

## Chapitre 5.5

# Les professionnels de santé d'Abidjan et Bouaké face à l'Initiative : une enquête qualitative

Laurent VIDAL, Clémence ESSE, Dakouri GADOU, Gabin KPNHASSIA

### Contexte, objectifs et méthode

Les réflexions préliminaires à la mise en place d'un système favorisant l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV) en Côte d'Ivoire ont d'emblée souligné deux difficultés majeures : la première renvoyait à la capacité du patient à observer correctement son traitement, et la seconde à la possibilité pour le système de santé d'organiser et de pérenniser l'accueil des patients, leur information et leur suivi médical, notamment en cas de mise sous traitement antirétroviral. Chacune de ces difficultés est en effet susceptible de compromettre l'efficacité de l'Initiative Onusida. Parallèlement à l'organisation technique de l'accès aux ARV (disponibilité des médicaments et du matériel pour les examens biologiques), les comportements des professionnels de santé en présence de ces nouvelles opportunités de traitements sont à cet égard essentiels à comprendre. L'enjeu dépasse la seule évaluation des connaissances des soignants en matière d'ARV : mesurer la façon dont se construisent et se diffusent ces connaissances et se pencher sur les pratiques de prise en charge de l'infection à VIH incluant (ou non) la perspective d'une mise sous ARV, c'est aussi indirectement contribuer à l'analyse des conditions de suivi de ces traitements par les patients. En somme, à travers les attentes et les incertitudes des soignants, ce sont aussi les démarches des patients qui se trouveront éclairées.

Dans ce cadre général, l'ensemble du volet de l'évaluation de l'Initiative Onusida consacré aux professionnels de santé se propose de répondre aux questions suivantes :

- quelles sont les connaissances de ces professionnels en matière de prise en charge de l'infection à VIH, notamment par ARV ? Comment ont-elles été acquises ?

- quelles sont les attitudes de ces professionnels face aux personnes infectées par le VIH qui effectuent une démarche de mise sous ARV ou qui sont déjà sous traitement ?

- quelles pratiques en matière de conseil ou de soins ces professionnels développent-ils ?

- comment s'organise le travail des professionnels impliqués dans la prise en charge de patients sous ARV ? La charge de travail et les relations entre catégories de soignants ont-elles évolué du fait de la diffusion des traitements ARV ?

Répondre à ces questions supposait le couplage de deux démarches, l'une quantitative et l'autre qualitative, de recueil de l'information. Ainsi, à titre d'exemple, les connaissances des types de traitement existant et disponibles, ou celles des conditions biologiques et cliniques de mise sous ARV, nécessitent d'être évaluées de la façon la plus large possible, auprès d'un échantillon important de soignants. On se situe ici dans un registre d'enquête quantitative où l'utilisation d'un questionnaire est la méthode la plus appropriée. En revanche, lorsqu'il s'agit de comprendre quelles sont les attentes et les craintes des soignants, comment ils perçoivent l'évolution de leur charge de travail, organisent leurs rapports avec leurs collègues ou encore jugent les réactions de leurs patients, la structure d'un entretien peut faciliter le recueil d'informations. L'interprétation des entretiens qualitatifs s'avérera d'autant plus pertinente que ceux-ci auront été associés en parallèle à une observation du fonctionnement de la structure sanitaire où travaillent ces professionnels de santé.

La première démarche de recueil de données s'est concrétisée par la réalisation d'une enquête, par le biais d'un auto-questionnaire proposé aux soignants de neuf structures sanitaires (dont 6 centres accrédités de l'Initiative) dont il est rendu compte dans le chapitre 5.2. Les résultats et les premiers éléments d'analyse présentés dans ce texte concernent la seconde démarche, par entretiens et observations. Six structures de soins ont été l'objet de cette étude sociologique qualitative :

trois centres accrédités de l'Initiative, un centre de suivi et deux centres « hors » Initiative, c'est-à-dire qui ne délivrent pas d'ARV et ne suivent pas de patients sous ARV. Situées à Abidjan (4) et Bouaké (2), ces six structures offrent par conséquent *a priori* une image contrastée du rapport des soignants aux traitements ARV, qu'ils soient concernés au plus près dans leur activité quotidienne (dans les centres accrédités), liés au système de l'Initiative (le centre de suivi), ou au contraire plus distants (les deux centres qui ne font pas partie de l'Initiative). Chacun des trois sociologues mobilisés pour cette étude a travaillé dans deux structures, à raison de 2 à 3 semaines de présence dans chacune d'elles entre février et mars 2000. Au total, 50 entretiens ont été réalisés, dont 17 avec des médecins et 33 avec des infirmiers, sages-femmes, laborantins ou bénévoles d'associations de personnes vivant avec le VIH (tableau 28).

