lutte contre le SIDA en 1987.

Face à cette maladie mystérieuse et fatale, des réponses ont été mises en oeuvre. L'ensemble de ces réponses individuelles, institutionnelles et collectives est désigné dans ce travail par le terme "écologie sociale". ³

² Manuel de prévention du SIDA en Afrique rédigé sous la Direction de Peter Lamptey, MD, DrPH et de Peter Piot, MD, PhD, avec l'assistance de Robert Gringle, MED en 1991

³ Dérivé du mot grec OIKOS, le mot écologie désignait déjà dans les années 1874 <<maison, habitat>>, c'est à dire un milieu physique. Aujourd'hui, le mot écologie désigne à la fois une science et son objet : l'écologie désigne une étude et un espace matériel, des conditions physiques, chimiques, climatiques, l'ensemble des conditions humaines qui entourent et influencent un organisme vivant et dans lesquelles vit et se développe un individu humain.

L'écologie sociale de l'infection à VIH/SIDA est par conséquent, *l'environnement social, économique, sanitaire et culturel dans lequel elle existe et se développe.*

De façon plus concrète et opératoire, disons que l'écologie sociale de l'infection à VIH/SIDA désigne dans ce travail les réponses de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH/SIDA mises en oeuvre par les individus et la collectivité (associations, ONG, familles, institutions étatiques nationales et internationales).

Les réponses institutionnelles face à l'infection à VIH/SIDA datent d'avant 1987. Elles se sont multipliées par la suite sous diverses formes : recherches, décisions politiques et administratives, élaboration de plans à court et moyen terme, naissance d'ONG et d'associations de lutte contre le SIDA, vulgarisation et utilisation des préservatifs, etc.

Mais, malgré tout ce qui a été fait, l'infection à VIH progresse: dans la population générale, des taux de séroprévalance de 7,3% et de 4,9% ont été relevés respectivement en milieu urbain et en zone rurale en 1989. De 1989 à 1993, le taux de prévalance du VIH parmi les femmes enceintes est passé de 10 à 16% en milieu urbain et de 3,6 à 8% en milieu rural. La prévalance nationale est passée de 1% à plus de 10% dans la population adulte de 1986 à 1989. Le nombre de cas de SIDA déclarés par la Côte d'Ivoire à l'O.M.S. s'est accru très rapidement: 2 cas en 1985-86 et 25 236 cas cumulés en 1994 (Rapports PNLS, 1994).

Il faut noter que la transmission par voie hétérosexuelle est la plus incriminée dans les pays en développement en général et en Côte d'Ivoire en particulier.

Face à ce constat de progression constante de l'infection à VIH et du SIDA malgré les actions de lutte entreprises, on est tenté de se demander pourquoi l'on n'arrive pas à ralentir l'avancée de cette pandémie ?

Sachant qu'il existe des méthodes fiables de prévention de cette infection, on peut en déduire que si le VIH se propage de façon constante et rapide dans la population, c'est parce que les différentes actions de prévention entreprises n'ont pas pu amener la plus grande partie de la population à adopter des comportements à moindre risques s'agissant de l'infection par le VIH.

Les comportements à moindre risques étant principalement l'abstinence sexuelle, la fidélité réciproque des partenaires non infectés et l'usage des préservatifs, la problématique de l'étude se résume donc dans cette question : pourquoi une importante partie de la population n'utilise-t-elle pas les méthodes de protection contre l'infection à VIH malgré les activités de prévention et de prise en charge thérapeutique et psychosociale entreprises ?

L'enquête de Dédy et Tapé (1989) montre pourtant que 89 % de la population générale sait que le SIDA existe. C'est ce qu'indique également l'étude réalisée dans la région de Guiglo en milieu rural ouest-ivoirien (Blibolo A.D.,1995) : 91 % des habitants de cette région n'ignorent pas l'existence de « la maladie » SIDA qu'ils disent redouter. Il ne s'agit donc pas d'un problème d'ignorance de l'existence du SIDA.

Quelles sont donc les raisons qui empêchent ces populations à ne pas appliquer les mesures de prévention connues du SIDA? Comment les institutions (étatiques et non gouvernementales) et les individus ont-ils réagi face aux mesures de prévention et de prise en charge thérapeutique et psychosociale de l'infection à VIH/SIDA? Pourquoi ces réponses ne permettent-elles pas de freiner l'avancée de l'épidémie?

Avant de répondre à ces questions, il importe de situer le thème de l'étude par rapport aux recherches en sciences socio-comportementales déjà entreprises sur la question, ce qui permet de justifier le choix du sujet de l'étude et de dégager sa spécificité et son intérêt scientifique.

Pour ce faire, cette thèse a été bâtie autour de neuf principaux chapitres.

Le premier chapitre est une revue de la littérature des représentations de la maladie, de la santé et du SIDA.

Le second porte sur les études existantes relatives aux réponses et aux répercussions sociales et économiques du SIDA.

Après cette revue de la littérature, le chapitre trois traite des objectifs, des hypothèses et de la méthodologie.

Dans les quatrième et cinquième chapitres, sont étudiées les résultats relatifs aux réponses de prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans les structures officielles et dans les structures traditionnelles de soins.

Le chapitre six se rapporte aux réponses des familles et des entreprises de Côte d'Ivoire face au SIDA.

Le chapitre sept est une analyse de l'évolution de la politique de lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire.

Le huitième chapitre traite des réponses individuelles face aux mesures de prévention de la transmission hétérosexuelle de l'infection à VIH/SIDA.

C'est enfin dans le neuvième et dernier chapitre que les réponses des associations ou ONG face au SIDA sont analysées.

Une conclusion générale précise les grandes lignes de la thèse que nous défendons dans l'étude

Chapitre –I- LES REPRESENTATIONS DE LA MALADIE, DE LA SANTE ET DU SIDA DANS LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE

1- Représentations de la maladie et de la santé dans les sociétés occidentales.

Le terme maladie, du point de vue de l'anthropologie sociale, est soumis à la variabilité des interprétations et des acceptations culturelles (Marc AUGE, 1983, p 36). La représentation de la maladie et de son antonyme, la santé, ont fait l'objet des écrits suivants.

S'agissant de la maladie et de la santé en occident, l'article intitulé "Histoire des maladies, histoire et maladie: l'Afrique" (E. M'Bokolo, 1983) nous apprend ceci: "on considère qu'à la différence des sociétés occidentales plus préoccupées par la santé que par les maladies, les sociétés "traditionnelles" d'Afrique se soucient davantage des maladies, des interprétations à en donner et des moyens de les combattre".

Cette affirmation montre que la perception africaine traditionnelle de la maladie et la de santé est différente de la perception qu'ont les occidentaux de ces deux réalités.

Pourquoi donc n'est-on pas très préoccupé par la maladie en occident? La réponse à cette question se trouve dans "l'histoire de la médecine" (Jean-Charles Sournia, 1992)

L'auteur soutient que "l'évolution technique de la médecine a été si rapide et si fructueuse que la mauvaise santé a cessé d'apparaître à l'homme des pays industrialisés comme une fatalité.

La science met désormais à sa disposition les moyens de soigner, parfois même d'éviter la maladie, il a le droit d'en profiter. De leur côté, beaucoup de Gouvernements se sont enfin pénétrés de cette idée, née à l'époque des lumières : la santé est un bien social et le pouvoir a l'obligation de la préserver".

On retient de ces deux articles que les occidentaux sont très peu préoccupés par les maladies: ils ont les moyens de les soigner, de les éviter. Alors ils s'acharnent à conserver la bonne santé.

A ce sujet, remarquons que l'infection à VIH remet en cause l'acquis qui justifiait la relative insouciance face aux maladies: elle se positionne comme une "maladie" incurable et invincible par la médecine, par l'homme. Mais en même temps, l'infection à VIH/SIDA, de par sa présence moins prononcée en Occident que dans les sociétés non-industrialisées, conforte les occidentaux dans leur perception de la santé qui privilégie la prévention des maladies. Autrement dit, à l'heure où l'infection à VIH/SIDA est incurable et où seule la prévention en est le remède, les sociétés occidentales des pays industrialisés qui ont fait de la prévention des maladies leur préoccupation majeure ont plus de chance que les sociétés traditionnelles d'Afrique de lui survivre.

C'est peut être ce qui explique que cette infection se répand moins rapidement en Occident que dans le tiers monde : moins de 2 millions de cas en Amérique du nord et en Europe et plus de 16 millions dans le tiers monde sur un total de 18 millions de cas estimés chez l'adulte jusqu'en 1994.

A travers ce qui précède, on peut soutenir que le contexte social, l'industrialisation et le développement de la médecine conventionnelle ont entraîné des perceptions de la maladie, de la santé propres à l'Occident.

Quelles sont les travaux scientifiques qui traitent de cette question?

2- Représentation de la maladie dans les sociétés dites traditionnelles

Une multitude de travaux de recherches et de réflexions ont été réalisés sur les représentations de la maladie dans les sociétés traditionnelles. Parmi ces travaux, il y a l'article de Sylvie Fainzang intitulé "la cure comme mythe : le traitement de la maladie et son étiologie à partir de quelques exemples Ouest-Africains" (1981-82) où elle s'interroge sur les ressorts de l'efficacité symbolique des thérapeutiques traditionnelles

Dans cet article, l'auteur passe en revue quelques traitements appliqués par des guérisseurs traditionnels, identifie le mécanisme idéologique du processus de la cure, tant dans sa phase diagnostique que thérapeutique. Sylvie Fainzand s'appuie pour ce faire sur des exemples concrets empruntés à des études sur des sociétés de l'ouest africain pour son analyse.

Traitant tour à tour des relations entre la maladie et la divination (consultation d'un devin pour connaître l'origine du mal), entre le rationnel et la magie pour le diagnostic et le traitement de la maladie (le rôle du mythe dans la cure ou la fonction mythique des remèdes), l'auteur conclut que "tant dans sa phase diagnostique que dans sa phase thérapeutique, la cure fonctionne comme mythe".

D'une part, ce travail montre que le discours divinatoire enjoint au malade d'expliquer sa maladie sur le modèle des catégories de l'ordre établi: l'occultation de la catégorie du "naturel" autorisant l'exercice d'un contrôle social.

D'autre part, il montre que le discours thérapeutique affirme la validité du traitement, faisant éventuellement intervenir le sacré pour la légitimer, le remède étant autant recommandé pour sa valeur magique (symbolique) que pour sa valeur intrinsèque".

Un autre écrit traitant de la perception de la maladie et de la santé en Afrique de l'ouest est intitulé "ordre biologique, ordre sociologique, la maladie forme élémentaire de l'événement" où Marc Augé (1983) reconnaît l'importance de la société dans l'interprétation de la maladie et du malheur en Afrique.

L'auteur constate que "la maladie est à la fois la plus individuelle et la plus sociale des choses" parce que, soutient-il, chacun d'entre nous l'éprouve dans son corps et parce qu'un certain nombre d'institutions la prennent en charge.

La constatation faite en zone lagunaire de Côte-d'Ivoire et dans le sud du Togo l'a amené à dire que "les systèmes d'interprétation... font, en effet, de tout désordre biologique le signe d'un désordre sociologique tel que l'agression en sorcellerie, l'adultère, la rupture d'un interdit, etc".

C'est pourquoi l'auteur pose l'hypothèse selon laquelle une même logique intellectuelle commande la mise en ordre biologique et la mise en ordre sociologique (s'agissant de la guérison de la maladie).

Ce travail révèle que la maladie est perçue (surtout en Afrique de l'ouest) comme une "régression", une "menace de mort", l'épreuve par excellence et l'occasion d'une forte mobilisation sociale. C'est pourquoi, selon l'auteur, il n'est pas étonnant que toutes les sociétés aient élaboré à son propos (de la maladie) des énoncés plus ou moins sophistiqués. Énoncés qui ont au moins trois traits en communs :

- 1) parler de l'individu (de sa définition, de ses composantes, de son destin et de ses accidents);
- 2) parler de la société (des causes sociales de la maladie, des atteintes aux valeurs et aux situations sociales structurellement déterminées en terme d'hérédité, de filiation, d'alliance...);
- 3) reposer en partie sur des faits d'observation : symptômes et circonstance de la maladie.

La maladie, forme élémentaire de l'événement ne veut rien dire d'autre que ce que l'auteur résume ainsi : "... le sens de la maladie ne se lit plus simplement sur le corps du malade, mais éventuellement sur celui des autres, de l'entourage, de ceux qui, à leur tour, naissent, rêvent, tombent malades ou meurt".

Enfin, l'analyse de la littérature sur la perception de la maladie et de la santé dans les sociétés traditionnelles révèle une autre catégorie de travaux traitant de la coexistence des médecines conventionnelles et traditionnelles.

Il y a d'une part la présentation de Nicole Sindzingre intitulée "Tradition et Biomédecine" et de l'autre, les travaux de Jean-Charles Crombez (1992-93) et de Sylvie Carbonnelle - (in la Chine et l'Occident).

Sindzingre N., au sujet de la coexistence de la médecine conventionnelle avec la médecine traditionnelle, se réfère aux travaux qu'ont fait en Côte d'Ivoire M. Augé, J.P. Dozon et elle-même. Un travail qui met en exergue la "grande prospérité des thérapeutes "traditionnels" ou "néo-traditionnels", prospérité allant de paire avec les infrastructures biomédicales de Côte d'Ivoire qui sont, selon ces auteurs, parmi les plus développées d'Afrique. Une manière de se demander, comment s'explique le développement croissant de la médecine traditionnelle dans un pays comme la Côte d'Ivoire où il existe des infrastructures sanitaires modernes?

Ces travaux montrent que la perception de la maladie et de la santé dans les sociétés traditionnelles prend en compte à la fois la nature physique, organique et les dimensions sociales et spirituelles s'agissant de la cause et de la thérapeutique.

A la lumière de tout ce qui précède , on peut se poser la question de savoir ce qu'il en est des représentations du SIDA.

3- Représentation du SIDA

La représentation du SIDA revêt plusieurs dimensions: pour les spécialistes de la médecine conventionnelle, le SIDA n'est pas une maladie, mais plutôt un syndrome, le syndrome étant défini comme un ensemble de symptômes ou signes. Vu sous cet angle, c'est la présence d'un certain nombre de symptômes et d'anticorps anti-VIH qui matérialise le SIDA. Dans ce cas, la médecine parle de <<cas clinique de SIDA>>. l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la SANTE) a défini provisoirement le cas clinique de SIDA, lorsque les moyens diagnostics sont limités, de la manière suivante: <<Chez l'adulte, le SIDA est défini par l'existence d'au moins deux signes principaux associés à au moins un signe secondaire, en l'absence de causes connues d'immunodépression telles que le cancer, la malnutrition sévère ou toute autre étiologie reconnue.>> (Peter Piot et Jeffrey Harris, Manuel de Prévention du SIDA en Afrique, 1992, Page 1-2).

Dans cette définition du SIDA , il faut surtout noter qu'on parle de signes principaux (ou signes majeurs) et de signes secondaires.

Les signes principaux sont: la perte de plus de 10% du poids initial, la diarrhée chronique persistant au delà d'un mois, la fièvre qui dure depuis plus d'un mois.

Les signes secondaires étant, entre autre, la toux persistante au-delà d'un mois, la dermatite prurigineuse généralisée, le zona récidivant, la candidose oropharingée, l'infection herpétique progressive et généralisée, la lymphadénopathie généralisée.

Notons que selon l'O.M.S., la présence d'un sarcome de kaposi ou d'une méningite à cryptocoques est suffisante pour poser le diagnostic du SIDA.

Lorsqu'un test aux anticorps anti-VIH positif est retenu comme critère, l'évaluation de la définition donne les résultats suivants:

- Une sensibilité de 60 à 70% et
- Une spécificité de 80 à 90%

Mais, la définition correspondante du cas clinique chez les enfants serait nettement moins précise, ce qui limite les possibilités de quantifier la prévalence du fléau au sein de cette catégorie de population.

Donc le SIDA n'est pas une maladie mais un syndrome. Pour expliquer le SIDA, les spécialistes schématisent l'évolution de l'infection à VIH à peu près comme suit:

- 1) Le contact du VIH avec le sang (entrée du VIH dans l'organisme).
- 2) La séropositivité.
- 3) Le pré-SIDA.
- 4) Le SIDA.

Dans ce schéma d'évolution de l'infection à VIH, on voit que le SIDA se situe au dernier stade. Ce schéma montre également que le fait d'avoir le VIH dans son sang ne veut pas forcément dire qu'on est atteint du SIDA ou qu'on est au stade du SIDA. Ce qui est contraire à la perception populaire. Cette représentation scientifique ou médicale du SIDA n'est qu'une dimension de la perception du syndrome d'immunodéficience acquise.

Une autre dimension est celle qui considère le SIDA comme une maladie au même titre que le paludisme, la diarrhée, la toux. C'est une perception du SIDA très répandue qui transparait dans les discours, même des spécialistes de la médecine.

Luc Montagnier lui-même le perçoit comme " une maladie" de civilisation.

Le SIDA est donc un syndrome pour les uns et une maladie pour les autres ou les deux à la fois.

Tout ceci et d'autres raisons font dire à Marc Augé (1988) que <<Le SIDA correspond à ce que les ethnologues appellent un "fait social total".>>. Selon lui, le SIDA réactualise les catégories du "malheur", de la "maladie" et de la "mort" et individualise terriblement le destin. Le SIDA donc est une maladie des responsabilités individuelles face au malheur, à la vie et à la mort.

Les représentations du SIDA ont fait l'objet de diverses études et réflexions. Certaines d'elles considérées comme des études et réflexions phares sur ce sujet.

Françoise Héritier Augé (médecine et société, actions et recherches sociales, Mars 1990 n°1) a écrit un article intitulé "SIDA: Le défi anthropologique".

L'auteur explique les "représentations archaïques" touchant aux humeurs du corps et sous-tendant tout discours qu'il soit politique, scientifique, médiatique ou populaire.

Se référant à ce que disait Marc Augé dans "SIDA 2001" (ouvrage issue des travaux d'un colloque de la fondation Mérieux) que le SIDA est "un fait social total", Héritier Augé fait trois constats. Le premier constat est que l'image du SIDA conduit à une représentation tragique individuelle du destin du fait que cette image est associée à celle d'une mort inéluctable. Le second constat est que la révélation faite à l'individu (ce choc de l'impensable) pervertit à la fois le sentiment de l'identité individuelle et l'ensemble des relations que chacun a avec autrui.

Héritier constate que l'idée même du SIDA produit des effets d'illusions spécifiques, autour d'un idéal de procréation contrôlée qui serait l'apanage des individus tels, qu'assurés de leur bonne santé comme celle de leurs partenaires exclusifs, la fidélité et l'abstention de toute sexualité extérieure en seraient les garants de la reproduction de la "partie saine de la population ". Ce qui veut dire que l'idée du SIDA et sa prévention séparent la population en deux parties; ceux qui sont préservés d'une part et ceux qui ne le sont pas (les groupes à risques) de l'autre. Cette "logique d'apartheid", comme l'appelle l'auteur, distingue les gens qui sont autorisés à procréer (les sains) et ceux qui ne doivent pas ou plus procréer (les personnes infectées).

Dans cet article, l'auteur montre que le SIDA fait d'autrui, de l'autre, le porteur de la mort. C'est pourquoi elle soutient que la première menace du VIH, c'est de bouleverser le rapport à autrui, rapport pourtant constitutif de l'homme en société.

Enfin, Françoise Héritier Augé différencie le SIDA des autres épidémies meurtrières par cette triple spécificité:

- 1) L'infection n'est pas la maladie mais l'annonce potentielle de la maladie.
- 2) L'infection est irréversible (j'ajouterai pour l'instant).
- 3) L'infection passe par des fluides essentielles (sang, sperme et le lait maternel).

Le SIDA, selon elle, ronge l'être (biologique) et ses rapports avec autrui. Lorsqu'elle parle de "représentations archaïques touchants aux humeurs du corps", elle fait appel à l'ensemble des concepts que Gérard Holton appelle des "Themata archaïques" qui sous-tendent tout discours scientifique comme toute représentation populaire. Elle constate qu'avec le SIDA, on entre dans l'ère du soupçon et de l'inquiétude, pour soi, dans la relation à autrui.

D'autres décrivent la représentation générale du SIDA à travers les réponses des sociétés face aux grandes épidémies du passé et face au SIDA. Parmi ces écrits, il y a celui intitulé "comment les sociétés réagissent-elles devant les grandes épidémies" de JEAN Noël Biraben (1993).

L'auteur nous apprend que <<La lèpre était une maladie incurable, qui défigure, ampute et tue après des années de réclusion et de douleurs. Le feu sacré, une intoxication par l'ergot de seigle qui consume les membres, les dessèchent avec des douleurs transfixiantes, les noircit comme un feu intérieur mystérieux et fait mourir dans des souffrances hallucinantes. La peste enfin est une maladie furieuse, tempétueuse monstrueuse, effroyable, terrible, farouche, traîtresse. Les psychosociologues trouvent dans ces situations d'angoisses collectives majeures trois grands types de réactions:

1°) La fuite matérielle pour éviter l'air censée transmettre le mal.

2°) La fuite morale auprès des médecins, des guérisseurs, des saints thaumaturges, des reliques, des talismans...

3°) L'agressivité contre les boucs émissaires (les lépreux, les juifs, les tartares...) ou contre soi-même (flagellants) et la projection artistique ou littéraire qui décrit le mal pour se donner l'illusion de le maîtriser>>.

A ces réactions, l'auteur ajoute les prières, les messes, les processions, les vœux pieux etc, qui se justifient par ce qu'il appelle l'idée païenne selon laquelle la maladie est la punition d'une faute contre la divinité, cause première du fléau.

J N Biraben remarque que les causes secondes des grandes épidémies ont toujours entraîné une institutionnalisation de la lutte contre chaque fléau qui intègre celui-ci dans le système social et tempère l'angoisse collective.

Ainsi contre la lèpre, il y a eu la mort civile des lépreux et leur réclusion dans des léproseries. On a eu les hôpitaux comme Saint-Antoine pour recevoir les malades du feu sacré, et les bureaux de santé, hôpitaux et lazarets pour combattre la peste. La Syphilis, nouvelle maladie grave apparue à la fin du XV siècle après ces trois épidémies, a jeté de nouveau l'alarme dans les esprits. Presque toujours transmises par relations sexuelles, la syphilis est trop insidieuse avec sa longue incubation, ses temps de latence entre les trois stades : primaires, secondaires, tertiaire.

Les réactions à cette maladie sont, entre autres, des mesures de séquestration des malades et des prostituées dans les premières années. Mais vite abandonnées tant elles se sont avérées inutiles.

Selon l'auteur, la syphilis, cette maladie pour laquelle on ne peut désigner de bouc émissaire, qu'on ne peut fuir et qui relève essentiellement de la responsabilité personnelle, ne provoque effectivement ni agressivité collective, ni fuite. Par contre, elle inspirait le désespoir, l'horreur ainsi que des tableaux et des écrits ironiques pour tenter de l'exorciser par la dérision.

Quant à l'institutionnalisation, elle n'apparaît que timidement sous la forme de quelques dispensaires. <<Il n'en reste pas moins>>, poursuit l'auteur, <<qu'il ne s'agit plus pour la Syphilis comme pour les autres grandes épidémies, d'accuser "la prévarication des hommes" en général, mais la faute individuelle de la plupart des malades qui par insouciance ou manque de volonté n'ont pas su maîtriser leur sexualité. Ainsi naît la notion de maladie honteuse>>.

Il est important de remarquer qu'en Europe occidentale, la syphilis connaissait une expansion surtout en milieu urbain au XVI^e siècle. Elle semblait régresser au XVII^e siècle, progresser à nouveau au XVIII^e siècle et atteindre son maximum au milieu du XIX^e siècle.

C'est au milieu du XX^e siècle qu'elle diminue avec la découverte de la pénicilline extrêmement efficace contre le Tréponème pâle (microbe qui cause la syphilis). Le recul de cette maladie a été si rapide que l'on a envisagé à terme, son éradication.

Mais vers la fin des années soixante, les jeunes adoptent un comportement sexuel de plus en plus permissif, peut-être du fait du recul du péril vénérien et de la diffusion des nouveaux contraceptifs. Il s'en suit une remontée soutenue de la syphilis et des maladies sexuellement transmissibles en général au cours des années soixante-dix.

J. N. Biraben pense que le SIDA a surgi par la suite en profitant de ces facilités nouvelles de diffusion. Il perçoit le SIDA comme une maladie plus insidieuse que la syphilis, beaucoup plus polymorphe (puisqu'il aggrave beaucoup une foule de d'affections très variées mais ne donne aucun signe clinique spécifique); très inaccessible aux traitements. C'est surtout pour lui un mal qui ne donne guère prise à la fuite (malgré quelques tentatives et cas isolés au début), ni à l'agressivité, ni même à la projection artistique, sauf des témoignages littéraires.

Quant à l'institutionnalisation, elle n'apparaît que timidement sous la forme de quelques dispensaires. <<Il n'en reste pas moins>>, poursuit l'auteur, <<qu'il ne s'agit plus pour la Syphilis comme pour les autres grandes épidémies, d'accuser "la prévarication des hommes" en général, mais la faute individuelle de la plupart des malades qui par insouciance ou manque de volonté n'ont pas su maîtriser leur sexualité. Ainsi naît la notion de maladie honteuse>>.

Il est important de remarquer qu'en Europe occidentale, la syphilis connaissait une expansion surtout en milieu urbain au XVI^e siècle. Elle semblait régresser au XVII^e siècle, progresser à nouveau au XVIII^e siècle et atteindre son maximum au milieu du XIX^e siècle.

C'est au milieu du XX^e siècle qu'elle diminue avec la découverte de la pénicilline extrêmement efficace contre le Tréponème pâle (microbe qui cause la syphilis). Le recul de cette maladie a été si rapide que l'on a envisagé à terme, son éradication.

Mais vers la fin des années soixante, les jeunes adoptent un comportement sexuel de plus en plus permissif, peut-être du fait du recul du péril vénérien et de la diffusion des nouveaux contraceptifs. Il s'en suit une remontée soutenue de la syphilis et des maladies sexuellement transmissibles en général au cours des années soixante-dix.

J. N. Biraben pense que le SIDA a surgi par la suite en profitant de ces facilités nouvelles de diffusion. Il perçoit le SIDA comme une maladie plus insidieuse que la syphilis, beaucoup plus polymorphe (puisqu'il aggrave beaucoup une foule de d'affections très variées mais ne donne aucun signe clinique spécifique); très inaccessible aux traitements. C'est surtout pour lui un mal qui ne donne guère prise à la fuite (malgré quelques tentatives et cas isolés au début), ni à l'agressivité, ni même à la projection artistique, sauf des témoignages littéraires.

Comme la syphilis, le SIDA est, selon l'auteur, marqué par une suspicion de faute individuelle. L'institutionnalisation restant limitée à des centres de dépistage, des services hospitaliers spécialisés et des campagnes de prévention reposant presque exclusivement sur l'usage du préservatif.

Nous retenons enfin de cet article de J.N. Biraben que l'infidélité et la drogue restent les meilleurs moyens de diffusion de l'infection à VIH.

Il ressort de cette étude de J.N. Biraben Que les réponses actuelles de la société face à la prévention et la prise en charge du SIDA sont similaires à celle mises en ouvre pour les épidémies du passé, notamment pour le syphilis. Après cette revue de la représentation générale du SIDA il est intéressant d'examiner quelques études ayant traité spécifiquement du SIDA en Afrique.

En Afrique et peut-être ailleurs, le SIDA fait penser à quelque chose de plus grave qu'une simple maladie : la mort.

C'est le constat que fait le Professeur Memel Fotê Harris lors du séminaire Sciences Sociales face au SIDA. Cas Africains autour de l'expérience Ivoirienne (Bingerville,1993) en ces termes: << Des sciences sont à l'oeuvre que vous connaissez déjà, mais l'idéal me paraît être que d'autres sciences, j'ai cité tout à l'heure la linguistique, j'ai cité la mythologie, et les sciences de la communication, s'associent à l'entreprise. Ces sciences qui n'ont pas pris part à cette exploitation d'aujourd'hui, sciences en réserve, devraient pouvoir intervenir un jour et, à la limite devrait intervenir les disciplines comme la philosophie : toute discipline à la recherche du sens fait comme oublier la mort, la mort que prophétise et que porte cette maladie apocalyptique, le SIDA>>.

L'une des plus importantes idées à retenir du texte de cet auteur est que le SIDA est synonyme de mort dans la représentation populaire.

L'apparition du SIDA et la gestion des épidémies du passé au Sénégal" est un autre travail qui traite des représentations du SIDA en Afrique (Charles Becker, 1993). Consacré aux endémies et aux épidémies du passé, ce travail, propose des références historiques (pour employer les termes de l'auteur) servant à éclairer la situation sanitaire actuelle. Situation caractérisée par la flambée du SIDA, les progrès de la bilharziose, la résurgence du paludisme, du choléra, de la tuberculose, des maladies sexuelles.

En introduction, l'auteur observe que les études sur l'Afrique montrent que les maladies et les épidémies du passé ont été des causes de changement historique et d'évolution sociale. Elles ont suscité des réactions sociales et politiques qui sont révélatrices de clivages de la société et des conflits culturels.

S'agissant du Sénégal, l'auteur se pose les questions suivantes: quelle est la spécificité de la gestion du SIDA par rapport aux épidémies du passé? Quelles sont les raisons de sa rapide expansion dans certaines régions subsaharienne? A travers les réponses à ces questions, l'auteur apporte des éléments historiques sur les origines et les raisons du développement de l'épidémie, en particulier sur la spécificité des régimes sexuels africains et sur la faiblesse des réactions africaines par rapport à l'épidémie.

Avant de répondre à ces questions, l'auteur rappelle que <<les inégalités devant la santé et la mort se manifestent très clairement à ces moments de crises, et l'on saisit que, pour le SIDA comme pour beaucoup d'autres maladies épidémiques, le contexte social de leur apparition inclut des facteurs économiques: croissance urbaine accélérée, migration de travail, pauvreté urbaine, délaissement des zones rurales, lacunes des systèmes de soins qui conduisent à l'éclosion des épidémies>> (Le Blanc et al., 1991).

Revenant à son sujet, l'auteur précise que les principaux problèmes (sanitaires) du passé au Sénégal ont été la peste, la fièvre jaune, le choléra et la variole. La gestion de ces épidémies dans le passé a consisté dans la mise en place de mesures sanitaires et législatives, de mesures budgétaires, de structures de soins et de recherches, de mesures de prophylaxie et de soins et a surtout consisté à étudier les attitudes et réactions sociales. En effet, pour réduire la morbidité et la mortalité des personnels européens et des captifs, des mesures préventives ou curatives faisant appel à des ressources locales ont été prises dès le milieu du XIII^e siècle (travaux du naturaliste Michel Adanson sur les vertus de la pharmacopée traditionnelle.)

Au XIX^e siècle, des mesures de prophylaxie comportant la mise en œuvre fréquente de l'isolement pour ne pas dire la ségrégation sont appliquées dans les établissements.

Becker nous apprend que durant la période coloniale (deux premiers tiers du XX^e siècle), apparaît et se développe la peste (1912 et 1914) avant d'être freinée en 1945, c'est à dire 33 ans plus tard. Cet exemple de la peste permet, à notre avis, de croire que le SIDA sera maîtrisé et son avancée freinée. Nous ne sommes qu'à la 15^e année de sa découverte du virus responsable de cette maladie..

L'histoire des autres épidémies telles que la peste nous révèle que des mesures de prévention ont souvent été prises. << En ville, on notait des rares tentatives d'information et d'appels à la participation des citoyens africains, mais surtout à l'application des mesures d'hygiène répressives.

Il y a même eu, selon l'auteur, une tentative d'instauration d'une ségrégation dans l'habitat entre la population blanche et la population africaine en créant la MÉDINA>>.

En milieu rural, l'auteur décrit les réactions de rejet des malades à travers la création des LAZARETS avec internement forcé, incinération des cases et de tous les biens dont certains sont sacrés, enterrement des morts sans les rites prévus et en l'absence de la famille. Dans ce milieu, l'on a tenté de comprendre la maladie et de la soigner à l'aide du savoir des thérapeutes traditionnels.

Devant l'épidémie plus récente du SIDA, l'auteur note plusieurs réactions ou réponses de la société : la dénégation initiale, la simultanéité entre l'adoption d'une politique de lutte contre le SIDA et celle de la politique de la population. Selon lui, cette coïncidence traduit les pressions extérieures liées aux exigences de financement.

Il constate également que des lourds investissements sont consentis (comme dans le cas des autres épidémies), notamment dans les dépenses de santé publique.

Il remarque, s'agissant du SIDA, que les mesures réglementaires sont encore rares en Afrique et au Sénégal. Toutefois, il fait allusion à un ensemble de textes non publiés dans le Journal Officiel (J.O) tels ceux relatifs à l'éthique.

Pourtant, les épidémies de la fièvre jaune (1912 et 1927), et de la peste (1914, 1917 et 1937) sont à l'origine des plus anciennes législations du Sénégal.

C'est dire que le SIDA n'a pas entraîné les mêmes réactions juridiques au Sénégal que les épidémies du passé. Notons que ce constat est aussi valable pour la Côte d'Ivoire jusqu'en 1994.

Il se dégage de son document l'idée que l'occultation, la négation de l'épidémie ou l'usage d'un discours minimisant l'existence et la gravité du mal est le fait des "politiques".

A la lumière de ces données de l'histoire, nous remarquons qu'il y a des similitudes et des différences dans les représentations et les réactions sociales face au SIDA et aux épidémies du passé. Mais les similitudes sont tellement nombreuses que les différences ne sont pas apparentes.

Quant aux représentations du SIDA en Côte d'Ivoire, elles ont été étudiées par plusieurs chercheurs au cours d'études portant sur d'autres centres d'intérêt. Mais il y en a deux, à notre connaissance, qui ont véritablement abordé ce sujet. Ce sont les études de Dédy S. (1991) et de Rwegéra .D (1995).

L'étude de Dédy s'intitule "représentation de la maladie et attitudes des africains face au fléau du SIDA: le cas de la Côte d'Ivoire.

Dans ce travail, l'auteur rappelle qu'entre 1985 et 1986, la presse africaine faisait état d'une maladie mystérieuse et mortelle qui ravage les milieux toxicomanes et homosexuels aux USA et en Europe. Maladie dont on constate quelques cas au Zaïre et en Afrique de l'Est (Kenya, Ouganda). Précisions qui, de l'avis de l'auteur, ont créé un climat de quiétude et d'insouciance parmi les ivoiriens qui ne se sentaient pas concernés par une maladie des homosexuelles.

Mais à cet argument, il faut ajouter celui qui consiste à dire que

<<notre santé dépend de notre vision du monde, je dirai de notre culture>>.

Ce travail montre justement que la santé est perçue en Afrique comme la résultante d'un équilibre entre les hommes et entre eux et la nature. Ce qui explique que les agressions en sorcellerie constituent l'une des causes de la maladie en Afrique. <<pour tout dire, la santé dans la pensée africaine repose sur l'équilibre de sorte que la quête de l'équilibre constitue une mesure préventive et curative à la fois.>>

Après ces remarques générales, l'auteur aborde l'étude des représentations de la maladie et du SIDA dans deux grandes directions .

Dans la première direction, la notion de transmissibilité est traitée. Ainsi, peut-on distinguer avec lui trois modes de transmission du SIDA chez les Bété et chez les Baoulés: le mode naturel, le mode surnaturel et le mode héréditaire.

En effet, pour ces deux groupes ethniques ivoiriens en particulier, la maladie se transmet de façon naturelle, en fréquentant les mêmes endroits qu'un malade du SIDA. C'est la transmission par contacts, sans l'intervention de mauvais esprits.

Le mode surnaturel de transmission du SIDA repose sur ce que l'auteur appelle l'idéologie religieuse africaine, selon laquelle on attrape la maladie (et donc le SIDA) par la volonté de Dieu, à la naissance, ou du fait des sorciers.

Enfin, il y a le mode héréditaire de transmission de la maladie. Dans ce cas, les parents transmettent la maladie à leurs progénitures et cela, de génération en génération.

Au sujet de la vision du monde, l'étude nous apprend qu'en Côte d'Ivoire, les gens perçoivent le SIDA comme une maladie contagieuse. Ils l'identifient à une maladie anciennement connue et traitée chez les tradipraticiens : Babazru pour les Baoulés et Bagumené chez les Bétés.

Fort de tous ces arguments, l'auteur conclut que la santé se trouve dans la culture.

Chapitre II: LES ETUDES DES REPONSES ET DES REPERCUSSIONS SOCIALES ET ECONOMIQUES DU SIDA

1- Connaissances, attitudes , pratiques sexuelles et SIDA

Le thème relatif aux connaissances, attitudes et pratiques sexuelles face au SIDA a été traité par plusieurs chercheurs.

Il y a d'abord Myriam de L et al., (1995) qui a travaillé sur les "connaissances, opinions et attitudes relatives au SIDA en milieu rural africain (Sénégal, Cameroun, Burundi).

Cette étude montre que l'importance accordée à la menace du SIDA comme problème de santé est plus marquée chez les hommes que chez les femmes dans les pays à faible prévalance alors que c'est le contraire dans les pays à prévalance élevée comme le Burundi.

Les auteurs expliquent cet état de choses par le fait que dans les zones à fortes prévalance, la confrontation à l'épidémie est plus importante ainsi que la circulation de l'information relative au SIDA.

A partir de l'analyse, les auteurs de ce travail définissent deux modèles complémentaires de moyens de sensibilisation sur le SIDA : le modèle dit "d'information" et le "modèle " de confrontation". Autrement dit, la sensibilisation peut se faire aussi bien par l'information que la confrontation à la pandémie.

En Côte d'Ivoire, parmi les études traitant de ce thème, nous pouvons retenir celle de Dédy et Tapé (1989) et de Messou (1990). Ces auteurs ont réalisé les deux seules enquêtes nationales sur les comportements sexuels face au SIDA en Côte d'Ivoire.

Dédy et Tapé (1994) ont également effectué une étude de portée nationale sur la sexualité des jeunes dans le contexte du SIDA. Ces trois études sont donc les toutes premières sur la question en Côte d'Ivoire. Que nous apprennent-elles au sujet des pratiques sexuelles, sur l'utilisation des préservatifs, sur l'abstinence sexuelle et sur la fidélité?

La première enquête de Dédy et Tapé intitulée "comportements sexuels et SIDA en Côte d'Ivoire" a permis de relever une précocité des relations sexuelles chez les jeunes: le début de la vie sexuelle se situait à 15 ans (51% des enquêtés ont eu leur premiers rapports sexuels entre 15 à 19 ans).

L'étude montre que les ivoiriens ont une sexualité "libidinale", "impatiente" ou "gourmande" (du fait par exemple que 11,1% des ivoiriens ont des rapports sexuels pendant la période menstruelle. voir tableau ci-dessous). Ce qui représente un facteur important de risque pour l'exposition au VIH.

Tableau des rapports sexuels au cours de la période menstruelle. (source: DÉDY et TAPÉ, 1989).

Rapports pendant la période menstruelle	Oui	Non	Total = N	%
Oui	30,3	69,7	33	11%
NON	7,8	92,2	166	55%
Ne sait pas	10,3	89,7	107	34%
Total	11,1	88,9	306	100%

L'enquête indique également que la société éprouve une grande répulsion à l'égard de l'infidélité féminine et de la prostitution: 92% des ivoiriens désapprouvent le fait qu'une femme mariée trompe son époux et 92% n'acceptent pas qu'une femme aime une autre personne en plus de son amant.

S'agissant de l'utilisation des préservatifs, l'étude nous apprend que 44% de la population connaissent les préservatifs comme moyen contraceptif et 20% affirment les utiliser dans ce but.

L'abstinence sexuelle apparaît à 36% des ivoiriens comme un moyen contraceptif. Mais ce sont 9% d'entre eux qui déclarent la pratiquer à cette fin, soit le quart (1/4) de ceux pour qui l'abstinence sexuelle est une méthode contraceptive.

Après avoir déterminé et mesuré les comportements sexuels (utilisation des préservatifs; fidélité au partenaire et abstinence sexuelle) des ivoiriens face au SIDA, ces deux chercheurs définissent un type de personnes (théoriquement) plus exposé que d'autres à l'infection par le VIH/SIDA . Ce sont les jeunes (âgés de 16 à 39 ans) de sexe masculin, instruits , célibataires et citadins qui semblent les plus exposés. Car la polysexualité est le fait des hommes et, elle croît avec le niveau d'instruction, soutiennent-ils.

E MESSOU et son équipe (1990) ont effectué leur enquête un an plus tard, en 1990. Ils observent quant à eux , que la prise de conscience du risque personnel probable d'attraper le SIDA est plus forte chez les hommes (62%) que chez les femmes (54%) et plus faible chez les jeunes de 15 à 19 ans (52%).

Les changements de comportements induits par le SIDA se limitent à la "fidélité". En effet, 39% des enquêtés ont affirmé avoir limité le nombre de leur partenaires sexuels à un alors que pour 7% des répondants, c'est l'utilisation des préservatifs qui constitue le nouveau comportement adopté face au SIDA.

Enfin, l'étude révèle que parmi les ruraux, 17% déclarent savoir les vertus protectrices du préservatif contre l'infection à VIH/SIDA contre 41% des urbains.

Si l'importance accordée à la menace du SIDA comme problème de santé est plus marquée chez les hommes que les femmes dans les pays à faible prévalence (Myriame de L et al, *opp cit*), on peut dire que la Côte d'Ivoire n'était pas un pays de forte prévalence en 1990, car selon Messou, la prise de conscience du risque personnel probable d'attraper le SIDA était plus forte chez les hommes que chez les femmes.

Dans la population jeune, l'une des plus récentes études de Dédy et Tapé (1994): "jeunesse, sexualité et SIDA en Côte-d'Ivoire" aborde les déterminants de la sexualité chez les jeunes de 15 à 24 ans, (les personnes plus âgées ayant déjà fait l'objet d'une autre étude du même type).

Elle traite des déterminants des comportements sexuels réputés à risques chez des personnes jeunes dont le statut sérologique est inconnu des chercheurs.

Il en ressort que les déterminants de la sexualité des jeunes sont de diverses natures: les déterminants endogènes (maturité psychologique, curiosité sexuelle, amour et désir de relations sexuelles); les déterminants ou buts particuliers de la sexualité (principalement l'argent).

L'étude insiste également sur le rôle des mass-média et des rapports familiaux dans la détermination des rapports sexuels chez les jeunes.

Par ailleurs, l'étude indique que face au SIDA, 46% des jeunes déclarent être devenus fidèles, 34% disent utiliser les préservatifs, 16% sont devenus abstinentes et 16% disent avoir réduit le nombre de leurs partenaires. Par contre 49% des garçons et 11% des filles pratiquent le multipartenariat.

Quel crédit accorder à ces déclarations dans un contexte épidémiologique comme celui de la Côte-d'Ivoire où l'infection à VIH a pour principale cible les jeunes? Cette interrogation nous amène à examiner de plus près les différentes études ayant porté sur le vécu psychosocial et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

2- Vécu psychosocial et prise en charge de l'infection à VIH.

La prise en charge de la séropositivité et du SIDA est un thème traité par un nombre réduit de recherches en Côte d'Ivoire dans le domaine des sciences socio-comportementales. La série des études traitant de ce thème commence avec "la prise en charge psychosociale des séropositifs par leurs parents à Abidjan" (Biibolo A.D, 1991). Dans cette étude, nous nous interrogeons de savoir pourquoi les personnes infectées par le VIH (qui ne présentent aucun danger pour leurs parents) sont rejetées par ceux-ci alors que les tuberculeux, très contagieux, sont plus acceptés?

A cette question, l'étude a permis de répondre que les quelques cas de séropositifs ou sidéens qui se déclarent rejetés le sont pour des raisons surtout financières.

La peur d'être contaminé se manifestant surtout à l'égard de malades présentant des signes extérieurs évocateurs du SIDA. Autrement dit, les résultats de l'enquête ont infirmé l'hypothèse selon laquelle les personnes infectées par le VIH sont rejetées par leurs parents à Abidjan par ce que ces derniers ont peur d'attraper la maladie.

En effet, non seulement très peu de personnes (3% des 70 enquêtés) se sont déclarées rejetées par leurs parents, mais les raisons pour lesquelles elles se disent rejetées sont d'ordre économique et très peu relatives à la peur de la contamination : elles se mettent à l'écart de la vie familiale, abandonnent leur poste de travail ou quittent la maison familiale d'elles-mêmes, etc.

Un an plus tard, en 1992, est publiée l'étude sur "l'itinéraire thérapeutique et la connaissance de la maladie chez les patients séropositifs pour le VIH à Abidjan." (VIDAL L, 1992)

Cet auteur décrit le complexe système de recours en matière de prise en charge de la séropositivité ou du SIDA à un moment où son annonce aux patients était encore tabou, surtout dans les Centres Anti Tuberculeux (CAT) d'Abidjan où l'étude a été effectuée. Le recours à toute sorte de pratiques médicales dont parle l'auteur montre que la recherche de la guérison d'une infection reconnue incurable repose le problème de la perception de la guérison de la maladie et de la maladie elle-même.

Les divers aspects du problème de "rejet" ou d'abandon des séropositifs par leurs parents ont fait également l'objet d'une étude co-dirigée par Dédy, Tapé et Caprara: " Du soutien à l'abandon " (1992). Dans cette étude, 62,9% des enquêtés parlent de changement de réaction des parents à leur égard, 29,% disent être supportés et 8,04% se disent rejetés.

Par ailleurs, l'étude révèle que plus de 3% des enquêtés ont été licenciés de leur travail. Il reste toutefois à vérifier si les licenciements sont liés à leur séropositivité pour le VIH.

Parlant des réactions émotionnelles à l'annonce de la séropositivité, l'auteur écrit que "la peur, la rage et le choc sont confondus au découragement, à l'incrédulité et à l'étonnement, à tel point qu'ils conduisent à l'indifférence, à la minimisation, au refus ou à l'acceptation de la maladie. Assez souvent, l'indifférence ou la dénégation deviennent intolérables, et les maladies opportunistes peuvent être utilisées afin de se justifier à soi-même et aux autres quand l'information est faite".

Il faut aussi retenir des résultats de ce travail que ces sentiments varient selon l'intensité des symptômes, la manifestation d'une nouvelle maladie ou la durée de la maladie. L'adaptation ne conduit pas toujours à l'acceptation de la maladie.

3- Littérature sur les réponses familiales face au SIDA.

L'influence du SIDA sur les relations sociales en Côte d'Ivoire est un thème qui n'a pas été étudié en soi. Etant très étroitement lié au vécu de l'infection à VIH, ce thème a été partiellement abordé dans la plupart des études traitant de la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA.

C'est le cas dans "du soutien à l'abandon", (Agnese et al, 1994).

Cette étude indique que 65% des enquêtés vivent avec leur famille, 19% avec d'autres parents et 14% sont seuls ou vivent avec l'employeur (dans une faible proportion). Ce qui montre qu'il y a une importante partie des séropositifs et des sidéens (environ 33%) qui vivent en dehors de leur famille, d'où les constants changements de résidences constatés.

En effet, l'auteur nous apprend que le SIDA a des répercussions sur le changement de résidence: 14% des enquêtés vivant avec le VIH ont changé de résidence du fait de l'infection qu'ils veulent cacher à l'entourage.

Mais le changement de résidence est-il le propre des séropositifs et des sidéens? Si non, pourquoi l'auteur soutient-il que le SIDA a des répercussions sur le changement de résidence? pourrait-on se demander.

Les enquêtés eux-mêmes affirment qu'ils ont changé de résidence <<à cause du rejet et de l'abandon probable par leurs familles et leurs parents>>.

L'auteur constate que ces personnes qui disent avoir changé de résidence sont majoritairement (à 80%) des femmes. Ce qui veut dire éventuellement qu'il s'agit en grande partie de femmes en situation de séparation avec leurs époux. Cette situation pourrait s'expliquer à notre avis par le fait que les femmes sont plus nombreuses (41%) à informer leurs partenaires que les hommes (27%) qui ont tendance à rejeter leurs conjointes infectées par le VIH.