Tableau 28

**Enquête par entretiens auprès des soignants de Côte d'Ivoire impliqués dans la prise en charge du VIH/sida (répartition par centre et caractéristiques des soignants rencontrés)**

	USAC	CAT Adjamé	Pédiatrie Yopougon	CAT Treichville	Hôpital de jour Bouaké	CAT Bouaké	<b>Total</b>
Médecin	4	3	3	3	2	2	<b>17</b>
Infirmier	2	3	4	2	1	2	<b>14</b>
Assist. social	4	2	-	3	-	2	<b>11</b>
Laborantin	-	-	-	2	-	1	<b>3</b>
Sage-femme	-	-	2	-	-	-	<b>2</b>
Bénévole	-	-	1	-	1	-	<b>2</b>
Aide-soignant	-	-	-	-	1	-	<b>1</b>
<b>Total</b>	10	8	10	10	5	7	<b>50</b>

Le guide d'entretien était conçu de façon à recueillir des informations sur l'itinéraire professionnel du soignant, les formations suivies sur l'infection à VIH et les ARV, les connaissances sur les ARV et leur partage avec des collègues. L'entretien s'efforçait également d'aborder l'évolution, depuis la diffusion des ARV, des pratiques de prise en charge de l'infection à VIH, les changements perçus par les soignants dans les attitudes des patients et de leurs accompagnants (en matière de test, d'an-

nonce, de demande et de suivi du traitement). Enfin, les appréciations des soignants relatives à l'évolution de leur travail, avant et pendant l'arrivée des ARV, notamment dans leurs relations avec les autres soignants de la structure sanitaire, étaient recueillies au cours de l'entretien.

Ces différents thèmes ont été abordés au cours d'un ou de deux entretiens avec chacun des soignants interrogés. La présence du chercheur dans les centres a permis de mettre en parallèle à ces entretiens les discussions informelles avec les soignants ainsi que l'observation de l'accueil des patients. Les éléments d'analyse proposés ci-dessous sont conçus comme un bilan partiel d'un regard, de type qualitatif, porté sur des connaissances, des appréciations, des pratiques et des attentes de soignants, concernés de façon variable par la mise en place de traitements ARV dans le cadre de l'Initiative Onusida.

## **Constats et analyse**

---

Deux axes de réflexion principaux permettent d'organiser les données recueillies. Le premier a trait au vaste domaine des connaissances des soignants. Nous entendons par là non seulement ce qu'ils savent de l'infection à VIH et des traitements par ARV, mais aussi les différents processus ayant permis l'élaboration, l'enrichissement et le partage de ces connaissances. Le second axe de réflexion concerne les pratiques des professionnels de santé, c'est-à-dire les stratégies qu'ils mettent en œuvre pour prendre en charge un patient infecté par le VIH ainsi que les relations qu'ils nouent avec ce dernier et avec les autres soignants.

### **Des formations spécifiques et ciblées**

De façon générale, nous constatons que, même si les formations reçues sur l'infection à VIH, ou les ARV en particulier, ne constituent pas la seule source d'enrichissement des connaissances des soignants, leur rôle à cet égard demeure prépondérant. Ces formations sont néanmoins demeurées ponctuelles, et n'ont concerné qu'une minorité de soignants. Elles se déroulent le plus souvent en dehors des lieux de soins, lors de séminaires organisés en dehors des structures de santé à l'extérieur

d'Abidjan (dans des villes de l'intérieur du pays ou en France). Logiquement, compte tenu de la récente mise en place des ARV, les formations concernant l'infection à VIH en général ont touché un plus grand nombre de soignants que celles relatives aux seuls ARV. Telle qu'elle ressort des entretiens effectués, la formation-type aux pratiques de conseil, aux traitements des affections opportunistes ou à la prise en charge par ARV regroupe, pendant quelques jours, en dehors de toute structure sanitaire et notamment de celles où exercent les personnels qui ont été conviés, quelques professionnels par structure. De plus, ces professionnels sont presque toujours exclusivement des médecins. Ainsi, à l'USAC, seuls deux médecins sur les dix professionnels rencontrés ont reçu une formation sur les ARV. Ils sont aussi deux sur dix (un médecin et une infirmière) au CAT de Treichville. Lorsque, comme en Pédiatrie au CHU de Yopougon, les formations sur l'infection à VIH ont concerné un plus grand nombre de soignants, elles restent ponctuelles. L'absence de répétition de ces formations est d'autant plus fortement relevée par les soignants de l'ensemble des structures que tous expriment une forte demande de formation sur le VIH comme sur les ARV.

La faible proportion de soignants non médecins formés aux questions relatives aux ARV, mais aussi, quoique dans une moindre mesure, à la prise en charge générale du VIH, en particulier dans les centres « accrédités » (exemples du Service de pédiatrie du CHU de Yopougon et de l'USAC), va à l'encontre d'une conception de la « prise en charge » censée associer l'ensemble des soignants, de l'accueil du patient à son suivi psychologique ou social, en passant par la proposition de test, l'annonce et la mise sous traitement. Nous reviendrons plus loin sur ces pratiques de prise en charge. Remarquons d'ores et déjà que les soignants non médecins critiquent fortement le caractère « excessivement ciblé », sur des catégories de soignants et des centres bien déterminés, des formations dont ils souhaiteraient pouvoir eux aussi bénéficier.