Selon le même auteur, <<lors qu'ils se trouvent face aux réseaux des amis et des voisins, les malades ne parlent jamais de SIDA mais plutôt des maladies opportunistes dont ils souffrent: tuberculose, diarrhée, paludisme>>.

L'infection à VIH/SIDA affecte également les rapports conjugaux. C'est ce qui ressort des résultats de cette étude où 44% des enquêtés déclarent avoir interrompu les rapports sexuels et 48% disent en avoir diminué la fréquence.

La question qui vient alors à l'esprit est de savoir si la vie conjugale est possible sans rapports sexuels des partenaires dans le couple?

Nous pensons que les relations sexuelles sont très importantes dans la vie d'un couple et que leur absence peut entraîner des problèmes telle que la rupture de l'union conjugale. .

Dans un contexte où, comme le montre l'étude, une importante partie de l'échantillon (40%) a gardé secret l'information de la séropositivité, on devine aisément les difficultés ou problèmes engendrés par l'infection à VIH/SIDA, et notamment, par l'abstinence sexuelle dans les couples où l'un des conjoints est infecté par le VIH. Bref , il est aussi intéressant de savoir pourquoi les patients gardent secret l'information de leur infection.

A cette question, DÉDY répond que les raisons pour les quelles ils gardent secret cette information sont diverses. Mais la principale est la peur de la stigmatisation. C'est à dire que les personnes infectées par le VIH gardent seules le secret de leur maladie par ce qu'elles craignent d'être rejetées.

C'est le lieu de se demander si tous les séropositifs et les sidéens qui informent leurs parents de leur maladie sont tous rejetés?

L'étude nous permet de répondre par la négation dans la mesure où 80% des enquêtés ayant informé leurs parents disent avoir été encouragés par ceux-ci et seulement 8% se sont déclarés rejetés ou isolés.

En plus de ces répercussions de l'infection à VIH/SIDA sur les relations sociales, il y a le fait que l'auteur de l'étude constate un affaiblissement du rôle social du malade (dans 21% des cas) dès que ses contributions au ménage commencent à diminuer.

Ce thème des répercussions sociales a également été traité dans l'étude que nous avons menée avec Vidal L. et Bi-Tah N: "coûts du SIDA et prise en charge de la séropositivité: aspects anthropologiques et économiques de la maladie à Abidjan" (1995).

Dans ce travail collectif, nous avons étudié les effets de l'infection à VIH sur l'union conjugale. Les résultats, plus qualitatifs, sont similaires à ceux de AGNESE et al. En effet, sur 45 couples enquêtés et suivis durant plus de six mois, dix ont été désunis (séparation) et les relations au sein de deux couples se sont détériorés (arrêt de relations sexuelles malgré la cohabitation).

Il n'y a pas d'études à notre connaissance ayant observé de très près le phénomène de l'abandon des malades à l'hôpital par les parents. La présente étude s'y est intéressée au chapitre VI.

4- Écrits relatifs aux répercussions économiques du SIDA.

La littérature sur les répercussions du SIDA en Côte d'Ivoire est très peu abondante. Les quelques écrits qui existent sur ce sujet sont de type économiciste: des perspectives de la science économique. citons "aspects économiques de la prise en charge du SIDA" (Bi-Tah N, 1995), "devenir socio-économique des enfants et familles touchés par le VIH" (Tiécoura K et al, 1994), "évaluation de l'impact socio-économique du SIDA en Côte d'Ivoire" (Abbas S. et al, 1995), "impact socio-économique de l'infection à VIH dans une entreprise internationale" (Aventin L.,1995).

Il y a également un autre travail à paraître "SIDA et emploi en Côte d'Ivoire" (Dédy S. et Tapé G., 1995) qu'on peut classer dans cette catégorie de travaux traitant des répercussions économique du SIDA.

Comme on le constate, il s'agit de réflexions et d'études. Ce qui est important à relever est le fait que la plupart de ces écrits visent à calculer les coûts directs et indirects de l'infection à VIH/SIDA.

Dans cette revue de littérature, nous nous sommes intéressés particulièrement aux derniers travaux cités: ceux de Dédy et Tapé et de Laurent Aventin .

Le travail de Dédy et Tapé est bâti autour de deux grands axes: la réponse des entreprises ivoiriennes face au SIDA et l'analyse de la législation, des conventions collectives en rapport avec l'infection à VIH et le SIDA.

Au sujet de la réponse des entreprises, l'étude nous apprend qu'il y a une absence totale de textes de loi régissant les problèmes posés par l'infection à VIH/SIDA. Dans cette situation de vide juridique, l'auteur passe en revue diverses dispositions légales de portée générale appliquées en cas de litige lié à l'infection à VIH. C'est ainsi qu'il traite successivement des problèmes relatifs au test à l'embauche, au licenciement pour cause de séropositivité, quand bien même l'incapacité physique du séropositif à exercer son emploi n'est pas prouvée. Il cite le rare cas de violation du droit d'un séropositif licencié abusivement et dédommagé après plusieurs jugements contradictoires. Cas appelé "cas Koffi" qui a été évoqué dans le compte rendu du forum sur le SIDA en entreprise (Blibolo AD., 1994).

S'agissant du déroulement de l'étude, l'auteur insiste sur les difficultés rencontrées pour la réalisation de l'enquête. Ce qui n'a pas permis d'observer les répercussions du SIDA dans les entreprises étudiées.

Par contre, même si Laurent Aventin a eu, lui aussi, des difficultés à obtenir des informations sur la réalité de l'infection à VIH au début de son enquête, ce problème a été par la suite résolu en partie. Ce qui lui a permis d'évaluer "le coût global" de l'infection à VIH/SIDA à 15 millions de franc CFA par an dans une entreprise qui a dégagé un bénéfice net de 2.777.292.083 FCFA en 1993. <<En terme de politique sociale,>> dit Laurent Aventin, <<les dirigeants n'ont pas échappé à un effet de panique lié à l'apparition d'un phénomène nouveau. La peur des dirigeants est étroitement liée à l'idée du coût inhérent à l'infection à VIH dans leur entreprise et détermine la politique sociale qui se caractérise parfois par des pratiques discriminatoires en terme d'embauche ou de promotion dans l'entreprise>>. Jusqu'en 1993, le secret médical, sous la pression de la hiérarchie, n'était pas maintenu.

Aujourd'hui encore, il y a une volonté de la part des dirigeants d'entreprises de connaître le statut sérologique des employés. Leurs inquiétudes tournent autour des cadres alors que paradoxalement aucun d'entre eux n'a été dépisté positif jusqu'à maintenant, soutient l'auteur.

Il faut enfin retenir de cette étude que dans l'entreprise étudiée, sur 329 employés, 95 ont subi (de gré ou de force?) le test de dépistage de l'infection à VIH de 1989 à 1995.

Ce sont 36 employés qui ont été dépistés positifs pour le VIH. Aventin L; remarque que des conjoints et des enfants d'employés ont également fait l'objet de tests de dépistage.

A la fin de ces deux chapitres ou de cette revue de la littérature sur la maladie et le SIDA, il apparaît clairement qu'aucune étude n'a visé les limites des réponses individuelles et sociales de prévention de la transmission hétérosexuelle de l'infection à VIH/SIDA . La présente étude aborde ce sujet en vue de mieux comprendre les facteurs favorisant la réticence face aux mesures de prévention, et par là même le développement de la pandémie.

Chapitre III: OBJECTIFS, HYPOTHESES ET METHODOLOGIE.

1_ Objectif général

Entreprendre une anthropologie de la maladie en étudiant les réponses institutionnelles, collectives et individuelles de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH/SIDA en vue de mieux comprendre les facteurs favorisant le développement de l'épidémie en Côte d'Ivoire.

2_ Objectifs spécifiques

_ Décrire et analyser la politique ou les stratégies initiales de lutte contre le SIDA.

_ Etudier les réponses des structures et des personnels de santé (modernes et traditionnelles) au SIDA en termes d'activités de prise en charge thérapeutique et psychosociale et en termes de comportements à l'égard des patients vivant avec le VIH.

_ Analyser le lien entre la propagation du VIH et les réactions (de rejet ou d'acceptation) des parents, des conjoints et des entreprises à l'égard des personnes infectées par le VIH.

_ Décrire et analyser les réponses de la société civile (Associations, ONG) face au SIDA.

_ Identifier et expliquer les réactions des individus face aux mesures de prévention de la transmission hétérosexuelle de l'infection à VIH/SIDA.

3 - Thèse et Hypothèses

Les objectifs qui précèdent trouvent leurs justifications dans les thèse et hypothèse suivantes

Thèse

L'infection à VIH est certes en constante progression en Côte d'Ivoire parce qu'il est difficile de la prévenir. Mais au eu égard à l'histoire des autres épidémies du passé actuellement vaincues et au regard des réponses actuelles face à cette maladie, l'espoir de freiner durablement cette progression est permis.

Hypothèses

L'infection à VIH/SIDA se propage rapidement en Côte d'Ivoire parce que l'écologie sociale, c'est à dire les réponses des individus et de la société face à cette maladie le favorisent.

4 - Méthodes et techniques d'enquêtes

Les réponses des individus, des collectivités et des institutions étatiques sont nombreuses et variées. Leur étude est par conséquent très complexe et a nécessité une combinaison des méthodes qualitative et quantitative.

Mais des méthodes d'analyse qualitative ont été principalement utilisées : la méthode historique et la méthode comparative.

Toutefois, la quantification a été quelquefois utilisée en vue de disposer d'informations sur l'étendue de certains phénomènes quantifiables.

Une enquête principale a été menée au près des patients vivant avec le VIH, aussi bien dans le secteur de santé officiel que dans celui de la médecine dite traditionnelle.

Des études de cas ont été réalisées en vue de mieux comprendre les cas caractéristiques.

Pour compléter l'enquête principale, 25 Médecins, 5 assistants sociaux, 9 infirmiers, 2 praticiens de la médecine traditionnelle et 9 collaborateurs associés (biologistes, enseignants, responsables administratifs, bénévoles religieux) de ces agents de santé, soient 50 personnes ont fait l'objet d'entretiens semi-directifs et libres approfondis dans la plupart des structures de santé du pays impliquées dans la prise en charge de l'infection à VIH⁴. Ils ont surtout parlé du fonctionnement de leurs structures, de la nature de leurs activités de prise en charge de l'infection à VIH, de leurs relations avec les patients et de leur perception du SIDA.

A la Clinique des Maladies Infectieuses et à l'USAC (CHU de Treichville) ainsi qu'à l'Hôpital Protestant et au CAC de Dabou, les fiches et/ou registres d'hospitalisations, de permanence, de gardes, de consultations et de suivi des patients ont été explorés par des agents de santé, par les archivistes de ces structures de santé et par le chercheur.

⁴ Ces structures sont: la Clinique des Maladies Infectieuses, l'Hôpital Protestant de Dabou (HPD), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Centre d'Assistance Socio-Médicale (CASM), le Centre d'Information Pour la Lutte contre le Sida (CIPS), le projet RETRO CI, le Centre Hospitalier Régional (CHR) de Bouaké, le CHR de Korhogo, l'Hôpital Baptiste de Ferkéssédougou, la PISAM et LA MADONE (deux cliniques privées de renom), le centre YEPIMSO-ABRANTIÉ et l'INSTITUT BRITO, l'OASIS.

L'exploitation de ces documents a consisté à dénombrer les hospitalisations (Clinique des Maladies Infectieuses; Hôpital Protestant de Dabou) des personnes infectées par le VIH ainsi que le nombre des personnes séropositives reçues pour soins ambulatoires et conseils à l'USAC (Treichville) et au CAC (Dabou).

Les données ainsi recueillies ont fait l'objet d'analyse informatique (saisie, calcul des fréquences et des moyennes, etc.) sur le logiciel EPI-INFO version 6.0.

Par ailleurs, les ONG, Associations, Fondation directement ou indirectement impliquées dans la lutte contre le SIDA ont été répertoriées avec le concours de la Direction Exécutive du Programme National de Lutte Contre le SIDA et du Service IEC de la Direction Régionale du sud de la Santé.⁵

Les thèmes traités sont relatifs à la création (date, but, objectifs,) aux activités le SIDA de ces organisations.

⁵ Les listes ainsi obtenues ont été comparées au répertoire de l'enquête de AVOAKA MJ (1994) et complétées au cours des enquêtes. C'est au total sur soixante huit (68) ONG ayant réalisé une ou plusieurs activités de lutte contre le SIDA que l'observation a porté. Ce qui représente la presque totalité des ONG reconnues comme impliquées dans la lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire.

4-1- Enquête principale auprès des patients et de leurs soignants

De février 1993 à septembre 1994, l'enquête principale a porté sur des patients de l'USAC (Unité de Soins Ambulatoires et de Conseils) du CHU de Treichville et sur ceux du CAC (Centre d'Accueil et de conseils) de l'hôpital Protestant de Dabou.

Chaque enquêté a été inclus sur la base du hasard. Des entretiens semi-directifs et libres ont été menés auprès de ces patients à partir d'un questionnaire et d'un guide d'entretiens standardisés. Les données ont été recueillies avec le concours de diverses personnes : des médecins, des infirmiers et une assistante sociale exerçant soit à l'USAC de Treichville soit au CAC de Dabou.

Orientés par les médecins vers l'enquêteur avant ou après la consultation médicale, les enquêtés ont été interviewés sur la base d'un questionnaire de plusieurs questions réparties sur les principaux thèmes suivants: identification des enquêtés; comportements des personnels de santé à l'égard des patients infectés par le VIH; réactions des familles; réponses des enquêtés face à la prévention du SIDA avant et après l'annonce de leur séropositivité.

Ce questionnaire a été préalablement testé sur 20 sujets des deux sexes (14 à l'USAC et 6 au CAC) avant d'être finalisé. Il a été administré par le doctorant et par deux enquêteurs : une Assistante sociale et un Infirmier respectivement de l'USAC et du CAC.

A travers des questions fermées, des données relatives aux variables caractéristiques des enquêtés ont été recueillies: le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, la profession, le statut matrimonial, le nombre d'enfants en vie et la durée de séjour en Côte-d'Ivoire (pour les non-nationaux) sont les variables étudiées. L'utilisation de ces variables est motivée par le fait qu'elles ont une influence sur la connaissance et l'application effective des mesures de prévention de l'infection à VIH et du SIDA.

Les comportements à risque ont été explorés à travers des questions semi-ouvertes portant sur la connaissance et l'application des conseils de prévention de l'infection à VIH/SIDA, sur les habitudes sexuelles des séropositifs (fréquentation des hôtels de passe, partenaires sexuels multiples) avant et après le dépistage de leur séropositivité pour le VIH.

Les réponses familiales face à l'infection à VIH/SIDA ont été étudiées en termes de gestion de l'information relative à la séropositivité, de rupture de l'union conjugale, et en termes d'assistance et de soutien matériel, moral et financier aux enquêtés

4-1- Champs géographique

L'enquête s'est effectuée à l'USAC (CHU de Treichville), au CAC (Hôpital Protestant de Dabou).

Le choix de ces centres se justifie par le fait qu'ils assurent tous les deux des soins et des conseils aux séropositifs et aux sidéens; ils sont des centres de référence en matière de prise en charge de la séropositivité et du SIDA (dans la mesure où ils sont les plus connus et sûrement les plus anciens).

Par ailleurs, leurs situations géographiques (milieu urbain, semi - rural) permet de rencontrer des enquêtés de diverses couches sociales. Enfin, ces centres ont été choisis parce qu'ils ont accepté d'accueillir l'enquête.

4-2- Population cible et échantillon

Tous les séropositifs ou sidéens informés de leur statut sérologique 3 mois au moins avant l'enquête, ayant consulté l'USAC ou le CAC pendant la durée de l'enquête pour soins et conseils et accepté de participer à l'enquête ont fait l'objet de l'enquête. Le délai de 3 mois retenu est " l'intervalle minimum qu'ont peut considérer comme fiable afin d'évaluer les effets de l'annonce de la maladie sur le vécu émotionnel et relationnel du malade" (Agnese, Dédy et Caprara, 1992).

La population cible est donc l'ensemble des séropositifs informés de leur séropositivité depuis trois mois au moins avant l'enquête. Mais il n'existait pas de bases de données à l'USAC et au CAC pour un échantillonnage par quota. En effet, les registres de consultation de ces services contiennent aussi bien les noms de patients informés de leur séropositivité que ceux de patients non encore informés.

De plus, les patients informés ne sont pas identifiables à partir des registres, donc il n'était pas possible de mesurer de façon précise cette population cible. Cette situation d'absence de bases fiables de données a rendu nécessaire l'utilisation de l'échantillonnage dit surplace. Il a consisté à constituer l'échantillon à partir du nombre de patients remplissant les conditions d'inclusion qui ont été effectivement rencontrés lors des consultations médicales.

Au total, 134 patients de l'USAC et 66 du CAC, soient 200 personnes des deux sexes ont été interviewées.

5 - Aperçu général du milieu

La Côte d'Ivoire est un pays de l'Afrique de l'Ouest, limitée à l'Est par le Ghana, à l'Ouest par la Guinée et le Liberia, au Nord par le Mali et le Burkina Faso et au Sud par l'Océan Atlantique. Située entre l'équateur et le tropique du cancer, elle couvre une superficie de 322.462 Km²

La population ivoirienne est très jeune: plus de 56% a moins de 20 ans.

En 1988, le deuxième recensement de la population a permis de dénombrier 10 816 000 habitants, avec un taux d'accroissement annuel moyen de 3,08%. Sur la base de ce taux, la population totale de la Côte a été estimée à 14 208 000 habitants en 1995 avec 6 972 000 femmes.

Le phénomène de l'urbanisation date de la colonisation. Il s'est développé jusqu'aux années soixante et s'est intensifiée avec un taux de 32% en 1975 et 39% en 1988.

L'urbanisation a été alimentée par le mouvement migratoire interne et international. On note au cours de ces dix dernières années, un ralentissement de la migration internationale avec actuellement un taux net de 0,3% contre 1,3% dans les années quatre vingt.

L'immigration internationale a surtout entretenu la forte croissance de la population non-ivoirienne: la proportion de cette population est passée de 17% de la population totale en 1965 à 22% et à 28% respectivement en 1975 et 1988.

Le nombre des migrants était de 33 000 personnes (dont 21000 hommes et 12 000 femmes) de 1988 à 1993. Ce nombre est estimé à 24 000 de 1993 à 1998, soient 15 000 hommes et 9 000 femmes.

Au regard de ce qui précède, on peut remarquer que l'évolution de la population de la Côte-d'Ivoire se caractérise par la combinaison de trois éléments: un taux d'accroissement naturel parmi les plus élevé en Afrique; un mouvement migratoire interne et international relativement important et une forte propension à l'urbanisation. (Institut National de statistique de C.I, 1995).

Sur le plan économique, il faut dire qu'on estimait la population active à 5 300 000 personnes (c-à-d 40,2% de la population) et le taux de chômage à 13 à 15% avec 38% pour les jeunes de 15 à 25 ans en 1993.

La main-d'oeuvre étrangère représentait 30% de la population active, 30% des emplois modernes, 35% des sans emplois, 63% des agents du secteur informel la même année. 60% de la population avait pour activité professionnelle l'agriculture qui représentait 34% du PIB en 1993. Et pourtant, 350 000 tonnes de riz (soit l'équivalent de plus de 30 milliards de FCFA) sont importées chaque année en Côte d'Ivoire.

Le budget général de fonctionnement (BGF) est passé de 446,539 milliards de FCFA en 1991 à 442,500 milliards en 1993, soit une baisse de 0,9%. La dette extérieure de la Côte d'Ivoire, hors mis les arriérés, était estimée à 5739 milliards de FCFA en 1993 et la dette intérieure à 1097 milliards la même année.

La situation sanitaire n'est guère satisfaisante en Côte d'Ivoire malgré l'existence d'infrastructures de santé en nombres considérable (de 150 en 1957, le nombre des infrastructures est passé à plus de 700 en 1980 et à plus de 1400 en 1994): les ressources financières requises pour fournir des soins acceptables et des médicaments essentiels se font rares depuis le début des années 1990.

L'état sanitaire de la Côte-d'Ivoire se caractérise par la prédominance des maladies infectieuses et parasitaires représentant 50 à 60% de la morbidité observée. Ce sont en particulier, le paludisme, les pathologies respiratoires (tuberculoses et pneumopathies aiguës), les pathologies digestives (diarrhées bactériennes ou virales surtout chez les enfants de moins 5 ans), les anémies (liées non seulement à la malnutrition mais aussi au paludisme et aux verminoses), les maladies sexuellement transmissibles (MST) et les plaies sur infectées ou non.

C'est également le réveil ou l'extension de foyers anciennement connus de grandes endémies (Trypanosomiase, Dracunculose, Pian, Onchocercose, Fièvre jaune...), l'émergence et la progression de pathologie fortement liées à la médicalisation de nos sociétés (maladies dégénératives), aux modification des modes de vie (maladies cardio-vasculaires), à l'urbanisation (accidents de la route) et aux difficultés d'adaptation et d'insertion (pathologie psychiatriques et sociopathies).

Les jeunes sont plus spécialement menacés par l'infection à VIH/SIDA, la drogue et l'alcoolisme.

En 1985, les ménages ont dépensé en moyenne 34485 francs CFA pour leur santé dont 28103 francs CFA, soit 81,5% pour les médicaments (modernes et traditionnels).

Entre 1985 et 1988 la part de la santé dans les budgets familiaux ont varié entre 1,6 et 2,4%. La santé ne semble donc pas bénéficier d'une place prioritaire dans les budgets familiaux.

La part du Ministère de la Santé Publique dans le budget général de fonctionnement (BGF) est restée stationnaire (8%) de 1988 à 1994 et les dépenses de Santé Publique qui représentaient 3% du PNB de 1988 à 1990 sont passées à 1,7% (contre une moyenne de 2,5% en Afrique subsaharienne), soit une baisse de 1,3%.

Le secteur public est composé de 3 centres Hospitalo-universitaires (CHU) 9 centres Hospitaliers Régionaux (CHR), 57 Hôpitaux Généraux (HG) 8 Formations Sanitaires Urbaines (FSU), 158 Dispensaires urbains (DU), 132 Maternités urbaines (MU), 59 Centres de P.M.I., 11 Centres Antituberculeux (CAT), 27 Bases de santé rurale (BSR), 523 Dispensaires Ruraux (DR), 190 Maternités rurales (MR). A ces centres il convient d'ajouter 10 Instituts ou Centres Spécialisés, 9 Centres médico-sociaux de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) et 37 Centres de Santé militaires.

L'apport du secteur privé ne modifie pas ce schéma. Le secteur privé compte 520 lits dont 450 à Abidjan soit 86,5%.

On dénombre dans le secteur public, 766 Médecins, 128 Chirurgiens dentistes, 49 Pharmaciens, 3994 Infirmiers, 1461 sages-femmes, 295, Techniciens de santé, 3105 Garçons et Filles de Salle.

Le ratio médecin par habitants (1/12315) est plus élevé que la moyenne observée en Afrique subsaharienne (1/23850) mais il se situe en dessous du niveau moyen enregistré dans les pays à revenu intermédiaire (1/4790) et encore loin de la norme O.M.S. (1/2000).

En 1992, l'espérance de vie était de 55,72 ans et il y avait un médecin pour 11 428 habitants.

La répartition entre les milieux de vie de toutes les catégories des personnels de santé est aussi très inégale, avantageant nettement les structures urbaines au détriment des formations rurales.

Quand au secteur privé, il emploie 186 Médecins dont 64 à temps plein, 303 Pharmaciens, 38 Chirurghiens- Dentistes, 289 paramédicaux dont 240 à temps plein.

Au total, en Côte-d'Ivoire en 1985, chaque personne recevait des prestations médicales pour un coût moyen de 7828 francs CFA, soit 52,5% du coût qui était supporté par les ménages. Ainsi tout en représentant plus de 8% du budget général de fonctionnement, les dépenses publiques de santé ne couvraient que 47,5% des dépenses totales de santé des ménages, et ces derniers, tout en n'attribuant que 2,2% de leur budget familial à la santé, participaient pour plus de la moitié aux dépenses totales de santé, la plus grande partie étant consacrée aux médicaments. En 1993, la contribution de l'état aux dépenses de santé des ménages n'avait guère changé puisque fonctionnement et investissement confondus, elle représentait 3981 FCFA par personne.

En matière d'éducation, disons que le taux d'inscription dans l'enseignement primaire était de 69% et dans le secondaire de 24% en 1991.

Il était de 3% dans le supérieur en 1970. En 1993, 60% des femmes étaient analphabètes et 10% des filles scolarisées étaient au secondaire alors que le taux d'alphabétisation était inférieur à 20% dans la population adulte.

Enfin, sur le plan culturel, il faut rappeler qu'en Afrique, la sexualité est une activité sacrée au service de la perpétuation de la famille en tant qu'unité de production et de défense, capable d'assurer la survie et la sécurité de ses membres.

Quelque soit le type de succession pratiqué (patrilinéaire et matrilineaire), les sociétés ethniques ivoiriennes traditionnelles avaient adopté la polygynie: un homme pouvait prendre plusieurs épouses s'il disposait de ressources spirituelles, physiques et matérielles suffisantes pour garantir la survie et la cohésion de la famille. Aujourd'hui, l'homme aisé a tendance à prendre plusieurs partenaires sexuelles appelés "maîtresses" et ceci sous le regard permissif de l'épouse conditionnée par la culture traditionnelle et souvent très fragile sur le plan économique.

Chapitre IV: LA PRISE EN CHARGE DU SIDA DANS LES STRUCTURES SANITAIRES OFFICIELLES.

1- Caractéristiques sociales des patients séropositifs de l'enquête.

Rappelons que l'étude a porté sur 200 séropositifs et sidéens dont 134 (67%) sont suivis à l'USAC (Unité de Soins Ambulatoires et de Conseils du CHU de Treichville) et 66 (33%) au CAC (Centre d'Accueil et de Conseils de l'HP de Dabou)

Les variables sexe, âge, nationalité, durée de séjour en Côte d'Ivoire (pour les non-ivoiriens), pays d'origine, lieu de résidence et lieu d'habitation, nombre d'enfants de sang, âge du dernier enfant et son statut sérologique, dernière classe d'école fréquentée, profession, religion, statut matrimonial ont été retenues.

Tableau 1: répartition des enquêtés selon le sexe.

Sexe	Nombre	Pourcentages
M	130	65
F	70	35
Total	200	100

L'échantillon comprend 130 personnes de sexe masculin (soit 65% de l'échantillon) et 70 de sexe féminin.(soit 35%).

L'âge des enquêtés varie entre 19 et 62 ans et, 78% d'entre eux ont entre 24 et 44 ans, avec une moyenne d'âge de 35 ans.

On peut donc dire que les enquêtés sont en majorité des jeunes adultes.

Tableau 2: répartition des enquêtes selon leurs pays d'origine.

Pays d'origine	Nombre	Pourcentages
Côte d'Ivoire	121	61
Burkina Faso	58	29
Mali	10	05
Bénin	02	01
Guinée	07	3
Autres	02	01
Total	200	100

Le tableau n°2 montre qu'il y a 61% d'ivoiriens et 39% de non-ivoiriens dans l'échantillon. Les ressortissants du Burkina-faso représentent 29% de l'échantillon, ceux du Mali 5%, les ressortissants du Benin 1%, de la Guinée 3% et ceux des autres pays 1%.

Remarquons l'absence totale de ghanéens dans l'échantillon. Cet état de chose pourrait s'expliquer par le fait que lorsqu'ils se savent infectés par le VIH, les ghanéens retournent dans leur pays.

Toutefois, il faut noter que sur les 3091 séropositifs ou sidéens enregistrés en hospitalisation de 1987 à 1992 à la Clinique des Maladies infectieuses, il a été dénombré 2 ghanéennes. On constate également que les ressortissants du Ghana sont rares à se faire hospitaliser pour l'infection à VIH/SIDA.

Tableau n° 3: Répartition des non-nationaux selon leur durée de séjour en Côte d'Ivoire.

Durée de séjour	Nombre	Pourcentages
8 à 10 ans et plus	58	73
5 à 7 ans	13	17
0 à 4 ans	08	10
Total	79	100

Dans le tableau n° 3, la majorité (73%) des patients non-ivoiriens résident en Côte d'Ivoire depuis 8 ans et plus, 17% depuis 5 à 7 ans et 10% depuis moins de 4 ans.

On constate que plus des deux tiers des non-nationaux de l'échantillon séjournent en Côte d'Ivoire depuis plus de huit ans, temps largement suffisant pour contracter et/ou propager l'infection à VIH.

Tableau n° 4: répartition des enquêtes selon leur nombre d'enfants.

Nombre d'enfants	Nombre	Pourcentages
Aucun enfant	50	25
1 à 6 enfants	128	64
6 à 8 enfants	22	11
Total	200	100

Dans ce tableau n° 4, nous voyons que 75% des enquêtés ont au moins un enfant et 25% (soit le quart) d'entre eux n'en ont aucun. Pour ces derniers, le problème de la procréation se pose avec acuité lorsqu'il s'agit d'utiliser les préservatifs à l'occasion de tout rapport sexuel.

Tableau n° 5: répartition des enquêtés selon les tranches d'âge de leurs derniers enfants.

Tranches d'âges	Nombre	Pourcentage
De 4 à 6 mois	3	2%
plus de 48 mois	147	98%
Total	150	100%

L'âge des derniers enfants varie entre 4 et 48 mois: sur 150 sujets d'enquête, 2% ont des enfants âgés de 4 à 6 mois (alors que le temps entre les dates de l'annonce de leur séropositivité et celles des interviews varie entre 17 et 36 mois). Étant entendu qu'une grossesse dure huit à neuf mois avant l'accouchement, des enfants âgés de 4 mois au moment de l'enquête ont été conçus après l'annonce de la séropositivité de leurs géniteurs. Ce qui veut dire que dans l'échantillon, il y a des enquêtés (3 dont 1 femme et deux hommes) qui ont eu des enfants après l'annonce de leur séropositivité. En d'autres termes, des séropositifs qui continuent de procréer malgré les conseils qu'ils sont supposés avoir reçu.

Une enquêtée a signalé une grossesse de 6 mois au moment de l'enquête. Une autre a fait état d'un avortement spontané d'une grossesse prise quelques mois après l'annonce de sa séropositivité pour le VIH. Ce sont au total 5 séropositifs informés de leur statut sérologique qui ont décidé de procréer ou qui ont eu des rapports sexuels non protégés.

Cette pratique nataliste est favorisée par le fait que la femme enceinte infectée par le VIH peut ne pas transmettre le virus à l'enfant qui naît. Il ne faut pas également perdre de vue l'influence des parents et de toute la société sur ce comportement à risque adopté de plus en plus par des personnes séropositives.

Les lieux habituels de résidence des enquêtés sont situés, pour 76% de l'échantillon dans le Sud du pays, au Centre pour 9%, à l'Est pour 7%, au Centre-Ouest pour 4,5%, à l'Ouest pour 2% et au Nord pour 1,5%. Ceci veut dire que l'USAC et le CAC sont fréquentés par des patients venant des quatre coins du pays: nord, sud, est, ouest. Mais au moment de l'enquête, 59% de ces enquêtés habitaient Abidjan (Yopougon, Koumassi, Abobo, Marcory, Adjamé, Attécoubé, Treichville, Port-bouët, Cocody, Plateau) et 41%, l'intérieur du pays (Dabou et ses environs, Andokoua, Anyama, Bassam, Bingerville, Bouaké, N'douci).

Ces données indiquent que l'USAC et le CAC étaient des centres de référence en matière de prise en charge de l'infection à VIH. Mais en même temps, elles révèlent qu'une importante partie des patients vivant avec le VIH habitent loin des centres de santé où ils sont suivis. C'est la preuve qu'il y a des problèmes d'accès géographique aux services de soins spécialisés pour le VIH.

Il convient de préciser à ce sujet que jusqu'en 1996, il n'existait que 9 services de santé (dont 5 dans la ville d'Abidjan) spécialement créés pour les séropositifs dans le pays.

Tableau n° 6: répartition des enquêtés selon leur niveau d'éducation formelle.

Niveau d'éducation	Nombre	Pourcentages
Non scolarisés	102	51
Primaire	44	22
Secondaire 1	24	12
Secondaire 2	20	10
Supérieur	10	05
Total	200	100

Le niveau d'éducation formelle des enquêtés montre une prédominance du "niveau bas" (qui regroupe les non - scolarisés et ceux du primaire: 73%). Les enquêtés ayant le niveau d'études du secondaire (premier et deuxième cycle) représentent 22% de l'échantillon et ceux du niveau supérieur, 5%. Ce sont donc essentiellement des séropositifs d'un bas niveau d'étude qui fréquentent l'USAC et le CAC.

Les professions ont été regroupées par catégories selon une classification propre aux exigences et objectifs de l'étude tout en tenant compte du contexte social ivoirien. Ainsi, sont distinguées les catégories socioprofessionnelles "non valorisantes", les catégories "peu valorisantes", les catégories "valorisantes" et les catégories "très valorisantes" en Côte d'Ivoire. Il s'agit d'une classification très relative.

Tableau n° 7: répartition des enquêtés selon leur catégorie socioprofessionnelle.

Profession	Nombre	Pourcentages
Sans emploi/employés de maisons et manoeuvres agricoles	1148	59
Ouvriers/chauffeurs/rec eveurs d'autobus	42	21
Enseignants /militaires/ étudiants/élèves	32	16
Pilote bateau/Secrétaire Direction/sage-femme	08	4
Total	200	100

Il ressort des données recueillies que 59% des enquêtés sont dans une situation professionnelle non valorisante (sans emploi, ménagères et employés de maison, filles et garçons de salle, gardiens et manoeuvres agricoles, etc), 21% dans une situation peu valorisante (chauffeurs, receveurs d'autobus, ouvriers, etc), 16% dans une situation valorisante (élèves, gendarmes, policiers, militaires, enseignants du primaire et du secondaire, etc), et, 4% dans une situation très valorisante (pilote de bateau, sage-femme, secrétaire de direction, etc).

L'observation des catégories socioprofessionnelles montre que les séropositifs de l'échantillon sont en majorité (80%) des personnes ayant un statut professionnel peu ou pas valorisant. Situation qui ne permet pas souvent de nouer des relations durables avec des partenaires de son goût et qui prédispose au partenariat occasionnel.

Tableau: n° 8 répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale.

Statut matrimonial	Nombre	Pourcentages
Célibataires	80	40
Fiancés	18	9
Mariés/ concubins	86	43
Séparés /divorcés	10	5
Veufs	06	3
Total	200	100

Le tableau n° 8 relatif au statut matrimonial a permis de savoir que 52% des enquêtés sont mariés, concubins ou fiancés; que 40% sont des célibataires et que 8% sont des séparés, divorcés et veufs. C'est 48% de l'échantillon sexuellement actives, en âge de procréer qui n'ont pas de liaisons conjugales.

La religion chrétienne est déclarée par 69% des enquêtés, la religion musulmane par 15% et des religions traditionnelles par 9%. Les autres enquêtés (7%) se disent sans religion.

2- La prise en charge thérapeutique et psychosociale des séropositifs en Côte d'Ivoire.

2-1- Historique de la prise en charge des séropositifs/ en Côte d'Ivoire.

La prise en charge de l'infection à VIH/SIDA est généralement synonyme de soins, conseils, soutien psychologique et d'assistance aux personnes infectées par le VIH.

Selon le Dr I. A de la Fondation Luc Montagnier/Frédérico Mayor d'Abidjan, << Une personne infectée par le VIH peut vivre avec ce virus et bien se porter sans faire le SIDA pendant plusieurs années si l'infection est vite dépistée et si le patient bénéficie d'un suivi médical et d'un soutien psychologique et social adéquats>> .

Assurer la prise en charge clinique et psychosociale d'un séropositif pour le VIH, c'est donc lui administrer des soins médicaux chaque fois que son état de santé se dégrade du fait d'une quelconque affection.

C'est également lui prodiguer des conseils pouvant lui permettre de retarder l'apparition du SIDA et d'éviter la contamination de ses partenaires; c'est lui apporter l'affection et le soutien psychologique en l'écoutant, l'assistant et en partageant ses craintes et ses espoirs. C'est dans ce sens que le terme "prise en charge" est utilisé dans la présente étude.

D'un point de vue historique, disons que la prise en charge des personnes vivant avec le VIH a commencé à partir de 1985 en Côte d'Ivoire, après l'identification des deux premiers cas de SIDA. Selon les Professeurs O.K, K.A et le Dr S.A⁵, les deux premiers cas de SIDA déclarés par la Côte d'Ivoire à l'O.M.S. ont été diagnostiqués en Europe, peut-être parce qu'il n'existait pas encore de possibilités de diagnostic biologique dans le pays. Mais l'un de ces deux malades a été médicalement suivi à la Clinique des Maladies Infectieuses du CHU de Treichville et le second, au Service de PPH du même CHU, précisent-ils.

Il y a cependant des médecins de l'Hôpital Protestant de Dabou qui revendiquent l'un de ces deux cas de SIDA déclarés par la Côte d'Ivoire à l'O.M.S.: ce cas aurait été dépisté ou suivi dans cette structure. Toutefois, aucun des médecins actuels de cet hôpital ne sait le nom de leur collègue qui l'aurait suivi. Dans tous les cas, les registres d'hospitalisation de la clinique des Maladies Infectieuses du CHU de Treichville et ceux de l'Hôpital Protestant de Dabou ne nous ont pas permis de retrouver les traces de ces deux premiers cas de SIDA.

⁵ ODÉHOURI K et KADIO A. sont tous les deux médecins à la Clinique des Maladies Infectieuses du CHU de Trechville. Le premier a été le premier coordonateur du comité National de Lutte Contre le SIDA et le second est l'actuel Responsable de la Clinique des Maladies Infectieuses et Doyen de la faculté de Médecine d'Abidjan. SANGARÉ A. a été médecin au service de PPH du CHU de Treichville et travail actuellement à l'Institut Pasteur d'Adiopodoumé, en Côte d'Ivoire.

C'est seulement à partir de 1987 que des mentions de l'infection par le VIH sont faites dans ces registres, même si des cas de diarrhées chroniques sont abondamment enregistrés entre 1985 et 86. C'est la preuve que les tests de diagnostic biologique de l'infection à VIH ne se faisaient pas couramment avant 1987 en Côte-d'Ivoire. Cela s'explique par la rareté de laboratoires d'analyses biologiques et d'hommes compétents pour pratiquer les tests d'anticorps anti VIH entre 1985 et 86.

En 1987, l'Institut Pasteur-ci et une université de Lyon ont dépisté en Côte d'Ivoire les premiers cas de malades infectés par le VIH à l'Hôpital Protestant de Dabou. Ce dépistage systématique chez tous les donneurs de sang et d'autres malades s'est effectué jusqu'en 1990 et a été entrepris dans le cadre du programme de recherche dite clinique et épidémiologique de l'hôpital (171 tests positifs en 1987 et 286 en 1989 ont été réalisés). Ces tests se faisaient sans le consentement des patients concernés. L'annonce des résultats ne se faisaient pas non plus systématiquement.

Un an plus tard, en 1988, à la Clinique des Maladies Infectieuses du CHU de Treichville, une équipe de chercheurs de l'Université de Bordeaux II effectue des tests auprès des patients.

Les personnes séropositives ainsi dépistées et celles référées par d'autres structures de soins deviennent nombreuses à la Clinique des Maladies Infectieuses de Treichville et à l'Hôpital Protestant de Dabou: 25% des malades hospitalisés et enregistrés aux Maladies Infectieuses étaient infectés par le VIH et 228 tests positifs pour le VIH étaient dénombrés à l'Hôpital Protestant de Dabou en 1988. Le besoin d'assurer une prise en charge complète à ces séropositifs s'est fait alors pressant.

En 1990, à l'Hôpital Protestant de Dabou, quelques médecins, infirmiers et responsables religieux se constituent en équipe de soutien aux personnes vivant avec le VIH sans aucune formation spécifique. Mais très tôt, cette équipe et les patients séropositifs sont confrontés à des difficultés relatives à la confidentialité de l'information médicale: chaque agent de santé reçoit les séropositifs dans son bureau en même temps que les autres patients. De ce fait, les entretiens avec les séropositifs prennent un caractère public et très peu confidentiel.

A la Clinique des Maladies Infectieuses, quelques médecins s'intéressent particulièrement à la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA et d'autres moins.

Entre juin 1990 et Mai 1991, l'Unité des Soins Ambulatoires et de Conseils (USAC) et le Centre d'Accueil et de Conseils (CAC) voient le jour respectivement à la Clinique des Maladies infectieuses et à l'Hôpital Protestant de Dabou.

Dans la même période (90-91), la cellule de prise en charge de l'Hôpital baptiste de Ferkéssédougou est instituée.

Comme on le voit, les premières unités spécifiques de soins et conseils aux séropositifs ont vu le jour en Côte d'Ivoire dans les années 1990-91 pour faire face au nombre sans cesse croissant de séropositifs et pour réduire les problèmes de confidentialité auxquels les agents de santé étaient confrontés. Quelle est l'état actuel de la situation de la prise en charge des séropositifs dans les structures officielles de soins du pays.

Pour répondre à cette question, il est important de d'analyser l'influence des représentations du SIDA des agents de santé sur leurs réponses de prise en charge thérapeutique et psychosociale des séropositifs.

2-2- Représentation du SIDA et réponse de prise en charge des séropositifs en milieu sanitaire.

A première vue, et selon les thèses officielles de la science médicale, le SIDA est un syndrome et non une maladie. Il y a une différence entre l'infection à VIH et le SIDA.: l'infection à VIH étant le fait d'avoir le virus du SIDA dans le corps et le SIDA un ensemble de symptômes ou un syndrome.

Mais plusieurs faits montrent que pour les agents de santé, le Sida est aussi et souvent perçu comme un phénomène englobant à la fois l'infection par le VIH, la "maladie" et le syndrome. Ainsi, dans "Programme National de Lutte Contre le SIDA", l'infection par le VIH et le SIDA sont assimilés: l'infection par le VIH étant différente du SIDA, on devrait plutôt parler de Programme National de Lutte contre l'infection par le VIH et contre le SIDA, étant entendu que ce programme vise aussi bien la prévention du SIDA que celle de l'infection par le VIH. Si donc on parle de lutte contre le SIDA, cela veut dire qu'il s'agit de la lutte contre l'infection à VIH et contre le SIDA. Et le terme SIDA dans cette appellation (qui émane de l'Organisation Mondiale de la Santé) désigne à la fois l'infection par le VIH et le SIDA. En d'autres termes, le SIDA est perçu ici comme un tout (l'infection, le syndrome, la maladie) par les médecins.

Cet argument est confirmé par un Ministre de la santé d'alors dans sa déclaration télévisée de mars 1987: <<le SIDA n'est pas plus préoccupant que le paludisme... Il suffit d'être fidèle à son (sa) partenaire pour éviter la terrible maladie>>.

La terrible maladie ici étant le SIDA que le Ministre avait comparé au paludisme. Il assimile ainsi le SIDA au paludisme.

On retient que non seulement le SIDA est perçu comme une maladie, mais aussi comme une maladie semblable aux autres maladies. C'est d'ailleurs ce qu'exprime clairement le Dr E. K du CHR de Bouaké:

<< le SIDA est une maladie comme les autres et il n'est pas normal que certains médecins refusent de la prendre en charge. Il faut qu'ils soient contraints à en assurer la prise en charge>>.

A cette idée, le Dr B Y. du CHU de Treichville répond en soutenant le contraire: <<... le Sida est une maladie pas comme les autres, car sa prise en charge est différente de celle des maladies habituelles en ce qu'elle est d'abord psychosociale avant d'être thérapeutique...>>.

Ces différents médecins sont unanimes, à l'instar de leurs collègues, à soutenir que le SIDA est une maladie. Cependant, ils défendent deux thèses divergentes lorsqu'il s'agit de savoir si le SIDA est une maladie comme les autres ou une maladie particulière. L'importance de l'étude de ces perceptions opposées du SIDA réside dans le fait que les activités de prise en charge de l'infection à VIH/SIDA peuvent être influencées selon que l'agent de santé considère le SIDA comme une maladie particulière ou non.

Cette influence transparaît dans la déclaration du Médecin-Commandant G. M du Centre Médical des Armées: <<Pourquoi dois-je demander l'avis du malade avant de lui prescrire le test de dépistage ou de diagnostic? Si quelqu'un vient me demander de lui prescrire un test de dépistage de l'infection à VIH, je lui demande d'abord pourquoi. Et si la raison évoquée me satisfait, je délivre le bulletin d'examen. Dans le cas contraire, je refuse. Mais s'il s'agit d'un de mes patients chez qui je suspecte l'infection à VIH/SIDA. Je n'ai pas besoin de lui demander son avis. Je sais qu'il n'est pas opposé à tout ce que je vais lui faire.

Il vient me consulter pour que je diagnostique la maladie dont il souffre et que je lui prescrive un traitement. Je ne me sens pas obligé de demander son avis avant de poser le diagnostic. Cela ne relève pas de ses compétences. Il compte sur moi, et je dois faire ce que je peux pour le soulager. Conditionner le diagnostic para-clinique au "oui" ou au "non" du patient est pour un médecin une fuite de ses responsabilités. Cela ne s'est jamais fait pour les autres maladies et je ne vois pas pourquoi il faut adopter une attitude particulière pour l'infection à VIH/SIDA. Pour moi, cette manière de procéder est discriminatoire à l'égard des patients ainsi traités.>>

Ce médecin refuse de demander le consentement du malade à qui il prescrit le test de dépistage de l'infection à VIH par ce qu'il considère le SIDA comme tout autre maladie. Sa déclaration montre comment la perception du SIDA influe sur la pratique de la prise en charge des séropositifs par les agents de santé .

Ainsi, certains agents de santé assurent la prise en charge des séropositifs comme cela est recommandé ou le font autrement et d'autres refusent de leur prodiguer des soins et des conseils de prévention selon qu'ils considèrent le SIDA comme une maladie particulière ou non.

Ces diverses perceptions du SIDA par les agents de santé expliquent-elles pourquoi certains d'entre eux s'impliquent volontairement dans les activités de prise en charge et d'autres s'y désintéressent?

On ne peut répondre de façon tranchée à cette interrogation. Toutefois, nous pensons que ces deux grandes différences dans la perception du SIDA déterminent les modes de prise en charge actuelle: la création de structures spécialement chargées de la prise en charge des séropositifs (qui montre que le SIDA est différent des autres maladies) et le refus de créer des structures spécifiques pour l'infection à VIH/SIDA (qui est la preuve que le SIDA est une maladie comme les autres).

Ce sont justement ces deux grands types de réponses (structures spécifiques et structures non-spécifiques) qui se dégagent de l'analyse de la prise en charge de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire: Il existe en effet des structures spécialisées de prise en charge où l'on ne reçoit que des séropositifs et il en existe de non spécialisées où les séropositifs et les autres catégories de malades sont confondus et traités de la même manière.

La perception du SIDA qu'ont les agents de santé détermine leur pratique de prise en charge thérapeutique et psychosociale de l'infection à VIH.

La prise en charge clinique et la prise en charge psychosociale des séropositifs sont étroitement liées dans la mesure où la prise en charge vise à protéger le patient contre les maladies opportunistes et à l'aider à ne pas propager le virus du SIDA. Elle implique par conséquent des efforts supplémentaires de la part des personnels de santé: respect du principe du consentement, annonce du résultat du test de diagnostic, disponibilité, affection à l'égard des patients, plus grande implication dans la résolution des problèmes matériels, financiers et surtout familiaux des patients, respect du secret professionnel, etc. Ces choses dépassent les habituelles relations soignants-soignés où les personnels de santé ne s'intéressaient pas souvent aux problèmes sociaux et financiers des malades et aux aspects préventifs de la médecine. La prise en charge de l'infection à VIH change les relations des soignants avec les patients.