### **Une circulation sélective de l'information**

Une première remarque générale s'impose à l'écoute des propos de soignants non-médecins : l'information sur les ARV circule fort peu en dehors du seul cercle des prescripteurs d'ARV dans les centres accréd-

dités, ou de celui des seuls médecins dans les autres structures. Ces derniers bénéficient par exemple de réunions spécialisées, comme celles qu'organise le projet Retro-CI à l'intention des prescripteurs d'ARV. Les professionnels non-médecins doivent se contenter des réunions de staff, au sein de leurs structures, qui d'ailleurs ne sont pas organisées de façon régulière. Aussi, s'informent-ils par leurs propres moyens, en essayant par exemple d'obtenir directement de la documentation auprès du PNLS. Une autre démarche volontaire consiste à rechercher l'information auprès des médecins eux-mêmes. Mais cette démarche est alors nécessairement tributaire de la disponibilité des uns et des autres (« *sur les ARV, je n'ai fait aucune formation ; souvent je m'informe auprès des médecins, mais la charge de travail fait qu'on ne peut pas vraiment échanger entre nous* », remarque une assistante sociale d'un centre accrédité). Comme en matière de formation, ces démarches spontanées des soignants témoignent de leur volonté de mieux connaître l'infection à VIH et la prise en charge par ARV. Les éventuelles lacunes d'informations voire de connaissances qui sont susceptibles d'être constatées parmi les professionnels, en particulier non médecins, ne peuvent donc être imputées à un désintérêt *a priori* des non prescripteurs pour les ARV.

### **Le dilemme des soignants : comment connaître les ARV sans en avoir la pratique ?**

Compte tenu des remarques précédentes, fort logiquement, les soignants des centres accrédités et, parmi eux les médecins, sont les professionnels qui possèdent les connaissances les plus complètes sur les ARV. Nous entendons ici par connaissances des informations précises sur le type de traitement dont il s'agit, les critères de mise sous traitement en vigueur ou encore la disponibilité des ARV. Ainsi, à titre d'exemple, le seuil biologique en dessous duquel les patients sont médicalement « éligibles » pour un traitement antirétroviral (500 lymphocytes CD4 par mm<sup>3</sup>) dans le cadre de l'Initiative est plus fréquemment mentionné à l'USAC, centre accrédité, qu'au CAT de Treichville.

Quels que soient les soignants, un critère de mise sous traitement ARV est cependant systématiquement mentionné : celui de la capacité du patient à pouvoir payer, dans le long terme, un traitement jugé cher.

Certains disent explicitement qu'il faut « être riche » pour bénéficier des ARV ; d'autres, pragmatiques, estiment qu'une épargne mensuelle de 20 000 FCFA (200 FF) est indispensable. Dans le cadre d'une Initiative qui propose des mécanismes de subvention, donc d'accès à un traitement ARV à un coût moindre, il est remarquable de constater que – y compris chez les médecins prescripteurs bien au fait des critères médicaux de mise sous traitement – l'argument économique de la capacité à payer est mis en avant de façon récurrente et centrale dans le processus de choix des patients à mettre sous traitement. « *Il faut être riche, c'est-à-dire capable de pouvoir acheter régulièrement ses médicaments* », estime un médecin d'un centre accrédité, alors qu'un assistant social travaillant dans le même service précise pour sa part que « *les conditions économiques sont les plus déterminantes, parce que le traitement coûte cher* ».

S'il y a donc un consensus de fait sur l'idée générale que ces traitements demandent de réelles capacités financières de la part des patients, la question de leur efficacité fait l'objet d'appréciations très variables. Si certains médecins affirment clairement que l'efficacité des trithérapies est supérieure à celle des bithérapies, d'autres conditionnent leur efficacité à un démarrage précoce du traitement. Ceci étant, la grande majorité des soignants, y compris les médecins des centres « hors Initiative », ne se prononcent pas clairement sur l'efficacité comparée des différentes combinaisons thérapeutiques, en partant d'un principe d'expérience simple : ils ne prescrivent pas d'ARV, ou ne suivent pas de patients sous ARV, et se déclarent donc « dans l'incapacité de se prononcer » sur l'efficacité réelle de ces traitements. C'est ce qu'explique cette assistante sociale : « *le CAT de Treichville n'est pas un centre accrédité, on n'a donc pas de malade sous traitement, c'est pourquoi je ne peux pas dire si les ARV sont efficaces ou non* ». L'acquisition de connaissances médicales est ici avant tout conçue comme le résultat d'une pratique individuelle, et non comme la mise en forme intellectuelle d'informations pouvant être acquises par d'autres sources que l'expérience directe du professionnel.

Les soignants témoignent de cette approche « pragmatique » des traitements ARV sur d'autres points que leur efficacité : ils justifient le fait de ne pas connaître leur coût exact, ou bien les critères biologiques ou cliniques de mise sous traitement ou enfin leur disponibilité (dans

telle ou telle structure) « *parce qu'ils n'utilisent pas* » ces traitements ou « *parce qu'ils ne font pas partie d'un centre accrédité* » de l'Initiative. Un médecin dira par exemple : « *je ne peux rien dire sur leur disponibilité car je suis dans un centre de suivi* » ; et un infirmier : « *je ne connais pas les antirétroviraux car je n'en ai jamais vu.* »

Ce « pragmatisme » de la connaissance nous paraît emblématique des difficultés de l'Initiative à diffuser l'information sur les ARV à des structures sanitaires qui ne font pas partie des centres accrédités et à des catégories de soignants qui ne suivent pas en continu des patients sous ARV. Une autre difficulté rencontrée par l'Initiative – et illustrée par ailleurs par d'autres volets de l'Évaluation – se trouve confirmée par la mention de l'existence de ruptures de stock dans les centres accrédités et de la lenteur de la procédure de mise sous traitement ARV<sup>1</sup>. Ce constat, aisé à effectuer en discutant avec des patients ou des soignants, se double alors de l'évocation par des médecins de tentatives de « contourner » la procédure officielle – longue et fastidieuse – de mise sous ARV. Il s'agit ici pour le patient de demander au médecin de lui délivrer immédiatement les médicaments qu'il est financièrement en mesure d'acheter, sans attendre l'examen de son dossier par le Comité de gestion de l'Initiative. Face à ce désir d'avoir accès le plus rapidement possible aux ARV et compte tenu de la longueur de la procédure, certains soignants en viennent à limiter les propositions de mise sous ARV qu'ils pourraient être amenés à faire aux patients infectés (« *il m'arrive d'encourager des malades à se mettre sous ARV mais la longueur de la procédure me bloque parfois* », remarque un infirmier de l'hôpital de jour de Bouaké).

---

<sup>1</sup> Ce sont là deux des principales faiblesses de l'Initiative, que l'équipe de l'évaluation détaille dans deux rapports : Delaunay K, Dozon JP, Kponhassia G, et al. *Évaluation de l'Initiative Onusida - ministère ivoirien de la Santé d'accès aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire. Volet 1 : Analyse des processus décisionnels de mise en place de l'Initiative (1996-1999)*. ANRS, 2000, 116 p. ; Msellati P, Delaunay K, Juillet A, et al. *Socio-economic and behavioral evaluation of the UNAIDS-Ministry of health (MOH) Initiative on Drug Access for HIV infection in Côte d'Ivoire. Preliminary report*, ANRS, 2000, 22 p.

### **Des demandes récurrentes face au risque de contamination professionnelle**

Si les connaissances des soignants sont, en quelque sorte, inégalement réparties suivant les personnes et les structures, elles ont une caractéristique commune liée à la possibilité d'avoir accès à des ARV dans le pays, même s'ils ne savent pas toujours ni où, ni à quelles conditions. La quasi-totalité des soignants interrogés partagent en effet la revendication commune d'avoir accès gratuitement aux ARV en cas de contamination professionnelle par le VIH ou, plus rarement, de disposer d'une structure spécialisée dans la prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES) à laquelle il leur serait possible de s'adresser en cas de problème. Aussi bien les personnels de santé de centres accrédités que ceux de structures ne prenant pas en charge de patients sous ARV expriment cette demande. Une telle exigence se greffe sur une demande ancienne, qui – elle – est antérieure à l'arrivée des ARV dans le cadre de l'Initiative : disposer de plus de matériel de prévention de la transmission du VIH (gants, seringues à usage unique...). De même que cette demande a précédé les ARV, les craintes liées à la contamination durant le travail ne sont pas récentes.

Dans l'exercice de leur travail, les soignants des centres antituberculeux ont ainsi toujours eu « *plus peur* » de la tuberculose que du VIH. Au point où ils instaurent une distance physique avec le malade (par crainte de recevoir des projections de salive), naturellement mal perçue par ce dernier. Dans les autres structures, fort classiquement, ce sont les infirmiers qui se sentent le plus à risque. En somme, quelle que soit la structure, la perception de la crainte de contamination par le VIH dans le travail n'a pas changé depuis l'arrivée des ARV, que le soignant connaisse avec précision les conditions d'accès à ces traitements et leurs avantages thérapeutiques ou qu'il les ignore. En revanche, le sentiment de peur alimente dorénavant le souhait de pouvoir bénéficier gratuitement d'un traitement ARV en cas de nécessité.

### **Les évolutions contrastées des pratiques de dépistage et de mise sous ARV**

Rappelons tout d'abord que les pratiques en matière de conseil préventif et de dépistage du VIH dans les villes où a été menée cette étude sont extrêmement variées : le fait d'avoir choisi des structures qui, toutes, « prennent en charge le VIH », qu'elles fassent ou non partie de l'Initiative, n'atténue pas ce constat. D'un centre accrédité à l'autre, d'une structure hors Initiative à l'autre, le conseil pré et post-test n'est pas effectué de la même façon. L'expérience des structures dans ce domaine est parfois ancienne (comme au CAT d'Adjamé), ou plus récente (à Bouaké). Il ne faut donc pas perdre de vue l'histoire du conseil dans ces différentes structures (qui reste à décrire) pour mieux situer les évolutions que mentionnent les soignants. Ce contexte du dépistage doit ensuite être rapporté à ce qu'offre chaque structure en matière de prise en charge par les ARV en cas de diagnostic positif.

Prenons le cas du CAT d'Adjamé qui possède une solide expérience dans le domaine du conseil. Les tâches sont nettement réparties : l'assistante sociale annonce le résultat sérologique et le médecin prend le relais pour l'éventuelle mise sous traitement. C'est aussi un des centres accrédités qui traite le plus grand nombre de patients par ARV. Dans ce centre, les soignants ont intégré à leur propre pratique de conseil ce qu'ils appellent de leur propre chef une « *note d'espoir* », que ce soit au moment de la proposition initiale du test de dépistage ou lors de l'annonce de la séropositivité. En d'autres termes, le service social qui s'occupe du conseil a une expérience suffisamment longue, tant des difficultés de l'annonce pour le personnel de santé lui-même, que de la douleur et du choc du patient qui apprend sa séropositivité, pour juger nécessaire de mentionner systématiquement l'avancée que peut représenter l'éventualité d'un traitement ARV. Précisons que les soignants qui évoquent ce message d'espoir destiné aux patients ne sont en général pas des médecins. Les médecins qui dans leur majorité n'interviennent pas directement au moment du conseil ont, plus que les autres soignants, tendance à ne pas inciter leurs patients à envisager un traitement ARV. Non qu'ils ignorent ou sous-estiment le bénéfice clinique des ARV : ils ont simplement « plus » intégré que les autres catégories de soignants la

complexité du processus de mise sous traitement et, surtout, les difficultés de sa pérennisation compte tenu de son coût. Précisons que cette intégration dans la pratique de la contrainte économique se traduit par une tentative d'évaluation précise, de la part des soignants de l'USAC par exemple, des revenus nécessaires au patient avant même d'envisager de déposer un dossier de demande de subvention pour un traitement ARV.