Les agents de santé ont-ils peur de les toucher? Comment les séropositifs de l'échantillon jugent-ils leurs relations de soins avec les agents de santé?

Tableau 9: Opinion des enquêtés sur la conduite des agents de santé à leur égard.

Peur de toucher les malades VIH	Nombre	Pourcentages
Oui	34	17
Non	166	83
Total	200	100

Les données de ce tableau n° 9 montrent que la majeure partie des agents de santé de l'USAC (CHU de Treichville) et du CAC (H.P. Dabou) n'ont pas peur de toucher les patients infectés par le VIH.

C'est ce que 83% des séropositifs et des sidéens ont affirmé. Ceux qui soutiennent le contraire représentent une proportion de 17%. Il y a donc une partie des enquêtés que des agents de santé ont eu peut de toucher. Ce sont dans 99% des cas des patients présentant des signes extérieurs évocateurs du SIDA, notamment des dermatoses généralisées ou sur infectées, des diarrhées au long cours et l'amaigrissement très prononcé.

Mais, si la majorité des patients affirment que les agents de santé les touchent sans peur, comment jugent-ils le comportement général de ces derniers?

Tableau 10: Répartition des enquêtés selon leur appréciation générale du comportement général des agents de santé à leur égard.

Comportement	Nombre	Pourcentages
Bon	174	87
Mauvais	26	13
Total	200	100

Les données du tableau n° 10 indiquent que les agents de santé de l'USAC et du CAC se comportent comme le souhaitent la grande partie (87%) des patients interviewés. C'est ce qui est appelé "bon comportement" par les patients.

Pour 13% de ces patients, le comportement "mauvais" des agents de santé n'est pas conforme à ce qu'ils attendent d'eux: disponibilité, assistance, accueil jovial et fraternel, rapide résolution de leurs problèmes, courtoisie et respect.

Au sujet de leurs problèmes familiaux, 60,5% des enquêtés estiment que les agents de santé s'y intéressent. Ce qui est confirmé par les réponses de 70% des agents de santé chargés de la prise en charge clinique et psychosociale de ces patients: ils affirment qu'ils sont fréquemment sollicités pour les problèmes familiaux des patients.

2-3- Situation actuelle de la prise en charge des séropositifs au VIH dans les structures officielles de soins.

Selon Dr D.N., médecin au service de prise en charge du PNLIS de Côte d'Ivoire, Rozembaum a dit: <<si les années 80 ont vu poindre le SIDA, elle laissait au corps médical des années 90 la lourde tâche d'assurer la prise en charge de la vague déferlante de l'épidémie>>. (KISSI n° 003, déc. 1995).

Cette réflexion est en conformité avec la situation actuelle de la prise en charge en Côte d'Ivoire: les premières structures spécifiques de prise en charge de l'infection à VIH/SIDA ont vu le jour dans les années 1990.

En 1994, on dénombrait au moins 50 laboratoires privés et publics effectuant des tests d'anticorps anti-VIH en Côte d'Ivoire.⁶

La prise en charge de l'infection à VIH/SIDA dans les structures officielles de soins peut être saisie et analysée à deux niveaux: les structures où il existe des unités spéciales pour soins et conseils aux séropositifs et les autres structures de santé non spécialisées du pays.

⁶ Cette information a été révélée par Dosso M, microbiologiste à l'institut pasteur d'Abidjan Cocody, lors d'une séance de formation des agents de santé d'Abidjan au service des Maladies Infectieuses de treichville en 1994.

2-3-1- La prise en charge des séropositifs dans les structures de référence ou spécialisées.

Les deux unités de référence de prise en charge des séropositifs représentatives de l'ensemble des centres spécialisés dans la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA sont l'USAC et le CAC.

L'USAC est l'Unité des Soins Ambulatoires et de Conseils de la Clinique des Maladies Infectieuses et tropicales du CHU de Treichville.

Le CAC est le Centre D'accueil et de Conseil de l'Hôpital Protestant de Dabou.

L'étude de ces deux structures de soins permet de rendre compte de la situation de la prise en charge des séropositifs dans la plupart des structures spécialement créées à cet effet dans le pays.

Loin de vouloir faire un inventaire des activités de l'USAC et du CAC, il s'agit ici de montrer comment l'infection à VIH/SIDA pèse sur la Clinique des maladies Infectieuses de Treichville, sur l'Hôpital Protestant de Dabou et d'analyser comment le diagnostic (c'est à dire le pré-test et le test), l'annonce et le suivi y sont effectués.

Le tableau n°11 ci-dessous montre qu'en 1987, sur un total de 4304 hospitalisations, 238 pour le VIH (soit 6% de toutes les hospitalisations) ont été enregistrées à la Clinique des Maladies Infectieuses de Treichville. En 1988, sur 3862 hospitalisations totales, il y en a eu 982 (25%) pour les patients infectés par le VIH.

En 1989, 23% des 4530 hospitalisations enregistrées étaient pour des personnes infectées par le VIH. En 1990, sur 4543 hospitalisations, il y en a eu 2211 (48%) pour VIH. En 1991, 2094 (44%) hospitalisations de personnes infectées par le VIH ont été dénombrées sur un total de 4767 hospitalisations. En 1992, 1212 hospitalisations (soit 22%) pour VIH sur 5314 hospitalisations totales ont été enregistrées au service des archives. Il convient de préciser que ces chiffres ne reflètent pas la situation exacte du VIH à la Clinique des Maladies Infectieuses. Mais ils sont proches, en termes de tendances, de la réalité des données d'archives. En effet, le diagnostic biologique n'était pas courant dans les années 80. De ce fait, le diagnostic fondé sur les signes cliniques, surtout la diarrhée chronique, était également utilisé par certains médecins. De plus, quelques dossiers de patients hospitalisés portaient la mention RETRO (ce qui voulait dire que le patient est infecté par le VIH) alors que cette mention n'était pas portée en face de leurs noms dans les registres d'hospitalisation. Par ailleurs, quelques cas de dossiers médicaux restés dans les bureaux de certains médecins et donc non enregistrés ont été signalés au chercheur. Tous ces faits constituent des limites méthodologiques de cette recherche documentaire.

Tableau n°11: Evolution de la fréquence de l'infection à VIH/SIDA dans les unités d'hospitalisation de la Clinique des Maladies Infectieuses du CHU de Treichville de 1987 à 1992.

Années	Hospitalisations totales	hospitalisations VIH	Pourcentage VIH/SIDA
1987	4304	238	6
1988	3862	982	25
1989	4530	1041	23
1990	4543	2211	48
1991	4767	2094	44
1992	5314	1212	22

Les données de ce tableau montrent que la fréquence du VIH/SIDA en hospitalisation à la Clinique des Maladies est passée de 6% en 1987 à 48% en 1992. Il y a donc eu un accroissement du nombre des hospitalisations des personnes vivant avec le VIH.

Cette situation entraîne un engorgement de la Clinique: aujourd'hui, les chiffres officiels font état de plus de 80% des lits occupés par les sidéens. On est alors tenté de se demander combien de temps ces patients infectés par le VIH passent en hospitalisation avant de sortir ou de décéder?

Le tableau n°12 ci-dessous montre que la durée moyenne en hospitalisation des personnes infectées par le VIH est passée de 26 jours en 1987 à 18 jours en 1992.

Il faut noter que sur cette même période (1987-1992), la durée moyenne d'hospitalisation est passée de 19 à 15 jours chez les patients infectés par le VIH décédés et de 27 à 20 jours pour les survivants.

Il faut également remarquer que le nombre moyen d'hospitalisations totalisé par chaque malade infecté par le VIH est passé de 4 par an à 2 de 1987 à 1992. Ce qui veut dire que de 1987 à 1989, chaque malade infecté par le VIH a été hospitalisé en moyenne 4 fois dans l'année et que de 1990 à 1992, c'est en moyenne 2 fois qu'il l'a été. Le nombre annuel d'hospitalisations d'un malade infecté par le VIH a ainsi été réduit de moitié à partir de 1990 et les malades infectés par le VIH qui décèdent ont passé moins de temps en hospitalisation que les survivants.

Tableau 12: La durée moyenne du séjour en hospitalisation des malades infectés par le VIH de 1987 à 1992

Année hospitalisation	Durée moyenne (en jr)	Durée moyenne survivants (en jr)	Durée moyenne décédés(en jr)
1987	26	27	19
1988	21	23	18
1989	20	21	18
1990	16	18	14
1991	16	20	14
1992	18	20	15

Comment expliquer cette réduction du temps passé en hospitalisation par les malades infectés par le VIH ?

En réponse à cette question, disons que le décès constitue l'une des raisons pour lesquelles le temps passé en hospitalisation par les malades infectés par le VIH est de plus en plus réduit. En effet, le tableau n° 12 indique que quelque soit l'année, les séropositifs hospitalisés qui décèdent passent moins de temps en hospitalisation que ceux qui survivent, ce qui réduit le temps d'hospitalisation de l'ensemble de ces malades.

La seconde raison pour laquelle les séropositifs passent moins de temps en hospitalisation à partir de 1990 que par le passé est probablement l'existence de l'USAC. En effet, l'USAC a été créée durant la période 1990-91 et son travail consiste à assurer la prise en charge ambulatoires des séropositifs. Ce qui a pour conséquence la limitation du nombre et de la durée des hospitalisations des malades infectés par le VIH: le fait de soigner les séropositifs chaque fois qu'ils sont malades réduit les possibilités de survenue de maladies graves nécessitant des hospitalisations. De plus, il existait à l'USAC des possibilités de mise en observation de certains malades.

Il faut noter à ce sujet que de 1990 jusqu'au 17 Juillet 1994, au moins 1136 patients infectés par le VIH ont été reçus à l'USAC.

Le tableau n° 13 ci-dessous permet de se rendre compte que les consultations spécifiques au profit des personnes infectées par le VIH représentaient 24% des consultations totales de la Cliniques des Maladies Infectieuses en 1992 et 32% en 1993.

Tableau n° 13: La contribution de l'USAC au désengorgement de la Clinique des Maladies infectieuses du CHU de Treichville.

Années	Consultations Maladies Infectieuses	Consultations USAC	Pourcentages USAC
1992	6217	1464	24
1993	5875	1862	32

On peut donc affirmer que l'USAC contribue, dans une certaine mesure, au désengorgement de la Clinique des Maladies Infectieuses.

A l'Hôpital Protestant de Dabou, disons que la durée moyenne d'hospitalisation était de 6 jours pour tous les malades et de 8 jours pour les malades infectés par le VIH. (PA WATSON, 1992)

Cela veut dire que les malades infectés par le VIH/SIDA passaient plus de temps (2 jours) à l'hôpital que les autres malades.

Très peu d'informations relatives aux malades infectés par le VIH hospitalisés dans cet hôpital étaient disponibles. Nous savons seulement que les ouvriers, les agriculteurs et les travailleurs du secteur tertiaire représentaient 58% des séropositifs hospitalisés en 1994 à l'hôpital Protestant de Dabou.

Comment se font le diagnostic, l'annonce et le suivi des séropositifs dans ces structures spécialisées de prise en charge que sont l'USAC et le CAC?

Le diagnostic (pré-test et test) du VIH à l'USAC et au CAC

Le diagnostic de l'infection à VIH comporte deux grandes étapes: la préparation au test ou "pré-test" et le test.

Le pré-test consiste à expliquer au patient l'utilité du test pour le diagnostic de la maladie dont il souffre en vue de l'amener à l'accepter. C'est également l'occasion pour l'agent de santé de demander le consentement du patient à faire le test.

<< il n'y a pas de soins médicaux spécifiques pour les personnes infectées par le VIH. Les mêmes pathologies curables dont souffrent les séropositifs/sidéens nécessitent les mêmes soins et donc les mêmes efforts de la part du corps médical. Par contre, ce sont les pré-tests, les post-tests ou l'annonce et le counseling qui sont spécifique à la prise en charge de l'infection à VIH dans le contexte actuel des soins>> précise le Dr K K, médecin à la clinique des maladies infectieuses du CHU de Treichville.

A l'USAC (du CHU de Treichville), tous les nouveaux patients sont systématiquement préparés pour le test de dépistage. Rappelons que l'USAC ne s'occupe que de personnes séropositives dont l'état de santé ne nécessite pas une hospitalisation (mais pouvant être mises en observation de quelques heures). Selon les agents de l'USAC, le pré-test dure entre 10 à 15 voir 25 mn par patient à l'USAC. Il peut durer jusqu'à 45 voir 60 mn selon les cas.

Il n'a pas été possible au chercheur de vérifier directement la réalité de ces informations pour n'avoir pas pu assister aux séances de pré-test dans cette structure.

Mais, en comparant les chiffres de la durée du pré-test à ceux des autres centres où nous avons mesuré la durée du pré-test en situation réelle, nous nous apercevons qu'ils se situent dans le même ordre de grandeur, c'est à dire 10 à 25 mn. De plus, ils concordent avec les chiffres d'autres études ayant traité de cette question (N'guessan Bi-tah, 1995). Le pré-test prend donc beaucoup de temps aux agents de santé.

Après la préparation psychologique effectuée par le médecin ou par l'assistante sociale, le nouveau patient est reçu par l'infirmier dans la salle de soins pour le prélèvement du sang. La fiche d'examen préalablement remplie (en général par le médecin et rarement par l'infirmier ou l'assistante sociale) accompagne l'échantillon numéroté de sang dans le laboratoire de RETRO CI où les tests sont effectués.

Après l'enregistrement et le prélèvement, un numéro est attribué à chaque patient sur une fiche cartonnée, ce qui permet par la suite de retrouver son dossier de suivi. Les tests de dépistage biologique se font après le consentement éclairé des patients.

Deux à trois semaines plus tard, les résultats sont disponibles et les agents de l'USAC ne vont les chercher que lorsque les patients prélevés viennent au rendez-vous qui leur a été fixé. Une proportion importante de patients ont fait l'objet d'un prélèvement de sang mais n'étaient toujours pas revenus chercher les résultats de leur examen.

Ils représentaient 60% des 322 personnes enregistrées à l'USAC dont le statut sérologique n'était pas connu parce que non mentionné sur les fiches de suivi en 1993.

Dès leur l'arrivée à l'USAC, les patients sont pesés, leur température est relevée et les motifs de la consultation notés sur des fiches médico-sociales de suivi. L'interrogatoire porte rarement sur l'application effective des conseils de prévention par les patients et insiste plus sur la maladie.

Depuis le mois de mai 1994, tous les patients reçus sont systématiquement enregistrés dans un cahier, ce qui n'était pas le cas entre 1990 et 1993. Les malades qui présentent des problèmes de santé nécessitant un traitement immédiat sont reçus par un médecin qui leur prescrit le traitement exécuté par l'infirmier et dans une certaine mesure par l'assistante sociale. Les patients reçoivent quelquefois des médicaments mis à la disposition de l'USAC par ESPOIR CI et certains autres donateurs.

Bien qu'étant en nombre insuffisant pour répondre aux besoins des séropositifs suivis en ambulatoire, ces remèdes servent également à l'ensemble des unités de la clinique des maladies infectieuses lorsque cela est nécessaire et possible.

Au CAC (de l'HP de Dabou), la pratique qui consiste à prescrire le test de l'infection par le VIH aux patients sans leur consentement préalable était la plus courante, surtout lorsque leur état de santé s'est considérablement dégradé.

Mais exceptionnellement en 1993, 5% des patients de ce centre ont été préparés au test de dépistage par les agents du CAC. Ce sont principalement des malades suspectés dans les entreprises de la ville par l'un des médecins de l'Hôpital protestant de Dabou et orientés au CAC par celui-ci.

C'est dire que les occasions de pré-test y étaient rares (la plupart des patients n'étant reçus au CAC que lorsqu'ils ont déjà subi le test et que leur résultat doit leur être délivré). Mais la situation a changé depuis 1993 après plusieurs formations des médecins et agents de l'hôpital à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

A partir de plusieurs cas de préparation au test auxquelles nous avons pris part, le temps du pré-test a été déterminé par les agents du CAC et mesuré par nous même. Ainsi, nous savons que la préparation au test dure entre 10 et 15 mn au CAC de Dabou.

Selon les agents de ce centre, si la préparation a été bien faite, l'annonce est facile et rapide. C'est certainement pour cette raison que certains agents de santé prennent tout le temps qu'il faut (jusqu'à 25 voire 30 mn quelques fois) pour faire connaître le SIDA aux patients et les persuader de la nécessité d'accepter le test et de s'attendre aux deux résultats possibles (sérologie négative ou positive) avant de prescrire le test.

L'annonce de l'infection à VIH à l'USAC et au CAC

A l'USAC (CHU de Treichville), l'annonce de la séropositivité est systématique. Cela veut dire que toute personne à qui le test d'anticorps anti-VIH a été demandé en reçoit le résultat. En revanche, dans le cas des personnes qui apparaissent (à l'agent de santé) clairement inaptes à supporter le choc de cette nouvelle, l'annonce est retardée.

A cet égard les médecins et assistants sociaux chargés de l'annonce adoptent la position suivante: face à un patient apparemment serein qui connaît le SIDA et qui s'attend plus ou moins à un résultat "positif", l'annonce est faite sans hésiter. par contre, dans le cas de quelqu'un qui montre visiblement que le fait de se savoir séropositif est synonyme de mort et qui manifeste par conséquent une tendance suicidaire, l'annonce est retardée, le temps de le préparer d'avantage à cette nouvelle.

L'annonce de la séropositivité pour le VIH aux personnes infectées se fait par chaque médecin, par l'assistant social, par l'infirmier ou en équipe comprenant un ou des médecins, un assistant social et quelquefois un infirmier.

Le temps moyen mis pour annoncer la séropositivité à un patient infecté par le VIH a été évaluée à 15 mn en moyenne par les agents de l'USAC.

Avant d'annoncer la séropositivité pour le VIH, le médecin ou l'assistant social évalue les connaissances du patient sur le SIDA. Il lui explique les modes de transmission du VIH, les différents stades d'évolution de l'infection par le VIH ainsi que les conséquences de cette infection sur l'état de santé. C'est alors que l'annonce de sa séropositivité lui est faite.

Divers termes sont utilisés pour annoncer la séropositivité à l'USAC: << dans votre sang, il y a le virus du SIDA>>; << vous êtes séropositif.>> << vous avez le virus du SIDA dans votre corps/sang>>, etc.

Pendant les séances d'annonce, on dit souvent ceci aux patients? <<...vous êtes infectés par le Virus du SIDA. Vous n'êtes pas encore malade, mais vous êtes séropositifs pour le VIH. C'est à dire que vous n'avez pas le SIDA pour le moment. Mais si vous ne prenez pas certaines précautions, vous pouvez faire le SIDA. Vous devez donc désormais utiliser des préservatifs et limiter le nombre de vos partenaires sexuels...>>

Le travail de prise en charge des séropositifs s'effectue de façon organisée entre les trois principales catégories d'agents de l'USAC (médecins, assistante sociale et, infirmier). Bien entendu, chacun a un domaine d'intervention qui lui est spécifique ou réservé: Les médecins sont les seuls qui prescrivent les traitements et les examens de sang; l'infirmier s'occupe des soins et l'assistante sociale se charge principalement du pré-test, de l'annonce et de la prise en charge psychosociale, c'est à dire des conseils de prévention, du soutien psychoaffectif et de l'assistance matérielle, financière et sociale.

Au CAC de l'Hôpital Protestant de Dabou, ce sont les infirmiers qui font l'annonce, assurent les soins et les conseils sous la supervision de certains médecins. << L'examen de sang que le docteur vous a fait faire a montré que vous avez le virus du SIDA qu'on appelle le VIH. Vous êtes séropositif. c'est une maladie qui n'a pas de médicaments. Actuellement, vous n'avez pas le SIDA. Si vous voulez éviter le SIDA, vous devez venir nous voir chaque fois que vous tombez malade. Vous ne devez plus faire d'enfants ou prendre de grossesses (si c'est une patiente).

Donc vous devez vous protéger avec des préservatifs lors de vos rapports sexuels. (les préservatifs sont souvent offerts aux patients après l'annonce, mais généralement sans aucune démonstration pratique de leur utilisation). Vous ne devez pas laisser du matériel tranchant utilisé par vous à la portée de votre entourage. Vous ne devez plus fumer, boire de l'alcool...>> dit-on souvent aux séropositifs après leur avoir demandé s'ils connaissent le SIDA, ses différents modes de transmission, ses méthodes et moyens de prévention.

Ce qui se fait à l'USAC et au CAC en matière de diagnostique et d'annonce de l'infection à VIH est caractéristique des pratiques dans l'ensemble des structures spécifiques de prise en charge des séropositifs du pays. Cependant, chacune de ces structures a sa particularité qui la distingue des autres. Comment donc est assuré le suivi clinique et psychosocial dans ces deux structures de soins pour les séropositifs?

Le suivi clinique et psychosocial de l'infection à VIH à l'USAC et au CAC

La prise en charge thérapeutique et psychosociale des séropositifs et des sidéens constitue l'essentiel du travail des agents de l'USAC et du CAC.

Depuis la création de l'USAC et avant sa transformation en hôpital de jour, plusieurs patients dépistés dans diverses structures de santé y ont été suivis.

Comment se repartissent-ils dans le temps de 1987 à 1993?

Tableau n° 14: répartition des patients de l'USAC selon l'année de consultation de la Clinique des Maladies infectieuses.

Année	Nombre
De 1987 à 1989	60
1990	171
1991	338
1992	389
1993	118
Total	1076

De 1990 jusqu'au 17 Juillet 1994, au moins 1076 patients infectés par le VIH ont été reçus à l'USAC. Ils se répartissent, en fonction de leur date de première consultation pour l'infection à VIH à la clinique des maladies infectieuses, de la manière suivante: au moins 60 personnes, soit 5% de l'ensemble des séropositifs enregistrés à l'USAC, ont été dépistés de 1987 à 1989; en 1990, 171 personnes, soit 15% des séropositifs de l'USAC ont été enregistrés; 338 personnes, soit 29% en 1991; 389 soit 34% en 1992; 118 soit 10% en 1993.

Ce tableau n° 13 révèle qu'un certain nombre de patients (60) infectés par le VIH dépistés entre 1987 et 1989 ont été reçus à l'USAC. Ce qui indique que l'USAC recevait les malades dépistés depuis 1987, certainement à l'occasion de l'étude de bordeaux II.

Au CAC de Dabou, le nombre potentiel de séropositifs susceptibles d'être reçus (c'est à dire le nombre de personnes infectées par le VIH et dépistées à l'hôpital Protestant de Dabou) mais était de 457 en 1990, 545 en 1991, 845 en 1992, 859 en 1993 et 418 dans le premier trimestre de 1994.

Les données chiffrées relatives au nombre de patients suivis effectivement en ambulatoire au CAC (Centre d'Accueil et de Conseils) de l'Hôpital Protestant de Dabou n'ont pu être fournies parce qu'au moment de l'enquête, les registres et fiches de suivis des patients n'étaient pas encore mis à jour et étaient inexploitable.

2-3-2- La prise en charge des séropositifs dans les structures de soins non spécialisées.

Les structures de soins non spécialisées dans la prise en charge des séropositifs sont toutes les institutions officielles de soins du pays qui ne s'occupent pas spécialement des personnes infectées par le VIH/SIDA. Comment le diagnostic, l'annonce et le suivi des séropositifs sont effectués dans ce type de structures de soins?

Le diagnostic de l'infection à VIH/SIDA.

En Côte d'Ivoire, l'une des caractéristiques de la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA est la grande diversité de ses modèles: il y a des centres de santé où le test est fait sans le consentement des patients et il y en a d'autres où les tests sont faits après l'accord préalable des patients. Cette question du consentement du malade amène à se demander si dans les structures non spécialisées de soins aux séropositifs, le counseling pré-test est systématique.

Le counseling pré-test

Dans la plupart des structures sanitaires du pays, le patient dont l'état de santé est très mauvais n'est pas toujours préparé au test. Il le subit pour "raisons médicales".

Il y a deux principaux arguments que les médecins qui imposent les tests évoquent: le fait que les patients refuseront le test s'ils on demande leur avis; la perte du temps de travail due à la longue durée du pré-test. Pourtant, la durée de la préparation au test ou pré-test est fonction de l'état de santé du patient, de son niveau de connaissance du SIDA, des qualités de communication de l'agent de santé, etc. Un pré-test peut donc se faire en une minute tout comme il peut durer plus longtemps selon qu'on a affaire à un malade qui veut savoir la cause de ses souffrances physiques ou selon que l'agent de santé est expérimenté pour faire accepter le test au malade ou non.

La plupart des agent de santé (médecins et assistants sociaux) de ces structures situent la durée du pré-test entre 10 et 15 mn lorsqu'il est effectif.

En comparant ces chiffres à ceux des autres structures spécialisées dans la prise en charge, nous pouvons dire que la durée du pré-test est comprise entre 5 à 15 mn en Côte d'Ivoire.

D'une manière générale, le pré-test dans ces structures est fait par quelques rares médecins ou assistants sociaux. Mais il arrive que des infirmiers soient amenés à le faire. Le pré-test n'est pas courant, il est plutôt rare dans ces structures de soins.

Après cette analyse transversale de la préparation au test de l'infection à VIH/SIDA, la question qui vient à l'esprit est de savoir qui prescrit les tests et pour quelles raisons certains individus sont amenés à faire ces tests ?

La prescription du test de l'infection à VIH et ses motifs

Les tests devraient être prescrits exclusivement par les médecins. Mais il arrive que certains individus fassent les tests d'eux-mêmes, volontairement ou sous la pression d'autres personnes qui ne sont pas des médecins. Ce qui soulève la question des motivations des tests de l'infection à VIH.

En d'autres termes, pour quelles raisons ou à quelles occasions les sujets de la présente enquête ont fait pour la première fois le test qui a révélé leur séropositivité pour le VIH?

Il y a une diversité de raisons qui peuvent amener quelqu'un à faire le tests du VIH.

Dans cette étude, seuls les motifs et occasions évoqués par les séropositifs/sidéens de l'échantillon ont été retenus. Les autres motifs possibles ont été ignorés.

Ainsi, les enquêtés ont été repartis selon les principales raisons qui ont motivé leurs premiers tests du VIH dans le tableau 15 ci-dessous.

Tableau n° 15: répartition des enquêtés selon les motifs du premier test du VIH.

Motifs du test	Nombre	Pourcentages
Diagnostic pour soins	150	75
Complaisance	10	5
Recherches /études	10	5
Dépistage (volontaire ou imposé)	20	10
Don de sang	10	5
Total	200	100

A la question: << à quelle occasion avez-vous été amenés à faire pour la première fois le test du SIDA?>>, 75% des enquêtés ont évoqué des raisons relatives aux diagnostic pour mieux les soigner , entre autres des affections récidivantes ou évocatrices du SIDA (fièvres, toux, dermatoses, diarrhées qui guérissaient jamais totalement malgré les multiples traitements médicaux qu'ils avaient déjà fait). Ceux qui ont précisé que le test a été fait à leur insu par complaisance représentent 5% de l'échantillon et 5% disent avoir été dépisté à l'occasion d'une étude. Pour 10% des enquêtés, le test de dépistage a été fait sur leur demande, soit de façon libre (2%) soit sous la pression de tierces personnes (8%). Enfin, ce tableau montre que 5% des séropositifs de l'enquête ont été reconnus séropositifs à l'occasion d'un don de sang.

Ce tableau permet de dégager une classification des principaux motifs de demande des tests du VIH: les tests de diagnostic à but thérapeutique, les tests effectués pour raison d'études ou de recherches, les tests réalisés à l'occasion des dons de sang, les tests de complaisance, les tests de dépistage (volontaire ou imposé).

Les tests de diagnostic à but thérapeutique

Ce sont les tests prescrits par des médecins et d'autres agents de santé à des patients présentant des signes évocateurs de l'infection à VIH/SIDA.

Ils visent à mieux comprendre la situation sanitaire (diagnostic) des patients pour mieux assurer leur prise en charge thérapeutique.

C'est ce que confirme le Dr L . M, médecin-chef d'un hôpital et Présidente d'une ONG assurant la prise en charge clinique et psychosociale des personnes vivant avec le VIH: <<...c'est aux patients présentant des signes évocateurs de l'infection à VIH/SIDA que je prescris les tests de dépistage afin de savoir de quoi ils souffrent et de mieux les suivre sur les plans médical et psychosocial.>>

Ces tests sont dits à but thérapeutique par ce qu'ils sont (avec ou sans le consentement des patients) demandés par les agents de santé dans le but d'améliorer la prise en charge thérapeutique des patients.

Les tests effectués pour raison d'études ou de recherches

Ce sont des tests qui sont effectués par des patients sur la demande des médecins au cours de certains essais thérapeutiques ou d'études d'évaluation de la prévalence de l'infection à VIH dans des catégories particulières de la population. Dans les années 89-90, ce genre de tests étaient faits à l'insu des patients.

Mais actuellement, c'est avec leur consentement éclairé et écrit que les tests sont faits pendant les études de type épidémiologique ou clinique.

Ce bref témoignage de Mme O., 32 ans, atteste qu'avant 1991, des patients étaient enrôlés dans des études qui entraînaient le dépistage de l'infection à VIH sans leur consentement et à leur insu: <<...en 1990, quand j'ai amené un de mes enfants malades à la P.M.I., on a pris mon sang et celui de l'enfant je ne sais pourquoi. Par la suite, on m'a dit que j'ai le VIH dans le sang ainsi que mon fils...>>

Il faut remarquer que ces études constituent presque toujours des points de départ ou les seules expériences de prise en charge des séropositifs dans la presque totalité des structures de soins.

Les tests effectués à l'occasion du don de sang

Lorsque des volontaires donnent leur sang au Centre National de transfusion sanguine, ce sang est systématiquement analysé au laboratoire en vue de rejeter celui qui contient les germes de la Syphilis, de l'Hépatite B et ou le virus du SIDA.

Même si les résultats de ces analyses ne sont pas systématiquement portés à la connaissance des donneurs occasionnels de sang, ils sont fournis à celui qui les réclame.

Il est important de noter qu'il existe une structure de prise en charge thérapeutique et psychosociale de tous les donneurs de sang séropositifs ou non au CNTS. C'est cette structure qui abrite la Fondation LUC MONTAGNIER et FRÉDERICO MAYOR d'Abidjan.

Les tests de complaisance

Ce sont des tests qui sont demandés par les agents de santé sans aucune intention d'assurer la prise en charge des patients infectés par le VIH. On peut alors dire que ce genre de tests sont demandés pour la satisfaction de la curiosité des médecins ou autres agents de santé.

Les deux cas suivants illustrent comment certains médecins et autres agents de santé font faire les tests de diagnostic de l'infection à VIH pour leur plaisir personnel.

<< Chaque fois que j'étais malade, j'allais à l'infirmerie du Port d'Abidjan pour me faire soigner. Tantôt c'était la toux, tantôt le palu, tantôt la diarrhée ou des démangeaisons et des boutons sur le corps. Mais je ne guérissais pas. Un jour, le docteur m'a dit d'aller faire des examens de sang pour savoir de quoi je souffrais. J'ai fait plusieurs examens de sang, mais il ne m'avait jamais dit de quoi je souffrais. Et en ma présence, il a téléphoné à un autre médecin et lui a dit: " j'ai un malade VIH plus, plus. Qu'est-ce que je fais?" Après, il m'a dit de rentrer chez moi et revenir le voir dans un mois, je ne savais trop pour quoi.

Je suis revenu le voir avant le délai d'un mois pour raison de santé et il n'a pas voulu me recevoir par ce qu'il n'avait pas rendez-vous avec moi en ce moment là. Par la suite, lorsque je suis tombé gravement malade, j'ai été hospitalisé au CHU de Treichville et c'est après que j'ai été informé par le docteur Agness que j'ai le SIDA. >> dit Mr A. E, séropositif suivi à l'USAC, au CHU de Treichville.

Selon Mme B.L, << Le médecin qui me suivait pour une sinusite m'a donné des bulletins d'examens de sang, lorsque je suis venue le voir avec les résultats, il ne m'a rien dit et rien prescrit et il m'a dit d'aller désormais me soigner au CHU de Treichville. Lors que je suis tombée malade par la suite, je me suis rendue au CHU avec tous mes papiers d'hôpital. Le docteur qui m'a reçu m'a fait faire d'autres examens de sang avec mon accord avant de me dire que j'ai le SIDA. Il m'a donné un papier pour venir aux Maladies Infectieuses ici. C'est là que j'ai compris pourquoi mon premier médecin du quartier avait refusé de me soigner.>>

Comme on le constate dans ces deux cas, les patients ont été amenés à faire les tests par des médecins qui n'avaient aucune intention de les prendre en charge et qui ont "refusé" de les suivre médicalement.

Ces médecins se sont rassurés que les patients en question sont infectés par le VIH et ils se sont débarrassé d'eux.

C'est de cette manière que certains médecins imposent les tests de dépistage de l'infection à VIH à leurs patients tout en sachant qu'ils ne leur annonceront pas le résultat et ne les prendront pas en charge sur le plan thérapeutique et psychosocial. Après les tests, c'est à d'autres médecins qu'ils adressent directement ou indirectement leurs patients séropositifs pour le VIH en vue de l'annonce et du suivi.

Cette pratique est actuellement régression à Abidjan parce que la plupart des médecins des centres de référence renvoient de plus en plus les séropositifs aux médecins qui ont prescrit le test afin qu'ils fassent l'annonce eux-mêmes.

A l'intérieur du pays par contre, l'annonce est rarement faite dans la quasi totalité des structures étatiques de soins.

Les tests de dépistage (volontaire ou imposé)

Ce sont des tests qui sont effectués de façon volontaire ou involontaire à la demande d'individus généralement bien portants.

A la différence des tests à but thérapeutique qui sont demandés par des agents de santé à des patients malades, les tests de dépistage sont demandés par des individus bien portant ou par tierces personnes n'exerçant pas en milieu hospitalier.

Les raisons évoquées par les patients qui ont demandé le test de façon libre et volontaire sont: voyages en Europe ou en Amérique, embauche, mariage, mimétisme, suspicion personnelle de l'infection à VIH/SIDA.

D'autres enquêtés ont subi le test de dépistage sous la pression de certaines personnes: les employeurs, les parents, les conjoints ou autres partenaires sexuels.

De l'analyse du diagnostic et de sa composante qu'est le pré-test, il se dégage une typologie des centres de santé: les centres muets, les centres demandeurs du consentement et les centres du post-tests.

Les centres muets

Ce sont principalement tous les centres de santé où les tests de l'infection à VIH sont prescrits à l'insu des patients ou bien ils ne sont pas du tout prescrits. C'est le cas dans la plupart des Hôpitaux et Formations Sanitaires Urbaines (FSU) non spécialisées du pays.

Dans cette grande catégorie de centres dits muets, il faut distinguer plusieurs cas de figures:

1°) les centres où les tests ne sont presque jamais prescrits (exemple de la Formation Sanitaire Urbaine Communautaire de Yopougon Wassacara en 1996);

2°) les centres où les tests sont prescrits à l'insu des patients (exemple du CHR de San-pédro au 30 mai 1996);

3°) les centres où les tests se font sans le consentement des patients mais où l'annonce des résultats est systématique. C'était le cas de Hôpital Protestant de Dabou, de l'Hôpital d'Alépé, du Centre de santé rural de Toupa, de l'Oisis de Koumassi, etc jusqu'en 1994.

Il a été constaté que dans ce type d'hôpitaux ou formations sanitaires, les médecins ne demandent pas systématiquement les tests de diagnostic de l'infection à VIH aux patients. Ils ne les prescrivent (ces tests) qu'aux patients dont les affections sont "récidivantes et rebelles aux traitements classiques et/ou qui présentent des signes évocateurs de l'infection à VIH/SIDA" confie le Dr A.B de la FSU de Koumassi.

Ce qui explique l'utilisation presque exclusive des tests rapides dans ces structures de soins.

Ceux qui ne prescrivent pas le test malgré les preuves cliniques de suspicion de l'infection à VIH/SIDA sont du même avis que le Dr G. M. de l'Hôpital des fonctionnaires du plateau: << je ne suis pas certain de convaincre le patient qu'il est utile pour lui de faire le test de dépistage. Je ne sais vraiment pas quels arguments utiliser pour le convaincre à accepter le test de l'infection à VIH.

De plus, je n'aurais pas eu le courage d'annoncer une telle nouvelle à un patient qui attend de moi l'ultime secours face à sa maladie et auquel je n'ai rien à proposer.

Ce fut le cas d'une patiente, la seule à qui j'ai fait faire le test, qui était de surcroît une parente à un ami qui me l'a demandé. Lorsque le résultat de sa séropositivité m'est parvenu, j'avais tous les problèmes du monde pour le lui annoncer. J'ai dû en informer mon ami qui devait se charger de faire l'annonce à sa soeur. A part son cas, je ne prescris jamais cet examen de sang à mes patients. Je ne vois pas à quoi cela sert pour un médecin, le test de diagnostic du SIDA, quand on sait qu'on ne peut pas proposer de solutions aux patients.>> Et nombreux sont les témoignages allant dans ce sens.

Ce cas montre qu'il y a des médecins qui ne trouvent pas nécessaire ou utile de savoir le statut sérologique de leurs patients. Par conséquent, ils ne prescrivent presque jamais le test de dépistage de l'infection à VIH.

Certains d'entre eux se contentent d'orienter les patients suspects dans des centres de santé " spécialisés" où ils savent que le dépistage se fait de façon systématique.

D'autres médecins par contre, continuent d'assurer exclusivement le suivi médical des patients dans l'anonymat, c'est à dire sans informer les patients de leur séropositivité par ce qu'ils ont fait le test à leur insu. C'est ce que reconnaît le Dr L. M en ces termes : << si on veut demander leur point de vue d'abord avant de les tester, ils n'accepteront jamais...>>. Cet avis est celui de la plupart des médecins interrogés à ce sujet dans le cadre d'autres travaux de recherche (enquêtes pour le livret intitulé "Colmater les brèches" de stratégies for hope n° 10 ", 1995).

On peut donc retenir que la plupart des médecins des centres de santé dits muets n'assurent pas la prise en charge complète des personnes vivant avec le VIH telle qu'elle est définie dans ce travail: certains ignorent le statut sérologique des patients et/ou d'autres ne font pas le pré-test et/ou l'annonce. Il faut noter que dans ce type de structures de santé, le nombre de séropositifs bénéficiant d'une prise en charge thérapeutique et psychosociale est difficile à savoir.

Des problèmes de confidentialité et de violation du droit au consentement libre et éclairé se posent avec acuité. De plus, on y assiste à une très forte médicalisation de la prise en charge de l'infection à VIH: seuls les soins sont dispensés aux séropositifs, la prise en charge psychosociale et les conseils de prévention y sont ignorés.

Les centres muets sont donc des centres de santé qui contribuent à la propagation de l'infection à VIH et au développement du SIDA-maladie chez les séropositifs.

Les centres demandeurs du consentement.

Les centres "demandeurs du consentement" sont les structures sanitaires où les tests ne se font pas sans le consentement préalable des patients. C'est le cas de l'USAC, du CIPS, des CAT d'Abidjan.

Dans ces centres, il est explicitement signifié aux patients que les besoins de diagnostic de leur maladie nécessite un examen sérologique de dépistage de l'infection à VIH.

Dans cette catégorie de structures, sont inclus les centres tels que la Clinique de confiance de RETRO CI à Koumassi, (Abidjan) et le projet DITRAM à Yopougon (CHU et PMI) qui "matérialisent" (cela est nouveau en Côte d'Ivoire) le consentement du patient par sa signature d'un document conçu à cet effet. Dans ces centres, l'annonce de la séropositivité est facilitée, selon les agents chargés de cette activité, par le counseling pré-test et, le temps est donc raccourci.

Les conseils de prévention sont prodigués aux patients qui bénéficient d'un suivi et d'une assistance socio-médicale assurée par des personnels et dans des locaux spécifiques. Le nombre des séropositifs suivis est presque toujours connu ou peut l'être facilement (il suffit de le chercher dans les registres et fiches de suivis).

Les problèmes de confidentialité se posent avec moins de gravité que dans les centres muets et les problèmes de violation du droit des patients au consentement y sont minimes.

Les centres du "post-consentement"

Il y a enfin les centres dits du "post consentement". Ce sont les centres où l'on ne reçoit que des patients déjà testés (ailleurs, dans d'autres centres de santé) et reconnus séropositifs pour le VIH, en vue de leur suivi et prise en charge.

Dans ces centres, le problème du consentement ne se pose pas dans la mesure où les tests sont déjà effectués avant l'arrivée des patients.

C'est le cas du Centre de la Fondation Luc Montagnier/Frédérico Mayor d'Abidjan, du Centre de soutien des séropositifs du CHR de Korhogo, du Centre d'Assistance Socio- Médicale du boulevard de Marseille (CASM) à Treichville, du Centre d'accueil de l'Association ST Camille de Bouaké, etc.

Le processus de la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA commence par le diagnostic. C'est cette étape qui vient d'être analysée. L'étape suivante est l'annonce du résultat ou du diagnostic. Comment se fait-elle en Côte d'Ivoire?

L'annonce de la séropositivité

L'annonce de la séropositivité pour le VIH aux personnes infectées se fait par plusieurs catégories de personnes: les médecins et les séropositifs (au Centre d'Assistance Socio-Médicale) les médecins et les assistants sociaux (au Centre Antituberculeux d'Adjamé), les infirmiers (au Centre d'Accueil et de Conseils) de l'Hôpital Protestant de Dabou, des personnes autres que des agents de santé (au Centre d'Education Sanitaire d'Alépé) ou par des équipes comprenant des médecins, des assistants sociaux et des infirmiers (USAC).

Les termes dans lesquels l'annonce est faite varient d'un patient à l'autre et d'un annonceur à l'autre. C'est l'une des raisons pour lesquelles les enquêtés évoquent une diversité de termes dans lesquels l'annonce leur a été faite: <<le sang n'est pas bon>>, <<il y a une maladie dans le sang>>, <<je suis séropositif>>, <<je suis séropositif, mais je n'ai pas encore le SIDA>>, <<je suis séropositif, mais je ne suis pas malade>>, <<il y a le virus du SIDA dans mon sang>>, <<j'ai le SIDA>> ou encore, <<j'ai leur nouvelle maladie qui n'a pas de médicaments>> <<je suis malade: j'ai le SIDA>>, etc.

Il faut noter que les termes en rapport avec le sang ont été cités par 11,1% des enquêtés. Ceux relatifs à la séropositivité ont été évoqués par 49,5% des patients interviewés. Les termes faisant allusion à la maladie et au SIDA ont été évoqués par 39,4% des enquêtés.

Ce qui veut dire que moins de la moitié des enquêtés ont retenu les termes de maladie et de SIDA après l'annonce de leur séropositivité pour le VIH. Quant au reste de l'échantillon (plus de 50,5%), ils ont gardé en mémoire les termes utilisés par le grand public ou par les agents de santé lors de l'annonce: "séropositifs" ou "VIH dans le sang".

Ce sont des termes souvent utilisés par les agents de santé pour se faire comprendre ou pour éviter d'effrayer les patients par le mot SIDA dont la population a peur. Le mot SIDA n'est en général utilisé par les agents de santé que lorsque le patient ne perçoit pas visiblement la signification de la séropositivité pour le VIH.

La peur qui entoure ce phénomène explique le fait que le mot SIDA est rarement utilisé en présence ou par des personnes vivant avec le VIH.

Essai de synthèse

A l'analyse, on se rend compte que ce travail de prise en charge des séropositifs implique une réorganisation de la société hospitalière, entraîne une mobilité sociale des agents en termes d'ascension, en affaiblissant quelque peu le pouvoir du médecin ivoirien qui est obligé de s'impliquer d'une manière ou d'une autre dans des activités de prévention habituellement confiée aux "subalternes" que sont les assistants sociaux et les infirmiers. Elle les amène également à s'intéresser aux problèmes sociaux, économiques et financiers des patients.

En d'autres termes, la prise en charge de l'infection à VIH révolutionne les relations des soignants avec leurs patients en les humanisant d'avantage et en redimensionnant les relations de collaboration et de complémentarité des différents corps d'intervention en matière de santé que sont les médecins, les infirmiers et les assistants sociaux.

La prise en charge de l'infection à VIH/SIDA remet en cause les habitudes des médecins s'agissant du consentement du patient avant la prescription d'un examen médical: pour l'infection à VIH, il faut demander l'avis du patient avant de lui prescrire le test de dépistage, ce qui ne se fait pas en cas d'autres pathologies curables.

Toutefois, il y a comme une résistance des médecins, des infirmiers et des sages-femmes à cette révolution: très peu d'entre eux sont impliqués dans les activités de prise en charge des séropositifs. Chacun préfère se comporter envers le séropositif comme il se comporte avec des patients séronégatifs.

Autrement dit, nombreux sont ceux, parmi ces agents de santé, qui refusent d'assurer la prise en charge psychosociale de l'infection à VIH/SIDA plus préventive que curative: ces agents, se sentant plus valorisés dans la délivrance des ordonnances que des activités de prévention, choisissent d'ignorer les patients infectés par le VIH dont la prise en charge les oblige à faire le pré-test, l'annonce, le suivi thérapeutique et psychosocial, c'est à dire des activités de conseils et de prévention.

C'est l'une des raisons qui explique la timidité avec laquelle ils s'impliquent dans la prise en charge thérapeutique et surtout psychosociale des séropositifs. L'éthique et la déontologie de la profession médicale imposent aux praticiens (personnes assermentées du reste) le secret des informations qu'ils détiennent.

Avec l'avènement du SIDA, cette exigence devrait s'amplifier compte tenu de la gravité et de la complexité des conséquences de la divulgation des informations relatives à la séropositivité des patients.

Les résultats de l'enquête montrent que des agents de santé ne gardent pas toujours le secret de la séropositivité de leurs patients: certains médecins ou assistants sociaux livrent les résultats des examens médicaux aux chefs d'entreprises sans l'avis des personnes testées pour le VIH. D'autres (c'est le cas à la base de secteur santé rurale de San-pédro) se permettent de révéler aux conjoints et aux parents des patients le statut sérologique de ces derniers alors qu'eux-mêmes ignorent leur séropositivité. Pourtant, 93% des enquêtés ont la certitude que leurs médecins ne peuvent pas divulguer le secret de leur maladie.

Pour 3% de ces enquêtés, rien ne permet de croire que le secret ne sera pas violé d'une manière ou d'une autre par les médecins.

Selon eux, il n'y a pas de secret absolu. Par contre, 8 enquêtés (4% de l'échantillon) affirment qu'ils n'ont confiance en personne, <<que ce soit un médecin ou une autre personne parce que>>, dit l'un d'entre eux ,<< dans les maquis, des amis médecins, ne sachant pas que je suis séropositif, nous parlent des personnes de notre quartier qui ont le SIDA en les citant nommément pour se donner de l'importance et épater l'auditoire.>> Tout ceci ne veut toutefois pas dire que l'ensemble des médecins ne sont pas dignes de confiance s'agissant du secret professionnel.

CHAPITRE V- Réponses des structures sanitaires traditionnelles au SIDA.

L'enquête auprès des séropositifs et des sidéens atteste que les herboristes et les guérisseurs traditionnels sont très fréquentés par les personnes vivant avec le VIH: sur les 106 enquêtés ayant eu recours, une fois au moins, aux structures non conventionnelles de soins, 39,6% ont consulté l'Institut Brito, 12,4% Bamby (antilaléka), 5,6% le Centre Yepimso Abrantié et 45,4% ont consulté diverses autres structures: Drobo 2, "Dr Aka", Lath, Daligou, Tahiri Zagré, le Prophète Koudou Jeannot, le guérisseur du KM 17, celui de Lakota, des Marabouts et, des prêtres du renouveau charismatique de l'église catholique (dont les noms ne nous ont pas été révélés).

Dans les centre et institut de médecine traditionnelle visités, les investigations ont privilégié la prescription du test de dépistage ou le diagnostic de l'infection à VIH/SIDA, l'annonce et la prise en charge thérapeutique et psychosociale de l'infection à VIH/SIDA

1- Diagnostic de l'infection à VIH chez les tradipraticiens.

La prescription du test est réservée aux médecins en Côte d'Ivoire. Mais il arrive que des praticiens de la médecine traditionnelle prescrivent le test dans certaines circonstances spécifiques. La prescription des tests de dépistage de l'infection à VIH/SIDA se fait souvent dans ces cas de façon verbale.

D'une manière générale, il faut retenir que dans ces structures de santé de type traditionnel, les tests de dépistage de l'infection à VIH ne sont pas couramment prescrits, parce que dans 95% des cas, le recours aux guérisseurs et herboristes n'intervient que lorsque les malades se savent infectés par le VIH après un ou plusieurs tests. Mais on y trouve également des malades dont on ignore le statut sérologique.

La prise en charge thérapeutique n'est pas assujettie au test de dépistage de l'infection à VIH: «Les malades ne sont pas obligés de faire le test, mais il nous arrive de le conseiller à des malades. S'ils veulent le faire, ils le font. S'ils ne veulent pas, ils n'en font pas.

Les tradipraticiens posent le diagnostic du SIDA sur la base de l'odeur que dégage le patient, ou à partir de l'observation de son état physique de santé ou encore, «avec l'aide des esprits».

En effet, selon l'un des praticiens, le malade du SIDA a une odeur spécifique par laquelle les initiés comme lui peuvent savoir facilement sans aucun test de dépistage que le patient est infecté par le VIH. Dans d'autres cas, c'est à travers le physique du malade (amaigrissement prononcé).

Pour un autre tradipraticien, l'identification des malades du SIDA se fait sur instruction des génies auxquels ils doivent leur pouvoir de guérison.

Le diagnostic de l'infection à VIH (ou du SIDA comme on l'appelle ici) repose donc essentiellement sur les tests de dépistage effectués dans des laboratoires d'analyses médicales de type occidental ou sur l'appréciation par le praticien de l'état de santé physique du patient. La prise en charge consiste soit à exiger un test de dépistage aux patients avant de les mettre sous traitement, soit à leur faire faire le test de dépistage lors du passage d'une équipe de techniciens de laboratoire (qui viendrait du CHU de Cocody) à l'institut Brito par exemple. La somme de 3 000 fcfa est payée par chaque malade à chaque test. Les patients sont soumis au test sans leur consentement préalable dans la plupart des cas.

En général, les patients arrivent dans ces structures déjà dépistés comme séropositifs pour le VIH. Mais il y en a qui n'ont jamais fait de test de dépistage biologique de l'infection à VIH et qui sont mis sous le "traitement du SIDA" lorsqu'ils sont reconnus par les tradipraticiens comme des "sidéens" à partir de symptômes évocateurs à leurs yeux du SIDA. Pour M A.E, tradipraticien à Abobo-gare, << Le SIDA peut être reconnu à travers les symptômes souvent évoqués dans les messages des campagnes de sensibilisation et retrouvés chez d'autres malades qui sont venus nous voir avec les résultats des tests de dépistage du SIDA. Ces symptômes sont la toux (tuberculose) zona, boutons noirs, fatigue générale permanente, perte de poids, etc >>.

On peut retenir ici que le diagnostic de l'infection à VIH/SIDA chez les tradipraticiens dépend plus des possibilités diagnostic de la médecine moderne que la de celles de la médecine traditionnelle. Mais toutes ces méthodes et techniques de diagnostic sont souvent combinées par les tradipraticiens s'agissant de l'infection à VIH/SIDA.

2- La prise en charge thérapeutique de l'infection à VIH/SIDA

La prise en charge de l'infection à VIH/SIDA n'est pas uniforme chez les praticiens de la médecine traditionnelle.

Chez certains, avant la connaissance du résultat du test, les malades peuvent être mis sous traitement tout comme ceux qui arrivent dans le centre avec leurs bulletins d'examens de sang indiquant qu'ils sont infectés par le VIH.

Les méthodes de prise en charge de la séropositivité pour le VIH et du SIDA sont différentes chez les tradipraticiens. En effet, ces praticiens ont des formations et des pouvoirs thérapeutiques, des structures et des méthodes d'approche, des ambitions et des objectifs différents. De ce fait, chacun prescrit des médicaments spécifiques.

chez E.M, c'est principalement, le SITRAKO et, selon les symptômes, on donne d'autres médicaments tels que MIKAD, LIA, UNAM, qui sont autant de "médicaments contre le SIDA".

Chez d'autres par contre, diverses formes de médicaments sont administrés aux patients: des médicaments sous forme liquide, sous forme de gélules, de pommade. C'est, comme le dit le praticien D.B, une gamme de produits <<Stimulant l'appétit. Ces médicaments détruisent le VIH et protègent l'organisme contre le VIH et d'autres maladies, grâce à la négativation des tests sérologiques et grâce aux témoignages. ce sont des médicaments qui n'ont aucun effet secondaire.

Le traitement se fait en ambulatoire de façon individuelle et collective, car j'exige que chaque malade associe son partenaire sexuel>> affirme-t-il. Selon le besoin exprimé par le patient: mal de tête, maux d'yeux, d'oreilles, diarrhée, anorexie, etc, le praticien donne des médicaments naturels sous la forme liquide ou en poudre ou en gélules. Il arrive qu'il prescrive 9 gélules voir 12 en une seule prise aux patients. Mais d'une manière générale, chaque matin, le malade est tenu de se rendre chez le praticien où il reçoit les soins par les soignants: des gouttes dans les oreilles, dans les fosses nasales, dans les yeux et un ou plusieurs verres pleins d'un liquide médicamenteux à boire.

Les affections traitées par ces praticiens sont nombreuses et variées: l'hépatite B, la tuberculose, la diarrhée, le paludisme, le zona, le SIDA, l'anorexie, etc. Les patients infectés par le VIH ou considérés comme tels sont nombreux à consulter ces tradipraticiens. Chez l'un d'entre eux, au moins 79% des 218 malades enregistrés en 1992 avaient été reçus pour l'infection à VIH/SIDA. Parmi ces personnes vivant avec le VIH et mis sous traitement, il y a 25 policiers, 15 militaires, 12 gendarmes, 7 sapeurs pompiers, 5 gardes forestiers, 3 marins, 2 douaniers, 25 sages-femmes, infirmiers et infirmières, 12 garçons et filles de salle, 7 médecins, 1 technicien de laboratoire, 24 autres fonctionnaires, 35 élèves et étudiants.

On peut remarquer que 79% des patients enregistrés pour l'infection à VIH sont des agents de l'État, principalement ceux des "corps habillés" et de la santé. Les élèves et les étudiants représentent 13% des 173 patients enregistrés comme séropositifs ou sidéens.

Chez un autre tradipraticien, 327 patients "séropositifs" pour le VIH et 53 "malades" du SIDA dont 12 décès (tous testés selon le praticien) ont été reçus et traités de Mai à décembre 1994.

Dans la plupart des cas, le guérisseur, une secrétaire et des aides-herboristes assurent la prise en charge des patients.

Le nouveau malade qui arrive est reçu par la secrétaire ou par un des collaborateurs du tradipraticiens. Les soignants et/ou les secrétaires sont souvent habillés en blouses blanches. Après avoir expliqué son problème à la réception, le malade est dirigé chez le caissier où il paye le droit à la consultation et/ou au traitement. Lorsque ce droit est payé, le malade peut être mis sous traitement. Il est alors enregistré et un numéro d'ordre lui est attribué. ce qui permet de retrouver ultérieurement son dossier de suivi. Le dossier de chaque malade comporte une fiche de suivi médical où sont notées des informations relatives à l'évolution de son état de santé, le nombre de ses enfants, son ethnie, sa profession, sa nationalité.

Dans d'autres cas, Le nouveau malade est reçu par des secrétaires à qui il explique son mal et qui l'orientent à la consultation du "Major" ou "agent consultant". Ce dernier lui délivre une ordonnance (qui se présentent comme ce qu'on rencontre dans les hôpitaux de type conventionnel) et le dirige vers la comptabilité afin de payer les frais de consultation et de suivi médical.

Après cette étape, le malade se rend dans un autre compartiment de la maison (appelé pharmacie) où sont vendus des médicaments naturels.

La durée du traitement du SIDA est de six mois au maximum et les malades reçoivent des médicaments pour quinze jours renouvelables jusqu'à la "guérison".

La prise en charge de l'infection à VIH/SIDA a des prix bien déterminés chez chaque tradipraticien.

Chez certains comme E.M., le coût de la prise en charge n'est pas fixe.

Il varie entre 30 000 frs CFA et 100 000 frs CFA avec possibilités de paiements par plusieurs tranches successives. Les malades déclarés guéris sont remis sous traitement selon un protocole particulier de trois mois. Mais ils bénéficient d'une réduction de 10% du prix des médicaments.

Chez d'autres tels que D.B, le traitement est mis en route après le paiement des droits de la première consultation. Ces droits se répartissent comme suit: Pour les adultes et les salariés la consultation coûte 12 000 frs CFA, puis 25 000 FCFA par mois pour toute la durée du traitement. Les non salariés payent 12000frs pour la première consultation mais sont dispensés des versements mensuels.

Les femmes enceintes payent 12 000 frs pour la première consultation et 16 000 frs par mois pendant la durée du suivi. Les élèves et étudiants payent 12 000 frs lors de la première consultation et 10 000 frs mensuellement.

Les enfants ne paient rien. << C'est un don, par ce qu'ils n'ont rien mérité >> explique le tradipraticien qui situe la durée du traitement entre un jour à un mois au minimum et autour de 12 mois au maximum.

Comme on le voit, les schémas thérapeutiques ainsi que leurs coûts varient d'un tradipraticiens à l'autre. La prise en charge des séropositifs ou sidéens n'est pas gratuite.

Il y a comme un emprunt des méthodes de travail de la médecine traditionnelle à la médecine moderne.

3- L'annonce et les conseils de prévention aux séropositifs.

Chez les tradipraticiens, l'information relative à la séropositivité des patients n'est pas entourée de secret. L'herboriste ou le guérisseur la révèle au patient en présence ou en l'absence des autres patients et visiteurs. A l'occasion de visites de ces structures de santé par des journalistes ou par des chercheurs, ces "sidéens" sont présentés fièrement aux visiteurs et il leur est demandé de témoigner des bénéfices thérapeutiques tirés des prestations du praticien et de ne pas cacher la maladie.

Au sujet de l'annonce de la séropositivité aux patients, il faut dire que chaque praticien de la médecine traditionnelle a ses pratiques spécifiques: certains tradipraticiens et leurs collaborateurs évitent de prononcer le mot SIDA en présence de leurs patients.

Comme le note J.P. Dozon (in les sciences sociales face au SIDA..., Bingerville, mars 1993): <<... la première des choses qu'a entrepris M.E a consisté à éliminer (à "tuer") le terme de SIDA dans ses consultations avec les malades, et partant à retirer la charge mortifère qui lui est attachée>>.

En effet, ce guérisseur a remplacé le terme SIDA par d'autres termes qu'il a inventés et qui correspondent à ce qu'il considère comme des stades d'évolution de l'infection à VIH. Ce sont les termes MONTA, DOCA, GONOCRO, et PITRO auxquels correspondent des traitements spécifiques. Ce sont donc ces noms qu'il utilise lorsqu'il veut informer le patient du nom de sa maladie et non le terme SIDA.

Ceci montre que l'annonce de la séropositivité aux patients est une chose très rare, voir inexistante chez certains tradipraticiens.

D'autres par contre l'annoncent soit au patient uniquement, soit en présence d'autres personnes (parents, conjoints, d'autres patients, visiteurs, etc). Dans ces centres de santé, c'est le terme SIDA qui est le plus utilisé: <<tu as le SIDA>> dit-on souvent.

Il est formellement interdit aux malades sous traitement d'avoir des rapports sexuels pendant un à plusieurs mois avant et après la "guérison" parce que, selon le tradipraticien, les rapports sexuels affaiblissent les malades: <<après les rapports sexuels, les malades ont automatiquement des diarrhées et je reconnais celui qui a consommé de l'alcool à travers les céphalées. Lorsque je leur demande s'ils ont pris de l'alcool, ils répondent oui.

Les patients mariés doivent faire traiter leurs conjoints. Ils ne doivent pas consommer des boissons alcoolisées qui diluent l'effet du médicament. Les interdits alimentaires sont certes nombreux, mais c'est en fonction de ce que chaque malade ne supporte pas. Je veux dire qu'après avoir consommé un aliment, si le malade fait une diarrhée ou bien des démangeaisons, il faut qu'il arrête de consommer cet aliment...>> explique le tradipraticien D.B.

<<... compte tenu de la forte liaison entre SIDA et mort, le préservatif serait lui-même affecté de cette marque mortifère. Ce que dit M E., c'est que si l'on recommande à un patient d'utiliser des préservatifs, c'est qu'il est bel et bien frappé par le SIDA ("ou la mort", ce qu' il faut éviter) >> explique J. P Dozon.

On peut dire que les tradipraticiens s'emploient d'une manière générale à démystifier le SIDA, à lui retirer sa charge mortifère. Mais en même temps, ils font la promotion de l'abstinence sexuelle chez leurs patients sous traitements et déconseillent le préservatif. Conseils qui peuvent contribuer à la propagation de l'infection à VIH/SIDA au cas où le patient décide d'avoir des relations sexuelles en n'utilisant pas le préservatif.

4- Perception de la guérison des séropositifs ou sidéens par les tradipraticiens.

Que faut-il entendre par guérison du SIDA chez la plupart des tradipraticiens?

Leur représentation du SIDA se perçoit à travers leurs déclarations selon lesquelles ils guérissent le SIDA et peuvent changer le statut sérologique de leurs patients séropositifs pour le VIH.

L'analyse de des déclarations et des entretiens avec ces praticiens de la médecine traditionnelle montrent une représentation du SIDA qui est celle d'un mal (au sens d'un mal de ventre, de tête etc, considérées dans la logique traditionnelle comme des maladies à part entière) qui une fois apaisé, signe la guérison.

De plus, pour eux, le SIDA est une maladie parfaitement et facilement curable: <<...je négative la sérologie d'un sidéen au bout de 6 mois, 2 mois, même après 3 jours de traitement intensif. Maintenant' c'est un vaccin que je suis entrain d'expérimenter, et ça marche...>> affirme l'un, et, l'autre soutien : <<J'ai vaincu le SIDA>>.

En fait, il transparaît dans leurs discours une différence d'appréciation et de compréhension de la sérologie pour le VIH: devenir séronégatif pour le VIH signifie pour eux (du moins apparemment) ne plus être porteur du VIH dans le Sang. Il suffit donc, pensent-ils, d'arrêter la diarrhée ou les vomissements des malades ou de <<négativer>> leur sérologie pour les considérer comme guéris. Cette vision de la maladie et de la guérison qui se limitent aux signes cliniques et à leur disparition ne permet pas aux herboristes et guérisseurs de croire que le SIDA n'est pas une maladie: << comment expliquer le fait que les sidéens font la diarrhée ou maigrissent sans être malades.

Est-ce à dire que pour vous la diarrhée et l'amaigrissement ne sont pas des maladies?>> s'interrogent-ils.

Pour le guérisseur E. M, << la guérison est fondée sur la disparition des symptômes qui ont motivé la consultation de départ >>.

Pour d'autres tel que D.B, la guérison de l'infection à VIH/SIDA s'apprécie par la disparition des troubles physiques qui ont motivé la consultation ainsi que par les "tests négatifs".

Comme le dit le praticien lui-même <<le malade qui a consulté pour une diarrhée ne sera déclaré guéri que lorsque cette diarrhée sera arrêtée et lorsque son examen sérologique (nous ne savons où et avec quelle fiabilité sont effectués ces tests de diagnostic biologique de l'infection à VIH) sera négatif pour le VIH. Mais pas avant.>> Selon l'herboriste, les personnes déclarées guéries ne reviennent pas souvent le voir, sauf si elles ont des problèmes de santé. Mais elles continuent de prendre les médicaments à titre préventif.

Ce chapitre éclaire dans une certaine mesure quelques différents aspects de la prise en charge thérapeutique et psychosociale des séropositifs chez les tradipraticiens de Côte d'Ivoire. Toutefois, une étude beaucoup plus poussée en direction de ces thérapeutes est nécessaire. Celle-ci permet néanmoins de se rendre compte que les séropositifs suivis dans ces centres peuvent être amenés à entretenir des relations sexuelles non protégées lorsqu'ils ne sont plus sous l'emprise du thérapeute. Ce qui contribue à la détérioration de son état de santé et à la propagation du VIH.

CHAPITRE VI- LES RÉPONSES DES FAMILLES ET DES ENTREPRISES CONFRONTÉES AU SIDA

Pour parler des réponses des familles et des entreprises face à l'infection par le VIH/SIDA, il faut non seulement que les personnes infectées se sachent séropositives, mais il faut également que cette information soit portée à la connaissance d'autrui (parent, conjoint, collègue ou employeur) pour que les changements survenus dans leurs relations avec les autres aient un lien avec leur statut de séropositifs ou de sidéens. Autrement dit, si les patients ne se savent pas séropositifs pour le VIH, ou, s'ils en sont informés mais n'en ont parlé à personne, il est inexact de dire qu'ils sont rejetés à cause de l'infection par le VIH ou du SIDA.

Le partage de l'information avec autrui est donc un préalable dans l'étude objective des effets de l'infection à VIH/SIDA sur les relations sociales des séropositifs et des sidéens. Il importe alors de savoir comment les personnes vivant avec le VIH gèrent cette information avant d'aborder les questions des effets du SIDA sur les relations sociales et celles de la discrimination dont ils seraient l'objet.

1- Gestion de l'information relatives à la séropositivité par les personnes vivant avec le VIH

Il y a deux approches de la gestion de l'information par les personnes vivant avec le VIH: celle relative aux réactions des patients à l'annonce et celle du partage de l'information avec autrui.

1-1- Les réactions des patients à l'annonce de la séropositivité pour le VIH.

<< Le diagnostic de l'infection à VIH produit dans toutes les cultures des réactions psychologiques similaires à celles des maladies qui menacent la vie. Toutefois, les réponses émotionnelles peuvent être considérablement différentes suivant beaucoup de facteurs individuels et socioculturels, tels que: l'état de conscience de l'infection, la représentation culturelle de la maladie, la capacité d'adaptation dans le contexte familial et la disponibilité d'un service de santé de soutien. Dans tous les cas, le diagnostic (de l'infection à VIH) est un événement qui produit des implications profondes sur tous ceux qui font partie du réseau des relations de la personne (infectée). Des sentiments de culpabilité, de honte, de dépression et de stigmatisation commencent immédiatement à influencer sur la définition du "moi", la qualité des relations personnelles et la recherche de l'aide dans la gestion de la maladie. dans cette quête, les réactions augmentent l'isolement et la stigmatisation des personnes infectées par le VIH >> (Coxon et Carballo, 1989).

S. Donini (1991) décrit <<trois possibles réactions psychologiques du malade, parfois successives. Une “phase initiale” aiguë, verbale et émotionnelle; une “phase de transition” pendant laquelle les sentiments de colère et de culpabilité surgissent à la conscience prenant la place de la déniégation; la “phase d’acceptation et d’adaptation” durant laquelle la personne réorganise sa vie.

Un cadre psychologique similaire a été aussi développé par D. Miller qui souligne que “beaucoup de troubles psychosociaux constatés dans l’infection à VIH reflètent deux importantes préoccupations: la peur du cours futur de la maladie et la peur des réactions potentielles des autres”. Ce phénomène a été décrit comme un “détresse situationnelle” ou une “réaction d’adaptation” Selon cet auteur, la complexe variété de réactions émotionnelles à la maladie comprend, entre autre, le choc, la déniégation, la dépression et des pensées ou des activités suicidaires>>.

DÉDY et TAPÉ (1993) décrivent font des analyses similaires et décrivent presque ces mêmes réactions émotionnelles chez des séropositifs de côte d'Ivoire.

Les diverses réactions évoquées par les enquêtés de la présente étude à l'annonce de leur séropositivité pour le VIH peuvent être classées en deux catégories : l'acceptation du diagnostic ou son déni (refus).

A la question: "comment avez-vous réagi à l'annonce de votre séropositivité? "

Tableau n° 16: répartition des enquêtes selon leurs réactions à l'annonce de leur séropositivité pour le VIH

Réactions	Nombre	Pourcentage
Acceptation	180	90%
Déni	20	10%
Total	200	100%

20% des enquêtés se sont déclarés étonnés de l'apprendre. Parmi ceux-ci, 5 (3 femmes et deux jeunes hommes) ont affirmé avoir eu l'intention de se suicider. La moitié (50%) des enquêtés disent avoir affiché une relative sérénité (<<j'ai pris ça comme ça>> ou <<ça ne m'a pas dit grand chose>> ou encore <<je n'ai eu aucune réaction particulière>>), 20% disent avoir pleuré (uniquement des femmes et des jeunes hommes) et 10% des enquêtés affirment avoir douté du diagnostic et se demandent encore comment ils ont été contaminés, eux qui sont fidèles, selon eux-mêmes, à leurs partenaires?

On peut noter que 90% des enquêtés acceptent le diagnostic et 10% le dénie.

Comment les enquêtés justifient - ils ces différentes réactions?

Ceux qui parlent d'étonnement à l'annonce de leur séropositivité disent qu'ils entendaient parler du SIDA sans jamais croire que c'était une réalité ou qu'ils pouvaient en être victimes:

<< j'entendais parler du SIDA, mais je ne croyais pas que ça existait. Et quand on m'a dit que c'est ça que j'ai, j'étais étonné.>> explique Mr D.Y, 48 ans, non scolarisé mais parlant couramment français.

Quant à Mr B.A, 37 ans, célibataire de niveau d'études supérieur, il soutient : << je sais très bien que le SIDA existe, mais je n'ai jamais imaginé que je pouvais l'avoir. C'est pour quoi j'ai eu peur et ça m'a étonné.>>

Les dires de ces deux patients montrent que certaines personnes ont entendu parler du SIDA et savent qu'il existe et que d'autres personnes ne croient pas en son existence, surtout pas pour eux, mais peut-être pour les autres.

C'est ce qui explique leur étonnement. Mais cet étonnement, selon, n'est autre chose que la manifestation de la peur de la maladie.

Mlle G.G, concubine âgée de 27 ans et sans enfants, est étonnée par ce que, dit-elle, << franchement, je suis étonnée que moi j'ai une maladie que tout le monde fuit. Je suis foutue. Je me demande ce que j'ai fait de mal à Dieu pour qu'il me réserve ce sort. Vraiment je ne comprends pas.>>

Pour les enquêtés qui ont affiché une relative sérénité, « On ne peut pas discuter avec le médecin parce que c'est son travail et s'il dit que j'ai le SIDA, c'est que c'est ça. Il ne peut quand-même pas s'amuser à mentir. » disent-ils. Pour d'autres, tel que Mr J.P « Je m'y attendais plus ou moins parce que j'ai eu beaucoup d'aventures sexuelles... » et Mme A.P. « j'étais tout le temps malade et je ne guérissais pas malgré les nombreux médicaments que j'achetais Donc je savais que j'avais une maladie incurable, mais pas forcément le SIDA. »

Ce qu'il faut retenir est que des patients restent sereins à l'annonce de leur séropositivité, soit par ce qu'ils s'y attendaient plus ou moins pour des raisons diverses: nombreuses aventures sexuelles à risques; maladies récidivantes et rebelles aux traitements (telles que les manifestations de l'infection à VIH sont présentées dans les discours préventifs); préparation avant les tests de dépistage; etc, soit parce qu'ils ont la conviction que les agents de santé ne peuvent pas leur raconter des mensonges, compte tenu de la gravité des conséquences de l'information relative à l'infection à VIH.

Les enquêtés qui pleurent à l'annonce de leur séropositivité le font parce qu'ils perçoivent l'infection par le VIH comme une mort certaine annoncée comme l'exprime Mlle Kouamé, 23 ans, célibataire : « ... si on vous dit que vous avez le SIDA, qu'est-ce que vous allez faire? Vous allez rire? Vous savez bien qu'on parle de la mort et vous me demandez comment j'ai réagi. J'ai pleuré parce que je sais que c'est fini pour moi. »

Enfin, ceux qui doutent de la véracité du diagnostic de l'infection à VIH évoquent le fait qu'ils ont eu ce que Mr P. K, 55 ans, marié à deux épouses et père de 8 enfants appelle << une vie sexuelle rangée >>: fidélité à un seul ou à plusieurs partenaires et, jamais de relations sexuelles rétribuées. << ... d'où vient alors cette maladie des prostituées pour m'atteindre?>> se demande t- il. Une autre raison de l'étonnement des enquêtés me paraît être le fait que leur consentement éclairé n'a pas été requis avant le test de dépistage.

En effet, à la question “quelles sont les raisons qui vous ont poussé à donner votre sang pour le dépistage de l'infection à VIH (consentement éclairé)?” 38% (dont 28% à Dabou et 10% à Treichville) des enquêtés ont répondu avoir donné leur sang sans savoir pourquoi, sur la demande de leurs médecins respectifs avant d'être reçus à l'USAC et au CAC. D'autres enquêtés, 52% affirment qu'ils ont accepté de donner leur sang parce qu'ils voulaient savoir de quoi ils souffraient, 2% disent avoir fait le test pour raisons de voyages (projets non réalisés à cause de la séropositivité pour le VIH) en Belgique, au Canada, en Grande Bretagne. en Libye. Pour 3% des enquêtés, le test a été demandé par leurs employeurs (chez des travailleurs de maison ou d'entreprises privées), 4% ont fait des tests de dépistage volontaires et 1% par dons de sang.

Tableau n°.17 Répartition des enquêtes selon les raisons ayant motivé les examens de sang qui ont révélé leur séropositivité.

Motifs du test	Nombre	Pourcentage
Diagnostic sans accord	76	38%
Diagnostic avec accord	104	52%
Dossiers de voyages	4	2%
Dépistage volontaire	8	4%
Dons de sang	2	1%
Demande du patron	6	3%
Total	200	100%

Les données du tableau n° 17 montrent que les tests de dépistage de l'infection à VIH sont imposés aux individus par certains agents de santé sollicités quelquefois par des personnes autres que des agents de santé: leurs parents, amis et employeurs. Ce qui pose le problème du secret médical, du consentement avant le test, de discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH, de test de dépistage à l'embauche et de législation en matière du SIDA.

Il faut noter que ces réactions évoluent dans le temps et, six à douze mois après l'annonce, le déni de l'infection au moment de l'annonce peut faire place à l'acceptation du statut sérologique. De même, une grande affliction à l'idée d'être infecté par le VIH peut se substituer, plusieurs mois ou années après l'annonce, à une relative sérénité affichée lors de l'annonce (A. D. Blibolo, Abidjan, 1991, p.55.).

L'intérêt de l'analyse des réactions sous ces deux rapports (acceptation ou refus du statut de séropositif pour le VIH) réside dans le fait qu'elle permet de comprendre, en partie tout au moins, les réactions des séropositifs/sidéens face aux mesures de prévention de l'infection et du SIDA (le rejet des préservatifs: voir page.....), face au partage de l'information avec leurs parents (garder seuls le secret de leur maladie) et face aux différents recours thérapeutiques (passer de la médecine conventionnelle à la médecine traditionnelle)

1-2- Le partage de l'information relative à la séropositivité avec autrui.

S'agissant du partage avec autrui de l'information relative à la séropositivité pour le VIH, les résultats de l'enquête révèlent que 86 personnes, soit 43% des enquêtés gardent seuls le secret de leur infection (chiffre proche de celui de Agnese A et al: 40,6%) ;

Tableau n° 18: répartition des enquêtes selon le partage de l'information de la séropositivité avec autrui.

Personnes informées	Nombre	Pourcentage
Parents	20	10%
Conjoints	80	40%
Amis/partenaires	4	2%
“Parents” de religions	8	4%
Autres personnes	2	1%
Aucune	86	43%
Total	200	100%

Ils indiquent que 26% des enquêtés informent leurs parents (père, mère, frère, soeur, cousin(e) etc) de leur séropositivité pour le VIH; 24% informent les conjoints ou les conjointes; 4% les "parents" d'Église (Pasteurs, Prêtres, frères et soeurs en Christ, etc); 2% les amis et autres partenaires sexuels (copains, copines, camarades, etc); 1% d'autres personnes (employeurs, collègues, voisins et cohabitants des cours communes, personnes informées par les mass média, etc).

On retient que ceux qui ont informé autrui de leur séropositivité représentent 57% des enquêtés et ceux qui ne partagent pas l'information de cette maladie représentent un peu moins de la moitié de l'échantillon.

Les raisons qui motivent cette décision de n'informer personne n'ont pas été systématiquement demandées aux enquêtés. Cependant, quelques uns ont cités spontanément des raisons variées pour justifier leur mutisme: peur d'être rejeté ou d'être montré du doigt, peur que l'information soit divulguée, conduite conseillée par des agents de santé, peur de la rupture de l'union conjugale, peur de l'apitoiement exagéré (surtout des mères) qui << affaiblit le moral >> selon les patients.

2- Gestion de l'infection à VIH au sein des couples.

L'infection à VIH/SIDA influe sur les relations conjugales en termes de rupture (dissolution du mariage ou séparation de corps des conjoints, abstinence sexuelle, infidélité au conjoint, non-assistance du partenaire).

Dans le cadre de cette étude, l'union conjugale a été définie comme le fait de vivre sous le même toit, d'avoir des relations sexuelles et de se considérer comme époux. Dans le cas contraire(c'est à dire si l'une au moins des deux premières conditions n'est pas associée à la troisième), il y a rupture de l'union conjugale.

La présente étude n'a pas observé l'évolution de la vie conjugale des personnes vivant avec le VIH. Elle a seulement permis de savoir qu'avant leur maladie, 48,6% des enquêtés (mariés ou concubins) avaient des liens conjugaux et que par la suite, certains d'entre eux ont vu leurs conjoints se séparer d'eux.

En effet, après l'annonce de leur séropositivité, 11 enquêtés (dont 7 de sexe féminin) parmi ceux qui ont informé leurs conjoints se sont dits séparés, divorcés ou veufs du fait du VIH. Notons que 24% des sujets de l'enquête ont informé leurs conjoints ou conjointes de leur séropositivité pour le VIH.

2-1- Les relations sexuelles dans les couples où un (au moins) des conjoints est infecté par le VIH.

Pour montrer les effets de l'infection à VIH/SIDA sur les relations conjugales, ce sont les résultats de la toute récente étude sur "coûts du SIDA et prise en charge de la séropositivité..." (Vidal L; Bi.Tah N et Blibolo A. D, Abidjan, Octobre 1994) qui ont été utilisés dans cette thèse. C'est une enquête qualitative qui s'est intéressée à 25 couples où un au moins des deux conjoints est infecté par le VIH.

En voici quelques résultats relatifs à l'évolution de la vie conjugale dans ces couples.

Le cas de Valérie.

Cette femme de 28 ans et mère de 3 enfants est infectée par le VIH et en a parlé à son conjoint.

Pour elle, la vie conjugale n'a plus de sens: << Je ne sais pas si je suis mariée. Je vis chez quelqu'un avec qui je n'ai plus rien en commun depuis un an et six mois (i.e. absence de relations sexuelles). Dans la maison, c'est chacun pour soi. Il se contente de donner l'argent de la popote et il rentre quand il veut. Il a son lit, j'ai le mien. Est-ce cela être marié? C'est parce que je ne peux pas faire autrement à cause de mes enfants. Sinon je serais déjà allée rester chez mes parents, parce que tout ça, c'est insupportable pour une jeune femme comme moi>>

Le cas Jeannot

Jeannot a 25 ans et est scolarisé jusqu'en classe de première. Il travaille dans une entreprise privée à Abidjan. Il vit en concubinage avec sa femme Monique et ils n'avaient pas d'enfant au moment de l'enquête. << Lorsqu'on m'a dit pour la première fois que j'étais séropositif, j'ai été déphasé puis, je me suis ressaisi. A l'hôpital, j'avais le sentiment de perdre mon temps, car non seulement les gens avaient peur de me toucher, mais ils n'arrivaient pas à me guérir de mes souffrances avec leurs différents traitements coûteux. J'ai décidé d'aller voir le Dr Brito. C'est chez lui que ma femme a su que j'avais le SIDA. Nous nous faisons soigner là-bas et ça va bien. Mais il y a des choses pour les quelles il nous conseille de venir à l'hôpital. Par exemple, en cas de gono, il nous conseille d'acheter des antibiotiques tels que Totapen, Ukapen, etc.

Je voulais bien aller en aventure en Europe. Si grâce à Brito je guéris, d'ici peu de temps, je m'en irai. Ma femme, quant à elle, elle sera obligée de se débrouiller avec une autre personne, parce qu'elle n'a rien (i.e. elle n'est pas infectée par le VIH). Et Brito nous recommande de ne pas avoir de rapports sexuels avant la guérison. Moi, je tiens à ma santé et je ne peux pas me trahir moi-même. Elle a besoin de relations sexuelles mais elle ne veut pas me quitter. Mon seul problème c'est de guérir et faire deux enfants. La femme, elle est libre d'aller. D'ailleurs, depuis un an et demi on n'a plus de relations sexuelles et elle fait ce qu'elle veut. Moi, je la vois (faire) mais cela m'est égal. Si elle veut se prostituer, c'est son affaire. Je connais son "mari", ils sont tout le temps ensemble.

Elle découche, elle ne prépare (ne fait la cuisine) que quand elle est contente>>. Sept mois plus tard, lors de notre dernier entretien, la rupture était consommée: <<elle m'a quitté mais ce n'est rien. J'ai l'espoir de guérir et de me remarier.>>. Ces deux cas posent les problèmes de l'abstinence sexuelle, de l'infidélité, de la séparation des conjoints dans les couples où l'un au moins des conjoints est infecté par le VIH: Jeannot ne se considérait plus comme époux et sa partenaire s'est séparée de lui par la suite. Valérien plus s'interroge sur son statut dans un couple où les relations sexuelles ont été interrompu par l'époux (?) depuis 18 mois. Il ya lieu de préciser que dans la présente enquête, 69% des enquêtes déclarent avoir arrêté tout rapport sexuel. C'est à dire que 138 personnes se sachant infectées par le VIH ont déclaré pratiquer l'abstinence sexuelle au moment de l'enquête.

2-2- La cohabitation des conjoint confrontés à l'infection à VIH/SIDA.

Parmi les 25 couples s'étant déclarés unis - suivant les critères précédents - au début de l'enquête, les relations des conjoints au sein d'une partie de ces couples se sont détériorées: arrêt de tout rapport sexuel mais maintien des relations de cohabitation au sein de deux couples; dix conjoints ne vivent plus sous le même toit du fait des déplacements pour les soins, de la pression de la famille et de la peur de s'infecter. Les cas suivants illustrent ces différentes situations.

Le cas de Pierrette.

Lors de notre première rencontre en décembre 1992 avec Pierrette, une jeune femme de 31 ans infectée par le VIH dont le conjoint n'est pas informé, elle déclarait, s'agissant de sa vie conjugale:

<< J'ai trois enfants et j'habite Yopougon. Mon mari se trouve à San-pédro, donc il ne vient me voir que de rares fois. Il m'apporte de l'argent. Ici, je vis chez son jeune frère: c'est lui et mon grand frère qui m'aident à me soigner. Moi, je ne fais rien et je n'ai rien. Avant de savoir ma maladie, j'étais à San-pédro avec lui: nous avons des rapports sexuels normalement. Quand je suis tombé malade, je suis venue à Abidjan pour me soigner. Cela fait plus d'un an et trois mois>>.

Six mois plus tard, lors de notre troisième rencontre avec Pierrette, la séparation et la rupture de l'union conjugale se confirment: << Je n'ai plus de mari? il s'est remarié avec une autre. Il m'a oubliée parce que je suis tout le temps malade, donc obligée de rester à Abidjan où l'on essaie tant bien que mal de me maintenir en bon état par des soins médicaux réguliers.

J'ai arrêté tout rapport sexuel avec mon mari depuis longtemps et, maintenant, on ne se voit même plus. Je ne vais pas à San-pédro et lui ne vient plus me voir. J'ai quitté la maison de son frère pour rester chez mon grand frère. Lui, (le grand frère) est informé de ma maladie et m'aide beaucoup>>

La séparation des conjoints pour des raisons de soins s'est dans ce cas transformée en une rupture de l'union conjugale: Pierrette et son mari ne vivent plus ensemble et ne se considèrent plus comme époux. L'assistance à Pierrette a pris fin.

Les trois témoignages qui précèdent montrent que la vie conjugale des personnes infectées par le VIH est perturbée aussi bien au sein des couples dont les deux membres sont informés que dans ceux où le secret de la maladie n'est pas partagé avec le conjoint. Ce qu'on peut retenir de ces données est que la connaissance ou non de la séropositivité du conjoint a des répercussions importantes sur l'union conjugale: rupture de l'union conjugale ou des fiançailles; perte par décès du conjoint; séparation volontaire ou involontaire d'avec le conjoint pour soins ou par peur d'être infecté; etc. De là même apparaît le poids du phénomène SIDA sur les institutions du mariage et sur la vie conjugale éprouvées de différentes manières.

3- Conduites des parents à l'égard des personnes infectées par le VIH/SIDA

Dans l'échantillon de cette enquête, 114 personnes ayant partagé l'information de leur séropositivité pour le VIH avec autrui ont évoqué diverses réponses familiales à la question suivante:

" qu'est-ce qui a changé dans le comportement de ceux qui vous savent infectés par le VIH envers vous depuis qu'ils ont été informés de votre séropositivité pour le VIH? "

Selon 19% de ces personnes, les parents sont devenus, plus qu'au paravent, attentifs à leurs besoins:

<< Mes parents se mettent à ma disposition. Ils s'intéressent à tout ce que je fais, à mes humeurs, à mon état de santé physique, à mes besoins nutritionnels et financiers. Ils partagent le même couvert, le même toit, et surtout, ils partagent avec moi mes craintes, mes espoirs, mes souffrances. Personne n'a peur de me toucher. Mes frères et soeurs continuent de me respecter comme d'habitude.

Je suis vraiment entouré par mes parents et je n'ai pas les mêmes problèmes que les autres séropositifs et malades de SIDA.>> reconnaît Mr J.M, 24 ans, étudiant habitant chez ses géniteurs.

Pour 6,5% des enquêtés, il y a une relative peur de les approcher de la part de certaines personnes informées de leur statut sérologique et, 13,5% affirment qu'ils ne sont plus assistés par leurs parents.

Comme le reconnaît Mme E.G, veuve dont les parents sont informés du statut sérologique:

<<les parents (me) conseillent d'avoir recours aux tradipraticiens chez qui il est possible de payer les soins après guérison et à moindres frais, en plusieurs tranches. Ils disent qu'ils sont fatigués de dépenser leur argent pour une maladie qui ne finit pas. Je leur suis reconnaissante pour ce qu'ils ont fait pour moi. Mais le problème maintenant est qu'ils veulent me faire partir au village pour éviter d'éventuel dépenses en cas de ... (décès sous-entendu) >>.

Les dépenses interminables engendrées par les soins expliquent, pour certains, cette rupture ou remise en cause des relations d'assistance entre les séropositifs ou sidéens et leurs parents. C'est du moins ce qui ressort des cas illustrés par les propos de Mme E.G qui précèdent.

Il y a 11 de ces enquêtés (soit 10% des 114 ayant partagé l'information de leur séropositivité pour le VIH) qui se sont déclarés rejetés après l'information des parents, conjoints et/ou amis (voir tableau n° 19).

Tableau 19: Réponses familiales à l'égard des personnes vivant avec

Le VIH

Comportements	Nombre	Pourcentage %
Parents + attentifs	22	19%
Peur du contact	8	6,5%
Peur des charges financières	15	13,5%
Rejetés	11	10%
Relations inchangées	58	51%
Total	114	100%

Ce tableau indique enfin que pour 51% des séropositifs ayant partagé l'information de leur séropositivité avec autrui, rien n'a changé dans leurs relations habituelles avec les parents depuis que ces derniers ont été informés. Ils déclarent partager le repas, le toit, le couvert, les toilettes avec les parents comme d'habitude sans aucun problème apparent. Ils se disent assistés et entourés d'affection.

Au total, au moins 70% des 114 enquêtes sont pour le moment acceptés dans leurs familles et certains sont particulièrement entourés par leurs géniteurs malgré leur séropositivité révélée; 20% d'entre eux affirment que les parents ont peur des charges financières qu'impliquent leurs soins ou de les toucher; 10% se disent victimes de rejet.

Par "rejet" il faut entendre: non assistance matérielle, financière et surtout, absence de soutien psychologique et mise à l'écart dans les relations familiales (ils ont désormais leurs couverts auxquels les autres parents ont peur de toucher; ils ne sont plus consultés pour le règlement des problèmes de famille, même lorsqu'ils sont les premiers concernés), rupture de l'union conjugale (principalement le fait des hommes).

Qu'ont-ils en commun ces enquêtés se déclarant rejetés?

Ce groupe de 11 personnes rejetées comprend 5 célibataires, trois divorcés, une veuve, deux fiancés. Par ailleurs, deux sont salariés, et seulement trois d'entre eux habitent avec leurs géniteurs ou consanguins.

Ce qui montre que les enquêtés qui se disent rejetés sont des séropositifs/sidéens qui n'ont pas de liens conjugaux (9/11), qui ne sont pas salariés (9/11) et qui habitent chez des tuteurs ou parents autres que leurs géniteurs ou consanguins (8/11).

Si donc les enquêtés se disant rejetés sont en majorité des gens n'ayant pas de liens conjugaux formalisés, qui sont économiquement dépendants et qui ne vivent pas avec leurs géniteurs, il est possible que l'acceptation des personnes vivant avec le VIH soit influencée par le statut social et économique et par divers autres facteurs.

Il aurait été intéressant de suivre l'évolution de ce phénomène d'acceptation dans le temps pour savoir si les personnes vivant avec le VIH sont acceptées jusqu'à leur décès, car les personnes acceptées aujourd'hui peuvent être rejetées plusieurs mois après leurs déclarations. Dans la présente étude, cela n'a pas été fait parce que les malades n'ont pas été suivis sur plusieurs mois. Par contre, l'observation de certaines variables telles que l'état apparent de santé des malades au moment de l'enquête inspire la question suivante:

A quel moment de l'évolution de l'infection survient le « rejet » des personnes vivant avec le VIH?

Les personnes acceptées pour l'instant par leurs parents (c'est-à-dire celles qui disent que rien n'a changé et celles envers qui les parents sont devenus plus attentifs) ne présentaient pas de signes apparents évocateurs de l'infection par le VIH/SIDA (pour 85% d'entre eux) et se savaient infectées depuis peu (moins de 6 mois à la date de l'enquête).

En revanche, les enquêtés qui se sont déclarés rejetés ou qui furent la stigmatisation présentaient des signes tels que la diarrhée, l'amaigrissement prononcé, une fièvre ou un toux qui perdurent, le zona et d'autres dermatoses de façon répétée. Ils savaient leur séropositivité depuis longtemps (plus de 18 mois).

Tout ceci pour montrer que la présence de ces signes coïncident avec la stigmatisation de façon constante.

Toutefois, il importe de préciser que l'influence des signes extérieures de la maladie sur le déclenchement des réactions de rejet n'est pas évidente. Mais la présence de signes évocateurs du SIDA chez tous les patients se disant rejetés autorise à établir des relations possibles entre les signes apparents de maladie associés au SIDA et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. Elle permet également de postuler que moins les signes évocateurs du SIDA sont apparents chez une personne vivant avec le VIH, plus grande sont ses chances d'être accepté par son entourage.

Le problème de l'abandon des malades du SIDA par leurs parents dans les hôpitaux.

A la question "avez-vous connaissance de malades abandonnés dans cet hôpital par leurs parents du fait qu'ils sont infectés par le VIH/SIDA?", le Dr N D de l'Hôpital Protestant de Dabou répond: <<...tous les malades qui sont abandonnés dans les hôpitaux ne sont pas tous infectés par le VIH et ceux qui le sont n'informent pas souvent leurs parents du nom de leur infection >> . Ces arguments sont partagés par la quasi totalité des agents de santé impliqués dans les soins et conseils aux personnes vivant avec le VIH interrogés à ce sujet. Aucun d'entre eux n'a connaissance de cas de sidéens abandonnés à l'hôpital par leurs parents à cause de cette maladie. Selon Mme A.G. du CHU de Treichville, <<...les patients abandonnés ici sont soit des étrangers, soit des indigents qui n'ont plus les moyens pour rentrer chez eux ou des gens que des sapeurs pompiers ont déposé ici sans laisser l'adresse de leurs parents. D'ailleurs, leurs parents ne savent même pas qu'ils ont le SIDA. >>

Les personnels de santé et les bénévoles s'occupant de malades abandonnés précisent que les malades ivoiriens et non ivoiriens (infectés ou non par le VIH) abandonnés dans les hôpitaux le sont surtout pour des raisons financières. Car, <<les parents ivoiriens reviennent presque toujours réclamer le corps des malades décédés en vue de leur inhumation en grande pompe.>> notent le responsable des bénévoles de ESPOIR CI.

Ce dernier argument est confirmé par l'enquête auprès des personnes vivant avec le VIH de l'USAC (CHU de Treichville) et du CAC (H.P. de Dabou) dont certains estiment que leurs parents ne peuvent les abandonner par ce qu'ils sont malades: << Mes parents ne peuvent jamais m'abandonner à cause d'une maladie, mais ils ont des difficultés financières qui les amènent à me considérer comme une charge insupportable . C'est pour quoi ils ne s'occupent plus de mes besoins en soins. Actuellement, c'est le pasteur et certains frères en Christ qui m'aident à me soigner.>> Soutient Mr F., 24 ans, célibataire, sans emploi, l'un des enquêtés qui se sont déclarés rejetés par leurs parents.

L'analyse des quelques cas d'abandons rapportés par les agents de santé et par les bénévoles permanents de ESPOIR CI montre qu'il pourrait s'agir de réactions fondées sur de la suspicion. C'est à dire que les parents, en présence de diarrhées et d'amaigrissement prononcé, se disent que le malade est atteint du SIDA et l'abandonnent dans le lit d'hôpital.

mais aussi par ce que des raisons d'ordre économique peuvent être à l'origine de ces abandons

Cette interprétation des réactions des parents n'est pas une chose absolument certaine. Par conséquent, il est inexact d'affirmer que les parents abandonnent leurs malades par ce que ceux-ci ont le SIDA, surtout que les parents n'ont pas été interrogés sur les raisons qui ont motivé l'abandon des malades.

Il faut rappeler que 13% des enquêtés ont informé leurs consanguins en qui ils ont le plus confiance de leur séropositivité et 9% leurs géniteurs.

Il importe de noter que les malades non nationaux totalisent 42% des hospitalisations enregistrées entre 1987 et 1992 au service des archives de la Clinique des Maladies Infectieuses de Treichville pour infection à VIH/SIDA. A l'USAC, les patients non-nationaux vivant avec le VIH suivis de 1990 jusqu'au 17 juillet 1994 représentaient 26% de l'ensemble des patients.

A l'Hôpital Protestant de Dabou, le pourcentage de non-nationaux infectés par le VIH hospitalisés en 1990 était de 35% de l'ensemble des malades infectés par le VIH/SIDA hospitalisés (watson P, 1993, non publiées).

Affirmer que les malades sont abandonnés par leurs parents dans les hôpitaux parce qu'ils sont infectés par le VIH est risqué : dans certains hôpitaux, les malades infectés par le VIH dépistés ne sont informés qu'à leur sortie. Dans d'autres hôpitaux, les malades du SIDA hospitalisés ignorent eux-mêmes leur statut sérologique. De plus, les malades vivant avec le VIH ne partagent pas souvent l'information de leur maladie avec leurs parents. Enfin, Parmi les malades abandonnés dans les hôpitaux, il y a des non-nationaux qui vivaient avec de simples ressortissants de leurs pays avec lesquels ils n'ont aucun lien de parenté et qu'ils appellent leurs parents.