Concrètement, au CAT d'Adjamé par exemple, un patient peut dans un premier temps, après l'annonce de sa séropositivité, recevoir un message d'encouragement de la part des assistants sociaux, puis se retrouver en présence d'une information difficile à accepter lors de la consultation médicale (s'entendre dire qu'il ne peut envisager un traitement ARV compte tenu de son coût et de ses capacités financières insuffisantes).

Comme au CAT d'Adjamé, les CAT de Treichville et de Bouaké, l'USAC et l'Hôpital de jour de Bouaké ont investi les assistants sociaux du rôle d'annoncer la séropositivité. Les centres accrédités sont aidés dans cette tâche par les bénévoles d'associations de personnes atteintes, suivant d'ailleurs en cela les recommandations de l'Initiative Onusida. Ce cas de figure général se traduit toutefois de façon variable dans la pratique des soignants. Concrètement, alors que l'assistante sociale du CAT de Bouaké voit son travail de conseil, et notamment d'annonce, reconnu par ses collègues comme une « expertise », sa collègue de l'Hôpital de jour estime au contraire que les médecins se sont « déchargés » sur elle de cette tâche délicate : elle n'en tire aucune reconnaissance et donc aucune satisfaction particulière. Au Service de pédiatrie du CHU de Yopougon, contrairement au CAT d'Adjamé ou à l'USAC, les soignants ne font état d'aucun changement dans leur pratique du conseil depuis l'avènement des ARV et de l'Initiative. De fait, les pédiatres de ce service n'incitent guère les parents à mettre leur enfant infecté sous ARV et concentrent plutôt leurs efforts sur le traitement des affections opportunistes. Finalement, dans ce service, du dépistage aux soins, les pratiques des soignants témoignent d'une certaine cohérence dans la volonté de ne pas « promouvoir » les ARV (pas de « message d'espoir » et un faible nombre d'enfants effectivement mis sous ARV).

Avec l'annonce de la séropositivité en tant que telle et l'évocation des perspectives thérapeutiques, il est un autre moment important dans la prise en charge du patient : les recommandations sur l'information à donner aux proches, et plus spécifiquement au partenaire sexuel. La mise en place de l'Initiative Onusida ne semble pas avoir directement influencé les pratiques actuelles des soignants dans ce domaine, y compris leurs évolutions au regard de situations décrites il y a quelques années<sup>2</sup>.

C'est le cas lorsque les soignants de l'USAC ou du CAT d'Adjamé demandent systématiquement à leurs patients d'informer leur partenaire de leur séropositivité ou les incitent à prendre contact avec une association de personnes vivant avec le VIH. C'est aussi le cas avec un discours - encore peu fréquent il y a quelques années - qui s'inscrit dans une forme de « norme éthique ». Nous pensons ici aux propos des soignants qui affirment ne plus informer un proche du malade « à l'insu de ce dernier », quand bien même des demandes en ce sens de l'entourage s'exprimeraient. Il s'agit d'une réelle avancée car nous savons que, dans un passé récent, de nombreux soignants, non seulement informaient le conjoint ou un membre de la famille à l'insu du patient, mais revendiquaient explicitement la nécessité de cette pratique. Ceci étant, il convient d'être prudent et se donner la possibilité, dans des études ultérieures, de mesurer l'ampleur de ce changement éthique *déclaré* dans la pratique effective des soignants. A titre d'exemple, des soignants du CAT d'Adjamé, lors de leurs visites au domicile des patients, sont inévitablement conduits à s'entretenir avec leur entourage, leur demandant souvent d'être « tolérant » envers le malade. Comment se nouent pratiquement ces relations entre le soignant et l'entourage du « tuberculeux séropositif » ? Quelles spécificités recèle ce message à destination des proches, par rapport à celui délivré lors des habituelles visites à domicile pour la prise en charge et le contrôle de la tuberculose ? Il importera aussi de situer cet éventuel changement éthique dans les pratiques de soignants d'autres structures, moins à la « pointe » de la prise en charge du VIH que celles où nous avons réalisé cette étude.

Il existe enfin des conditions de prise en charge, notamment dans

---

<sup>2</sup> Collignon R, Gruénais ME, Vidal L. L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique. *Psychopathologie africaine* 1994 ; XXVI : 2.

les centres accrédités, qui méritent une attention particulière si l'on veut améliorer l'accès aux ARV. Il s'agit là encore de constats anciens, et qui ne sont pas propres à l'accès à ces traitements : la longueur de l'attente et la difficile orientation du patient dans la structure. A l'USAC, nous avons pu constater que la durée de l'attente crée un engorgement de la structure (les patients manquent par exemple d'endroits pour s'asseoir et patienter). Une autre conséquence de la forte fréquentation de cette structure est le manque de lits pour l'hospitalisation de jour. Dans un autre centre accrédité, le CAT d'Adjamé, nos observations ont plus particulièrement révélé la difficile orientation des patients, qui, ne serait-ce que pour le traitement de la tuberculose, doivent passer par quatre ou cinq services différents. Que le circuit du patient soit complexe est une chose, qu'il ne lui soit révélé que progressivement, d'une étape à l'autre comme c'est actuellement le cas, mérite certainement une réflexion en matière d'organisation et de logistique hospitalières.

### **Les réactions des patients et de leur entourage : craintes et interrogations**

Une présentation de la prise en charge de patients infectés par le VIH serait à notre sens incomplète si elle ne s'arrêtait pas sur les descriptions et les appréciations par les soignants des attitudes de leurs patients. Elles concernent principalement trois moments qui suivent l'annonce de la séropositivité au VIH. Tout d'abord, les soignants signalent la permanence de réactions très négatives à cette annonce, comprenant des menaces de suicide, des marques d'abattement, des propos auto-culpabilisateurs ou des réactions de déni (« à l'annonce du résultat du test, il y a certains patients qui ne peuvent retenir leur émotion, ils pleurent, ils ne croient pas au résultat », constate un médecin). Les soignants ajoutent cependant que, grâce à l'évolution du contenu de leurs pratiques de conseil, une sérologie positive pour le VIH est dans l'ensemble « mieux acceptée que par le passé ».

Ensuite, le souhait systématique du soignant que le patient informe son (ou ses) partenaire(s) se heurte à des refus fréquents. « Ils disent toujours qu'ils ne sont pas prêts, qu'ils attendent encore un peu » rapporte un médecin du l'USAC. Un troisième et dernier constat, là encore habituel

aux dires des soignants, concerne la pression fréquemment exercée par les personnes qui accompagnent le patient dans la structure afin de connaître la nature de sa maladie, et notamment le résultat de ses examens. De l'entourage qui « *veut savoir* », au médecin qui souhaite que – au sein de cet entourage – « *le partenaire sexuel sache* », en passant par le patient qui s'oppose à une divulgation immédiate de son statut, se nouent autour de la connaissance du statut sérologique des intérêts différents dont la confrontation peut rapidement prendre un tour conflictuel. L'existence des ARV ne permet pas, à l'heure actuelle, de résoudre ces contradictions dans l'accès à l'information : au contraire, le fait que les soignants, les patients ou les membres de leur entourage qui, connaissant l'existence des ARV, mentionnent comme principal handicap de ces traitements leur coût élevé, tend plutôt à exacerber les craintes et les demandes divergentes des patients et de leur entourage quant à l'information sur le statut sérologique.

### **Une charge de travail en augmentation, mais un lien incertain avec les ARV**

---

Essayer de convaincre un patient infecté par le VIH de l'importance d'informer son partenaire est une des tâches qui allongent la durée des consultations médicales de prise en charge du VIH. Consultations plus longues (ne serait-ce qu'au moment de l'annonce du diagnostic sérologique) et plus fréquentes : cela fait déjà de nombreuses années que les soignants impliqués dans la prise en charge de patients infectés par le VIH font état – en ces termes – d'une augmentation continue de leur charge de travail. Il conviendrait d'ajouter la mention, pour les uns, d'un afflux ponctuel de personnes désireuses de se tester après la journée mondiale consacrée au sida chaque 1<sup>er</sup> décembre et, pour les autres, de l'augmentation de leur *file active* de patients infectés qu'ils attribuent à la « *qualité* » de la prise en charge dans leur service par comparaison aux autres offres de soins dans la ville (soignants de l'Hôpital de jour du CHU de Bouaké). Des soignants de l'USAC et du CAT d'Adjamé estiment plus simplement que l'accroissement de leur charge de travail résulte de

l'augmentation du nombre de personnes atteintes dans la population générale.

A ces constats, qui ne relient pas directement la surcharge ressentie de travail à la disponibilité des traitements ARV, répondent des arguments qui, au contraire, effectuent explicitement ce lien. Dans ces mêmes structures, la durée de la consultation précédant la mise sous ARV (estimée à 45 minutes) explique pour certains l'encombrement du service et donc l'intensité accrue du travail des équipes soignantes. D'autres, comme à l'Hôpital de jour, évoquent un « afflux » de patients désireux d'accéder à un traitement antirétroviral, qui aurait été particulièrement sensible dans les mois qui ont suivi le lancement de l'Initiative. Le point le plus important à relever est sans doute, qu'au-delà des explications données à cette augmentation de la charge de travail, ce sont les médecins plus que les autres soignants qui en font état. Cela nous semble devoir être rapproché des précédents constats d'une formation et d'une information sur les ARV, plus riches et régulières chez les médecins, dont les contenus sont par ailleurs faiblement partagés avec les autres catégories de soignants. En d'autres termes, et sous réserve d'explorations complémentaires, une conclusion provisoire consisterait à dire qu'étant moins concernés par les ARV que les médecins (parce que moins informés sur leur maniement, leurs implications...), les personnels de santé non médecins relient rarement l'augmentation de leur charge de travail à l'introduction et à la diffusion de ces traitements.