Au regard de tous ces paramètres, il faut au moins s'assurer que le malade abandonné est lui-même informé et a informé ses parents de sa séropositivité pour le VIH et qu'il ne vivait pas chez un compatriote bienfaiteur avant d'affirmer qu'il est abandonné par les parents à cause du SIDA.

4- Réponses des entreprises face au SIDA

Le cas KOFFI

Koffi est manoeuvre agricole de 5^e catégorie à la Société Badier d'Abobogare (Abidjan, Côte d'Ivoire) depuis 20 ans et 4 mois.

Un lundi du mois de janvier 1990, il est atteint d'une diarrhée sur les lieux du travail. Le lendemain mardi, la diarrhée s'arrête et, le mercredi, alors qu'il a repris le travail sans aucun signe manifeste de maladie, le médecin de son entreprise lui remet un bulletin d'examens (pour diagnostic de l'infection à VIH/SIDA). Koffi fait ces examens au laboratoire P. Montagnier d'Abidjan-Plateau.

Le 13 janvier 1990, les résultats du test révèlent une présomption de séropositivité pour le VIH1. Après un autre test positif de confirmation du premier résultat, le médecin de l'entreprise inflige un congé-maladie de 6 mois à Koffi, malgré son parfait état de santé. A la fin de ce congé, le même médecin d'entreprise délivre à Koffi, dans les mêmes conditions, un certificat d'arrêt de travail de 4 mois. Et, le 24 novembre 1990, la société Badier signe un décompte de licenciement et délivre à Koffi un certificat de travail sans aucune lettre de licenciement.

Le 13 juillet 1992, Koffi fait citer la société Badier devant le tribunal du travail pour réparation du préjudice qu'il croit avoir subi. Il revendique la somme de 10.000 000 fr. CFA à titre de dommages-intérêts et sollicite la délivrance d'une lettre de licenciement pour rupture abusive du contrat de travail le liant à ladite société.

A son audience publique ordinaire du 02 février 1993, le tribunal du travail trouvant la plainte de Koffi à réclamer dommages-intérêts pour licenciement abusif mal fondée, déboute le plaignant. En effet, pour le juge, <<les certificats médicaux attestent que Koffi est séropositif et donc atteint du SIDA. ce qui entraîne un état d'indisponibilité définitive comme c'est le cas du cancer, de la tuberculose. Le cas d'espèce, le SIDA, présente un cas de force majeur entraînant la cessation du contrat de travail sans qu'elle puisse être imputée à l'une ou l'autre partie et dont l'employeur est fondé à prendre acte.>>

Toutefois, la société Badier est condamnée à délivrer une lettre de licenciement à Koffi conformément aux dispositions légales en vigueur.

Non satisfaits de ce verdict, Koffi et son avocat saisissent la Cours d'Appel d'Abidjan le 9 février 1993.

Le jeudi 21 juillet 1994, la 3^e chambre sociale de ladite cours, statue publiquement, contradictoirement et en dernier ressort et constate:

- _ une absence de preuves d'incapacité de reprise du travail;
- _ que la contagion par le VIH n'est pas immédiate;
- _ que l'employé infecté, Koffi, ne peut pas contaminer par ses gestes habituels sur son lieu de travail;
- _ que la présence de Koffi sur les lieux de ses fonctions ne fait courir à l'employeur aucun risque;
- _ que la rupture du contrat n'est pas conforme aux dispositions combinées des articles 28 et 37 de la convention collective interprofessionnelle;
- _ et que le licenciement de Koffi de la société Badier est abusif et ouvre par conséquent droit à dommages et intérêts.

La société Badier est alors condamnée à payer à Koffi la somme de 3.000 000 fr. CFA à titre de dommages-intérêts pour licenciement abusif et à lui délivrer un certificat de licenciement.

Ce seul cas de discrimination en entreprise porté devant le tribunal de travail est caractéristique de plusieurs cas dont on entend parler sans vraiment avoir la certitude que les personnes incriminées ont été licenciées pour leur séropositivité pour le VIH. Il soulève les questions suivantes: les médecins d'entreprises sont-ils obligés de communiquer les résultats des tests de diagnostic de l'infection à VIH de leurs patients à leurs employeurs?

Les personnes vivant avec le VIH savent-elles comme Koffi qu'il est possible de poursuivre leurs employeurs pour licenciement abusif? Les juges du tribunal du travail ont-ils délibérément ou par ignorance assimilé la séropositivité au SIDA? L'importance des enjeux économiques qui entourent le SIDA en entreprise ne permet pas de répondre de façon définitive à toutes ces questions. Une chose est certaine: la lutte contre la discrimination des personnes vivant avec le VIH passe nécessairement par la formation et la sensibilisation des médecins d'entreprise et également des juges.

ESSAI DE SYNTHÈSE

D'une manière générale et selon les données qui précèdent, il faut retenir que les relations d'aide et d'assistance aux malades entre les membres d'une même famille, le soutien affectif qu'attend le malade de ses parents, les relations conjugales, etc, sont moins éprouvées (dans une certaine mesure) par l'infection à VIH/SIDA lorsqu'il s'agit de séropositifs dont l'état de santé physique est moins dégradé, ou qui vivent avec leurs géniteurs ou avec leurs conjoints et qui ont un statut économique très valorisant.

Chapitre VII - LA POLITIQUE OU STRATÉGIES INITIALES DE LUTTE CONTRE LE SIDA EN CÔTE D'IVOIRE.

1- De la politique centralisée (1987-1994) à la nouvelle stratégie de décentralisation (à partir de 1995).

C'est au tour des années 1985 que les premiers cas de SIDA ont été déclarés par la Côte d'Ivoire à l'O.M.S.. Mais, comme le révèle le Professeur AE., *“avant de prendre la décision d'annoncer que le SIDA existe en Côte d'Ivoire, il a fallu attendre jusqu'en 1987, après en avoir discuté plusieurs fois en conseils des ministres”*⁶. Ce fût la reconnaissance officielle de l'existence de l'infection à VIH/SIDA à un moment où la population et même certains agents de santé se demandaient si “cette nouvelle maladie” dont parle la presse existait dans le pays.

Dans un tel contexte de peur généralisée pour le SIDA et certainement au regard du nombre relativement bas de cas de SIDA connus dans le pays (2 en 1985 et 118 en 1986), l'autorité sanitaire jusque là muette rompt le silence en Mars 1987 pour rassurer la population dans un message télévisé <<... le SIDA n'est pas plus préoccupant que le paludisme. Il suffit d'être fidèle à son (sa) partenaire pour éviter la terrible maladie...>> (Dédy S. et Tapé G, 1989).

⁶ Le Pr AE. est l'un des premiers médecins s'étant investi dans les soins des séropositifs/sidéens à la Clinique des Maladies Infectieuses du C.H.U. de Treichville, à Abidjan. Il a fait cette déclaration à la Mairie de Bonoua le 26/08/1995, lors de l'installation du C.L.L.S de la dite ville.

Cette déclaration, mettant exagérément l'accent sur l'un des moyens de prévention de l'infection à VIH qu'est la fidélité, est aujourd'hui perçue par certains analystes comme l'expression du déni au plus haut niveau de l'existence du SIDA dans le pays par le pouvoir public.

Trois mois plus tard, en juin 1987, la Côte d'Ivoire adhère à la stratégie mondiale de lutte contre le SIDA, à l'instar d'autres pays membres de l'O.M.S..

Elle élabore le Plan à Court Terme (PCT) après la première visite technique de l'O.M.S. C'est le début du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS).

Il faut rappeler que cette stratégie mondiale de lutte contre le SIDA était motivée par trois objectifs:

- _ Prévenir l'infection par le VIH
- _ Réduire l'impact de l'infection à VIH/SIDA sur les individus et la société
- _ Unifier les efforts nationaux et internationaux de lutte contre le SIDA.

C'est selon ces orientations que la lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire a été organisée. Le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales a été chargé par le gouvernement d'organiser et de gérer cette lutte. Un Comité National de Lutte contre le SIDA et ses différentes structures (Le BCC, le CS et le CMS)⁷ ont été progressivement mis en place. Depuis 1987, la stratégie a évolué avec des structures reformées et de nouveaux objectifs.

7 BCC : Bureau Central de Coordination
CS : Comité Scientifique
CMS : Comité Mixte de Suivi

L'étude de l'évolution du PNLIS vise à évaluer les différentes formes d'organisation mises en place ainsi que les plans d'actions élaborés pour freiner l'avancée de l'infection à VIH/SIDA.

L'analyse historique des organes du Programme National de lutte Contre le SIDA permet de schématiser son évolution au tour de trois étapes.

La première étape (de 1985 à 1990) est celle de la reconnaissance et des actions d'urgence. Elle se caractérise par la déclaration des premiers cas de SIDA et la minimisation du risque, par la mise en place des plans d'urgence et par la centralisation de la coordination au niveau du BCC (Bureau Central de Coordination).

La seconde phase (de 1990 à 1994) est celle de l'intégration du programme MST et des propositions de restructuration des organes du PNLIS. Elle est caractérisée par la création de plusieurs organes et organisations (Comité scientifique du CNLS; structures de prise en charge des séropositifs; programme intégré contre les MST; etc) et par des projets de restructuration du PNLIS.

La troisième étape (à partir de mai 1995) est celle de l'intégration de la tuberculose au programme MST/SIDA et de la décentralisation de la coordination du PNLIS vers les régions et les départements. Elle est caractérisée par la transformation du BCC en Direction exécutive, par la création des services "Prise en charge", "MST", "Tuberculose", "épidémiologie", "administration et finances" et surtout, par la création d'organes étatiques d'intervention (coordinations régionales et départementales).

1-1-L'évolution du Comité National de Lutte Contre le SIDA (CNLS)

Le CNLS a été créé par l'arrêté n° 345/MSPPP/CAB du 07/09/1987.

Dès sa création, il était constitué par 3 principaux organes: le Bureau Central de Coordination (B.C.C); le Comité Scientifique (C.S) et le Comité Mixte de Suivi (C.M.S). Jusqu'au 18 novembre 1992, il était composé de personnalités appartenant à diverses institutions étatiques et de la Société civile (Livre des abstracts, premières journées nationales de lutte contre le SIDA, 1992).

Le nouvel arrêté n° 255 MSPAS/CAB du 24 mai 1995 a étendu ce comité à d'autres personnalités et institutions nationales. Ainsi, les Présidents de l'Assemblée Nationale, du Conseil Économique et Social, de la Cour Suprême, du Conseil Constitutionnel, et le Grand Chancelier de l'Ordre National sont représentés dans le Comité National de Lutte Contre le SIDA.

Différents autres ministères, les Directeurs des écoles de formation, des instituts et laboratoires de recherches, des Directeurs et des Doyens de facultés relevant du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales font également partie de l'actuel Comité National de Lutte contre le SIDA.

Ce Comité comprend en outre, un Collectif d'ONG, des Associations de personnes vivant avec le VIH, les "trois principaux cultes" ainsi que les Présidents de la Commission Scientifique, du Comité d'Éthique, les Directeurs et les Coordonnateurs régionaux du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

Le Secrétariat du CNLS est assuré par le Directeur exécutif du PNLN/MST/TUB.

Le Comité National est un organisme consultatif du Ministère de la Santé Publique et des affaires sociales. Il se réunit en principe tous les deux mois sur convocation du Ministre de la Santé et en cas de besoin.

Les changements apportés au premier Comité National de Lutte contre le SIDA sont nombreux. Parmi eux, il y a quelques uns qui ont été retenus pour l'analyse.

a) les membres du nouveau comité sont les représentants des institutions politiques, administratives, de la société civile des ONG (pouvoirs législatif, exécutif, judiciaire, des Ordres, des syndicats, des associations et d'organisations non gouvernementales, y compris celles des personnes vivant avec le VIH et non plus des individus nommément cités comme par le passé.

Cette restructuration du Comité National de Lutte contre le SIDA révèle une certaine ouverture, c'est à dire une déconcentration de la lutte vers la plupart des pôles de décisions et d'actions de la nation. Ce qui peut avoir pour avantage de mieux impliquer les institutions étatiques et non gouvernementales dans la lutte contre le SIDA.

Toutefois, il s'avère nécessaire de s'assurer que ces différentes coordinations entreprennent effectivement des activités de lutte contre le SIDA dans leurs localités avant de parler de décentralisation réelle.

b) Le nouveau comité se réunit plus fréquemment que l'ancien (tous les deux mois et non plus tous les trois mois). Il est donc théoriquement plus vivant que le premier dans la mesure où ces réunions rapprochées permettent de résoudre les problèmes soumis au comité plus rapidement.

Malgré les avantages de cette nouvelle pratique, il y a une difficulté qui peut influencer sur le fonctionnement du comité. C'est une difficulté liée à la présence des Directeurs et des Coordonateurs régionaux dans le comité: ceux-ci vont être amenés à se déplacer au moins six fois dans l'année. Cela implique des frais de mission et de la disponibilité pour ces personnes. Le problème de disponibilité se pose également pour les nombreux représentants des pouvoirs publics, de la société civile et des organisations non gouvernementales. Pour toutes ces raisons et pour bien d'autres, la fréquence (de tous les 2 mois) des réunions du Comité n'est pas respectée.

1-2- Le passage du Bureau Central de Coordination (BCC) à la Direction Exécutive du PNLS/MST/TUB

Créé le 7 juillet 1989 par l'arrêté n° 171/SP/-CAB, le BCC était un organe dirigé par un Coordonateur nommé par le Ministre de la Santé.

Il fonctionnait avec les personnels suivants:

- _ Un spécialiste IEC,
- _ Un administrateur (désigné par l'O.M.S.)
- _ Un administrateur gestionnaire-adjoint
- _ Des secrétaires et dactylographes
- _ Des chauffeurs, planton et gardiens.

Le 27/03/1990, le BCC a été réorganisé par l'arrêté n° 76/SP-CAB du MSPP et ses attributions reprecisées: le BCC a été chargée d'assurer la mise en oeuvre du plan à moyen terme de lutte contre le SIDA dans le pays sur une période de cinq ans. Par conséquent, il devait s'occuper de la coordination, du contrôle de l'exécution des activités du PNLS sur toute l'étendue du territoire.

Plus précisément, il devait définir le programme détaillé des activités à mener, déterminer les aires d'intervention des secteurs associés et assurer le contrôle de ces activités conformément aux normes qu'il a préalablement définies. Le BCC avait également pour mission d'assurer l'intégration des activités de lutte contre le SIDA dans les structures du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales et dans celles des secteurs associés, de gérer le personnel, le support logistique et le matériel du PNLS.

Enfin, le rôle du BCC consistait à représenter la Côte d'Ivoire dans les assises internationales liées au SIDA.

Depuis le 24 Mai 1995, le B.C.C est devenu la direction exécutive du P.N.L.S. L'arrêté N° 255 MSPAS/CAB a défini les attributions de cette direction. Son rôle consiste à élaborer et mettre en place les activités du Plan National, à les superviser et à les évaluer.

La Direction Exécutive du P.N.L.S. planifie les formations et le recyclage du personnel. Elle évalue les besoins du programme, gère le personnel et le matériel. Enfin, la direction exécutive est chargée de coordonner les contributions bilatérales et multilatérales et de représenter le CNLS/MST/TUB aux assises internationales.

Les services qui composent la direction exécutive sont les suivants:

- Lutte contre le VIH/SIDA (prise en charge).
- Lutte contre les MST.
- Lutte contre la Tuberculose.
- Épidémiologie
- Mobilisation sociale (IEC).
- Administration et finance.

Le Directeur Exécutif et les chefs de services peuvent percevoir des indemnités.

Les changements apportés par la création de la Direction Exécutive se situent à divers niveaux.

Il y a d'abord le fait que le programme de lutte contre la tuberculose a été intégré à celui des MST/SIDA. C'est une unification de deux programmes complémentaires: le P.N.L.S qui, apparemment, dispose d'assez de moyens mais qui a peu d'expérience de terrain et le Programme de Lutte contre la Tuberculose qui est ancien, mieux structuré sur tout le territoire national, mais probablement moins nanti que le PNLS.

L'intérêt de l'unification de ces deux programmes réside dans le fait que l'un peut profiter des acquis de l'autre. C'est à dire que la lutte contre le SIDA peut par exemple s'intégrer dans les CAT du pays.

Cette expérience existe déjà dans les deux CAT d'Abidjan où le projet RETRO-CI effectue le dépistage et le suivi des tuberculeux infectés par le VIH. Elle a permis de savoir qu'il existe une synergie entre l'infection à VIH et l'infection tuberculeuse.

C'est une expérience qui a également pour avantage de faire profiter des moyens humains, matériels et financiers ainsi que des acquis positifs d'un programme à l'autre.

Mais, l'un des inconvénients de cette unification pourrait être le fait que la mauvaise image ou les expériences fâcheuses d'un programme ait des répercussions non souhaitées sur l'autre programme. Par exemple, il se pourrait que la généralisation du dépistage de l'infection à VIH dans les CAT entraîne des réactions de fuite des tuberculeux vers d'autres types de thérapeutes afin d'échapper au "test du SIDA".

En effet, des études montrent que parmi les tuberculeux qui abandonnent leur traitement, ceux infectés par le VIH sont les plus nombreux (Coulibaly M.I, 1993) et que certains malades tuberculeux abandonnent leur traitement à cause de l'annonce de la séropositivité (Blibolo, 1996). Ce qui veut dire que l'annonce de la séropositivité dans les CAT peut accroître le nombre de malades qui abandonnent le traitement antituberculeux.

1-3- Le Comité ou la Commission Scientifique (CS)

Créé en juin 1990 (trois ans après la création du BCC), le comité scientifique du CNLS comprenait sept sous-comités avant la réforme. Chacun de ces sous-comités était spécialisé dans l'un des domaines prioritaires du plan à moyen terme: épidémiologie, biologie, recherches et éthique, MST, Clinique, transfusion sanguine, Information-Éducation-communication (IEC).

A partir de mai 1995, ce comité est devenu une commission scientifique de vingt spécialistes représentant différentes disciplines de la santé, la Sociologie, le Droit et l'économie de la santé. Elle est chargée de donner son avis au CNLS/MST/TUB dans la définition et la mise en oeuvre des priorités de lutte et des normes d'exécution des activités du programme.

Le comité d'éthique qui faisait partie du comité scientifique a été détaché en devenant un organe autonome (art 16 du titre V de l'arrêté n° 255 opp cit).

Les responsables de ces différents sous-comités sont nommés par le Ministre de la Santé.

Ce qui est nouveau ici, c'est non seulement l'appellation, mais surtout la restructuration du Comité scientifique. Désormais, il s'agit d'une commission et non plus d'un Comité. Ce changement de nom traduit à notre avis la volonté de rendre plus souple le fonctionnement de cet organe.

Ce qui fonde cet avis est le fait qu'un comité est une structure ayant une existence et des activités à caractère permanent, c'est à dire des membres précis qui sont toujours les mêmes quelque soit le travail. La commission par contre est constituée de personnes sollicitées de façon ponctuelle pour des tâches précises. Ce qui veut dire que les personnes commises peuvent changer d'une tâche à l'autre lors qu'il s'agit d'une commission. Ce qui devrait permettre d'impliquer plusieurs spécialistes dans la lutte contre le SIDA.

1-4- Le Comité Mixte de Suivi (CMS)

Ce comité était constitué par les représentants du PNUD (Programme Des Nations Unis Pour le DEVELOPPEMENT), de l'O.M.S. (Organisation des Nations-Unis), des bailleurs de fonds et du BCC.

Il s'occupait du suivi des activités du PMT et il était chargé de faire le bilan financier du PNLS tous les trois mois sur convocation du Président du CNLS. En d'autres termes, il s'occupait du contrôle et de la gestion financière du PNLS

Aujourd'hui, il est chargé de la présentation des moyens, de la recherche des fonds, du suivi et de l'évaluation des plans de financement et d'exécution du programme.

Comme on le constate, la mise en place des institutions étatiques de lutte contre le SIDA a évolué de façon progressive.

Ainsi, un mois après l'élaboration du plan à court terme (juillet 1987), le Bureau Central de Coordination (BCC) a été créé.

Deux mois plus tard (en septembre 1987), le Comité National de Lutte Contre le SIDA (CNLS) est institué. Ce comité a d'abord fonctionné avec deux organes que sont le BCC et le CMS (Comité Mixte de Suivi). C'est trois ans après la création du BCC (c'est à dire en juin 1990) que le Comité scientifique du CNLS (le troisième organe du CNLS) a été constitué.

Or, ce comité devait concevoir la stratégie de lutte dans les différentes spécialités qu'il renferme. Sa mise en place 3 ans après l'institution du BCC nous apparaît comme tardive. Et c'est probablement pour cette raison que la majeure partie des activités de prévention et prise en charge et de recherche ont été entreprises à partir de 1990.

Il suffit d'observer les activités de lutte contre le SIDA répertoriées par le BCC dans les "activités de sensibilisation/information et formation dans la lutte contre le SIDA (1987-1992)" pour s'en rendre compte.

De 1987 à 1989, les activités entreprises sont des activités qui s'adressaient à des cibles particulières (personnels de santé, jeunes élèves ou non, agents des médias, entreprises privées et public d'Abidjan).

L'une des rares actions de masse de portée nationale entreprises avant 1990 a été ces spots radio et télévisés diffusés en Français et en treize langues nationales du 12 Août au 30 Décembre 1989. Donc, les quelques actions entreprises avant 1990 s'adressaient à quelques catégories de personnes. Elles ont privilégié l'information, la sensibilisation et quelque peu la formation. Il y a eu très peu d'action soutenue visant à changer des comportement.

Notons que jusqu'en 1990, la Côte-d'Ivoire totalisait plus de 6800 cas cumulés de SIDA.

C'est à partir de 1990 qu'une multitude d'activités d'information, de sensibilisation et même d'éducation sont mises en oeuvre. C'est le cas du projet d'encadrement des prostituées (P.P.P.) qui fait de l'information, la sensibilisation et l'éducation avec des "éducateurs paires".

La plupart des actions de prise en charge des personnes vivant avec le VIH sont également entreprises à partir de cette année. Dans le secteur public, il y a la création de l'USAC (CHU de Treichville), les cellules de prise en charge de CHR de Korhogo, de Bouaké et de Daloa.

La prise en charge clinique et psychosociale s'est organisée et institutionnalisée dans les CAT d'Abidjan à partir de 1992. Avant cette année, le dépistage de l'infection à VIH était pratiqué sans que les malades soient informés du résultat.

1-5- Les Coordinations Régionales et les Coordinations Départementales.

Elles sont chargées de la mise en oeuvre du plan d'action national, sur la base d'un plan régionale qu'elles élaborent et soumettent à la Direction Exécutive du PNLS chaque année.

Les Coordinations régionales comprennent, outre les Préfets de région qui en sont les Présidents, Les Directeurs Régionaux de la Santé et des Affaires Sociales, les Coordonateurs Régionaux du Programme, les Directeurs Régionaux des Ministères membres du CNLS. Ils se composent également des représentants des ONG locales de lutte contre le SIDA, les MST et la Tuberculose ainsi que des représentants des trois principaux cultes religieux.

Les Coordonateurs régionaux sont nommés par le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales sur proposition du Directeur exécutif du PNLS.

Les Coordinations départementales sont des structures chargées de la mise en oeuvre du plan National sur la base d'un plan départemental qu'elles élaborent annuellement et qu'elles soumettent à la Direction Exécutive du programme. Elles sont structurées presque de la même manière que les Coordinations Régionales. Sauf qu'elles sont présidées par des préfets et composées des personnalités dont l'autorité se limitent aux départements.

Les Coordonateurs Départementaux sont nommés par le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales sur proposition du Directeur Exécutif du PNLS.

La création des Coordinations Régionales et Départementales est une mesure très importante dans la mesure où il n'existait pas d'organisme étatique chargé d'intervenir sur le terrain en matière d'IEC. Ces coordinations vont donc remédier à cette insuffisance du PNLS.

De plus, leur existence est une solution au problème de statut juridique des Comités Locaux de lutte contre le SIDA qui sont parrainés par le Ministère de la Santé sans être des organes de ce Ministère. En effet, la plupart des Comités Locaux ont été créés par des personnes privées et non pas par le Ministère de la Santé. De ce fait, le BCC du Comité National procède toujours à leur installation officielle sans pour autant qu'ils soient des organisations étatiques. Or, cette installation par le BCC a souvent été comprise comme une reconnaissance officielle par le Ministère de tutelle.

L'institutionnalisation des Coordinations Régionales et Départementales corrige cette compréhension erronée des choses. Les Comités qui ont pris conscience de l'ambiguïté de leur statut par rapport au Ministère de la Santé se sont transformés en ONG. Dans tous les cas, même s'il existe encore quelques comités locaux de lutte contre le SIDA qui ne sont pas des ONG, ils finiront par le devenir officiellement ou ils disparaîtront. C'est du moins ce que montre la nouvelle organisation du PNLS telle qu'elle transparait dans l'arrêté n° 255 du 24 mai 1995. Dans le dit arrêté, nulle part il n'est fait allusion aux Comités Locaux. Certains de ces Comités sont devenus des Coordinations Départementales après la nomination de leurs Présidents comme Coordonateurs Départementaux.

D'autres Comités Locaux coexistent dans la même ville ou dans le même département avec lesdites Coordinations. Pourtant, ces Comités locaux sont plus anciens sur le terrain de la lutte contre le SIDA que les Coordinations départementales dont la naissance date du 24 Mai 1995 et ils continuent de travailler.

Ce sont autant de raisons qui nous font croire que la survie des Comités Locaux est menacée par le nouvel arrêté. Bref!

A la lumière de ce qui précède, on peut dire que c'est à partir des années 1990 que le PNLS a véritablement commencé à se doter d'organes d'envergure nationale, même si ses premiers organes ont été créés durant la période précédente.

2 - Analyse et bilan des plans à court et moyen terme

Il s'agit ici de présenter les objectifs et les résultats des différents plans à court et moyen terme du PNLS. Puis d'essayer d'en faire une analyse/bilan.

2-1- Le Plan à court terme ou PCT (87-88)

Le plan à court terme répondait à un besoin qui se résume en deux points: *faire une évaluation exhaustive de l'épidémie du VIH/SIDA; planifier la lutte contre le SIDA dans le pays sur le moyen terme à partir de des données épidémiologiques recueillies* . Il a duré de 87 à 88, soit un an.

Il visait à faire l'état des lieux et à déterminer les stratégies à mettre en place pour freiner l'avancée de l'infection à VIH/SIDA, d'où sont caractère d'urgence.

Les deux objectifs de ce plan ont été atteints. En effet, il a permis de savoir que la séroprévalence de l'infection à VIH/SIDA était de 4,9% en zone rurale et de 7,3% en milieu urbain révélant par ailleurs la présence du VIH2 en CI. Enfin, le PCT a permis disposer d'un plan à moyen terme d'une durée de cinq ans.

Rappelons que dans le cadre des plans à court et moyen terme, plusieurs types d'activités ont été entreprises.

Après les différentes déclarations de cas de SIDA à l'O.M.S., des mesures gouvernementales se traduisant par la mise en place d'organes (B.C.C., C.N.L.S.) chargés de concevoir et de coordonner les activités du Programme National de Lutte Contre le SIDA ont été prises. Des actions de recherches (épidémiologiques) et de réflexion ont été menées. Quelques actions d'information, de sensibilisation et de communication (I.E.C.) ont également été entreprises (exemple d'affichages d'images montrant un homme squelettique atteint du SIDA dans les principaux carrefours).

Ces différentes activités sont essentiellement le fait de structures étatiques, notamment du CNLS et du BCC. Toutefois, quelques organisations privées y ont participé. C'est le cas pour le symposium du 9 Avril 1987 initié par le CNLS avec l'aide du laboratoire PFIZER et de la faculté de médecine d'Abidjan au profit des personnels de santé.

C'est aussi ce qui s'est passé le 5 février 1988: au moins 10 entreprises privées d'Abidjan et de quelques villes de l'intérieur ont reçu des informations sur le SIDA en leur sein sur initiative du BCC.

En fait, il s'agit dans la plupart des cas, des actions communes entre les structures gouvernementales et des organisations non-étatiques. C'est pourquoi il est difficile d'étudier séparément les réponses étatiques et les réponses non-étatiques face à l'infection à VIH/SIDA.

2-2- Le plan à moyen terme ou PMT (1988-1993)

En octobre 1988, un plan à moyen terme (PMT) d'une durée de 5 ans a été élaboré. Sa réalisation s'est déroulée en deux phases. La première phase (89-90) s'est développée au tour de sept différents objectifs.

Quels sont les objectifs qui ont été atteints au cours de cette phase du PMT?

2-2-1-La stratégie de prévention de la transmission du VIH par voie sanguine.

L'objectif visé était la définition d'une politique nationale de transfusion sanguine, la promotion du don, de la collecte et du stockage du sang; le renforcement des capacités de dépistage de l'infection à VIH, de l'hépatite, de la syphilis, etc; et la définition des indications rationnelles de la transfusion sanguine;

Au niveau de ce premier objectif, différents types de mesures ont été prises. Ce sont principalement des dispositions d'ordre biomédicale et juridique.

Sur le plan Biomédical, le but visé était de parvenir à ce que les spécialistes ont appelé la "sécurité transfusionnelle". Il s'agissait de minimiser le risque infectieux lié à la transfusion sanguine. Ainsi, l'infection à VIH, La Syphilis, l'Hépatite virale B sont systématiquement détectées dans le sang de tout donneur.

Des algorithmes de diagnostic biologique de l'infection à VIH ont été élaborés à l'intention des biologistes et techniciens de laboratoires des Centres de Transfusion Sanguine du pays.

Ce qui permet d'effectuer des tests qui dépistent aussi bien les vrais séropositifs que les faux et de réduire considérablement le risque de transfuser du sang infecté par le VIH à un malade sain.

Puisque les poches de sang des donneurs séropositifs pour le VIH (qu'ils soient des vrais ou des faux positifs) sont systématiquement rejetées.

La conservation du sang sécurisé fait partie des mesures de sécurité transfusionnelle . Elle se fait dans les meilleures conditions possibles chez les donneurs réguliers si bien que les poches de sang ne sont utilisés qu'après quatre à 6 mois de conservation. Cette pratique a un double avantage:

_ déceler les cas de donneurs en période de latence ou de séroconversion dont le sang est contagieux malgré la négativité de leurs tests.

_ détruire certaines bactéries telle que le Tréponème pâle responsable de la syphilis: après 48 heures dans le réfrigérateur, ces bactéries meurent.

Une autre disposition pour réduire le risque infectieux par la transfusion sanguine a consisté à déterminer et préciser les indications de la transfusion sanguine. En effet, au cours des multiples formations des biologistes et des techniciens de laboratoire de la fonction publique, l'accent est mis sur les cas spécifiques de malades pour lesquels la transfusion sanguine est à prescrire.

Cette indication transparaît dans la conclusion du Pr. Bondurand qui dit: <<l'acte transfusionnel n'est pas sans risques. Il faut donc le réserver strictement dans les cas de danger de mort immédiate, sinon rechercher toute autre alternative.>>⁷

⁷ Le Pr. Alain Bondurand est le directeur du Centre National de Transfusion Sanguine. Cette citation est tirée du compte rendu de sa conférence résumée et rapportée dans le N°2 (Mars 1993) de la revue TRANSFUSION IVOIRIENNE à la page 13.

D'autres stratégies s'ajoutent à ces dispositions médicales. Parmi elles, on peut retenir l'auto transfusion. Elle consiste à prélever le sang du malade quelques temps avant l'intervention chirurgicale. Ce sang lui sera transfusé par la suite en cas de besoin.

A côté de ces mesures d'ordre biomédical, D'autres dispositions ont été prises. Ainsi le centre de transfusion d'Abidjan a été réhabilité. Des Centres Régionaux de Transfusion Sanguine ont été créés à Korhogo et à Bouaké.

Du "sang sécurisé" ou "sang sûr" est cédé à des tarifs forfaitaires variant entre 3 000, 5 000, et 11 500 frcs CFA selon que la demande vient d'une formation sanitaire, d'un CHU ou d'une clinique privée.

Enfin, d'importantes mesures d'ordre juridique ont été prises: l'assemblée nationale a voté une loi relative aux substances thérapeutiques d'origine humaine (loi n° 93-672 du 9 Août 1993). Cette loi régit le prélèvement, la préparation, la conservation, le don et la distribution thérapeutique d'origine humaine dont le sang et ses dérivés.

Toutes ces mesures ont permis de "garantir" la sécurité transfusionnelle à 99,94 % sur toute l'étendue du territoire national (comme le précise le rapport du P.N.L.S.). Les actions entreprises dans ce sens ont donc été porteuses puisque l'objectif est atteint.

2-2-2-L'Objectif de la prévention de l'infection à VIH par l'Information, l'Éducation et la Communication (IEC).

Les actions étatiques de prévention de l'infection à VIH/SIDA en Côte d'Ivoire ont commencé en mars 1987 à partir de la déclaration télévisée du Ministre de la santé: <<Le SIDA n'est pas plus préoccupant que le paludisme. Il suffit d'être fidèle à son (sa) partenaire pour éviter cette terrible maladie.>>

Cette déclaration fait croire qu'il est facile de prévenir le SIDA: << ...il suffit d'être fidèle à ...>>. Ce premier message officiel en direction de la population générale a probablement contribué à dissiper la grande peur suscitée par l'avènement du SIDA. Mais il a dû également favoriser l'assimilation du SIDA au "syndrome imaginaire pour décourager les amoureux" que font certaines personnes, puisque le SIDA a été présenté au départ comme la maladie des infidèles communément appelés "amoureux" en Côte d'Ivoire.

Ce sont des activités qui consistent à dire aux populations ce qu'est le SIDA, comment il se transmet, comment on peut l'éviter, etc et à les convaincre de la nécessité d'adopter des comportements à moindres risques pour l'infection à VIH.

Jusqu'en août 1995, l'IEC en matière de lutte contre le SIDA était encore l'affaire de quelques bénévoles ou volontaires, agents de santé ou non. Car, cette activité qui s'effectue en dehors des hôpitaux et des heures ouvrables n'est pas perçue comme le travail "normal" des agents l'État.

De plus, c'est un travail très prenant qui n'est pas rémunéré si bien que de nombreux agents de santé refusent de s'y engager.

En effet, aucune décision officielle ne les autorise à effectuer ces activités. De ce fait, ceux qui le font s'engagent dans des activités "extra-professionnelles". Et lorsqu'ils le font aux heures ouvrables, ils se retrouvent en situation d'abandon de poste ou d'absence sans motif valable. Ils subissent des sanctions disciplinaires de leurs chefs hiérarchiques pour absentéisme.

Les activités de prévention du SIDA entreprises par l'état sont principalement des actions d'information et de sensibilisation. Elles comportent les déclarations officielles, les conférences, les affichages, les affiches, prospectus et brochures, des tee shirts, des campagnes de masse: émissions et spots publicitaires de "prudence" à la radio et à la télévision, films, pièces de théâtre, concerts de musique, des concours, etc.

Ce type d'actions comprend les activités suivantes: séminaires, ateliers et autres formations. Ces activités représentent une grande proportion de l'ensemble des actions de l'état. Leurs limites sont difficilement perceptibles du fait qu'elles sont de diverses natures.

Ces nombreuses actions d'information ont permis à une grande partie de la population de savoir que le SIDA existe: en 1989, 90% de la population on entendu parlé du SIDA (Dédya s. et Tapé G, opp cit), 91% des ruraux de l'ouest ivoirien connaissent le SIDA et 81% d'entre eux savent qu'il se transmet par voie sexuelle. (Blibolo AD, 1995).

Toutes ces données et bien d'autres montrent que la population a en grande partie entendu parlé du SIDA et en a des informations plus ou moins précises. Mais l'information et la sensibilisation n'ont pas suffi pour prévenir l'infection à VIH. Il faut arriver à modifier les comportements à risque pour l'infection à VIH/SIDA. Ce qui n'est possible que par des actions répétées et suivies dans le temps et non par des activités isolées et sporadiques comme ce qui est fait actuellement.

L'amélioration du diagnostic du VIH, des infections associées et de la prise en charge psychosociale et thérapeutique des malades.

Par cet objectif, il s'agissait d'arriver au renforcement des capacités de dépistage et de diagnostics biologique et clinique de l'infection à VIH, à l'amélioration de la prise en charge clinique et psychosociale par la mise en place d'un système fonctionnel de prise en charge des sidéens. La création d'un hôpital de jour et d'un service de suivi à domicile étaient également prévues. Comme l'ont révélé les Professeurs K.A, O.K et le Dr S.A, dès 1985, les premiers cas de SIDA déclarés par la Côte d'Ivoire à l'O.M.S. ont été médicalement suivis à la Clinique des maladies infectieuses et au service de PPH du CHU de Treichville.⁹

8 Le Pr. K.A est le Responsable de la Clinique des Maladies et l'actuel Doyen de la Faculté de Médecine d'Abidjan. Le Pr. O.K de la Clinique des Maladies infectieuses du CHU de Treichville a été le premier Coordonateur du PNLS. Enfin, S.A de l'institut Pasteur d'Adiopodoumé était en service au PPH du CHU de Treichville en 1985-1986.

Six ans plus tard, en 1991, l'Unité de Soins Ambulatoire et de Conseils (USAC) a été créée à la clinique des maladies infectieuses du CHU de Treichville. Ce fut la première des structures sanitaires étatiques à l'infection à VIH.

Les cellules de prise en charge du CHR de Korhogo, de Bouaké et des autres centres de santé étatiques ont été mises en place à partir de 1991.

Avant 1992, la prise en charge des tuberculeux infectés par le VIH était informelle. Elle a été organisée dans les deux CAT d'Abidjan à partir de 1992.

Il faut préciser que la plupart des centres spécialisés dans la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA en Côte d'Ivoire sont privés. Ce sont: le Centre d'Accueil et de Conseil (CAC) de l'Hôpital Protestant de Dabou, le Centre d'Assistance Socio-Médicale (CASM) de Treichville, la cellule de l'Hôpital Baptiste de Ferkéssédougou, le centre de la Fondation Luc Montagnier-Fédérico Mayor de Treichville, l'OASIS ou "Hôpital des pauvres" de Koumassi, RETRO-CI de Koumassi, de Treichville et Adjamé, etc.

Des algorithmes de prise en charge de l'infection à VIH/SIDA (1994) ont été élaborés. Mais il est difficile d'évaluer la qualité de la prise en charge clinique et psychosociale des personnes vivant avec le VIH. Peut-être faut-il le faire sous l'angle du nombre de consultations des services de santé ou par rapport au bénéfice thérapeutique que tirent les patients de cette prise en charge. Pourquoi ne pourrait-on pas évaluer l'amélioration de la prise en charge en terme d'espérance de vie des patients séropositifs ou bien en tenant compte des changements de leurs comportements à risque pour le SIDA ou la propagation de l'infection. En effet, la forme de prise en charge "intégrée" préconisée par les autorités sanitaires exclue la création d'unités spécialisées dans les formations sanitaires dites périphériques.

Elle consiste à mettre en place des cellules pour une prise en charge qui s'intègre au fonctionnement habituel des dites formations sanitaires.

Cette stratégie rencontre la "réticence" de certains agents de santé par ce qu'elle est perçue comme une stratégie inadaptée. De ce fait, malgré les actions de formation de certains agents de santé (pas tous) de différentes formations sanitaires urbaines (FSU) d'Abidjan, la prise en charge des personnes infectées par le VIH n'est toujours pas effective dans la plupart des FSU. Selon certains membres de l'équipe de suivi du projet de décentralisation de la prise en charge, les agents de santé, surtout les médecins ne s'intéressent pas à cette activité. Pour d'autres, les noyaux de volontaires constitués en cellules sont omnis par la création de locaux spécialement affectés à la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA. Or, «il n'est pas question de construire des "USAC", mais plutôt d'intégrer la prise en charge aux activités quotidiennes de chaque agent hospitalier disent-ils.

Selon eux, la création d'unités spécialisées peut entraîner une "spécialisation" de certains agents en matière de prise en charge de l'infection à VIH et contribuer à la marginalisation des séropositifs". Pour les partisans de la thèse contraire que nous partageons, la prise en charge clinique et psychosociale de l'infection à VIH/SIDA ne peut se faire que par quelques personnes dans le contexte actuel du Pays pour plusieurs raisons: dans les FSU d'Abidjan, seulement quelques agents ont été formés pour la prise en charge de l'infection à VIH.

Pour cette seule raison, tous les agents de santé d'une FSU ne peuvent pas, chacun à son niveau, actuellement assurer la prise en charge des patients infectés par le VIH. Seuls ceux qui y ont été formés peuvent le faire.

Mais dans l'hypothèse que tous les agents de santé ont tous reçu la formation à la prise en charge, plusieurs autres obstacles se dressent contre l'idée officielle d'intégration de la prise en charge, fondamentalement opposée à l'affectation d'agents et de structures spécifiques aux soins et conseils des séropositifs.

Il y a d'abord le fait que le diagnostic de l'infection à VIH qui relève de la compétence exclusive des médecins commence par un pré-test. Or, il faut un temps relativement long (entre 30 à 60 mn/patient) pour le pré-test. De plus, après le diagnostic, il faut assurer le suivi médico-social des patients infectés. Compte tenu du fait que ce suivi est particulier en ce qu'il intègre à la fois le curatif, le préventif, le psychologique et l'assistance sociale et économique, il ne peut se faire que par une équipe et non par chacun à son niveau. Vu le nombre important de patients reçus chaque jour dans les FSU, "l'intégration" de la prise en charge clinique et psychosociale des séropositifs aux consultations de chaque médecin pose des problèmes d'ordre pratique. Elle favorise la prédominance du curatif au détriment du préventif dans la prise en charge des séropositifs. D'ailleurs, ce phénomène ne s'observe-t-il pas dans la plupart des centres spécialisés de prise en charge des séropositifs? Malgré l'existence de personnels spécialement chargés de la prise en charge des séropositifs dans ces centres, le suivi des anciens séropositifs se limite le plus souvent aux soins médicaux. Les conseils de prévention occupent une moindre importance après les premières séances d'annonce et de conseils qui l'accompagnent.

Pour s'en convaincre, une étude beaucoup plus fine serait souhaitable dans les deux CAT d'Abidjan où il existe deux formes différentes de prise en charge des séropositifs : la prise en charge par un service spécifique et celle dite intégrée.

Mais, peut-on échapper à la spécialisation de certains agents dans la prise en charge des séropositifs en formant des cellules de prise en charge comme le préconise cette conception de l'intégration? Le terme "cellule" renvoie, on le sait, à une partie et non à l'ensemble des personnels de santé.

Comme le montrent les données d'enquêtes, les structures étatiques assurant la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA sont très peu nombreuses. En dehors de l'USAC, quelques comités locaux de lutte contre le SIDA et cellules de prise en charge essaient, tant bien que mal, d'assurer soins aux séropositifs. Les tests se font sans le consentement des patients. Il en est de même pour les actions de prise en charge thérapeutique et psychosociale qui relèvent encore du domaine du volontariat et de l'informel (à part l'USAC, le Centre de santé rurale de Toupa, et le CHR de Korhogo qui sont des structures étatiques où les séropositifs bénéficient de soins et conseils de façon organisée, mais à des degrés divers, les autres centres et unités de référence de soins et conseils du pays sont privés) et leur développement dépend de l'aide extérieure ainsi que de la disponibilité de certains agents de santé pour faire du volontariat.

La coordination de la gestion du programme.

La coordination de la gestion du PNLIS est difficile à évaluer. La coordination et la gestion étant deux termes dont le contenu sémantique est très vaste. Dans le cas du PNLIS, il est possible de saisir la coordination de la gestion à travers les attributions du BCC (Bureau Central de Coordination) et de la DE (Direction Exécutive). Mais cet objectif renferme les actions de renforcement de la coordination et d'une meilleur gestion du programme et des actions de décentralisation du programme vers les régions sanitaires.

Le BCC avait été chargée de définir le programme détaillé des activités à mener, déterminer les aires d'intervention, assurer le contrôle de ces activités. Il intégrer les activités SIDA dans les structures du Ministère de la Santé et dans celles des secteurs associés. Enfin, le BCC devait gérer le personnel, le support logistique et le matériel du PNLS et il devait représenter la Côte d'Ivoire dans les assises internationales liées au SIDA.

Quant à la Direction Exécutive, son rôle est presque similaire à celui de l'ex BCC: son rôle consiste à élaborer et mettre en place les activités du Plan National, à les superviser et à les évaluer. La Direction Exécutive du P.N.L.S. planifie les formations et le recyclage du personnel. Elle évalue les besoins du programme, gère le personnel et le matériel. Enfin, la direction exécutive est chargée de coordonner les contributions bilatérales et multilatérales et de représenter le CNLS/MST/TUB aux assises internationales.

Le renforcement de la surveillance épidémiologique.

La surveillance épidémiologique, dans le cas du P.N.L.S, consiste en la déclaration obligatoire des cas de SIDA, au renforcement de la surveillance épidémiologique et à l'édition d'un bulletin d'informations épidémiologiques. Elle vise à déterminer le nombre de cas de SIDA et à mesurer la séroprévalence de l'infection à VIH dans le pays .

Le travail entrepris dans cette optique a permis de disposer des informations relatives à l'évolution de cas de SIDA déclarés à l'O.M.S.

La définition du SIDA dite de Bangui a servi à identifier les différents cas cliniques. Mais cette définition coexistait avec celle de RETROCI.

Actuellement, c'est la définition de l'O.M.S. qui est entrée en vigueur. L'une des particularités de cette dernière définition est le fait qu'elle inclue la tuberculose dans les signes caractéristiques du Syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA).

Selon certains spécialistes, cette nouvelle définition serait à l'origine de l'accroissement du nombre de cas de SIDA en Côte-d'Ivoire. En effet de 1986 à 1990, le nombre des nouveaux cas n'excédaient pas 3 000 par année. de 1990 à 1993 on observait une augmentation du nombre annuel des cas déclarés. Sur cette période, les nouveaux cas n'ont pas excédés 4 000 par an. Ce n'est qu'en 1994 que le nombre de cas d'une année avoisine 7 000.

Malgré les progrès enregistrés au niveau de la surveillance épidémiologique, plusieurs difficultés sont à noter.

D'abord, nous disons qu'en Côte-d'Ivoire comme ailleurs, il est impossible de déterminer le nombre de personnes infectées par le VIH dans la population générale. On se contente donc d'estimations.

Ensuite, il y a le fait qu'il n'existait pas un service spécialement chargé de cette question. Mais cela a été corrigé par le nouvel arrêté créant la Direction Exécutive du P.N.L.S.

Enfin, les initiatives qui auraient pu, à terme, permettre de disposer de données épidémiologiques plus représentatives de l'ensemble de la population connaissent des difficultés. C'est le cas du Centre d'Information et de Prévention du SIDA (C.I.P.S.) où s'effectue les tests de dépistage volontaires. Il connaît actuellement des difficultés de survie dues au retrait de l'US AID du processus de financement de ce centre.

Pourtant si ce genre de structures se trouvaient dans tous les coins du pays, il serait peut-être possible d'avoir des informations beaucoup plus réelles sur la séroprévalence du VIH dans la population générale. Mais faudrait il encore, dans ce cas, sensibiliser davantage la population à la nécessité du test de dépistage volontaire. ce qui n'est pas le cas actuellement.

Promotion et coordination de la recherche.

L'amélioration et la coordination de la collaboration entre chercheurs et institutions de recherches, la définition de priorités et besoins de recherches par l'information sur les institutions de recherches existantes étaient le contenu de cet objectif.

Nous constatons à ce sujet que les études sur le SIDA en Côte-d'Ivoire sont nombreuses et variées. Dans les différents domaines de la médecine, des sciences humaines et sociales, on assiste à une dynamique de recherche sans précédent. Nous constatons en effet que la pluridisciplinarité amène divers spécialistes à faire équipe, ce qui était tout de même rare avant l'avènement du SIDA. Des praticiens de la médecine traditionnelle sont autorisés à expérimenter leurs médicaments dans des hôpitaux, et, des chercheurs s'intéressent de plus en plus aux plantes médicinales africaines.

En 1991, un travail bibliographique à été réalisé en vue de répertorier les travaux portant sur le SIDA en Côte-d'Ivoire (VIDAL L. et MSELLATI P., 1992). Il a permis de savoir qu'au moins 519 références dont 54 articles, 375 communications et autres types de références ont traité du SIDA en Côte-d'Ivoire.

Ces travaux ont été faits dans plusieurs disciplines: Biologie (91 références), Clinique (89), Épidémiologie (163), I.E.C./Programmation (76) et Sciences sociales (100). Ces données montrent que le grand nombre de références se retrouve en épidémiologie, en Sciences Sociale et en Biologie. Elle indiquent également que les communications représentent plus de 72 % du fonds documentaire sur le SIDA en Côte-d'Ivoire. Il est en train d'être actualisé et l'on annonce un total cumulé de plus de 738 références bibliographiques en 1995-96.

Mais ces nombreuses études ne se réalisaient pas sans difficultés. En effet il est difficile de dire que la recherche est promue par le P.N.L.S. dans la mesure où presque toutes ces études sont soutenues par des fonds étrangers. De plus, la coordination de ces nombreuses recherches échappent quelques fois aux autorités si bien que des études déjà achevées attendent d'avoir l'aval du comité d'éthique. Aval qui est pourtant une autorisation préalable pour la réalisation de l'étude.

Cette difficulté pose les problèmes de fonctionnement du comité d'éthique et du respect des droits individuels et collectifs par les chercheurs.

Prévention des Maladies Sexuellement transmissibles ou MST

"En Afrique Noire, les MST se placent au 5^e rang des motifs de consultation médicale; Elles représentent une des causes les plus fréquentes de morbidité dans les pays en développement. Leur prévalence actuelle, faute de notification de cas, est approximative... L'avènement du SIDA et des infections à VIH ont aggravé le problème avec la mise en évidence récente d'une corrélation entre le SIDA et certaines MST qui joueraient un rôle de cofacteur dans la transmission du VIH et dans la transmission de la maladie...

Voilà pourquoi la mise en place d'un programme de lutte contre les MST intégré à la lutte contre le SIDA apporterait un coup de fouet au PNLIS dans son assise communautaire." (Lourougnon F, 1992).

En effet, en 1990 en Côte d'Ivoire, 46% des séropositifs dépistés parmi des patients ayant consulté trois services assurant la prise en charge des MST à Abidjan présentaient des ulcérations génitales.(Mamadou O.Diallo, 1992)

La Prévention des Maladies Sexuellement transmissibles, en tant qu'objectif du premier plan à court terme du PNLIS, comporte la surveillance et le renforcement des capacités de dépistage et de traitement des MST pour un meilleur suivi de la séro-surveillance de l'infection à VIH. Qu'est-ce qui a été fait?

En 1993, un programme intégré de lutte contre les M.S.T. a été élaboré dans le cadre du Programme National de Lutte contre le Sida.

Il s'agit d'un programme qui a pour but de réduire le risque de l'infection à VIH par la prévention et le traitement médical correct des M.S.T. classiques.

En 1994 et 1995, des séances de formation de l'ensemble des agents de santé du public sur la prise en charge thérapeutique des M.S.T. ont été organisées dans les dix communes d'Abidjan.

Depuis 1993, la "Clinique de confiance" du projet RETROCI dépiste et traite gratuitement les MST parmi les prostituées à Abidjan.

Des algorithmes de prise en charge de ces maladies ont été élaborées.

Mais, malgré toutes ces différentes actions, la situation des M.S.T. s'est-elle améliorée dans le pays?

Il est difficile de répondre à cette question parce que les données disponibles ne permettent pas d'évaluer le Programme intégré de lutte contre les MST.

Elles indiquent néanmoins que de 1991 jusqu'en 1993, le nombre de cas de MST s'est accru en nombre absolu dans certains centres: 624 cas de gonococcie en 1991 et 724 en 1993; 54 cas de Chancre mou en 1991 et 124 en 1993; 583 cas d'autres MST et 637 en 1993 ont été enregistrés au Dispensaire antivénérien (DAV) de Treichville..

S'agissant de la formation ou du recyclage des personnels soignants, les résultats restent également insuffisants comme le reconnaît LaRuche Guy: <<l'impact immédiat de la formation était satisfaisant. Les connaissances des soignants sur la prise en charge des M.S.T. se sont insuffisamment améliorées entre 1994 et 1995, justifiant la poursuite du recyclage>>¹⁰

Par ailleurs, la prise en charge clinique des MST n'est pas systématiquement accompagnée du dépistage de l'infection à VIH dans les dispensaires et services spécialisés en traitement des MST. Or, ce dépistage nous apparaît comme une des stratégies de prévention de l'infection à VIH. Ne pas l'inclure dans la prise en charge des MST est par conséquent une insuffisance.

De plus, la lutte contre les MST passe nécessairement par la surveillance épidémiologique sentinelle qui permet de suivre l'évolution de la prévalence des MST. Mais, dans l'état actuel de nos connaissances, le taux prévalence des MST en Côte d'Ivoire est inconnu si bien qu'il est impossible de savoir si la situation épidémiologique des MST s'est améliorée ou non depuis l'intégration du programme MST au PNLS.

¹⁰ (IX^e Conférence sur le SIDA et les M.S.T. en Afrique. Kampala, 10-14 décembre 95, Abstract N° Moco58, P107)

2-3-Le deuxième plan à moyen terme ou PMT 2 (1993-1998)

Ce plan couvre une période de cinq ans et comporte quatre principales orientations prioritaires. Ce sont

- 1) La prévention de la transmission sexuelle du VIH
- 2) La prise en charge des personnes infectées par le VIH
- 3) Le contrôle des maladies sexuellement transmissibles (MST)
- 4) La mobilisation des secteurs socio-économiques par la lutte contre la pauvreté (Glen , Blibolo, Kérouédan , 1995)

En début de l'année 1995, le Directeur exécutif du PNLS a annoncé que l'action prioritaire du PNLS est le soutien et la prise en charge des séropositifs et des malades du SIDA. Les diverses activités de formation des agents de santé (médecins, assistants sociaux et infirmiers) à la prise en charge thérapeutique et psychosociale de l'infection à VIH/SIDA témoignent de l'importance accordée à la prise en charge. Toutefois, la formule de généralisation la plus adaptée n'a pas encore été trouvée. Celle qui consiste à intégrer cette activité à celles des formations sanitaires périphérique n'a toujours pas le succès attendu ou souhaité. C'est à dire que la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA n'est pas encore intégrée aux activités quotidiennes des agents de santé du secteur public.

Essai de synthèse

L'analyse des plans à court et moyen terme inspire les réflexions suivantes.

Le plan à court terme poursuivait deux objectifs d'urgence, à savoir mesurer l'ampleur de l'épidémie et définir une stratégie d'attaque ou de lutte. Ces deux objectifs ont été atteints, même si tout le monde n'est pas d'accord pour dire que la situation épidémiologique de l'infection à VIH/SIDA telle quelle est présentée par les données actuelles reflète la réalité du phénomène et pour reconnaître que le PNLS est celui qu'il fallait.

Le plan à moyen terme se caractérise par ses nombreuses activités d'information et de sensibilisation de masse en milieu urbain.

La plupart des actions de ce plan ne sont pas évaluées de cas, ou par rapport à leur impact sur la réduction du nombre de cas, ou par rapport au changement de comportements à risque.

L'évaluation du plan s'est faite en terme d'activités effectivement réalisées et non en terme d'impact de ces activités sur le développement de l'épidémie.

L'objectif de la "sécurité transfusionnelle" peut-il être considéré comme atteint avec plus de 99% de chance d'éviter le VIH par les mesures actuelles mises en place?

Le plan à moyen terme a certes permis d'informer la population ivoirienne de l'existence du SIDA dans le pays; mais rien ne permet de savoir si ces actions d'information ont contribué à réduire ou freiner l'évolution de la pandémie.

Au cours du premier plan à moyen terme (1989-1993), les activités d'I.E.C. se sont considérablement multipliées et même décentralisées. Plusieurs enquêtes CAP dont deux principales (Dédy et Tapé, 1989; Messou et al, 1990) ont été réalisées dans la population générale (voir revue de la littérature). A partir de 1990, les premiers centres ou unités de soins et conseils aux personnes vivant avec le VIH (RESSAC et CAC Dabou) ont vu le jour. La prise en charge clinique et psychosociale de l'infection à VIH et la prévention ont été décentralisées (création de comités régionaux, départementaux et locaux de lutte contre le SIDA; installation de cellules de prise en charge des séropositifs dans certaines F.S.U. d'Abidjan, etc, à partir de 1992)

C'est un plan dont la coordination a été centralisée au niveau du BCC (Bureau Central de Coordination) et qui n'a prévu aucun organe officiel d'intervention de terrain.

Le service IEC du BCC s'est par conséquent vu obligé d'entreprendre quelques activités d'information et de sensibilisation dans la population à Abidjan principalement. Pourtant, le BCC est une structure de réflexion, de conception, de coordination et de contrôle. C'est ce manque qui explique en partie la reconnaissance par la Direction exécutive du PNLIS de l'importance du rôle des organisations à assise communautaire ou non- gouvernementales dans la lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire.

Chapitre VIII _ REPNSES DES INDIVIDUS FACE AUX MESURES DE
PREVENTION DE LA TRANSMISSION
HETEROSEXUELLE DE L'INFECTION A VIH/SIDA.

1- SIDA et abstinence sexuelle.

Brève histoire de l'abstinence sexuelle

L'abstinence sexuelle dans cette étude est la renonciation à l'acte sexuel ou son arrêt pendant un temps relativement long, par une personne en possession de toutes ses facultés Physiques, biologiques, physiologiques et psychologiques qui lui permettent d'avoir des relations sexuelles.

Telle que définie, l'abstinence sexuelle est une pratique sociale ancienne. C'est à dire qu'elle est motivée par des raisons et régies par des règles sociales depuis très longtemps.

Ainsi, dans la ROME antique, on croyait que le coït "gâtait" la voix. Aussi, mettait-on aux chanteurs un anneau de métal (de forme très voisine de la courante épingle de nourrice) qui était censé empêcher la copulation et même enrayer le désir. Cela s'appelait <<FIBULE>>. C'est dire que les chanteurs, pour conserver leur belle voix, devaient pratiquer l'abstinence sexuelle avec l'aide de pouvoirs magiques (GOLI K. 1986).

Selon Goli Kouassi, «dans les traditions à initiation, c'est le rite qui confère la faculté au mariage. Celui-ci à son tour donne droit à la jouissance sexuelle qui, autrement, est flétrie par la communauté ».

Cet auteur montre que les relations sexuelles (la jouissance sexuelle) dans ces traditions n'étaient pas autorisées avant le mariage. Voici quelques faits qui l'attestent.

Avant la colonisation, "il existait le rite du <<LAVAGE NUPTIAL>> en pays Baoulé, région centre de la Côte d'Ivoire. Au cours de cette cérémonie, la jeune fille jusque là pubère et vierge, se prêtait à une toilette appropriée avant de rejoindre son futur époux, parée de ses plus beaux bijoux. Alors seulement elle pouvait avoir des rapports sexuels avec ce dernier. Autrement, la chose (la copulation) était interdite". (Goli K. opp cit). "chez les Agni de Yakassé-Agni (en Côte d'Ivoire), pendant la cérémonie de viduité qui dure un an environ, la femme qui avait perdu son époux était <<cerclée>>. Un fil de raphia qui lui entourait les reins était un symbole qui lui rappelait à tout moment son état de veuvage et l'abstinence (sexuelle) qui s'imposait en conséquence.

La veuve ne retrouverait sa vie sexuelle normale qu'à l'issue de la viduité que consacre le <<décerclage>>.

Ici comme en pays Baoulé, l'abstinence sexuelle était régie par des règles sociales dont la violation entraînait des sanctions: chez les Attié de Memini, (Côte d'Ivoire), toute femme portant une grossesse hors mariage était conspuée et faisait l'objet d'invectives publiques. placée à la tête d'une procession, l'intéressée était promenée à travers tout le village. On chantait sa honte, sa déchéance et celle de sa famille au cours de la procession en faisant le tour du village.

De nos jours, des religions importées en Afrique conseillent l'abstinence sexuelle en préconisant le célibat pour certains serviteurs de Dieu (voir la Bible 1 CORINTHIEN 7 verset 1 à 40). En effet, les convoitises charnelles, la débauche dont parle la Bible désignent les relations sexuelles comme le précise le Pasteur K.M. Selon st Saint Paul, apôtre de Jésus Christ, *“Ce que Dieu veut, c’est votre sanctification, c’est que vous vous absteniez de la débauche... Je vous exhorte comme étrangers et voyageurs sur la terre, à vous abstenir des convoitises charnelles... Pour ce qui concerne les choses au sujet desquelles vous m’avez écrit, je pense qu’il est bon pour l’homme de ne point toucher de femme...Pour ce qui est des vierges, je n’ai point d’ordre du seigneur, mais je donne un avis... Voici donc ce que j’estime bon à cause des temps difficiles qui s’approchent: es-tu lié à une femme, ne cherche pas à rompre ce lien; n’es-tu pas lié à une femme, ne cherche pas une femme”*

L'abstinence sexuelle et le célibat qu'elle entraîne sont donc des actes de sanctification pour certains religieux et des pratiques réservées à certaines catégories de personnes dans les sociétés traditionnelles.

Les réponses des individus à ce sujet sont très peu connues en Côte d'Ivoire: dans la population générale et parmi les personnes vivant avec le VIH, quelques données d'enquêtes permettent de se faire une idée des proportions dans lesquelles les gens s'abstiennent des rapports sexuels. Mais, il n'est pas certain que ces comportements d'abstinence soient motivés par la prévention de l'infection à VIH/SIDA.

L'abstinence sexuelle dans la population générale à travers quelques études

C'est dans les études socio-comportementales relatives au SIDA que l'on retrouve le peu d'informations sur l'abstinence sexuelle.

Dans la population générale, c'est à dire parmi les personnes dont le statut sérologique n'est pas connu des chercheurs, ce sont les études de DÉDY S. et TAPÉ G; (1989); Blibolo AD. (1995), et peut-être bien d'autres non identifiées, qui renseignent sur ce phénomène.

Dans l'enquête nationale de DEDY et TAPÉ ayant porté sur les "comportements sexuels et SIDA en Côte d'Ivoire", 4,8% des enquêtés déclaraient s'être abstenus de relations sexuelles durant les 12 derniers mois. Les raisons ayant motivé cette abstinence étant le changement de comportements du fait de la prévention de l'infection à VIH..

L'étude des "comportements, attitudes et pratiques des ruraux ouest-ivoiriens de la région de Guiglo" (Blibolo A.D) révèle que les sujets de l'enquête ne considèrent même pas l'abstinence sexuelle comme méthode de prévention de l'infection à VIH/SIDA. Du moins, ils l'ignorent tous lorsqu'ils citent les différentes possibilités permettant de prévenir le SIDA.

Rarement évoquée au cours des conférences de campagnes de sensibilisation sur le SIDA, l'abstinence sexuelle est surtout conseillée aux célibataires par certaines religions pour éviter le SIDA.

On constate ici qu'il y a très peu d'informations sur l'utilisation de l'abstinence sexuelle comme moyen de prévention de l'infection à VIH/SIDA dans la population générale. S'agissant des personnes vivant avec le VIH, qu'en est-il?

L'abstinence sexuelle chez les personnes vivant avec le VIH

Plusieurs études effectuées auprès de personnes infectées par le VIH contiennent des informations relatives à l'abstinence sexuelle: en 1991, 53% des séropositifs/sidéens de l'USAC s'étaient déclarés abstentionnistes (Blibolo A.D, 1991); en 1992, 4 couples sur 45 enquêtés où un au moins des conjoints est infectés par le VIH s'abstenaient de relations sexuelles (Blibolo A.D et al, 1995); la même année, 44,4% de séropositifs et de sidéens des deux Centres Antituberculeux et de l'USAC d'Abidjan (dont 24 sujets mariés, 43 célibataires parmi lesquels 47 femmes et 33 hommes) avaient évoqué l'abstinence sexuelle (Agnese I. et al, 1992).

La présente enquête renseigne également sur l'abstinence des personnes informées de leur séropositivité pour le VIH.

Tableau n° 20 : l'abstinence sexuelle chez les enquêtés plusieurs mois après l'annonce de leur séropositivité.

Abstinence sexuelle	Nombre	Pourcentages
Oui	138	69
Non	62	31
Total	200	100

Dans ce tableau, 69% des patients enquêtés déclarent s'abstenir de relations sexuelles et 31% continuent d'en avoir plusieurs mois après qu'ils ont été informés de leur séropositivité.

On constate que l'abstinence sexuelle est évoquée par la majorité des séropositifs enquêtés.

La comparaison des données relatives à l'abstinence sexuelle dans la population générale avec celles du tableau n° 20 précédent est révélateur : l'abstinence sexuelle est probablement plus pratiquée par les personnes infectées par le VIH que par les personnes dont le statut sérologique pour le VIH n'est pas connu.

C'est ce que Agnese et al (oppo cit) constatent également quand ils écrivent: <<... il apparaît que la diminution ou l'interruption des rapports sexuels représentent une caractéristique constante parmi les malades de SIDA.>>

Pourquoi ces séropositifs ou sidéens s'abstiennent-ils des relations sexuelles?

Les trois cas suivants permettent d'identifier quelques réponses à cette question.

Le cas de Mme O. Marie-Claire.

Mme O. MC, 27 ans, concubine, mère d'un enfant a été informée de sa séropositivité depuis plus d'un an: << Moi, j'ai arrêté de faire l'amour par ce que je ne me porte pas bien. Je n'ai pas de force pour ça. Mon mari sait très bien que je suis malade et ne peut pas se plaindre. Moi aussi, lorsqu'il me trompe, je le sais mais je ne dis rien, parce que un an sans rapport sexuel pour un homme, c'est quand même trop et difficile à supporter. Peut-être qu'un jour je reprendrai les rapports sexuels si je suis guérie. Mais pour le moment, il n'est pas question de faire l'amour dans mon état actuel de santé.>>

Le cas de M. A Dagnogo.

Mr A. D, chauffeur, 40 ans, concubin, 3 enfants, a été informé de sa séropositivité depuis 2 ans : << Depuis que la femme Docteur m'a dit que j'ai cette maladie (entendez infection à VIH), j'ai eu quelques rapports avec ma femme avec capotes. Mais elle n'aime pas ça et elle ne cessait de me demander pourquoi j'utilisais ce caoutchouc. Je lui répondais chaque fois que c'était pour ne pas tomber enceinte, compte tenu de nos moyens limités et du nombre d'enfants que nous avons déjà. Quelques mois plus tard, elle me montre des pilules sur conseils de sa camarade afin d'arrêter l'utilisation des préservatifs. Je ne savais plus comment faire pour avoir des rapports protégés avec elle.

En réalité, son problème est qu'elle pense que je ne veux plus faire d'enfants avec elle par ce que je veux me séparer d'elle. Donc même en prenant les pilules, elle continuait de se poser des questions.

J'ai profité d'une maladie d'un mois pour arrêter tout rapport sexuel. Lors qu'elle veut me solliciter la nuit, je lui rappelle que je suis malade.

En réalité, c'est par ce que je ne veux plus continuer de coucher avec elle sans préservatifs pour ne pas la contaminer.

Je pense que ça me permet de ne pas lui dire pourquoi j'utilise les préservatifs. Car si elle est au courant que j'ai cette maladie, elle va fuir la maison et les enfants resteront seuls.>>

Le cas de Mlle D. Émilienne.

Mlle D E, 31 ans, célibataire sans enfant, a été informée de sa séropositivité depuis 4 mois mais n'en a pas encore parlé à son partenaire sexuel: <<J'ai une maladie qui n'a pas de médicaments. Le docteur m'a dit que je ne dois pas faire d'enfants. or je n'ai pas encore eu un seul enfant de ma vie. Mon copain ne comprend pas pourquoi je ne veux plus faire de relations sexuelles avec lui. Pour moi, les capotes, il doit les utiliser avec ses petites copines de dehors, mais pas avec moi s'il me considère comme une fille avec qui il veut faire du sérieux. Il y a quand-même quatre ans que nous sommes ensemble. Donc je suis sa titulaire. Avant ma maladie (infection VIH), il me demandait de faire le test de SIDA avec lui ensemble, ou d'utiliser des capotes. Mais je lui demandais pourquoi il voulait les utiliser avec moi sa copine principale.

Je pensais qu'il ne m'aimait pas ou qu'il me soupçonnait d'avoir des maladies de femmes et donc de l'avoir trompé. Aujourd'hui, à cause de ma maladie, on me dit d'utiliser des capotes avec lui.

Je préfère arrêter les rapports sexuels en même temps, par ce que moi, j'ai toujours refusé les préservatifs et je ne suis pas capable aujourd'hui de lui proposer ça. D'ailleurs, moi-même, je ne pense qu'à ma santé. Les rapports sexuels n'ont plus de sens pour moi puis que je ne peux pas faire d'enfants. ça ne m'intéresse même plus cette histoire d'amour. J'ai trop de problèmes.>>

Comme on le constate, les raisons qui motivent l'abstinence sexuelle sont nombreuses et variées. Pour les uns, l'abstinence sexuelle est justifiée par le mauvais état de santé. Ce n'est donc pas pour eux une méthode de prévention de l'infection à VIH/SIDA, mais plutôt une conséquence de leur état de santé défaillant. Il est alors possible et presque certain qu'ils reprennent les relations sexuelles dès le rétablissement de leur état de santé.

D'autres enquêtés voulant garder secret le nom de leur maladie, s'abstiennent des rapports sexuels. Car l'utilisation des préservatifs va les obliger un jour à dire à leurs partenaires les vraies raisons de ce changement de comportement sexuel. Pour éviter tout cela, ils préfèrent arrêter tout rapports sexuels.

Quant à Mlle D. Émilienne, elle a toujours refusé le test et l'utilisation des préservatifs avant sa maladie du fait qu'elle était "la titulaire" de son copain (la partenaire principale à qui ont veut éventuellement se marier). Pour cela, elle préfère arrêter les relations sexuelles plutôt que se contredire.

Enfin, des enquêtés disent avoir perdu tout désir de relation sexuelle après avoir appris leur séropositivité. De ce fait, ils ont arrêté d'avoir des relations sexuelles. Leurs préoccupations se limitant désormais à l'évolution de leur maladie.

On peut donc affirmer que l'abstinence sexuelle n'est pas une méthode très utilisée pour la prévention de l'infection à VIH/SIDA en Côte d'Ivoire: ni les études ayant porté sur la population générale, ni celles relatives aux personnes vivant avec le virus du SIDA enquêtées ne permettent d'affirmer le contraire.

L'abstinence sexuelle comme moyen de prévention de l'infection à VIH/SIDA

L'abstinence sexuelle, si elle est effectivement appliquée, permet d'éviter la transmission sexuelle du VIH. C'est donc une méthode fiable à 100%, c'est à dire qui protège de façon certaine contre la transmission sexuelle du VIH si elle est utilisée par des individus sains. C'est pourquoi il est intéressant de savoir si elle est effectivement utilisée par les populations comme méthode de prévention de l'infection à VIH/SIDA en Côte d'Ivoire. Si non, quelles en sont les raisons? Ainsi se posent les questions centrales relatives à l'abstinence sexuelle comme méthode de prévention de l'infection à VIH.

Les réponses des individus à ce sujet sont très peu connues en Côte d'Ivoire: dans la population générale et parmi les personnes vivant avec le VIH, quelques données d'enquêtes permettent de se faire une idée des proportions dans lesquelles les gens s'abstiennent des rapports sexuels. Mais, il n'est pas certain que ces comportements d'abstinence soient motivés par la prévention de l'infection à VIH/SIDA.

A la lumière de ce qui précède, deux réponses différentes des individus à l'égard de l'abstinence sexuelle se distinguent: une quasi absence d'intérêt pour l'abstinence sexuelle de la part des personnes dont le statut sérologique pour le VIH n'est pas connu et un regain d'intérêt au niveau des séropositifs informés de leur séropositivité. Ce qui revient à dire que les personnes apparemment saines rejettent l'abstinence sexuelle et les séropositifs informés se sentent obligés de l'adopter comme comportement sexuel, (et non comme méthode de prévention). En un mot, la population n'utilise pas l'abstinence sexuelle pour éviter le l'infection à VIH/SIDA.

Au total, l'abstinence sexuelle n'est utilisée que par les personnes infectées par le VIH.

Pourquoi donc, malgré sa fiabilité, l'abstinence sexuelle n'est-elle pas utilisée comme moyen de prévention de la transmission sexuelle du VIH en Côte d'Ivoire? qu'est ce qui limite son utilisation effective?

Disons que l'abstinence sexuelle est une pratique qui heurte les habitudes sexuelles des jeunes et des adultes: comme le montrent DEDY et TAPÉ (dans comportements sexuels et SIDA, 1989), de nos jours les jeunes sont très tôt initiés aux rapports sexuels et c'est comme un phénomène de mode que d'avoir les premiers rapports sexuels le plus tôt possible: l'âge moyen aux premiers rapports sexuels est de 15 ans actuellement.

Ce qui veut dire que l'abstinence sexuelle est conseillée à des adultes et à des jeunes déjà initiés aux relations sexuelles. Pour eux, l'abstinence crée une rupture avec leurs habitudes sexuelles.

Ensuite, l'abstinence sexuelle est un comportement qui s'oppose à l'union conjugale (les rapports sexuelles fondent le couple et créent des relations sociales), à la procréation (qui est une attente sociale et un devoir pour l'individu envers la société en Côte d'Ivoire) et à l'affirmation de soi (empiriquement, un homme qui ne peut pas avoir des rapports sexuels réguliers avec une femme n'est pas considéré comme un mâle, mais comme une femme en Côte d'Ivoire). C'est dire que l'abstinence sexuelle s'oppose à certains mécanismes de socialisation.

Dans ce contexte social pro nataliste où l'initiation sexuelle se fait à bas âge, s'abstenir de relations sexuelles est un acte marginalisant, perçu comme anormal.

Or, lorsque les actes d'un individu s'opposent à ceux des autres individus de sa société, il s'en suit un conflit entre lui et le reste de la société que personne ne souhaite. D'où la réticence à l'égard de cette méthode de prévention de la transmission sexuelle du VIH.

Enfin, l'abstinence sexuelle n'est pas utilisée par beaucoup de personnes pour la prévention de l'infection à VIH/SIDA par ce qu'elle est aussi un acte de sublimation des relations sexuelles et un acte héroïque. C'est à dire ce que la plupart des êtres humains n'arrivent jamais à faire. En effet, l'histoire nous apprend que l'abstinence sexuelle était et reste encore étroitement associée aux croyances religieuses, à la malédiction ou à l'impureté qui la motivent.

Elle est un acte extraordinaire réservé à des personnes qui sortent du commun, donc le fait d'une catégorie particulière de personnes.

C'est cet acte que la prévention du SIDA impose et se propose de vulgariser pour le rendre ordinaire. C'est un bouleversement de l'ordre normal des choses, une révolution culturelle à la quelle la société résiste.

L'abstinence sexuelle et l'usage des préservatifs sont deux méthodes fiables de prévention de la transmission sexuelle du VIH. Mais elles ne rencontrent pas l'adhésion des individus à cause de leur caractère non socialisant. En effet, ces deux méthodes ne contribuent pas au renforcement de l'union des partenaires sexuels. Elles développent plutôt en eux le sentiment d'être séparés (engageant la responsabilité de chaque partenaire) face à la maladie. De plus, elle constituent des méthodes contraceptives qui empêchent de concevoir.

2- Usage des préservatifs pour la prévention du SIDA.

L'expérience d'enquêtes antérieures et l'observation empirique des comportements des individus à l'égard des préservatifs commandent de distinguer plusieurs sortes d'usages des préservatifs: l'utilisation à but contraceptif; l'utilisation occasionnelle ou conditionnée et, l'utilisation inconditionnelle.

L'utilisation à but contraceptif des préservatifs est celle qui se rencontre chez des personnes souhaitant éviter la survenue d'une grossesse non désirée et qui les utilisent comme moyen contraceptif. Dans ce cas, l'utilisation des préservatifs n'est pas motivée par la prévention de l'infection à VIH, mais plutôt par la prévention d'une grossesse non désirée.

L'utilisation occasionnelle ou conditionnée des préservatifs se fait en générale avec des partenaires passagers ou occasionnels ou suspects et non avec les partenaires réguliers (les "titulaires", les fiancés, les concubins et les conjoints). Toutefois, il arrive que des partenaires réguliers en utilisent pour quelque raison durant un temps relativement cours.

Enfin, il ya l'utilisation inconditionnelle des préservatifs. C'est celle qui se fait de façon systématique pendant tout rapport sexuel, c'est à dire avec n'importe quel partenaire sexuel.

Cet dernier usage des préservatifs est celui qui est le mieux promu lors des campagnes de sensibilisation pour la prévention du SIDA, par ce qu'il est le plus fiable, c'est à dire qu'il protège plus que les autres contre l'infection à VIH.

Au regard de ce qui précède, l'utilisation systématique des préservatifs est la définition qui a été retenue pour l'analyse. Donc j'entends par usage des condoms *le fait de se servir des capotes anglaises de façon systématique.*

Histoire de l'utilisation des préservatifs en Côte d'Ivoire.

Le condom ou Capote anglaise est un instrument (sexuel ?) importé en Côte d'Ivoire. L'histoire du début de sa fabrication industrielle (c'est à dire le moment où les premières manufactures qui produisaient les condoms ont commencé à fonctionner) remonte aux années 1870 en Angleterre.

Son utilisation a dû par conséquent être plus répandue en Angleterre qu'ailleurs.

En Afrique occidentale, il n'y a presque pas d'informations relatives à l'histoire de son utilisation à ma connaissance. Néanmoins, selon Deniaud .F, c'est le Dr Blanchard qui évoque pour la première fois les condoms en Afrique dans son précis d'épidémiologie écrit en 1934 en ces termes: *“on dit même que le condom (sic) prendrait aux yeux de certaines femmes noires un caractère diabolique particulièrement redouté”*. Ce qui est intéressant dans cette mention de Blanchard est que le condom était perçu par des femmes africaines des années 1930 comme quelque chose qui provoque une aversion. Ce qui veut dire qu'elles n'acceptaient pas toujours de les utiliser.

Si nous admettons d'une part avec M. Cros (1993: p 336 et 337) que *“la fonction principale de départ de la capote en Afrique a été celle de la prophylaxie antivénérienne”*; si d'autre part, comme le disent Romaniuk (1967) et Laurentin (1974), *“la présence européenne au 19^e siècle en Afrique équatoriale y a favorisé l'extension des Maladies Sexuellement transmissibles ou MST”*; si enfin il est confirmé que *“la situation des MST était moins sérieuse en Afrique occidentale (que dans les autres parties du continent jusqu'en 1922 au moins), ces maladies y étant introduites plus tardivement”* (Thiroux, 1922).

Je peux dire que l'utilisation du condom en Afrique de l'ouest a été tardive et très peu répandue jusqu'en 1922 et qu'elle a été d'abord le fait des gens venant des métropoles.

Mais, quatorze ans plus tard, le Dr Blanchard (1938) écrit que "*la syphilis (qu'il est possible de confondre au pian) était très répandue en Afrique occidentale*". Or, si les préservatifs étaient utilisés pour la prévention des Maladies sexuellement transmissibles par ceux qui les connaissaient, la syphilis ne se serait pas répandue en Afrique occidentale.

C'est donc une preuve que cet instrument n'était pas utilisé comme il se doit par beaucoup de personnes pour limiter la propagation du microbe de la syphilis.

Je sais également que "*Les actions de vulgarisation de l'usage des préservatifs à but contraceptif ont été entreprises en Afrique à partir des années 1970*" (Deniaud F, 1993).

Mais malgré cette volonté de vulgarisation, Dédy S. et Tapé G. (oppo cit) constatent en 1989 que "*Pour ce qui est de l'utilisation des préservatifs à titre contraceptif, on constate des réticences qui sont en rapport avec l'attitude nataliste des africains*",

Donc d'un point de vue historique, le condom a été promu comme moyen contraceptif en Afrique et Côte d'Ivoire avant l'avènement du SIDA.

L'usage des préservatifs et la prévention de l'infection à VIH

L'histoire et l'observation empirique permettent de savoir que l'utilisation des préservatifs en Afrique occidentale et en Côte d'Ivoire est plus associée à la contraception qu'à la prévention des MST.

Même si on ignore les proportions dans lesquelles les condoms étaient utilisés en Côte d'Ivoire jusqu'en 1980, on peut soutenir que l'avènement du SIDA n'a pas considérablement changé le but contraceptif de leur utilisation: sur 20% de la population qui ont déclaré utiliser les préservatifs en 1980, 13% ont dit le faire à titre contraceptif (Dédy S Tapé G, 1989). Ce qui veut dire qu'il n'y a dans cette enquête que 7% de la population qui utilisent les préservatifs pour des raisons autres que la contraception.

Par ailleurs, une étude vaguement citée dans le document "accroître l'utilisation du préservatif pour la prévention du SIDA en Afrique" de PSI, (mai 1993) fait état de 24% des hommes déclarant utiliser toujours les préservatifs et de 51% disant les utiliser parfois dans leurs rapports avec les prostituées à Abidjan.

En comparant les résultats de l'étude de Dédy (20% d'utilisateurs en 1989) à ceux de l'étude de PSI (24% à Abidjan en 1993), on pourrait croire qu'il ya eu un accroissement de l'utilisation des préservatifs en Côte d'Ivoire. Mais en réalité, il ne s'agit pas d'un accroissement de l'utilisation des préservatifs.

Car ces données ne sont pas comparables: l'une des deux enquêtes est de portée nationale et l'autre n'a porté que sur des adultes à Abidjan.

S'il n'est pas possible d'évaluer l'évolution de l'utilisation des préservatifs dans le temps à travers ces quelques études socio-comportementales, est-ce possible à partir d'informations relatives aux quantités de condoms vendus?

En mai 93, le rapport de Population Service International (PSI) stipulait que pour l'année 1990, 1.000.000 de condoms ont été distribués par le secteur public et 600.000 vendus par le secteur privé entre 0,50 \$ us et 3,00 us\$ la pièce (rapport PSI, opp cit).

Le même rapport ci-dessus mentionné nous apprend également qu' en 1992, un réseau de distribution au détail étendu a vendu 6,37 millions de préservatifs à 0,90 us\$ la pièce.

Par contre, en comparant les données recueillies dans le document de PSI, on s'aperçoit que la quantité de préservatifs vendus en 1992 (6,37 millions) est 10 fois plus élevée que celle de vendue en 1990 (600 mille).

Mais sur la base de ces informations, peut-on affirmer que dans la population générale l'utilisation des préservatifs s'est accrue de façon suffisante pour protéger la population contre le SIDA?

A cette question, le rédacteur du rapport de PSI suis-cité répond que *“l'utilisation du préservatif est actuellement très faible dans la plupart des pays d'Afrique”*

Cette affirmation pose la question de savoir s'il existe un nombre qui permet de savoir que l'utilisation de condoms est faible ou forte dans un pays? Le même auteur répond à ce sujet: *“bien qu'il soit difficile de projeter d'une manière précise le nombre de préservatifs qui seraient nécessaires pour des programmes efficaces de prévention contre le SIDA, des extrapolations à partir d'un seul pays africain connu suggèrent un nombre de 17 préservatifs par an et par urbain de sexe masculin”*.

Notons qu'en 1994, 39% des paysans de la région de GUIGLO (Côte d'Ivoire) ont déclaré pas savoir ce qu'est le condom ou la capote anglaise. Sans nous engager dans ces débats théoriques sur le nombre de préservatifs qu'un individu doit utiliser par an pour se protéger contre l'infection à VIH, nous constatons deux choses à l'observation de toutes ces informations. D'une part, les données d'études dont nous disposons pour apprécier l'utilisation des préservatifs dans la population générale en Côte d'Ivoire sont fondées sur les déclarations des enquêtés (qui ne reflètent pas forcément la réalité des faits). D'autres parts ces données ne permettent pas de suivre dans le temps l'évolution de l'utilisation des condoms avant l'avènement du SIDA (par ce que non comparables). Il nous apparaît alors difficile d'affirmer que l'avènement du SIDA a entraîné une utilisation plus ou moins importante des préservatifs. Surtout que je ne dispose d'aucun chiffre sur l'utilisation des condoms avant l'avènement du SIDA. Cependant, la tentation est grande d'affirmer que l'utilisation des préservatifs s'est accru à partir de l'année 1992. Surtout si on partage l'avis de Perter Piot de l'O.M.S. selon lequel *“un préservatif acheté est presque toujours un préservatif d'utilisé”*.

L'utilisation des préservatifs par les personnes vivant avec le VIH.

L'évaluation de l'utilisation déclarée des préservatifs par des personnes informées de leur séropositivité s'est faite à travers quelques études. Ces différentes enquêtes montrent d'une part que l'utilisation des préservatifs se fait dans des proportions variées: .80% (Blibolo, 1991); .17% (Blibolo, 1992). Entre 15 à 40% de séropositifs ou sidéens de l'USAC et des CAT d'Abidjan n'utilisaient pas d'instruments de prévention au cours des rapports sexuels (Agnese I et al, 1992)

Ces quelques études montrent également que l'utilisation des préservatifs est plus forte chez les personnes informées de leur séropositivité que celles ignorant leur statut sérologique pour le VIH.

Comment les enquêtés de la présente étude (personnes infectées par le VIH) réagissaient-ils face à cette mesure de prévention avant leur séropositivité pour le VIH. Autrement dit, comment se protégeaient les enquêtés de l'USAC et du CAC contre le SIDA au moment où ils ne se savaient pas infectés par le VIH?

Tableau n° 21: L'usage des préservatifs par les enquêtés avant la connaissance de leur séropositivité pour le VIH.

Utilisation de capotes	Nombre d'enquêtés	Pourcentage
Jamais	130	65%
Quelques rares fois	70	35%
Total	200	100%

Ce tableau indique qu'il y a 65% des enquêtés qui déclarent n'avoir jamais utilisé de préservatifs avant de se savoir infectés par le VIH. 35% d'entre eux disent les avoir utilisés quelques rares fois avant leur séropositivité.

Il faut préciser que conformément à notre définition de l'usage des préservatifs (qui exclu les utilisations à but contraceptif ou non-systématiques), les déclarations relatives à de rares occasions d'utilisation de capotes ont été considérées comme étant synonymes de rejet des préservatifs. Ce qui revient à dire qu'avant leur maladie, aucun enquêté ne faisait usage des condoms en vue de prévenir l'infection à VIH.

Qu'en est-il depuis qu'ils ont été informés de leur statut sérologique pour le VIH?

Tableau n° 22: l'utilisation des préservatifs par les enquêtés après la connaissance de leur séropositivité pour le VIH.

Usage de Préservatif	Quantité	Pourcentages
OUI	8	13
NON	54	87
TOTAL	62	100

Dans ce tableau, 87% des 62 enquêtés ayant des rapports sexuels affirment rejeter les préservatifs et 13% déclarent les utiliser de temps en temps. Ceux qui déclarent se passer des préservatifs constituent la plus importante proportion de ce sous-groupe. C'est le lieu de rappeler que le terme "usage des préservatifs" désigne l'utilisation systématique des condoms. Dans ce sens, il se pose la question de savoir si l'utilisation (de temps en temps des capotes) dont parlent les enquêtés peut être considérée comme mesure de prévention du SIDA? Au sens de cette étude, la réponse est non.

Dans tous les cas, ce qui nous intéresse plus ici est plutôt la recherche des raisons qui motivent le rejet de l'utilisation des préservatifs. Ce problème est traité dans la partie réservée aux "limites" de l'utilisation des préservatifs. Mais avant de l'aborder, que peut-on retenir de la prévention de l'infection à VIH/SIDA par l'utilisation des condoms?

Les pesanteurs limitant l'utilisation effective des préservatifs pour la prévention des MST/SIDA.

Des informations recueillies sur l'utilisation des préservatifs, il ressort qu'il y a un relatif accroissement d'intérêt pour les condoms dans la population: la quantité des préservatifs vendus ainsi que le nombre de personnes qui déclarent les utiliser ont augmenté. Cependant, la réalité du phénomène d'utilisation effective reste très peu connue. D'autant plus que les connaissances actuelles ne reposent que sur du déclaratif et qu'elles ne portent chacune que sur des échantillons différents les uns des autres sans être actualisées dans le temps.

De plus, les difficultés liées à la détermination objective du nombre de préservatifs nécessaire pour se protéger contre le VIH obligent à observer une prudence quant à savoir si les préservatifs sont oui ou non suffisamment utilisés.

Enfin, il est difficile de dire l'accroissement de la quantité des préservatifs vendus est le fait du SIDA. Car nous savons que le condom était et reste encore utilisé comme moyen contraceptif en Côte d'Ivoire.

Toutefois, on peut admettre que les préservatifs ne sont pas utilisés par une grande partie de la population au regard des quelques données d'études mentionnées plus haut.

Ce constat amène à se demander pourquoi il y a cette résistance à l'utilisation des préservatifs comme moyen de prévention de l'infection à VIH/ SIDA?

L'observation des données d'études relatives à l'utilisation des préservatifs montre qu'il ya une importante partie de la population qui les rejettent. On est alors en droit de se demander pourquoi les gens sont résistants à l'usage des préservatifs?

Les réponses à cette question sont nombreuses et variées. Quelques unes d'entre elles transparaissent dans les entretiens suivants avec des enquêtés: Mme S A. concubine de 28 ans, mère d'un enfant. <<Je me souviens de la première fois que j'ai utilisé les préservatifs avec mon copain à l'âge de 24 ans. Je ne vais jamais oublier ce qui m'est arrivé. J'étais en période dangereuse et mon copain voulait forcément faire l'amour avec moi. Alors il a mis un préservatif et nous avons fait l'amour. Mais à ma grande surprise, j'étais mouillée. Je regarde et je vois que le préservatif est déchiré. Ce qu'on voulait éviter arriva. Je suis tombée enceinte. Comme c'était une grossesse non désirée, j'ai fait un curetage pour faire passer ça. Depuis ce temps là, je n'ai plus jamais utilisé les préservatifs pour éviter une grossesse. Je préfère les pilules.

C'est à cause de ma maladie (cf. l'infection à VIH/SIDA) que l'Assistante sociale m'a conseillé d'utiliser les préservatifs.

Mais en vérité, je ne les ai jamais utilisées. Je sais que mon mari ne va jamais accepter d'utiliser des préservatifs. Donc je trouve inutile de lui demander d'utiliser ça.>>

Les raisons évoquées par cette dame sont d'ordre historique et psychologiques. En effet, cette patiente ne croit pas que les préservatifs peuvent rester intacts du début jusqu'à la fin des rapports sexuels en rapport avec son expérience antérieure. De plus, sans en avoir proposé l'utilisation à son conjoint, elle est certaine que ce dernier va les rejeter.

Le cas de A D. 38 ans, célibataire sans enfant, agent de santé à Abidjan

<<Je suis infecté par le VIH. Avant cette maladie, j'utilisais quelque rares fois les capotes, mais avec des filles douteuses qui ont des boutons suspects, qui sont maigres ou avec des partenaires passagères. Mais vous savez, le problème des capotes, c'est que lors que vous commencez à sortir avec une fille, si elle accepte les capotes au début, y a pas de problèmes. Mais plusieurs mois après, il devient difficile de convaincre la fille qu'il est toujours important pour vous de continuer l'utilisation des préservatifs. Par ce que les filles n'aiment pas les préservatifs. Elles disent souvent qu'il faut utiliser les capotes avec d'autres filles mais pas avec elles par ce qu'elles se considèrent toujours comme les titulaires. Sous ces menaces on laisse tomber les préservatifs. Or les filles ont toujours plusieurs copains pour des raisons d'argent.>>

1°) Le préservatif était très peu connu et peu utilisé comme moyen de prévention des MST avant l'avènement du SIDA. A à l'analyse, on s'aperçoit que le condom est un objet rare que quelques personnes utilisaient par le passé dans des circonstances exceptionnelles (pour des raisons contraceptives) qui est conseillé aujourd'hui à tout le monde pour éviter une maladie "honteuse" et mortelle. L'utiliser avec son partenaire signifie alors deux choses au moins dans l'esprit des gens: soit qu'il s'agit d'un partenariat occasionnel, soit que le partenaire est suspecté de porter le VIH dans son organisme.

Or, la plupart des partenaires sexuels de sexe féminin ne souhaitent pas le partenariat passager par ce qu'elles sont en grande partie des filles en âge de se marier et elles veulent s'engager dans des relations durables (c'est à dire qui aboutissent au mariage).

Pour ce faire, elles ne souhaitent pas être traitées de filles dont on doute du sérieux par l'usage des préservatifs: <<...Tu peux et tu dois utiliser les préservatifs avec les autres fille de dehors, mais pas avec moi ta titulaire, m'a dit un jour ma copine...>> soutenait un enquêté à l'hôpital protestant de Dabou.

L'autre constat qui se dégage de ces données est qu'au niveau des individus, l'usage des préservatifs relativement limitées par la perception des rapports sexuels protégés: le préservatif s'utilise avec des partenaires du dehors, c'est à dire avec le partenaire passager, occasionnel avec le lequel on entretien des relations sexuelles sans lendemain dans le but de satisfaire la libido. C'est à dire que

Le préservatif est perçu comme quelque chose qui protège contre le danger extérieur à l'union des partenaires, et non contre le danger du SIDA qui pourrait venir de l'intérieur de l'union. Il en est d'ailleurs de même pour le SIDA qui est perçu comme la maladie des autres <<...j'entendais parler du SIDA, mais je n'avais jamais imaginer que je pouvais avoir le SIDA. Pour moi, c'était la maladie des autres qui n'existait que pour eux mais pas pour moi...>> dit Mr B.A. un séropositif de l'USAC.

2°) Le préservatif est également perçu comme un passeport pour le libertinage sexuel et comme le compagnon des "vagabonds du sexe", prêts à avoir des relations sexuelles à tout moment: à l'hôpital protestant de Ferké, il est interdit de vendre des préservatifs à un célibataire (par ce qu'il n'en a pas besoin selon leur croyance); Pour l'Association des Élèves et Étudiants de Côte d'Ivoire, le préservatif est un << gadget qui favorise le libertinage sexuel >>.

3°) Pour certaines personnes , l'utilisation du préservatif avec leur partenaire éveille en eux le sentiment du danger de mort que celui-ci représente pour eux ou qu'ils représentent pour lui: <<...Chaque fois que mon mari porte le préservatif, je prends conscience que je représente un danger pour lui et cela ne m'encourage pas à bien faire les rapports sexuels>>, note une enquêtrée séropositive dont le mari informé n'est pas encore infecté par le VIH.

Pour d'autres personnes, la forte publicité qui entoure les préservatifs est la preuve que le SIDA a été inventé pour mieux commercialiser le latex et les condoms. Aussi, refusent-elles d'enrichir des malhonnêtes hommes d'affaires par l'achat et l'usage des préservatifs:

Les utilisateurs des préservatifs sont considérés comme des gens pervers.

L'utilisation du préservatif avec tout partenaire sexuel est un obstacle à la procréation et donc à l'union des partenaires. De plus, son utilisation n'est pas souhaitée par les croyances, par des religieux qui sont pourtant des partenaires incontournables de la lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire.

Enfin, les préservatifs sont encore associés à l'espacement des naissances parce qu'ils ont été introduits et relativement acceptés dans les pratiques sexuelles comme méthode de contraception.

C'est ce que confirme Mr G. B, Biologiste et Directeur du Programme SIDA de l'Hôpital Baptiste de Ferkéssédougou qui dit:

<<nous conseillons l'abstinence sexuelle ou le mariage aux célibataires. Pour cela, nos préservatifs ne sont pas vendus aux célibataires, mais aux gens mariés. Car pour nous, le célibataire ne doit pas avoir de rapports sexuels tant qu'il n'est pas marié...>>.