Indépendamment de l'explication qui lui est donnée, la quantité toujours plus importante de travail à fournir, compte tenu de l'absence de nouvelles affectations de personnels, débouche sur des attitudes contrastées. D'un côté, certains soignants estiment que le surcroît de travail nécessite, pour y faire face, une amélioration de la collaboration entre collègues de la structure : par exemple, un infirmier pris par le temps orientera un de ses patients vers un autre infirmier. De l'autre, certains soignants jugent au contraire que l'augmentation de la charge de travail impose de se « concentrer » et donc de se replier sur son propre travail, en évitant des échanges et des collaborations avec d'autres soignants qui constitueraient une « perte de temps ».

## Discussion et perspectives

Prenant place dans un programme d'évaluation, cette étude s'est volontairement focalisée sur des structures impliquées par l'Initiative Onusida dans la mise en place des traitements ARV. Deux CAT (de Treichville et de Bouaké) dans lesquels nous avons travaillé ne sont cependant ni des centres accrédités, ni des centres de suivi de l'Initiative, mais peuvent toutefois être considérés comme des centres spécialisés dans la prise en charge de l'infection à VIH. Par conséquent, le tableau que nous dressons des connaissances et des pratiques de soignants doit être ramené à sa juste mesure : celle de structures parmi les plus concernées par la prise en charge de l'infection à VIH (qu'elle comprenne ou non un accès aux ARV).

La majorité des constats effectués dans les paragraphes précédents illustrent un processus que l'on pourrait qualifier de « réduction » et de « limitation », qui caractérise à la fois la réponse des soignants à l'introduction d'une Initiative d'accès aux traitements (y compris ARV) et l'Initiative en tant que telle.

Ce processus renvoie d'abord au fait que les soignants, y compris les médecins qui ont la charge de prescrire des ARV, en arrivent à « réduire » les caractéristiques des traitements ARV à leur coût et, par voie de conséquence, leur accès pratique à un problème économique : les soignants tendent à se transformer en évaluateurs des capacités financières à payer de leurs patients. Relevé dans le cadre de l'analyse des démarches de mise sous traitement ARV en Côte d'Ivoire<sup>3</sup> et s'inscrivant dans une démarche plus globale qui donne un poids croissant aux arguments « non-médicaux » dans la décision de prescrire ou non des ARV<sup>4</sup>, cette pratique rappelle celle de médecins des pays du Nord qui, en matière de décision de proposer ou d'effectuer un test de dépistage du VIH, mobilisent des logiques qui ne relèvent plus d'un registre mé-

<sup>3</sup> Delaunay K. Accès aux traitements antirétroviraux : un suivi de patients. In : Vidal L, Mselati P, eds. *Les thérapies antirétrovirales en Côte d'Ivoire : attentes suscitées et transformations sociales du rapport à la maladie*. Rapport final, ANRS, 2000 ; pp. 98-153.

<sup>4</sup> Bogart LM, Kelly JA, Catz SL, Sosman JM. Impact of medical and nonmedical factors on physician decision making for HIV/AIDS antiretroviral treatment. *AIDS* 2000 ; 23 : 396-404.

dical *stricto sensu*<sup>5</sup>. Michel Setbon évoque à cet égard les « évaluations sauvages » du statut sérologique des patients admis dans des services d'urgence en France, pour lesquels un test est systématiquement effectué alors qu'une éventuelle intervention chirurgicale n'attendra de toute façon pas les résultats du test avant d'être pratiquée. On peut également penser aux « arguments profanes » des médecins qui, plutôt que de justifier la systématisation de la proposition de test aux femmes enceintes par son intérêt pour le contrôle de l'infection à VIH, la défendent en constatant simplement que le taux de refus est très faible dans le cadre de la surveillance prénatale comprenant déjà de nombreux examens « obligatoires » en France<sup>6</sup>. Lorsque le médecin argumente ou engage une démarche qui sort de ses prérogatives médicales, on doit alors se poser la question de sa capacité à traiter, en plus des incertitudes diagnostiques et pronostiques inhérentes à son travail<sup>7</sup>, des « incertitudes morales » pour lesquelles tous ne sont pas formés et qui reviennent à évaluer – nous retrouvons là la problématique de la mise sous ARV – « une préférence ou une aversion relative entre différents risques [pour le patient] »<sup>8</sup>.

Ce processus de « réduction » et de « limitation » renvoie, en second lieu, au fait que les formations sur les ARV ont été en général restreintes aux seuls médecins des centres accrédités : elles ont peu bénéficié aux non médecins ainsi qu'à l'ensemble des soignants des structures qui ne font pas partie des centres accrédités. Or, même s'il s'agit d'une Initiative « pilote » limitée dans le temps et dans l'espace, les patients – eux – sont bien sûr susceptibles de s'adresser, au moins dans un premier temps, à d'autres structures que celles qui sont labellisées par l'Initiative<sup>9</sup>. Faute d'y rencontrer des soignants informés sur l'accès aux

<sup>5</sup> Setbon M. Sida et dépistage à l'hôpital, entre désordre et régulation. *Rev Fr Soc* 1992 ; 32 : 189-211.

<sup>6</sup> Rey D, Carrieri MP, Obadia Y, Pradier C, Moatti JP. Interest and limits of mandatory HIV prenatal screening : the South-Eastern France experience 1992-1996. *Br J Obstet Gynaecol* 1998 ; 105 : 269-74.