Le constat qui se dégage de ces données est qu'au niveau des individus, les réponses préventives du SIDA sont relativement limitées par la perception des rapports sexuels protégés: la fidélité à un seul partenaire sexuel pose problème en milieu urbain, parmi les jeunes et les expatriés célibataires. Les utilisateurs des préservatifs sont considérés comme des gens pervers.

3- LA FIDÉLITÉ dans la prévention du SIDA

Au sens contextuel, c'est à dire au sens où ce terme est le plus souvent utilisé en Côte d'Ivoire, la fidélité est le fait d'avoir des relations sexuelles avec un seul partenaire.

Mais de façon générale ou au sens plus large, être fidèle veut dire remplir ses engagements, manifester un attachement constant, être constant, etc. Dans ce sens, la notion de fidélité ramenée aux relations entre partenaires sexuels pose des problèmes: avec combien de partenaires réguliers faut-il avoir des relations sexuelles pour être qualifié de fidèle? Peut-on parler de fidélité dans le cas de partenaires vivant séparés en dehors de toute union formelle (fiançailles, concubinage, mariage)? Le multipartenariat est-il synonyme d'infidélité? Pendant combien de temps faut-il être lié à un partenaire sexuel pour parler de fidélité?

En fait, la fidélité (au sens large) s'observe aussi bien chez un individu ayant un seul partenaire que chez celui qui pratique le multipartenariat. De plus, une personne fidèle à un seul partenaire pendant un temps relativement court (avant de changer de partenaire) n'est pas moins fidèle que celle qui entretient des relations sexuelles avec le même partenaire toute sa vie: un polygame peut bien être fidèle à ses deux épouses au même titre qu'un monogame; avoir un seul nouveau partenaire sexuel tous les six mois, c'est aussi lui être fidèle pendant ce temps.

La fidélité apparaît donc comme le fait d'avoir des relations sexuelles avec le ou les même (s) partenaires pendant un temps relativement long.

Toutefois, pour l'analyse, la définition de la fidélité en tant que limitation des relations sexuelles à un seul partenaire pendant un temps relativement long (au moins 12 mois) a été retenue pour les raisons suivantes: d'abord par ce que c'est la fidélité à un seul partenaire sexuel qui est préconisée pour éviter l'infection à VIH/SIDA; ensuite par ce que la fidélité à un seul partenaire sexuel comporte moins de risques pour l'infection à VIH/SIDA que la fidélité à plusieurs partenaires (en situation d'ignorance des statuts sérologiques des partenaires); enfin, cette définition de la fidélité a été retenue par ce qu'elle me semble la plus répandue dans l'opinion nationale en Côte d'Ivoire.

La fidélité des partenaires dans la population générale et chez les séropositifs et les sidéens.

La fidélité à un seul partenaire sexuel est une autre manière de prévenir la propagation du VIH et l'infection par ce virus. Mais comme on l'a vu antérieurement, il y a des enquêtés qui se disaient fidèles à plusieurs partenaires sexuels avant de se savoir infectés par le VIH. Ce qui peut être qualifié de multipartenariat. Toutefois, il serait plus réaliste de nuancer les niveaux de fidélité qui se dégagent de l'enquête, à savoir la fidélité à un partenaire et la fidélité à plusieurs partenaires. Car, la fidélité à plusieurs partenaires sexuels comporte plus de risques pour l'infection à VIH que la fidélité à un seul partenaire dans le cas de personnes dont le statut sérologique est inconnu.

Comment se répartissent les enquêtés informés de leur séropositivité ayant des rapports sexuels par rapport à cette variable de fidélité?

Tableau n° 23: Comportements sexuels post-annonce des enquêtés ayant des rapports sexuels.

Comportements	Quantité	Pourcentages %
Fidélité	40	65%
Multipartenariat	22	35%
TOTAL	62	100%

Sur 62 enquêtés ayant déclaré avoir des rapports sexuels, 40 se déclarent fidèles et 22 affirment pratiquer le multipartenariat.

Les personnes vivant avec le VIH qui continuent d'avoir des rapports sexuels affirment être fidèles (dans 64% des cas) à leurs conjoints, c'est à dire qu'ils n'ont de rapports sexuels qu'avec leurs conjoints.

Dans la population générale, 40,5% ont préféré la fidélité comme méthode de prévention en 1989 (Dédry S Tapé G, 1991).

Mais préférer une méthode est un fait et s'en servir effectivement en est un autre. Et, préférer la fidélité comme moyen de protection contre l'infection à VIH/SIDA ne veut pas dire être fidèle.

Comment se répartissent les enquêtés informés de leur séropositivité ayant des rapports sexuels par rapport à cette variable de fidélité?

Tableau n° 23: Comportements sexuels post-annonce des enquêtés ayant des rapports sexuels.

Comportements	Quantité	Pourcentages %
Fidélité	40	65%
Multipartenariat	22	35%
TOTAL	62	100%

Sur 62 enquêtés ayant déclaré avoir des rapports sexuels, 40 se déclarent fidèles et 22 affirment pratiquer le multipartenariat.

Les personnes vivant avec le VIH qui continuent d'avoir des rapports sexuels affirment être fidèles (dans 64% des cas) à leurs conjoints, c'est à dire qu'ils n'ont de rapports sexuels qu'avec leurs conjoints.

Dans la population générale, 40,5% ont préféré la fidélité comme méthode de prévention en 1989 (Dédry S Tapé G, 1991).

Mais préférer une méthode est un fait et s'en servir effectivement en est un autre. Et, préférer la fidélité comme moyen de protection contre l'infection à VIH/SIDA ne veut pas dire être fidèle.

Mr A.G., 45 ans, vivant avec deux concubines, est fonctionnaire au Ministère ivoirien de l'intérieur et a appris sa séropositivité depuis deux ans. il déclare: << Jeune homme, cette maladie là, je ne l'ai pas eu par rapports sexuels. J'ai toujours été fidèle à mes deux premières épouses qui sont parties de chez moi après des palabres de jalousie entre leurs deux familles.

Après, lorsque mon père m'a envoyé ma cousine comme épouse du village, j'avais déjà une petite amie ici (à Abidjan) avec qui j'étais au moment où mes deux premières épouses étaient encore avec moi. C'est avec ces 4 femmes que j'ai toujours eu des rapports (sexuels). Dieu est mon témoin, j'ai toujours été fidèle. Je n'ai jamais cherché d'autres femmes de gauche à droite. Mes femmes aussi, je leur fait confiance et je suis sûre qu'elles ne m'ont jamais trompé. Mais si c'est l'une d'elle qui m'a contaminé, Dieu est grand. Actuellement, elles ne savent pas que j'ai cette maladie, mais elles sont toujours fidèles et moi aussi je leur reste toujours fidèle...>>

Quant à Mme S. J, 35 ans, célibataire, mère d'un enfant, Secrétaire de Direction à l'Hôtel Ivoire, elle accuse les hommes en ces termes:

<< j'ai été très surprise lors qu'on m'a dit pour la première fois que j'avais le VIH dans le sang. J'étais surprise parce que le père de mon seul fils était un coureur de jupons et nous nous sommes séparés pour cette raison. Moi, je suis très possessive et je n'ai pas pu supporté ce qu'il faisait.

Trois ans plus tard, j'ai rencontré un Monsieur qui est commissaire à Abidjan ici. C'est un homme marié très sérieux dans l'apparence en qui j'ai fait confiance. Il est toujours respectueux des rendez-vous, il a une vie rangée et est toujours présent lors que j'ai besoin de lui. C'est ce monsieur qui m'a contaminé. Sa femme n'a rien. Moi même je suis donneuse de sang et, l'année dernière, j'ai été convoquée au CNTS par un docteur qui m'a dit que je suis infectée par le virus du SIDA.

J'ai informé mon copain de cette nouvelle et, son test était aussi positif. Je me dis que la fidélité à un seul partenaire ne suffit pas pour éviter cette maladie. Car, moi, j'ai été fidèle à un partenaire déjà infecté.>>. Ces deux témoignages montrent qu'il est possible d'être fidèle à plusieurs partenaires ou à un seul partenaire infecté. De plus, la fidélité repose sur la confiance mutuelle des partenaires. Dès lors, cette méthode de prévention de l'infection à VIH/SIDA, la fidélité à un seul partenaire, devient peu fiable lorsque l'un au moins des partenaires trompe l'autre et qu'ils refusent de se soumettre à plusieurs tests de dépistage préalable. Or, les tests de dépistage volontaire ne sont pas une pratique courante à l'heure actuelle en Côte d'Ivoire: de mars 93 à décembre 94, sur 5000 clients enregistrés au CIPS pour effectuer des tests de dépistage volontaire de l'infection à VIH, seulement 2734 tests (55%) ont été effectués et (45%) des clients ont refusé de se soumettre au prélèvement de sang. Ce qui veut dire que le dépistage volontaire de l'infection à VIH constitue encore un tabou pour la plupart des habitants de la Côte d'Ivoire. Par conséquent, il faudra d'abord arriver à faire accepter les tests de dépistage volontaire, puis créer les conditions idéologiques de l'honnêteté entre les partenaires si on veut se protéger efficacement contre l'infection à VIH/SIDA par la fidélité.

Au regard de ces informations, on remarque que la fidélité à un seul partenaire est une méthode très peu utilisée pour la prévention du VIH, mais évoquée par une grande proportion des personnes vivant avec le VIH.

Limites de la prévention de l'infection à VIH par la fidélité à un seul partenaire

Pourquoi donc la fidélité n'est pas utilisée par une grande partie de la population enquêtée? Quelles sont les raisons pour lesquelles la fidélité à un partenaire sexuel n'est pas utilisée par une importante partie de la population pour la prévention de l'infection à VIH/SIDA?

Les raisons pour lesquelles la fidélité à un seul partenaire n'est pas effectivement utilisée par les individus pour éviter le VIH sont nombreuses et diverses.

La polysexualité masculine est favorisée par la société et emmène certaines femmes fidèles à tromper à leur tour le mari infidèle (75% des hommes mariés de l'échantillon avaient plus d'une partenaire sexuelle); la situation de célibataire influe sur la fidélité au partenaire (100% des enquêtés qui disent s'être livrés à la débauche sexuelle avant leur séropositivité pour le VIH sont des célibataires); le partenariat multiple est perçu comme une soupape de sécurité en cas de déception amoureuse (57% des enquêtés ayant pratiqué la polysexualité la justifient, comme Mme G.C, par le fait << qu'avec plusieurs partenaires, on ressent moins le choc de la séparation ou de l'infidélité du ou de la titulaire>>).

Les situations socio- économiques peu valorisantes ne permettent pas à certaines catégories de personnes d'avoir des partenaires à qui rester fidèles, mais les prédisposent à la prostitution et aux partenariats occasionnels: (69% des séropositifs enquêtés sont sans emplois, des employés de maison, etc, 28% des hommes séropositifs pour le VIH hospitalisés à l'hôpital Protestant de Dabou au 17 juillet 1994 sont des manoeuvres agricoles expatriés et 85% des femmes de l'échantillon ont souvenance d'au moins trois occasions de relations sexuelles effectives motivées uniquement par des gains matériels et financiers dans leur vie passée).

Par contre, la fidélité à un seul partenaire est une méthode qui correspond au besoin d'union des partenaires sexuels et au souhait de la société religieuse. C'est une méthode utile aux partenaires dans un contexte social où l'infidélité, le partenariat multiple et le phénomène du célibat et des filles-mères sont en passe de devenir des institutions.

ESSAI DE SYNTHÈSE

Les enquêtés parlant de rapports sexuels occasionnels (35,5 ou 36%) avec diverses partenaires malgré la connaissance par eux de leur séropositivité ne pratiquent que ce qu'il est convenu d'appeler la polysexualité. Ce sont des comportements sexuels à risques pour la transmission sexuelle du VIH dans la mesure où ces enquêtés sont porteurs du VIH et que certains d'entre eux ne font pas usage de préservatifs.

Mais être fidèle veut aussi dire remplir ses engagements, manifester un attachement constant, être constant, etc, et, 35% des enquêtés affirment qu'avant la connaissance de leur statut sérologique pour le VIH, ils ont été fidèles à leurs deux ou trois différents partenaires habituels. C'est à dire qu'ils n'avaient de relations sexuelles qu'avec ces deux ou trois partenaires.

Qu'est ce qui a été fait par les Associations et Organisations Non Gouvernementales pour amener les individus à changer de comportement?

Chapitre IX_ LES REPONSES DES ASSOCIATIONS ET ORGANISATIONS NON-GOUVERNEMENTALES FACE AU SIDA.

Les réponses des Associations et Organisations non gouvernementales (c'est à dire les réponses collectives) au SIDA sont nombreuses, diverses mais disparates.

Dans certains cas, il y a une mutation des objectifs de création de celles-ci vers des actions de lutte contre le SIDA.

Dans d'autres cas, ce sont des nouvelles ONG qui ont été créées spécialement pour lutter contre le SIDA.

Certains observateurs estiment qu'il est important de distinguer dans cet ensemble deux catégories d'ONG: celles qui veulent réellement lutter contre le SIDA et celles qui veulent s'en servir pour sortir de l'anonymat et se faire une nouvelle santé financière. dans ce dernier, les analystes parlent de "Marché" du SIDA.

Dans tous les cas, des problèmes de diverse nature ne permettent pas à ces nombreuses ONG impliquées dans la lutte contre le SIDA d'être efficace. Quelle est la situation actuelle des réponses associatives face au SIDA? Autrement dit, dans quelles mesures le SIDA a-t-il contribué a l'accroissement du nombre d'ONG et a entraîné la mutation des objectifs de création de certaines anciennes vers la lutte contre le SIDA?

LES ORGANISATIONS NON-GOUVERNEMENTALES (ONG) FACE AU SIDA EN COTE D'IVOIRE.

Il existe différentes catégories d'organisations non gouvernementales en Côte d'Ivoire: les associations de ressortissants, les clubs ou associations de jeunes, d'élèves et/ou d'étudiants, les organisations à base religieuse, les associations corporatives, les Fondations, etc. Parmi elles, certaines se définissent explicitement comme des ONG. Sans prétendre proposer une définition de ces associations appelées ONG, disons néanmoins que ce sont en général des associations déclarées à but non lucratif, apolitiques et d'utilité publique créées et animées par des bénévoles et des volontaires.

Définies comme telles, les ONG se différencient des organisations étatiques, politiques, des associations à caractère commercial et de tout autre organisation privée en ce qu'elles ont pour but la production et l'offre de prestations à titre humanitaire.

Avant l'avènement du SIDA, il y avait une relative floraison des ONG et un grand nombre de celles-ci avaient des préoccupations sanitaires.

C'est ce que révèle les données de l'étude de J.F. KENA GUÉDÉ (1991): sur un minimum de 31 ONG créées entre 1930 et 1985 que l'auteur a pu répertorier, au moins 18 (près des deux tiers) ont été créées pendant la période 1980-1985 et 17 avaient des objectifs sanitaires.

Après 1985, la lutte contre l'épidémie de l'infection à VIH et l'absence presque totale de structures étatiques d'intervention au niveau du Programme National de Lutte Contre le SIDA a favorisé l'éclosion de nouvelles ONG et amené plusieurs anciennes à se repositionner sur le terrain de l'action sanitaire et sociale. Ainsi, une partie des ONG sont devenues des organes d'intervention incontournables du Programme National de Lutte contre le SIDA.

Comme le reconnaît le Ministre ivoirien de la santé, << dans le domaine de la prise en charge psychosociale des malades, dans le domaine du conseil et du soutien aux partenaires et aux familles des sujets infectés ou malades, le milieu associatif a oeuvré et continue d'oeuvrer grandement dans différents points du pays... Des associations se créent, travaillant de façon acharnée pour tenter de soulager la détresse morale, physique, psychologique, économique et juridique des patients. C'est ici le lieu de leur rendre hommage.>> (Glen W. Blibolo AD. Kérouedan D. 1995)

Ces propos traduisent une reconnaissance officielle de l'action des ONG et soulignent peut-être aussi pour le Ministre l'importance du rôle que jouent celles-ci dans la lutte contre le SIDA, quelles soient spécialement créées dans ce but ou non. Mais sachant que de nombreuses autres ONG du pays ne sont pas impliquées dans les activités de lutte contre le SIDA, on peut se poser les questions suivantes:

Comment les nouvelles ONG de lutte contre le SIDA se sont-elles créées?

Comment s'opère la mutation des objectifs de création de certaines ONG déjà existantes vers la lutte contre le SIDA?

Pour répondre à ces questions, les ONG directement ou indirectement impliquées dans la lutte contre le SIDA ont été repertoriées avec le concours de la Direction Exécutive du Programme National de Lutte Contre le SIDA et du Service IEC de la Direction Régionale du sud de la Santé.

Les listes ainsi obtenues ont été comparées au répertoire de l'enquête de AVOAKA MJ (1994) et complétées au cours des enquêtes. C'est au total sur soixante huit (68) ONG ayant réalisé une ou plusieurs activités de lutte contre le SIDA que l'observation a porté. Ce qui représente la presque totalité des ONG reconnues comme impliquées dans la lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire.

Les dates et objectifs de création de ces ONG, leurs domaines actuels d'intervention, leurs dernières activités ou leurs projets de lutte contre le SIDA, les circonstances ayant favorisé leur création ou leur implication dans des activités de lutte contre le SIDA ont été les principaux thèmes des entretiens.

Une analyse des données quantitatives a permis de dégager les proportions (à titre indicatif)

d'ONG créées avant et après 1985, (année qui constitue le repère de l'apparition du SIDA en Côte d'Ivoire) ainsi que la proportion de celles qui ont été spécialement créées pour la lutte contre le SIDA.

Le choix de la période 1985-86 comme repère de l'avènement du SIDA se justifie par le fait que les deux premiers cas de SIDA ont été déclarés par la Côte d'Ivoire sur cette période.

Le SIDA et le mouvement associatif en Côte d'Ivoire.

L'épidémie de l'infection à VIH a entraîné la naissance de plusieurs ONG dans le pays.

Tableau n° 24: Répartition des Associations et structures non gouvernementales de lutte contre le SIDA selon l'année de création.

Année de création	Quantité	Pourcentage
Avant 1985	13	19
Après 1985	42	62
Date indéterminée	13	19
Total	68	100

L'analyse des dates de création des ONG impliquées dans la lutte contre le SIDA indique que 81% de ces organisations ont été créées après l'apparition du SIDA (1985) et que 19 % ont été créées avant.

C'est donc parmi les 42 ONG créées après 1985 que se trouvent celles spécialement créées contre le SIDA.

Pour les identifier, ce sont leurs objectifs de création qu'il convient d'analyser et non plus leur année de création.

Tableau 25: objectifs de création des Associations et Organisations non-gouvernementales impliquées dans la lutte contre le SIDA.

Objectifs de création	Nombre	Pourcentage
SIDA	21	31
AUTRES OBJECTIFS	47	69
Total	68	100

L'analyse des données du tableau n°25 permet de savoir que l'infection à VIH a entraîné la naissance de nouvelles ONG qui représentent 31% de l'ensemble des 68 ONG étudiées. Par ailleurs, les 42 ONG qui sont impliquées aujourd'hui dans la lutte contre le SIDA avaient des préoccupations autres le SIDA à leur création (voir tableau 25). Ce qui veut dire qu'un nombre important d'ONG créées dans d'autres buts se retrouvent aujourd'hui sur le terrain de la lutte contre le SIDA. Certains observateurs ou chercheurs parlent alors de "mutation" des objectifs de ces ONG.

Au regard des données qui précèdent, on peut dire que l'épidémie du SIDA est un puissant facteur de développement des ONG, donc de recompositions sociales en Côte d'Ivoire. Pour s'en apercevoir, voyons comment naissent les ONG spécialement créées pour la lutte contre le SIDA et comment s'opère la mutation des objectifs d'autres ONG vers la lutte contre le SIDA?

SIDA et recompositions sociales

Il est difficile d'énumérer et de décrire toutes les situations possibles dans lesquelles peuvent naître les ONG et dans lesquelles peuvent s'opérer la dite mutation. Cependant, un certain nombre de cas réels méritent d'être évoqués afin de mieux situer la dynamique associative actuelle dans le contexte d'un pays africain à forte prévalence du VIH.

Ces cas peuvent se classer dans deux rubriques selon les questions de recherche suivantes: Comment naissent les nouvelles ONG anti-SIDA? Comment celles qui ont été créées pour d'autres buts se retrouvent-elles dans les actions de lutte contre cette pandémie?

Les conditions de naissance des ONG anti SIDA.

Le terme <<ONG anti-SIDA>> désigne ici les ONG créées uniquement pour des actions de lutte contre le SIDA.

Les conditions dans lesquelles naissent ces ONG sont variées et révélatrices de certaines recompositions sociales.

Il y a les cas où des agents de santé, confrontés à de nombreux malades présentant des signes évocateurs du SIDA, décident de s'associer pour mener des activités de prévention dans la population. Lors qu'ils parviennent, souvent difficilement, à s'associer à d'autres agents volontaires de l'État (agents de santé ou non), ils mettent en place des Comités locaux de lutte contre le SIDA. Par la suite des difficultés internes et externes de fonctionnement de ces comités les amènent à se constituer en ONG ou à créer des ONG qui coexistent souvent avec les dits comités Locaux de lutte contre le SIDA. Ces comités ou ONG sont dans la plupart des cas à l'origine de la création de cellules ou structures sanitaires de prise en charge clinique et psychosociale des séropositifs. C'est ainsi que sont nées les ONG Renaissance Santé Bouaké, Horizon Santé Pour Tous, Centre d'Éducation pour la Santé d'Alépé, et ESPOIR-CI. Cette dernière organisation n'est pas passée par l'étape de comité de lutte contre le SIDA, mais est à l'origine, comme les premières ONG, de la création d'une unité de soins et de conseils aux séropositifs et d'un centre de dépistage volontaire de l'infection à VIH.

Comme on le voit, la confrontation aux cas de malades de SIDA amène des agents de santé à s'associer à d'autres personnes pour créer des ONG et souvent, des cellules ou des structures de prise en charge clinique et psychosociale des séropositifs. On peut dire que le SIDA constitue un facteur de mobilisation sociale en Côte d'Ivoire.

Mais Cela se vérifie également ailleurs au Ghana: la Clinique St Martin de Agomanya a démontré qu'il est possible, avec peu de moyens, de créer un programme de soins et de soutien destiné aux sidéens et de mettre sur pied des activités d'éducation et de prévention au sein de la communauté (Hampton J. Glen W A. 1991) et avec elle.

C'est à dire qu'une structure sanitaire déplace ses prestations (soins et éducation pour la santé) et les transporte dans la population, du fait du SIDA.

Ces choses n'existaient pas par le passé en Côte d'Ivoire, sauf dans le cas de la lèpre. C'est donc la manifestation du redimensionnement des relations soignants-soignés et des relations interprofessionnelles entraîné par la lutte contre le SIDA.

A la question de savoir ce qui l'a motivé à créer une ONG de lutte contre le SIDA, Mme O. I, présidente d'une ONG de lutte contre le SIDA travaillant surtout dans le domaine de la formation des femmes-relais affirme:

<<... l'incidence en Côte d'Ivoire est très élevée... Et étant donné que j'ai travaillé pour la lutte contre le SIDA quand je suis arrivée en Côte d'Ivoire, je me suis intéressée à l'état des choses et j'ai constaté que la prévalence allait galopante et l'incidence était très élevée.

Mais aussi, on n'avait pas beaucoup d'informations concernant les femmes et le SIDA en Côte d'Ivoire. Donc, je me suis beaucoup intéressée et j'ai rencontré les responsables du programme national de lutte contre le SIDA pour leur demander une organisation qui cible surtout les femmes afin que je puisse me faire volontaire... Mais au niveau du Comité National, ils ne m'ont pas offert une organisation qui cible surtout les femmes. Ils m'ont proposé de créer cela et de rester en veilleuse car il n'y avait pas assez de fonds pour créer une ONG qui cible spécialement les femmes... Et au point de vue financier, mon mari et moi, on s'est organisé en vue de pouvoir doter l'ONG du minimum de fonds pour que je puisse commencer, bien sur timidement, administrativement.>>

L'ONG de Mme O I fait partie de la catégorie des quelques ONG créées par des individus ayant des relations familiales ou amicales particulières avec des autorités sanitaires ou avec des responsables de programmes de lutte contre le SIDA. Ces individus contactent généralement leurs amis et connaissances désireux de s'associer à eux pour créer une association ou ONG de lutte contre le SIDA. Ce sont des personnes qui sont plus ou moins directement confrontées à la prise en charge thérapeutique et psychosociale des personnes infectées par le VIH/SIDA. Dans ces cas, l'initiateur de l'ONG est souvent la principale personne qui recherche les moyens de fonctionnement par ses relations privilégiées avec des autorités sanitaires nationales ou internationales et/ou avec des bailleurs de fonds. Ce sont des ONG apparemment très actives, soit parcequ'elles ont quelques facilités d'accès à des financements pour travailler, soit parcequ'elles accordent une grande importance à la lutte contre le SIDA et qu'elles croient au bien fondé de cette lutte. C'est le cas de Femmes Face au SIDA et dans une certaine mesure de Ruban-Rouge.

L'autre type de cas qui mérite d'être connu est celui des personnes infectées par le VIH. Elles sont encouragées et/ou aidées à s'unir au sein d'une association ou ONG. Comment cela se passe-t-il?

Souvent, c'est après avoir annoncé publiquement leur séropositivité que les séropositifs ont été approchés par les responsables sanitaires chargés de l'animation du PNLIS.

De plus en plus sollicités pour témoigner qu'ils sont infectés par le VIH au cours d'émissions télévisées, radiodiffusées, ou lors des conférences publiques, ces jeunes séropositifs se sont rendu utiles pour la sensibilisation des jeunes qui ne croient pas à l'existence du SIDA mais également pour le soutien psychologique des personnes infectées.

La marginalisation dont sont l'objet certains séropositifs, la peur qu'éprouvent d'autres à informer les parents de leur séropositivité pour le VIH ont fait que par la suite, ces séropositifs courageux ont été rejoints par d'autres séropositifs ressentant le besoin de se soutenir mutuellement. Ce qui a amené les responsables du PNLIS et des bailleurs de fonds (PNUD par exemple) à s'intéresser d'avantage à cette catégorie de séropositifs qui ne cachent pas leur séropositivité. Mais les aides ponctuelles que reçoivent ceux-ci des autorités sanitaires et d'autres individus bienfaiteurs après leurs prestations ou témoignages publics ne suffisent plus devant le nombre sans cesse croissant de séropositifs et de difficultés économiques, sanitaires et sociales.

Les personnes vivant avec le VIH se constituent alors en association avec le soutien des autorités sanitaires du pays et sous l'impulsion de celui qui, le premier, a déclaré à la télévision qu'il est infecté par le virus du SIDA. Le but et la principale raison de création de l'Association est l'entraider, le soutien mutuel pour échapper à l'isolement. Mais les autorités sanitaires et certains organismes internationaux voyant en ces séropositifs des éléments très importants de lutte contre le SIDA, leur apporte soutien et conseils et les aident à se constituer en ONG. Ce qui permet à leur Association d'avoir ainsi une existence juridique permettant l'ouverture d'un compte bancaire où des fonds d'aide mais surtout pour le fonctionnement de l'ONG peuvent être versés et mieux contrôlés. Ainsi est née Lumière-action, L'une des deux associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire.

S'agissant du Club des Amis qui regroupe d'autres séropositifs organisés en association, l'idée est plutôt d'inspiration institutionnelle, religieuse qu'individuelle. En fait, dans le cadre de ses activités d'assistance socio-médicale aux personnes vivant avec le VIH, le CASM (Centre d'Assistance Socio-Médicale) initie des consultations médicales gratuites et des rencontres de groupe à l'attention des patients de cette clinique. Ces rencontres périodiques permettent aux séropositifs de se retrouver, de manger ensemble et d'échanger leurs différentes expériences personnelles ainsi que les enseignements prônés par le centre: "vivre positivement" avec le VIH/SIDA en se mettant au service des autres.

Vu le succès de ces rencontres au près des patients de la clinique et pour lutter contre la solitude, le CASM propose aux séropositifs l'idée de se constituer en association et institue un fonds de démarrage d'activités génératrices de revenus. Plusieurs séropositifs ont adhéré à l'idée de s'organiser ce qui a donné naissance au Club des Amis, la seconde association des personnes vivant avec le VIH de Côte d'Ivoire.

Ces deux associations se sont donc créées par ce que les autorités sanitaires ont eu et ont encore besoin d'elles comme moyen de lutte contre le SIDA mais aussi et surtout par ce que ses membres ressentaient le besoin de s'unir pour lutter ensemble contre "cette mort annoncée". Il est important de noter que l'infection à VIH est l'une des épidémies qui entraîne la création de chaînes de solidarité et d'entraide entre ses victimes sans distinction de rang social et de race. L'exemple de l'ONG ougandaise TASO (The AIDS Support Organisation) est éloquent à cet égard.

TASO est en effet une ONG créée par des personnes de diverses conditions sociales: Conducteur de camions, Soldats, Aide-vétérinaire, Employé de bureau, Comptable, Kinésithérapeute, Infirmière, enseignant, Sociologue. Toutes ces personnes sont infectées par le VIH, à l'exception d'une seule. (Hampton J. 1990). Compte tenu des conséquences sociales nombreuses liées au fait d'être infecté par le VIH, la lutte contre cette épidémie devient pour certains, un défi à relever et pour d'autres, du militantisme pour la défense des droits de l'homme et notamment du droit à la vie. C'est ce qui explique la forte implication de certaines personnes dans la lutte pour la défense des droits des personnes vivant avec le VIH en Inde après l'incarcération en 1989 d'un jeune qui a commis le seul délit d'être infecté par le VIH.

Enfin, en plus de ces cas caractérisant plusieurs autres ONG, existent des cas particuliers. Ainsi, des Associations ou ONG sont nées après une recherche-action (CESAM), après une enquête CAP (CRISE) qui révèlent le besoin de faire de la prévention des comportements à risques dans des milieux spécifiques. C'est de cette manière, c'est à dire à l'issue d'études que la Zimbabwe Banking Corporation de Harare a organisé ses agents pour la lutte contre le SIDA en partenariat avec le Congrès des Syndicats du Zimbabwe (Glen W. Sunanda R. 1993). C'est aujourd'hui l'une des plus grandes organisations de lutte contre le SIDA en entreprise du continent.

D'autres associations sont par ailleurs des filiales d'organisations internationales de lutte contre le SIDA (AFAF-SI/SWAA) ou d'actions sociales/caritatives (CASM, H.B Ferké, etc.)

Toutes ces différentes circonstances dans lesquelles naissent les ONG anti-SIDA mettent en évidence le caractère mobilisateur de l'épidémie du SIDA. Autrement dit, la plupart des ONG se créent parcequ'il ya un besoin de s'associer pour agir contre l'épidémie. Mais au delà de l'action, il ya peut-être aussi la recherche d'opportunités de création d'emplois et de sources de revenus. Car la plupart des fondateurs de ces ONG sont soit des salariés soit des sans-emploi au pouvoir d'achat très limité.

Le processus de mutation des objectifs de création des ONG vers la lutte contre le SIDA.

La manière dont des ONG déjà existantes se retrouvent dans la lutte contre le SIDA n'est pas standardisée. Les quelques cas suivants illustrent la complexité du processus.

Selon Mme N.I et Mme M.O, responsables de l'ASAPSU (ONG dont les objectifs de création ne mentionnent nulle part le SIDA comme priorité, mais qui entreprend des activités dans ce sens), *“ c'est par hasard, c'est à dire contre notre gré, que nous nous sommes retrouvés sur le terrain de la lutte contre le SIDA. C'est pourtant quelque chose que nous voulions éviter. Mais nous n'avons pas pu échapper au SIDA. Car dans les familles où nous faisons l'éducation pour la santé, on trouve des malades nécessitant parmi lesquels des sidéens. Nous sommes obligés de les assister au même titre que les malades non infectés par le VIH. C'est ainsi que progressivement, le SIDA est devenu l'une de nos activités principales...”*

Pour ces deux responsables, c'est de façon involontaire que des actions de lutte contre le SIDA se sont imposées à leur ONG du fait de l'ampleur du fléau. C'est donc de façon "accidentelle" qu'elles se retrouvent sur le terrain de la lutte contre le SIDA, même si elles avaient toujours voulu l'éviter.

C'est à peu près la même situation que vivent les ONG OASIS et ST CAMILLE.

L'ONG OASIS (organisation à base religieuse) assiste en soins et médicaments de première nécessité, en nourriture dans ses salles d'hospitalisation, les malades abandonnés par leurs parents. Après quelques mois d'existence, l'ONG s'est retrouvée presque envahit par des séropositifs ou malades de SIDA très pauvres ainsi que par des enfants abandonnés infectés par le VIH. Aujourd'hui, elle est obligée de prendre des nouvelles dispositions pour faire face au nombre sans cesse croissant de pensionnaires infectés par le VIH et fait progressivement partie des ONG de lutte contre le SIDA.

Quand à l'association ST CAMILLE, c'était au départ un petit groupe de prière de quartier qui rendait quelquefois visite aux malades hospitalisés au CHR de Bouaké. Ils priaient pour ces malades et les assistaient. En 1988, après avoir vécu les difficultés d'un patient séropositif marginalisé par un médecin du CHR, les membres de l'ONG ont été souvent confrontés à de nombreux cas de malades de SIDA au cours de leurs activités de prière pour les malades hospitalisés. C'est alors que certains d'entre eux ayant appartenu au comité local de lutte contre le SIDA se sont investis dans l'assistance aux personnes vivant avec le VIH. Ainsi, l'association ST CAMILLE est devenue une ONG de lutte contre le SIDA.

Enfin, il ya le cas des ONG de développement économique ou culturel ou des ONG travaillant dans le secteur du développement social (organisations caritatives, bien-être familial, enfants de la rue, etc) qui sont sollicitées à participer à certaines activités de lutte contre le SIDA. Ces organisations sont dans certains cas directement invitées par les autorités sanitaires du pays et dans d'autres cas par des individus informés des besoins du PNLIS pour des activités nécessitant la participation d'un nombre élevé d'agents de terrain.

Par la suite, ces organisations sont conviées à plusieurs autres rencontres de lutte contre le SIDA et finissent souvent par devenir membres du COS-CI qui est le collectif des ONG travaillant dans le domaine du SIDA.

Essai de synthèse

Au total, des nouvelles ONG de lutte contre le SIDA se sont créées et d'autres s'impliquent dans cette lutte pour faire face à la menace et aux conséquences de l'épidémie que les structures étatiques à elles seules ne peuvent maîtriser.

En effet, en l'absence de couverture sociale et de politique d'assistance aux malades démunis par l'état, l'importance des ONG dans la lutte contre le SIDA n'est plus à démontrer. De plus, la prévention et la prise en charge des personnes infectées par le VIH relève pour l'instant du bénévolat si bien qu'il n'y a que les ONG pour le faire, souvent avec les seules cotisations de leurs membres.

Certains analystes estiment qu'il est important de distinguer dans cet ensemble deux catégories d'ONG: celles qui luttent réellement contre le SIDA et celles qui s'en servent pour sortir de l'anonymat et se faire une nouvelle santé financière. Dans ce dernier cas, d'autres parleraient de "Marché" du SIDA.

Sans rejeter ou partager ces opinions dans leur totalité, il faut noter que plusieurs situations se présentent: dans certains cas, il y a une mutation des objectifs de création des ONG vers des activités de lutte contre le SIDA; dans d'autres cas, c'est un élargissement du champs d'intervention. En outre, des nouvelles ONG sont créées uniquement pour lutter contre le SIDA.

A priori, une ONG qui a réalisé une ou des activités de prévention, de recherches ou de prise en charge de l'infection à VIH lutte contre le SIDA. Il est donc difficile de faire de façon objective la distinction entre les ONG qui se servent du SIDA pour se faire ou refaire une santé financière et celles qui mènent réellement la lutte contre le SIDA. En effet, le fait que les objectifs de création de l'ONG sont abandonnés au profit de la lutte contre le SIDA est certes une mutation d'objectifs. Mais cette mutation ne permet pas de dire que l'ONG ne lutte pas réellement contre le SIDA si elle entreprend des activités de prévention de cette épidémie ou de prise en charge des personnes infectées.

D'ailleurs, ce qui arrive souvent est que les ONG de développement économique ou culturel qui se retrouvent sur le terrain de la lutte contre le SIDA ne renoncent pas complètement à leurs objectifs de création. Elles sont prêtes à accepter des projets de développement économique pendant qu'elles se trouvent engagées dans des activités de lutte contre le SIDA.

C'est ici qu'intervient la notion "d'élargissement" du champs d'action et non plus de "changement" d'orientation.

La mutation des objectifs de création et l'élargissement du champs d'intervention des ONG s'expliquent par le fait que souvent, elles n'ont pas les moyens matériels et financiers pour intervenir. Lorsqu'une opportunité de financement se présente, elle est saisie par l'ONG au risque de disparaître. Le SIDA offre ces opportunités à certaines ONG.

Au regard de ces différentes situations qui amènent les gens à créer des ONG pour la lutte contre SIDA ou qui favorisent la participation des ONG de développement économique ou culturel à la lutte contre le SIDA, on peut dire que le SIDA influe sur le secteur associatif en Côte d'Ivoire. Toutefois, il faut noter qu'avant l'apparition du SIDA, ce secteur était en mouvement et que l'influence du SIDA n'a pas encore atteint les syndicats, les partis politiques, etc, qui font partie des associations du pays.

Les relations de collaboration entre les structures étatiques, les bailleurs de fonds et les ONG mériteraient d'être réglementées même si ces dernières sont officiellement déclarées et reconnues et si elles sont régies par des statuts et règlements intérieurs. Car les notions de bénévolat et de volontariat ne sont pas toujours comprises par des ONG et les bailleurs de fonds: des ONG trouvent inadmissible qu'on demande à leurs membres de travailler sans être rémunéré alors que pour le même travail, d'autres personnes sont salariées parce qu'elles ne sont pas membres de l'ONG à la qu'elle le travail est confié. Ce à quoi certains bailleurs répondent à peu près en ces termes: dans une ONG, on travaille de façon bénévole, c'est à dire sans rémunération.

Les ivoiriens ont-ils une perception différente du fonctionnement d'une ONG ou s'agit-il d'une inadaptation de la perception "première" de l'ONG au contexte ivoirien où la plupart des fondateurs et membres des ONG ont un pouvoir d'achat qui ne leur permet pas de travailler sans rémunération pendant longtemps?

Conclusion générale

La question centrale de l'étude est: pourquoi l'infection à VIH/SIDA est en progression constante en Côte d'Ivoire malgré les actions entreprises pour freiner son avancée?

Pour répondre à cette question, il a fallu étudier l'écologie sociale de cette "maladie", c'est à dire l'environnement social dans lequel elle se développe. Cet environnement social étant très complexe, nous avons choisi de le circonscrire aux réponses sociales et individuelles de prévention et de prise en charge thérapeutique et psychosociale de l'infection.

L'identification et l'analyse des réponses nous a amené à nous fixer des objectifs et à mettre en oeuvre des méthodes et techniques de recherches. Ainsi, la comparaison a été utilisée. Ce qui a permis de suivre l'évolution de certains phénomènes comme la fréquence de l'infection à VIH/SIDA dans les unités d'hospitalisation, des comportements sexuels à risque des enquêtés, etc.

Les comportements sexuels des personnes vivant avec le VIH enquêtées ont été analysés. Il s'est agit de savoir comment ces personnes se protégeaient contre l'infection à VIH/SIDA avant de se savoir infectées et, depuis qu'elles sont déclarées séropositives pour le VIH, quelles dispositions préventives elles ont prises. Ce sont donc les changements de comportements sexuels à risques qui ont été étudiées chez ces séropositifs.

Les résultats d'études nationales sur les comportements sexuels des individus ont également été analysés sous l'angle du changement de comportements à risques pour les MST/SIDA.

Ce sont des études qui ont traité de l'âge des premiers rapports sexuels, de l'utilisation des préservatifs, de la fidélité, de l'abstinence sexuelle aussi bien dans la population générale que dans la population des séropositifs. Cette approche a permis de comparer les comportements sexuels des individus de la population générale avec ceux des personnes infectées par le VIH dès l'avènement du SIDA.

Les réponses sociales (celles des associations, des ONG, de l'État mais aussi des institutions sanitaires, officielles ou traditionnelles, des familles et des entreprises) ont été étudiées en vue de les décrire et de rechercher les facteurs limitant l'efficacité de ces réponses de lutte contre le développement du SIDA.

Comment a donc réagi la société ivoirienne face à la menace du SIDA?

L'évolution de la politique nationale de lutte contre le SIDA peut être observée sur deux grandes périodes: la phase des actions d'urgence qui va de 1985 à 1990 et la phase des réponses mieux élaborées qui va 1991 à 1995.

Avant de reconnaître la gravité de la situation épidémiologique de l'infection à VIH/SIDA, les autorités ivoiriennes ont d'abord hésité à en parler officiellement au grand public.

En 1987, dans une déclaration télévisée, le Ministre de la Santé reconnaît l'existence de cette maladie en la minimisant quelque peu.

Après cette reconnaissance officielle de l'existence du SIDA en Côte d'Ivoire, les plans de lutte qui ont été élaborés de 1987 à 1990 ont été des stratégies d'urgence. Les actions entreprises dans le cadre de ces plans ont consisté en des réflexions sur une stratégie de lutte à court terme visant principalement l'évaluation de la situation épidémiologique du SIDA et la planification de la lutte contre le SIDA à moyen terme (plan à court terme de 87 à 88).

C'est ainsi qu'un Bureau Central de Coordination et un comité national de lutte contre le SIDA ont été créés.

Les quelques activités d'information et de sensibilisation qui ont été réalisées par ces organes se sont faites dans quelques villes et quartiers en direction de catégories particulières de la population (élèves, agents de santé, etc).

Par la suite, le plan à moyen terme mis en place et exécuté en deux phases (89-90 et 91-93) s'est fixé un certain nombre d'objectifs. Des résultats satisfaisants ont été obtenus au niveau de certains de ces objectifs. En effet, la nouvelle politique nationale de transfusion sanguine a permis de "garantir" la sécurité transfusionnelle à 99, 94% en Côte d'Ivoire alors qu'en 1986, 22% des enfants polytransfusés contre 1% des enfants jamais transfusés étaient infectés par le VIH (rapport PNLS, 1994).

Jusqu'en 1992, plus de 50 laboratoires du public et du secteur privé effectuaient des tests de diagnostic biologique (Mireille D. opp cit) sur la base d'algorithmes de diagnostic standardisés dont l'utilisation généralisée reste à promouvoir.

Les différentes actions d'IEC entreprises ont également porté leurs fruits en matière d'information sur l'existence du SIDA: plus de 90% de la population est aujourd'hui informé de l'existence du SIDA (Dédy S et Tapé G, opp cit) et même en milieu rural, 81% savent qu'il se transmet par les relations sexuelles (Blibolo AD, opp cit) Mais, malgré ces faits, il est difficile de savoir si les comportements sexuels à risques pour le VIH ont considérablement changé ou non.

Par contre, de 1987 à 1992, la fréquentation des hôtels de passes a diminué de 30% à Abidjan et de 49% à Dabou. Ce qui peut être interprété comme une "responsabilisation" des comportements sexuels dans ces villes. Cependant, on ne peut se permettre d'affirmer que cette baisse de la fréquentation des hôtels de passe est due au SIDA dans la mesure où des pesanteurs économiques peuvent entraîner ces mêmes effets. De plus, il se pourrait qu'il s'agisse tout simplement d'un transfert des relations sexuelles des hôtels de passe vers les bureaux, les jardins publics, etc. Bref, toutes ces actions d'IEC n'ont pas encore été évalués en terme de changement de comportements sexuels à risques. par conséquent, il est difficile de mesurer la portée réelle de ces actions sur la prévention de l'infection à VIH/SIDA.

La prise en charge thérapeutique et psychosociale des personnes infectées par le VIH/SIDA n'a pas été considérée comme priorité au cours des cinq premières années de la lutte contre le SIDA. Cela s'explique par le fait que les autorités croyaient (à tort ou à raison) que le SIDA n'était pas plus préoccupant que le paludisme. C'est cette thèse que semble confirmer l'un des ex-coordonateurs du BCC quand il disait: << il n' y a pas de médicaments contre le SIDA. celui qui attrape le virus est foutu. On ne soigne pas les sidéens. Il ne sert à rien de gaspiller de l'argent pour soigner des gens qui sont condamnés à mourir. Il faut plutôt prévenir cette maladie...>>.

Il répondait ainsi à une question d'un participant à une conférence qui voulait savoir ce qui est fait en Côte d'Ivoire pour la prise en charge des personnes vivant le VIH.

Ce choix stratégique privilégiant l'information, l'éducation et la communication explique en partie le fait que jusqu'en 1990, il n'existait aucune structure étatique spécifique de prise en charge clinique et psychosociale des séropositifs, même si au service des Maladies Infectieuses du CHU de Treichville, au PPH et dans d'autres structures de soins, des séropositifs ou sidéens étaient déjà médicalement suivis par quelques médecins de façon informelle.

C'est à partir de 1990 que les premières structures sanitaires de prise en charge spécifique et formelle des séropositifs ont vu le jour en Côte d'Ivoire.

Aujourd'hui, la prise en charge thérapeutique et psychosociale de l'infection à VIH/SIDA tarde à se généraliser au niveau des structures et des agents de l'état. Les structures de santé de référence en matière de prise en charge des séropositifs dépendent d'organismes ou de financements extérieurs à la Côte d'Ivoire, ce qui rend précaire leur existence et leur fonctionnement.

La question du consentement du malade avant le test se pose aujourd'hui en termes de problème lorsque l'agent de santé est en présence d'un patient à qui il veut prescrire des examens de laboratoire visant à mettre en évidence les anticorps anti-VIH.

En effet, s'agissant des autres examens de sang couramment prescrits par les personnels de santé de Côte d'Ivoire pour rechercher le paludisme, la syphilis, etc, il n'a jamais été tenu compte du consentement préalable du patient concerné. Le patient reçoit les bulletins d'examens médicaux à faire de l'agent de santé et s'exécute.

Avec l'avènement de l'infection à VIH/SIDA, les choses se présentent autrement et nécessitent un changement des mentalités de la part des agents de santé. L'enquête montre que le pré-test et l'annonce de la séropositivité pour le VIH sont presque systématiques dans tous les centres de référence de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Par contre, dans la plupart des hôpitaux et formations sanitaires du pays où il n'existe pas de cellule de soins et conseils aux personnes vivant avec le VIH, le pré-test et l'annonce de la séropositivité ne sont pas encore courantes. Les agents de ces structures de soins continuent de faire subir les tests VIH aux patients et de solliciter les centres spécialisés de soins et conseils existant pour faire l'annonce et le suivi des patients à qui ils ont prescrit le test de dépistage << souvent sans leur consentement >> comme le précise le Dr M.A. de la Clinique des Maladies infectieuses du CHU de Treichville.

Les raisons pour lesquelles l'annonce n'est pas faite dans ces centres de santé sont diverses et variées. La principale est l'illusion du suicide: nombreux sont les médecins et autres agents de santé qui croient qu'en portant l'information de la séropositivité à la connaissance du patient, ce dernier va se suicider inévitablement.

Même si cela est possible, les cas connus par les agents de santé ayant fait de l'objet de cette enquête sont tellement rares que cette peur apparaît comme exagérée: aucun des agents de santé interviewés n'a connaissance d'un seul cas de patient qui s'est suicidé après l'annonce de sa séropositivité. Les seuls rares cas auxquels ils font allusion sont ceux évoqués de façon vague par des journaux.

C'est donc la peur d'un phénomène très peu connu et rarement rencontré qui guide ces médecins et autres agents de santé à ne pas annoncer les résultats du test de l'infection à VIH. Mais, au delà de cet argument affiché de peur, il est possible que cela soit aussi dû à une réticence à changer d'habitudes. Comme le reconnaît le Médecin Commandant G.M. cité plus haut, le médecin n'a pas besoin de requérir l'avis (déjà favorable) du patient du fait que pour le diagnostic et le traitement du paludisme ou d'autres affections, il n'y a ni consentement préalable, ni annonce du diagnostic.

Pourquoi dans le cas de l'infection à VIH, faut-il et le consentement et l'annonce? se demande ce médecin.

Mais dans la mesure où, dans certains cas, les tests sont prescrits après le consentement éclairé des patients (ce qui n'est pas le cas pour les autres pathologies curables), on peut dire qu'il y a une nouvelle forme de relations que le dépistage de l'infection par le VIH est en train d'instaurer entre les agents de santé et leurs patients. C'est une relation de respect mutuel qui restitue au malade son droit au consentement et à la dignité humaine face aux agents de santé. Ce qui entraîne par la même occasion un effritement du pouvoir médical et oblige les médecins formés à la médecine curative à s'orienter vers la médecine préventive jusque là confiée aux para-médicaux. A leur tour, ces para-médicaux se déchargent souvent sur le personnel d'entretien.

Le refus par des agents de santé de s'engager dans des actions d'éducation pour la santé constitue une des difficultés de la généralisation de la prise en charge des séropositifs dans les centres de santé. C'est l'une des raisons pour lesquelles la prise en charge des séropositifs est encore l'affaire de quelques médecins, assistants sociaux et infirmiers volontaires .

L'étude a permis d'identifier un certain nombre de facteurs et de situations sociales permettant de mieux comprendre la progression de l'infection à VIH/SIDA en Côte d'Ivoire.

S'agissant des réponses étatiques, on peut retenir plusieurs choses.

La première est que l'organisation de la lutte contre le SIDA a été centralisée au niveau du Bureau Central de Coordination (BCC) jusqu'en 1995.

La politique mise en oeuvre n'a pas prévue de structures étatiques d'information, d'éducation et de communication dans les différentes régions du pays. Ce qui a limité les actions d'information et de communication à des catégories particulières de personnes habitant des zones privilégiées dans le pays (élèves, agents de santé, prostituées, etc. de la région d'Abidjan).

La seconde chose à retenir est que la politique de lutte contre le SIDA a privilégié les actions ponctuelles d'information de masse (conférences, émissions télévisées ou radiodiffusées) sans mettre l'accent sur des actions répétées et de longue durée en direction de groupes restreints. De ce fait la population est en grande partie informée de l'existence de cette maladie, mais les comportements des individus renferment encore beaucoup de risques pour l'infection à VIH.

Enfin, les agents de santé n'étant pas obligés de participer à la lutte contre le SIDA, ceux qui s'y engagent le font de façon volontaire et bénévole : la lutte contre le SIDA n'est pas considérée par certaines autorités sanitaires comme le travail pour lequel les agents de l'État sont payés. De ce fait, ils sont souvent l'objet de demandes d'explication ou même de sanctions lorsqu'ils s'absentent de leurs bureaux pour des actions d'IEC ou de formation sur le SIDA.

Cette situation ne permet pas la pérennisation des actions entreprises par ces agents de santé volontaires qui sont obligés d'abandonner la lutte contre le SIDA pour éviter les sanctions.

De plus, la nouvelle réorganisation du PNLS/MST/TUB a créé des coordinations régionales et départementales de lutte contre le SIDA. Ces structures régionales et départementales ont pour tâches de coordonner les activités de lutte contre le SIDA. Ce ne sont donc pas des structures d'intervention ou d'exécution.

Le travail repose alors sur les comités locaux de lutte contre le SIDA et sur les ONG qui sont des structures privées. Or, le PNLS n'a pas défini un cadre réglementaire de collaboration avec ces Organisations Non Gouvernementales (ONG, Comités locaux et Associations de lutte contre le SIDA) qui occupent le terrain s'agissant de l'IEC et de l'assistance des personnes vivant avec le VIH.

En effet, les comités locaux de lutte contre le SIDA ont été ignorés par le nouvel arrêté ministériel portant création du PNLS/MST/TUB. Ce qui montre bien que ces comités ne sont pas ou plus les représentants du Comité National de lutte contre le SIDA dans les localités où ils se trouvent. Ils ont été remplacés par les coordinations régionales et départementales. Dès lors se pose le problème du statut de ces comités et celui de la nature de la collaboration entre eux et la Direction exécutive du PNLS.

En tout état de cause, sinon un désordre, tout au moins le double emploi est à craindre du fait que ces organisations entreprennent toutes les mêmes activités, quelquefois aux mêmes endroits, ce qui ne permet pas de mieux canaliser et évaluer les actions entreprises.

D'ailleurs, il est en ce moment très difficile d'évaluer objectivement les changements de comportement entraînés par toutes ces actions de lutte contre le SIDA. Or, l'avènement du SIDA a suscité la création de plusieurs nouvelles ONG et redynamisé le secteur des activités associatives. Mais, les réponses des associations et organisations non-gouvernementales sont disparates. Elles ne sont pas orientées vers des cibles précises. Ces réponses sont limitées par un manque de formation des acteurs en matière d'éducation pour la santé, de gestion de projets, etc. ce qui pose des problèmes d'adaptation, d'efficacité et d'évaluation des actions de ces ONG.

Les réponses individuelles de prévention du SIDA sont très limitées. Plusieurs raisons permettent de savoir pourquoi les individus n'utilisent pas, pour la plupart, les méthodes connues de prévention de la transmission hétérosexuelle de l'infection à VIH/SIDA.

L'une de ces raisons est que l'abstinence sexuelle est le fait de personnes particulières et qu'elle est perçue comme utopique, voir anormale dans la population générale. L'abstinence sexuelle est un comportement marginalisant. Elle ne peut être appliquée que par quelques rares individus qui parviennent à sublimer les relations sexuelles souvent pour des raisons religieuses ou philosophiques. L'abstinence sexuelle est un acte héroïque souvent soutenue par une idéologie et ne peut être vulgarisée par des actions ponctuelles d'IEC. C'est pourquoi, malgré sa fiabilité, elle est une méthode de prévention de l'infection à VIH/SIDA très peu utilisée.

L'utilisation des préservatifs est encore motivée par des soucis de contraception et fortement associée au vagabondage sexuel, à l'infection à VIH/SIDA. De ce fait, l'utilisation du préservatif individualise le destin des partenaires et crée entre eux un climat de suspicion et de peur de l'autre. Or, apparemment, le nombre des filles-mères, des femmes seules et des célibataires s'accroît. Pourtant, ces personnes sont en âge de procréer et de se marier. Leur souhait est par conséquent de fonder un foyer avec des partenaires "sérieux", c'est à dire voulant parvenir à des relations conjugales. Mais, le préservatif étant présenté et perçu comme un moyen de protection utilisé avec les partenaires passagers, occasionnels, nombreuses sont les personnes qui le rejettent par ce qu'elles ne veulent pas s'engager dans des relations occasionnelles avec les partenaires aimés.

L'utilisation du préservatif devient alors un moyen permettant de distinguer le partenaire qu'on n'aime pas de celui qu'on aime. Mieux, le fait d'avoir des préservatifs dans la poche ou dans le sac est perçue par la plupart des individus comme une prédisposition à la prostitution ou au multipartenariat, du moins aux relations sexuelles occasionnelles. L'utilisation des préservatifs deveint en cela une atteinte à la dignité des personnes qui ne veulent pas être perçues comme des "vagabonds sexuels" ou comme des partenaires de passages.

Enfin, l'usage des préservatifs pour la prévention des MST/SIDA entre en contradiction avec les attentes et les aspirations de procréation des individus et de la société.

Toutes ces raisons et bien d'autres qui sont à la fois d'ordre psychologique, religieuse, etc. permettent de comprendre pourquoi le préservatif est très peu utilisé dans la population.

La fidélité réciproque des partenaires apparaît par contre comme la méthode de prévention du VIH/SIDA qui correspond aux souhaits et aux comportements sexuels valorisés. C'est une méthode que préfèrent la plupart des individus. Cependant, son utilisation comme moyen de prévention de l'infection à VIH/SIDA n'est pas encore effective chez la plupart des individus. En effet, la fidélité s'oppose aux habitudes sexuelles de multipartenariat favorisé par le milieu urbain, par les conditions sociales et économiques précaires dans lesquelles vivent les jeunes et les femmes.

Au total, l'infection à VIH/SIDA progresse en Côte d'Ivoire par ce que les méthodes de prévention de la transmission hétérosexuelle connues ne sont pas conformes aux aspirations de socialisation et aux habitudes sexuelles des individus. Ce qui favorise une résistance de la part des populations.

Mais le fait d'être directement confronté aux conséquences de cette maladie amène certaines personnes à être plus attentives aux messages de prévention.

La méthode préférée étant la fidélité réciproque des partenaires (même si elle n'est pas toujours utilisée comme moyen de prévention), il serait souhaitable que les actions de prévention soient davantage orientées vers des activités de promotion des tests volontaires de dépistage du VIH, du mariage et de la fidélité réciproque des partenaires.

Propositions

Pour réduire la propagation du VIH dans la population,

- 1) les MST et l'infection à VIH doivent être pris en charge sur le plan thérapeutique et psychosociale dans tous les endroits du pays ;
- 2) les patients présentant des MST ou l'infection à VIH/SIDA doivent être systématiquement informés du nom de leurs maladies ainsi que des avantages, pour eux et pour leurs partenaires, de la prévention ;
- 3) les personnes vivant avec le VIH ne doivent pas être l'objet de toute forme de réprobation et de discrimination afin de les aider à vivre avec le VIH à visage découvert ;
- 4) A chaque groupe social la méthode de prévention qu'elle préfère et qui répond à ses aspirations ;
- 5) Les actions de sensibilisation du grand public doivent se faire de façon continue auprès des mêmes personnes par des spécialistes de l'éducation pour la santé et de santé publique, à la lumière des résultats des différentes recherches.

BIBLIOGRAPHIE

- AGNESE et al. Du soutien à l'abandon. Une étude sur les facteurs psychosociaux qui affectent les malades de VIH/Sida d'Abidjan. Sous la direction de Dédy S. Tapé G. Caprara A. Rapport final d'enquêtes. Rome, 1992.

- AUGÉ M. Point de vue socioculturel. in SIDA 2001, Édition Fondation Marcel Mérieux . Paris, 1989, pp. 215-221

- AUGÉ M. Ordre Biologique, Ordre Social, la Maladie, Forme élémentaire de l'événement. In le sens du Mal. Histoire, Sociologie de la Maladie, pp. 155-186. 1983

- AUGÉ M. La Société, le SIDA et le Diable. In Le Monde, Mardi 20 Décembre 1988

- AUGÉ H.F. SIDA: le Défi Anthropologique. In Médecine et Société, action et recherche Sociale, N°1, Mars 1990. pp. 13-19

- BASZANGER I. Les Maladies Chroniques sur ordre négociées. R.F.S. 17è Vol 1986 pp. 3-27

- BAYO L O. Itinéraire thérapeutique des malades Sidéens ou Séropositifs au Service des Maladies Infectieuses d'Abidjan. Thèse de Doctorat, Faculté de Médecine, Université d'Abidjan, 1993

- BIBEAU G. Systèmes médicaux Comparés. Séminaire: cours d'Anthropologie Médicale. Université de Montréal, 1995

- BIRABEN JN. Comment les Sociétés réagissent-elles devant les grandes épidémies. in Populations Africaines et SIDA. 1993. pp139-140

- BECKER C. L'Apparition du SIDA et la gestion des Épidémies du passé au Sénégal. in les Sciences Sociales face au SIDA. 1993. Opp cit. p 71

- BERCHE T. À propos d'une O.N.G. de développement Sanitaire: l'Église Catholique en Afrique et les soins de Santé Primaires. In Sciences Sociales et Santé, opp cit pp. 85-104

- BLIBOLO A.D. La Prise en Charge Psychosociale des Séropositifs /sidéens à Abidjan. Mémoire de Maîtrise de Sociologie médicale. I.E.S., Abidjan 1991

- BLIBOLO A.D. Les Couples de Séropositifs Face à l'usage des Préservatifs: Etude de cas. Mémoire de DEA de Socio-anthropologie médicale. I.E.S. Abidjan 1992

- BLIBOLO ET al. Le SIDA dans l'ouest ivoirien: étude des comportements, attitudes et pratiques des ruraux de Guiglo. Rapport final d'enquêtes. AFRICARE. 1995

- BROU RD. L'Alcoolisme en Côte-d'Ivoire. Thèse de Doctorat 3è cycle de Sociologie. IES Abidjan 1991

- CARBONNELLE S. De la Maladie à la Guérison/ Produire le sens de son Itinéraire Thérapeutique. In Santé et Culture. opp cit pp. 309-342

- CHEVALIER E. SIDA et secteur de santé en Côte d'Ivoire. Rapport de Mission. Centre International de l'Enfance. 21 au 29 Mars 1994.

- CROMBEZ JC. Le Qi-Gong au Canada. De l'Étrange au Familier, y a t- il un chemin. In Santé et Culture, la Chine et l'Occident, Vol IX (2) 1992-1993, pp. 281-30

- DOZON JP. Quand les Pastoriens traquaient la Maladie du Sommeil. In Sciences Sociales et Santé, opp cit pp. 27-56

- DÉDY S. et TAPÉ G. Comportements Sexuels et SIDA en Côte-d'Ivoire. Abidjan, 1989

- DÉDY S. et TAPÉ G. SIDA et procréation en Côte d'Ivoire, le cas d'Abidjan. 1995.

- DÉDY S. Représentation de la maladie et attitudes des africains face au fléau du SIDA: le cas de la Côte d'Ivoire. 1991. 17p.

- DÉDY S. Représentation de la maladie. Connaissances et attitudes des africains: le cas de la Côte d'Ivoire. Bulletin du Gidis-CI, 1992. 2: 56-63.

- DÉDY S. et TAPÉ G. jeunesse, sexualité et SIDA en Côte d'Ivoire. le cas d'Abidjan. PNLIS, Mars 1994 , 147 P.

- DIARRASSOUBA M. La Problématique de la Maladie: Approche Sociolinguistique des Notion de Saleté Maladie et Santé chez les Sénoufo: cas des Nafara. Mémoire de Maîtrise de Sociologie (C3: sociologie spécialisée), Université d'Abidjan 1992-1993.

- DENIAUD F. Jeunesse urbaine et préservatifs en Côte d'Ivoire. un exemple d'ethnoprévention du SIDA et des MST. Thèse de Doctorat de 3é cycle en ethnologie. Paris, 1993

- DOMERGUE CD. La Santé en Côte d'Ivoire. de 1905 à 1958

- FAINZAND S. La Cure comme Mythe: le Traitement de la Maladie et son Idéologie à partir de quelques exemples ouest-africains. In Médecine et Santé, 1981-1982, p 415

- FREIDSON E. La profession Médicale. Édition payot, 1984

- GOLI K. La Prostitution en Afrique. un cas: Abidjan. NEA, 1986.

- HATCH S. KICKBUSH L. Self-help and health . in Europe. New approaches. In Health Care. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1983

- KOUAKOU N F. Pour une Anthropologie Médicale Africaine. In Annales de l'Université d'Abidjan, série F (Ethno-Sociologie), T VII, 19780

- KALLET K. et al. Connaissances et Attitudes des élèves Ivoiriens face au SIDA. CNLS/INSP/SNES, Abidjan, Mars 1990

- LORIOL M. Construction de la Maladie et Influence Professionnelle: l'exemple de trois approches de la fatigue. In Sciences Sociales et Santé. Vol. 13, n°2, Juin 1995

- MIRKO D G. Histoire du SIDA . Éditions Payot, Paris 1989. 409 p.

- M'BOKOLO E. Histoire des Maladies, Histoire et Maladie: l'Afrique. In le sens du Mal. pp 155-186.

- MONTAGNIER L. (Sous la Direction de). SIDA: les faits et l'espoir. La nouvelle Mise au point de l'Institut Pasteur. 5ème Édition. Paris, Mars 1991

- MESSOU E et al. Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques de la Population Ivoirienne à l'égard du SIDA. PNLS, SBR, GDA, Sept 1990

- MYRIAM DE L. et al. Connaissances, Opinions et Attitudes Relatives au SIDA en Milieu Rural Africain (Sénégal, Cameroun, Burundi). Atelier de synthèse des recherches menées en Sciences de l'Homme et de la Société sur le SIDA en Afrique. 20-21 Septembre. Paris 1995

- N'DOUMY AN. La médecine africaine et la médecine officielle en Côte-d'Ivoire : une Approche stratégique de collaboration. Thèse de Doctorat de 3è Cycle . Université d'Abidjan. I.E.S. 1992.

- POLARK M. Les Homosexuels Français face au SIDA: modification des pratiques sexuelles et émergence de nouvelles valeurs. In Anthropologie et Sociétés. Vol XV N° 23. pp 53-65

- PIOT P et JEFFREY H. Prévention du SIDA en Afrique. Manuel de O.M.S. Genève, 1992

- RAULIN A. Notes de lecture. In Sciences Sociales et Santé. Vol III, N° 3-4 Nov 1985, p 189

- RWEGERA D. Représentations et vécu des familles touchées par l'infection à VIH/SIDA en Côte-d'Ivoire. Atelier de synthèse des recherches menées en Sciences de l'Homme et de la Société sur le SIDA en Afrique. 20-21 Septembre. Paris 1995

- SOUTEYRAND Y. Sciences Sociales et SIDA en France. In Sciences Sociales Face au SIDA: cas Africains autour de l'exemple Ivoirien. Paris, 1993, 389 P.

- SOURNIA JC. Histoire de la Médecine. Édition La Découverte, Paris 1992, 337 P

- SiINDZINGRE N. Tradition et Biomédecine. In Sciences Sociales et Santé VOL III, N° 3-4, novembre 1985. pp 9-26

- SIDIBE L. Drobo II, l'homme qui avait vaincu le SIDA, un destin assassiné. Fraternité Matin, Abidjan 1994.

- SANOUSSI A Le SIDA en Côte-d'Ivoire. Projection Démographiques et Épidémiologiques 1988-2003. _GIDIS ORSTOM, Abidjan 1993

- SORO B et al. Séroprévalence of HIV Infection In the Général Population of Côte-d'Ivoire, West Africa. In Journal of acquired Immunodeficiency Syndromes. Vol III, N°12. 1990

- SAVARIT D. et al. Risk of HIV Infection From Transfusion With Blood Négative For HIV Antibody in West African City. In Bristish medical Journal. Vol 305. August 1992. pp 498-502

- SIBAILLY T. et al. Prospective study to compare HIV1 and HIV 2 Périnatal Transmission in Abidjan , Côte-d'Ivoire. VIIIè Conférence Internationale sur le SIDA. Communication WEC 1065, Amsterdam, 1992

- SIBILI Y. et CAPRARA . Aspects socioculturels du Sida dans le Milieu Urbain Périphérique d'Abidjan. Rapport final d'enquêtes. Abidjan.1989.

- VIDAL L. SIDA et Représentation de la Maladie chez des Séropositifs Tuberculeux : éléments de Réflexion sur la Séropositivité et sa prise en charge à Abidjan. In Cahiers des Sciences Humaines, ORSTOM, 1992. P 28-60

- VIDAL L. Itinéraire thérapeutique et connaissance de la Maladie chez des Séropositifs (Abidjan, Côte d'Ivoire). In Cahiers Santé, Paris, 1992

- VIDAL L. BI-TAH N. BLIBOLO A.D. Coûts du SIDA et prise en charge de la Séropositivité: Aspects Anthropologiques et Économiques de la Maladie à Abidjan (Côte-d'Ivoire). Rapport final. ORSTOM, octobre 1994

- Population Services International (P.S.I). Accroître l'utilisation du préservatif pour la prévention du SIDA en Afrique. Document préparé pour la Coalition Globale Pour l'Afrique. Washington DC, 1993

- Rapport de Consultation sur l'Éthique et l'Élaboration d'une Stratégie de Lutte Contre la Discrimination des Personnes Infectées par le VIH. sous-commission recherche et Éthique . CNLS, Abidjan 20-21 Septembre 1989.

- Évaluation de l'impact socio-économique du SIDA en Côte-d'Ivoire, étude sur les projections de la population et la force ouvrière en fonction des hypothèses diverses du comportement sexuel. Rapport Préliminaire. Institut National de Statistiques. Décembre 1995

- Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA et les MST en Côte-d'Ivoire. 1994-1998. Bureau Central de Coordination (BCC), ABIDJAN, octobre 1993

- Premières Journées nationales de Lutte Contre le Sida. Livre des Abstracts. Abidjan le 16,17,18 Novembre 1992.

- Atelier de Consensus National pour la Formulation du Plan À Moyen Terme de 2ème Génération_(PMT II). Yamoussoukro les 27, 28, 29 Septembre 1993

- Paolo V. La causalité en médecine. In Sciences Sociales et santé. Vol X, n° 3, septembre 1992, pp 1 à 32.

- J.F. Kéna Guédé. Les ONG Actives en Côte d'Ivoire. Étude d'identification. PNUD/CEFRAR, Abidjan, 1991.

- M.j Avoaka. Ministère de la Santé de la protection et des affaires sociales. Direction régionale de la Santé Publique et des Affaires Sociales du Sud. Répertoire des associations faisant de l'IEC/SIDA. Janvier 1995. 95p.

- J. Hampton. Glen W. Vivre avec le SIDA. Organisation Ougandaise d'aide au sidéens (TASO). Stratégie pour l'espoir N° 2. ActionAID, Oxford, 1990

- J. Hampton. Glen W. Le SIDA: une approche humaine. La prise en charge et la prévention du SIDA à Agomanya, Ghana. Stratégie pour l'espoir N° 4. ActionAID, Oxford, 1991

- Glen W. Sunanda R. Au travail contre le SIDA. Initiatives anti-SIDA sur le lieu du travail au Zimbabwe. Stratégie pour l'espoir N° 8, Oxford, 1993

- Jaya S. Colaco A. Broadening the front. NGO responses to HIV and AIDS in India. Stratégies for hope N° 11, ActionAID, Oxford, 1996.

- Glen W. Blibolo AD. Colmater les brèches. Kérouédan D. Soutien et soins aux séropositifs et aux malades du SIDA en Côte d'Ivoire. Stratégie pour l'espoir N° 10, ActionAID, Oxford, 1995.

annexes

Annexes I: LOI N°93-672 du 9 août 1993 relative aux substances thérapeutiques d'origine humaines (JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE 30 Septembre 1993 pp 703 à 705)

LOI N°93-672 du 9 août 1993 relative aux substances thérapeutiques d'origine humaines

L'ASSEMBLÉE NATIONALE ADOPTE.

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE PROMULGUE LA LOI DONT LA TENEUR SUIT:

TITRE PREMIER : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article premier.- Au sens de la présente loi, le terme <<substance thérapeutique d'origine humaine>> désigne toute substance prélevé sur un être humain, dont le sang, destinée à des fins thérapeutiques ou diagnostiques.

Art. 2.- Les substances thérapeutiques d'origine humaines ne peuvent être prélevées, préparées, importées, conservées, distribuées ou délivrées et utilisées conformément à la présente loi et aux règlements pris pour son application.

Art. 3. - Toute cession, à titre gratuit ou onéreux, des substances thérapeutiques, sous des formes et des conditions autres que celles édictées par la présente loi et ses règlements d'application, est interdite et passible de sanctions pénales.

Celui qui apporte sa substance thérapeutique, doit agir à titre gratuit et volontaire, sans qu'aucune pression physique, morale ou pécuniaire, puisse être à l'origine de son acte.

Art. 4.- Le donneur de substance thérapeutiques doit être informé de manière précise et compréhensible des risques liés à certains prélèvements.

Art.5.- Le prélèvement, la préparation, la conservation et la distribution des substances thérapeutiques d'origine humaine ne peuvent être effectués que par un médecin ou sous sa responsabilité et dans un cadre médical. Les conditions techniques de ces opérations sont définies par voie réglementaire.

TITRE II: SANG ET DÉRIVÉS

Art.6.- Le sang humain, son plasma et leurs dérivés, dont la liste est fixée réglementairement, ne peuvent être utilisés qu'à des fins thérapeutiques médico-chirurgicales.

Leur trafic est interdit et sanctionné par la loi.

Toutefois, le don de son propre sang, le prélèvement du sang d'autrui et la délivrance de produits sanguins d'origine humaine sont autorisés selon les modalités suivantes et dans les conditions fixées par la présente loi et ses textes d'application.

Art.7.- Le donneur de sang peut percevoir une indemnité de déplacement conformément au tarif fixé par voie réglementaire.

Art.8.- Le donneur de sang a droit à une information compréhensible sur les troubles et les maladies détectées au cours de l'examen médical ou suivant les résultats des analyses pratiquées.

Le caractère confidentiel de ces informations et de contrôle sont fixées par voie réglementaire

Art.9.- Le regroupement et l'encadrement des donneurs de sang, agissant à titre permanent ou occasionnel, ne peuvent être assurés que par des associations déclarées et reconnues.

Les modalités de fonctionnement et contrôle sont fixées par voie réglementaire.

Art.10.- Le soin du prélèvement de sang humain, en vue de délivrance sous forme de sang complet ou de l'un des dérivés à des fins thérapeutiques, est confié au Centre National de Transfusion Sanguine, ainsi que sa préparation, sa conservation et sa distribution.

Toutefois, il peut être accordé un agrément technique pour tout ou partie des missions susvisées et dans une circonscription déterminé à un établissement sanitaire ou hospitalier réunissant les conditions légales de fonctionnement. Les modalités de cession des produits sont fixés de manière à exclure tout profit.

Art.11.- Les établissements agréés pour procéder aux opérations prévues à l'article 10 doivent justifier de l'origine ou de la destination des produits sanguins qu'ils détiennent ou qu'ils ont détenus.

Art.12.- Le Centre National de Transfusion Sanguine et les établissements agréés peuvent seuls:

- Promouvoir l'activité de transfusion sanguine;
- Organiser, dans les conditions déterminées par le décret, le prélèvement et le dépôt seul dans une Formation sanitaire ou un local constituant une "Banque de sang".

Art.13.- Les "Banques de sang" doivent être agréées et placées sous l'autorité d'un médecin.

Art.14.- Sont fixés par voie réglementaire:

- Les conditions techniques de détermination du groupe sanguin;
- Les épreuves destinées à contrôler la comptabilité du sang du donneur et celui du receveur, ainsi que les précautions à prendre concernant l'utilisation des produits sanguins d'origine humaine;
- Les critères de sélection des donneurs et leur surveillance médicale;

- Les conditions et les modalités de prélèvement, de préparation de conservation et de délivrance des produits sanguins d'origine humaine;

Les normes de fabrication et les contrôle de qualité auxquels devront répondre les produits sanguins d'origine humaine fabriqués ou importés;

- Les locaux dans lesquels seront pratiqués les activités de transfusion sanguine, ainsi que les normes d'équipement et de personnel nécessaires;

- Les modalités de fonctionnement du service d'urgences.

Art.15.- Un médecin fonctionnaire sera chargé de procéder aux contrôles. Il aura libre accès aux locaux des services de Transfusion sanguine ainsi qu'aux documents médico-techniques s'y rapportant.

- Le médecin contrôleur s'assurera notamment du caractère non lucratif des activités.

Lorsqu'il apparaîtra, au vu des contrôles effectués, que les dispositions de la présente loi ne sont pas respectées, les responsable de l'établissement sera mis en demeure de s'y conformer dans un délai n'excédant pas six mois. Passé ce délai, si l'infraction persiste, l'agrément technique pourra lui être retirer.

En cas d'urgence et pour motif justifié, la fermeture immédiate de l'établissement pourra être ordonnée pour une durée n'excédant pas trois mois. A l'expiration de ce délai, une décision définitive interviendra.

Art.16.- Sera puni d'une amende de 30 000 francs CFA à 400 000 francs CFA et d'un emprisonnement d'un mois à trois mois, ou de l'une de ces peines seulement, quiconque aura trafic de son propre Sang

Art.17.- Sera puni d'une amende de 100 000 francs CFA à 1 000 000 francs CFA et d'un emprisonnement de trois mois à un an, ou de l'une de ces peines seulement, quiconque aura fait trafic du sang d'autrui ou de produits sanguins d'origine humaine.

Seront puni de la même peine, les responsables d'associations de donneurs de sang qui, sans se conformer aux dispositions de l'article 5 ci-dessus, se livreront à une quelconque activité en rapport avec la transfusion sanguine.

Art.18- Sera puni d'une amende de 500 000 francs CFA à 5 000 000 francs CFA et d'un emprisonnement de un an à trois ans de prisons, ou de l'une de ces peines seulement, quiconque aura effectué un prélèvement de sang d'origine humaine en violation de l'article 6 ci-dessus et précédé à son utilisation en dehors des organismes agréés.

Art.19.- Sera prévue des mêmes peines que celles prévues à l'article 18 ci-dessus: si le donneur potentiel est un mineur, le prélèvement ne peut être effectué que s'il s'agit d'un frère ou d'une soeur de receveur. Dans ce cas, le prélèvement ne pourra être pratiqué qu'avec le consentement de son représentant légal et après autorisation d'un comité composé de trois experts au moins et comportant deux médecins dont l'un doit justifier de vingt années d'exercice de la profession médicale. Ce comité se prononce après avoir examiné toutes les conséquences prévisibles du prélèvement tant au plan physique, qu'au plan psychologique. Si l'avis du mineur peut être recueilli, son refus d'accepter le prélèvement sera toujours respecté.

Art.21.- Des prélèvements peuvent être effectués à des fins thérapeutiques ou scientifiques sur le cadavre d'une personne qui de son vivant aurait fait connaître expressément son accord pour une telle opération:

Art.22.- Seront fixés par voie réglementaire:

- Les conditions dans lesquelles sont recueillis les consentements des donneurs potentiels;

- Les modalités de nomination du comité d'experts ainsi que son fonctionnement;

- Les conditions techniques dans lesquels seront réalisés les prélèvements.

Si le donneur potentiel est un mineur, le prélèvement ne peut être effectué que s'il s'agit d'un frère ou d'une soeur de receveur. Dans ce cas, le prélèvement ne pourra être pratiqué qu'avec le consentement de son représentant légal et après autorisation d'un comité composé de trois experts au moins et comportant deux médecins dont l'un doit justifier de vingt années d'exercice de la profession médicale. Ce comité se prononce après avoir examiné toutes les conséquences prévisibles du prélèvement tant au plan physique, qu'au plan psychologique. Si l'avis du mineur peut être recueilli, son refus d'accepter le prélèvement sera toujours respecté.

Art.21.- Des prélèvements peuvent être effectués à des fins thérapeutiques ou scientifiques sur le cadavre d'une personne qui de son vivant aurait fait connaître expressément son accord pour une telle opération.

Art.22.- Seront fixés par voie réglementaire:

- Les conditions dans lesquelles sont recueillis les consentements des donneurs potentiels;
- Les modalités de nomination du comité d'experts ainsi que son fonctionnement;
- Les conditions techniques dans lesquels seront réalisés les prélèvements.
 - Quiconque importera, exportera ou facilitera l'importation ou l'exportation de produits sanguins d'origine humaine en dehors des organismes agréés;
 - Quiconque aura constitué ou exploité sans agrément une banque de sang;
 - Quiconque passera outre les décisions de suspension ou de retrait d'agrément technique ou de fermeture de son établissement prises en application de l'article 11 ci-dessus

TITRE III: PRÉLEVEMENT DES SUBSTANCES AUTRES QUE LE SANG

Art.20.- En vue d'une greffe ayant un but thérapeutique sur un être humain, un prélèvement peut être effectué sur une personne vivante majeure et jouissant de son intégrité mentale, y ayant librement et expressément consenti.

Art.23.- Sera puni d'une amende de 500 000 francs CFA à 5 000 000 franc CFA et d'un emprisonnement de un an à trois ans, ou de l'une de ces peines seulement, quiconque dans l'exercice de ses fonctions aura effectué un prélèvement sans respecté les conditions prévues aux articles 20 et 21 ci-dessus. Cette responsabilité est assurée solidairement par les praticiens assurant par les praticiens agissant directement et le dirigeant de l'établissement sanitaire dans lequel est réalisé le prélèvement.

Art.24.- Sera puni des mêmes peines que celles prévues à l'article 23 ci-dessus:

- Quiconque aura fait trafic de ces propres organes;
- Quiconque aura fait trafic des organes d'autrui, qu'ils soient prélevés sur le territoire national ou à l'étranger.

Art.25.- La présente loi sera exécutée comme la loi de l'État et publiée au journal officiel de la République de Côte-d'Ivoire.

Fait le 9 août 1993

Q. 1.11 - Nombre d'enfants?.....

Q. 1.12- Age du dernier enfant?.....mois.

Q. 1.13- Statut sérologique VIH du dernier enfant?.....

Q. 1.14 - Catégorie socioprofessionnelle

- Sans emploi/Cultivateur/chômeur /___/
- Étudiant/Corps habillé (militaire et paramilitaire) /___/
- Pilotes de bateau/secrétaire de Direction, etc /___/
- Autres? /___/

Q. 1.15 - Niveau scolaire

- Non scolarisé /___/
- Niveau du primaire /___/
- Niveau du secondaire 1 er cycle /___/
- Niveau du secondaire 2 er cycle /___/
- Niveau du supérieur /___/

Q.1.16 - Religion

- Traditionnelle/animiste /___/
- Chrétienne /___/
- Musulmane /___/
- Autres..... /___/

II- RÉPONSES DES PERSONNELS DE SANTE

Q 2 17 - Depuis quand savez vous que vous êtes infectés par le V.I.H.?

Q.2. 18 - Quelles sont les raisons qui vous ont poussé à donner votre sang pour le dépistage de l'infection à VIH (consentement libre et éclairé?)

Q.2.19 - Comment le résultat de votre examen de sang (ou test) vous a-t-il été annoncé (qu'a-t-on dit?)

- Le sang n'est pas bon /___/
- Vous êtes séropositifs /___/
- Il y a le virus du SIDA /___/
- Vous avez le SIDA /___/
- Autres /___/

Q.2.20- Comment avez-vous réagit à cette annonce?.....

Q.2.21- Pourquoi avez-vous réagit ainsi?.....

Q.2.22 - Quels sont les conseils que vous a prodigué le médecin, l'infirmier ou l'assistant social?

- Usage des préservatifs...../ ___/
- Information/test du conjoint...../ ___/
- Limitation du nombre de partenaires sexuels à 1...../ ___/
- Autres...../ ___/

Q.2.23 - Les agents de l'hôpital ont-ils peur de vous toucher?

- Oui...../ ___/
- Non...../ ___/
- Autre...../ ___/

Q.2.24 - Comment se comportent ces agents de l'hôpital envers vous?.....

Q.2.24 - Le personnel de l'hôpital s'intéresse-t-il à vos problèmes de famille?

- Oui...../ ___/
- Non...../ ___/
- Autre...../ ___/

Q.2.26- Avez-vous la certitude que les médecins et leurs collaborateurs gardent le secret de votre maladie?

- Oui / ___/
- Non / ___/
- Ne sait pas / ___/
- Autres / ___/

III- RÉPONSES FAMILIALES

Q.3.27 - Qui a été informé de votre maladie (séropositivité)?

- Conjoint(e)...../ ___/
- Père ou oncle...../ ___/
- mère ou tante...../ ___/
- Frère ou soeur...../ ___/
- Autre partenaire sexuel...../ ___/
- Ami(e)...../ ___/
- Aucune personne...../ ___/

Q.3. 28- Pourquoi?.....

Q.3.29 - Qu'est ce qui a changé dans son comportement envers vous depuis qu'il vous sait séropositif?

- Plus attentif à mes besoins...../___/
- Peur de m'approcher...../___/
- Rien...../___/
- Peur des charges financières...../___/
- Rejet

Q.3.30 - Comment vous aide-t-il-à faire face à votre maladie?

- Aide financière...../___/
- Aide en médicaments...../___/
- Soutien psychoaffectif...../___/
- Autres...../___/

IV- REACTION DES ENQUETÉS FACE AUX MESURES DE PRÉVENTION DU SIDA AVANT ET APRES L'ANNONCE DE LEUR MALADIE.

Q.4.31 - Aviez-vous entendu parler du SIDA avant la connaissance de votre séropositivité?

- Oui /___/
- Non /___/
- Autre...../___/

Q.4.32 - Si oui, Quelles précautions preniez-vous pour l'éviter?.....

Q.4.33- Fréquentiez-vous les hôtels de passe avant votre maladie?

- Oui /___/
- Oui /___/
- Autre /___/

Q.4.34 - Quels sont les différents endroits où vous êtes passé pour vous soigner?

- Hôpitaux.(à nommer)...../___/
- Guérisseurs.(à nommer)...../___/

Q.4.35 - Entretenez-vous actuellement des rapports sexuels?

- Oui...../___/
- Non...../___/
- Autre...../___/

Q.4.36 - Si oui, avec qui?

- Le ou la conjointe...../____/
- Autre partenaire sexuel...../____/
- Prostituées/____/

Q 4.37 - Faites-vous usage des préservatifs actuellement?

- Oui...../____/
- Non...../____/

Q.4.38- Qu'en était-il avant la connaissance de votre séropositivité?

- Oui /____/
- Non /____/

Q.4.39- Combien de partenaires sexuels aviez-vous avant l'annonce de votre séropositivité?.....

Q.4.40- Combien de partenaires sexuels avez-vous actuellement?.....

Q.4.41- Pratiquiez-vous l'abstinence sexuelle avant l'annonce de votre séropositivité en vue d'éviter le SIDA?

- Oui /____/
- Non /____/

Q.4.42- Pratiquez-vous l'abstinence sexuelle actuellement?

- Oui /____/
- Non /____/

Q.4.43 - Qu'est ce qui a changé dans le comportement de votre conjoint à votre égard?.....

Q.4.44 - Cela est-il lié au fait que vous êtes infecté?

- Oui...../____/
- Non...../____/
- Autre...../____/

Q.4.45- Étiez-vous fidèle à un seul partenaire avant votre maladie?

- Oui /____/
- Non /____/

Q.4.46- Etes-vous fidèle à un seul partenaire actuellement?

- Oui /____/
- Non /____/

Annexe III- Liste des ONG et institutions privées anti-SIDA.

structures et ONG ANTI SIDA	Années de création des ONG
1) Croix-Rouge C-I	1960
2) ASAPSU	1989
3) AIBEF CI	1979
4) BICE	1948
5) N'DAYA-CI	1987
6) CORPS DE LA PAIX CI	1990
7) ESPOIR-CI	1990
8) CASM	1990
9) CIPS	1993
10) AFC	?
11) AIAD	avant 1987
12) CES d'Alépé	1993
13) ASC	1990
14) RENAISSANCE SANTÉ.BOUAKÉ	1993
15) BDPH	avant 1987
16) Équipe H BAPTISTISTE FERKÉ	1992
17) Fondation MONTAGNIER/MAYOR	1992
18) AUDE	1991
19) LIPCI	1988
20) CARITAS-CI	1955
21) AEEMCI	1979
22) CAC HP DABOU	1990
23) Association ST-CAMILLE BOUAKE	1989
24) H S P T	1994
25) LUMIÈRE-action	1994
26) CLUB des AMIS	1994
27) LES AMIS de TOUPA	1993 ?
28) CCEA	avant 1987
29) CCISD	?

Blibolo/B.C.C du CNLS/ D.R.Sud du MSPS, juin 1996

30) OASIS	1992
31) CESAM	1992
32) CICIAMS	avant 1987
33) ECODEV	1991
34) FF SIDA	1994
35) IBFAN CI	1990
36) INADES	avant 1987
37) JEUNESSE-ESPOIR	1994
38) JEUNESSE-OUVRIÈRE CATHOLIQU	avant 1987
39) MATERNITÉ SANS RISQUE	?
40) ONEF	1994
41) PASTORALE DES MALADES	1991
42) RADIO NOSTALGIE	après 1990
43) LIEPSC	avant 1987
44) CRISE	1992
45) CIAS	1990
46) AFAFSI/SWAA	1990
47) OICPS	1991
48) RUBAN ROUGE	1994
49) MSR	1990
50) FCPMH	
51) FCPMH	?
52) AISED	1993
53) CADA	?
54) CASES	?
55) SECOURS MÉDICAL ISLAMIQUE	?
56) UNADS CI	?
57) CROIX BLEUE	avant 1987
58) AECI	?
59) FRATERNITÉ CLUB INTER	?
60) AAA	?
61) SIDALERTE	?
62) OHASA	?

Blibolo/B.C.C du CNLS/ D.R.Sud du MSPS, juin 1996

63) F SCOUTISME FEMININ	?
64) CRAS	?
65) AHPP	?
66) SAJEN	?
67) CRAS	?
68) JULES-Y	?

Blibolo/B.C.C du CNLS/ D.R.Sud du MSPS, juin1996

Annexe IV: Liste des Comités et Coordinations locales de lutte contre le SIDA (Avril 1996)

Sud: 14

Koumassi (L)	
Aboisso (D)	Dabou (L)
Adzopé (D)	Grand-Lahou (D)
Agboville (L)	Guitry (L)
Alépé (L)	Koumassi (L)
Bassam (L)	Lakota (D)
Taabo (L)	Bonoua (L)
Tiassalé (D)	Adiaké (L)

Sud-Ouest: 5

Grand-Béréby (L)	Soubéré (D)
San-Pédro (R)	Tabou (D)
Sassandra (D)	

Centre-ouest: 8

Bouaflé (D)	Sinfra (D)
Daloa (R)	Vavoua (D)
Issia (D)	Zuénoula (D)
Oumé (D)	Gagnoa (D)

Nord: 2

Korhogo (R)
Ferké (D)

Nord-Ouest: 5

Odiéné (R)	Séguéla (D)
Touba (?)	Mankono (D)
Boundiali (D)	

Nord-Est: 5

Bondoukou (R)
Bouna (D)
Tanda (D)

Kouassidaté Kro (L)
Kounfao (D)

Centre-Nord: 5

Bouaké (R)
Dabakala (D)
Béoumi (?)

M'bayakro (D)
Katiola (D)

Centre: 8

Bocanda (D)
Bongouanou (D)
Daoukro (D)
Dimbokro (D)

- Tiébissou (D)
Toumodi (D)
Yamoussokro (R)
Sakassou (D)

Centre-Est: 4

Abengourou (R)
Agnibilékro (D)

Béttié (L)
Niablé (L)

Ouest: 6

Bangolo (D)
Biankouman (D)
Danané (D)

Duékoué (D)
Guiglo (D)
Man (R)

N.B:

(R) = Comité régional

(D) = Comité départemental

(L) = Comité local

(?) = Statut non déterminé ou fonctionnement
incertain.

ANNEXE VI: Guide d'entretiens destiné aux agents de santé

Thème I: Organisation, fonctionnement de la structure et nature des acidités.

Thème II: perception du SIDA et problèmes liés au pré-test, au test et à l'annonce de la séropositivité.

Thème III: suivi thérapeutique et psychosocial des patients infectés par le VIH

Thème IV: relations des personnels de santé avec les patients infectés par le VIH.

Thème V: la question de l'abandon des malades par leurs parents à l'Hôpital

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

PROBLÉMATIQUE/ÉNONCÉ DU PLAN P.2.

**CHAPITRE I - REVUE DES ÉTUDES DES REPRÉSENTATIONS DE
LA MALADIE ET DU SIDA** P.7

1- Représentation de la maladie et de
la santé dans le monde occidental P.7

2- Représentation de la maladie dans les
sociétés traditionnelles P.9

3- Perception ou représentation du SIDA P.13

CHAPITRE II - REVUE DES ÉTUDES SUR LES RÉPERCUSSIONS

ÉCONOMIQUES DU SIDA

P. 26

1- Connaissances, attitudes, pratiques

sexuelles et SIDA

P. 26

2- Vécu psychosocial et prise en charge de

l'infection à VIH

P. 30

3- Les réponses familiales au SIDA.

P. 33

4- Répercussions économiques du SIDA

P. 36

CHAPITRE III – OBJECTIFS, HYPOTHESE ET METHODOLOGIE

1- Objectif général	P. 39
2- Objectifs spécifiques	P. 39
3- Thèses et hypothèses	p. 40
4- Méthodes et techniques d'enquêtes	P. 40
4-1- Enquête auprès des patients et de leurs soignants	P. 43
4-1-1 Champs géographique	P. 45
4-1-2 Population cible et échantillon	P. 45
5- Aperçu général du milieu (la Côte-d'Ivoire)	P. 47
RESULTATS	P. 53

**CHAPITRE IV - LA PRISE EN CHARGE du SIDA DANS LES
STRUCTURES OFFICIELLES DE SOINS** p. 53

1- Caractéristiques sociales des enquêtés P. 53

2- La prise en charge thérapeutique
et psychosociale de l'infection à
VIH/SIDA en Côte-d'Ivoire. P. 53

2-1- Bref historique de la prise en charge. P. 60

2-2- représentation du SIDA et réponses de
prise en charge des séropositifs en milieu
sanitaire. P.64

2-3- Situation actuelle de la prise en charge
des séropositifs dans les structures
officielles de soins. P. 70

2-3-1- La prise en charge des séropositifs
dans les structures de référence P. 71

2-3-2- La prise en charge des séropositifs
dans les structures de soins non
spécialisées P. 85

CHAPITRE V - RÉPONSES DES STRUCTURES SANITAIRES

TRADITIONNELLES FACE AU SIDA. P. 102

- 1- Diagnostic de l'infection à VIH chez les
tradipraticiens. P. 103
- 2- Prise en charge thérapeutique de
L'infection à VIH p. 105
- 3- Annonce et les conseils
de prévention p. 109
- 4- Perception de la guérison du SIDA
Par les tradipraticiens p. 111

2-2- La cohabitation des conjoints confrontés à l'infection à VIH.	P. 126
3- Conduites des parents à l'égard des personnes infectées par le VIH/SIDA	P.128
3-1- La discrimination à l'égard des séropositifs/sidéens en milieu familial	P.185
3-2- Le problème de l'abandon des malades du SIDA par leurs parents dans les hôpitaux.	P.132
4- Réponses des entreprises face au SIDA.	P.135

2- Analyse des plans à court et moyen terme	P.152
2-1- Le plan à court terme ou PCT (87-88)	P.152
2-2- Le plan à moyen terme ou PMT	P.154
2-2-1- Stratégie de prévention de la transmission du VIH par voie sanguine	P.154
2-2-2- La prévention par l'I.E.C	P. 157
2-2-3- L'amélioration du diagnostic, et de la prise en charge thérapeutique et psychosociale de l'infection à VIH/SIDA	P.159
2-2-4- La coordination de la gestion du programme	P.163
2-2-5- Le renforcement de la surveillance épidémiologique	P.164

1-2- L'abstinence sexuelle dans la population générale à travers quelques études en Côte-d'Ivoire	P. 176
1-3- L'abstinence sexuelle chez les personnes vivant avec le VIH	P. 177
1-4- L'abstinence sexuelle comme moyen de prévention de l'infection à VIH	P.182
2- Usages des préservatifs pour le La prévention du SIDA	P.185
2-1- Histoire de l'utilisation des préservatifs en Côte-d'Ivoire.	P.186
2-2- L'utilisation des préservatifs et la prévention de l'infection à VIH.	P.188
2-3- L'utilisation des préservatifs par des personnes vivant avec le VIH	P.191

2-4- Les pesanteurs limitant l'utilisation effective et
systématique des préservatifs pour la prévention
des MST/SIDA P.193

3- La fidélité: une méthode acceptable mais
non appliquée P.199

3-1- La fidélité des partenaires dans
la population générale et chez
les séropositifs/sidéens P.200

3-2- Limites de la prévention du VIH par la
fidélité à un seul partenaire sexuel. P.205

CHAPITRE IX -LA SOCIÉTÉ CIVILE FACE AU SIDA

1- Les O.N.G.face au SIDA P.209

1-1- Sida et mouvement associatif
en Côte d'Ivoire P.211

1-2- Sida et recomposition sociale P.212