<sup>7</sup> Christakis N. The ellipsis of prognosis in modern medical thought. *Soc Sci Med* 1997 ; 3 (44) : 301-15.

<sup>8</sup> Paillet A. D'où viennent les interrogations morales ? Les usages rhétoriques des innovations par les pédiatres réanimateurs français. *Sciences Sociales et Santé* 2000 ; 2 (18) : 43-66.

<sup>9</sup> Delaunay K. *Op. cit.*, note 3.

ARV, les patients ne pourront être aidés dans leur démarche de recherche d'un traitement ARV. Rappelons que si l'information sur les ARV reste limitée et confinée à quelques soignants par structure et ne diffuse pas aux diverses catégories de personnels, cela ne provient en aucun cas d'un refus de ceux-ci, puisque tous continuent d'exprimer une forte demande de formation dans ce domaine.

Cet accès inégal des soignants à l'information – et non plus seulement à la formation – ainsi qu'à la connaissance sur l'infection à VIH se confirme lorsqu'on étend l'analyse à des structures « périphériques » (pour la Côte d'Ivoire<sup>10</sup> et pour le Nigeria<sup>11</sup>). Il illustre une nouvelle fois les hiatus entre catégories de soignants, ou plus exactement entre médecins d'un côté et autres soignants de l'autre, que diverses études et témoignages, focalisés aussi bien sur les médecins<sup>12,13</sup> que sur les infirmiers<sup>14</sup>, sont déjà venus étayer : les médecins regrettent fréquemment la dévalorisation de leur travail et s'estiment « sous-utilisés », les autres soignants, pourtant fréquemment dispensateurs de soins et au contact quotidien des malades, se trouvent difficilement associés tant à l'information sur le patient, qui relève du secret médical, qu'aux orientations des Programmes nationaux de lutte contre le sida qui demeurent décidées quasi exclusivement par des médecins.

Troisième illustration du processus de « réduction » : les soignants, et en particulier les médecins, réduisent l'Initiative à des contraintes que l'on qualifiera d'extra-médicales, dans la mesure où elles ne renvoient pas directement à leur activité de praticien : ruptures de stocks de médicaments, durée de l'examen des demandes de subvention. Ce proces-

<sup>10</sup> Desgrées du Lou A, Chevallier-Schwartz M, Coulibaly-Traoré D. Les traitements du sida : connaissance et utilisation. In : Vidal L, Msellati P, eds. *Les thérapies antirétrovirales en Côte d'Ivoire : attentes suscitées et transformations sociales du rapport à la maladie*. Rapport final, Paris, ANRS, 2000 ; pp. 73-97.

<sup>11</sup> Adelekan ML, Joyalemi SO, Ndom RJE, et al. Caring for people with AIDS in a Nigerian teaching hospital : staff attitudes and knowledge. *AIDS Care* 1995 ; 7 (suppl 1) : 63-71.

<sup>12</sup> Gobatto I. *Etre médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*. Paris : L'Harmattan, « Santé et Sciences humaines », 1999 ; 303 p.

<sup>13</sup> Badaka M. Profession : médecin. *Afrique Contemporaine* 2000 ; 195 : 250-8.

<sup>14</sup> Desclaux A. Identités et rôles professionnels à l'épreuve du sida. Des infirmiers au Burkina Faso. In : *Des professionnels face au sida. Évolution des rôles, identités et fonctions*. Paris, ANRS, « collection sciences sociales et sida », 1998 ; pp. 33-41.

sus de « réduction » de l'Initiative à ces dysfonctionnements – bien réels – est en soi instructif de la perception des difficultés de cette Initiative dans la communauté des soignants. Enfin, nous mentionnerons le fait que les soignants rapportent *ipso facto* leurs connaissances sur l'efficacité des ARV à l'existence – ou non – d'une pratique clinique personnelle des ARV : la connaissance est réduite à une pratique. Si cette attitude venait à être confirmée dans d'autres activités médicales que la seule prise en charge par les ARV, nous serions alors en présence d'une conjonction entre connaissance et pratique, bien éloignée de la caractéristique de la formation des médecins qui « incorpore [...] de nombreuses connaissances fondamentales qui ne s'intègrent que partiellement à la recherche et à l'expérience cliniques, ou aux activités de diagnostic subsumées sous les catégories médicales normalisées »<sup>15</sup>.

Cette approche en quelque sorte « hyper-pragmatique » des ARV peut-elle s'expliquer par le caractère innovant de ces traitements ? Isabelle Baszanger, à propos des innovations thérapeutiques dans les soins palliatifs<sup>16</sup>, rappelle par exemple que les soignants qui les « pratiquent », non seulement les « connaissent », mais s'appuient également sur une « conviction personnelle » et un « appel à la confiance ». A cet égard, si « connaître » c'est « pratiquer », alors « pratiquer » n'est pas seulement « connaître ». C'est bien ce que semblent indiquer les profils des soignants qui prennent en charge l'infection à VIH, rencontrés dans le cadre d'une autre étude : au-delà de leur formation et de la possibilité de travailler dans un service où la prise en charge du VIH est possible, ils manifestent fréquemment un engagement (soutien aux associations de personnes atteintes) et une implication personnelle (expérience de la maladie dans le proche entourage)<sup>17</sup>. L'importance de ces déterminants extra-professionnels dans l'engagement actif pour la prise en charge de personnes infectées par le VIH avait déjà été constatée dans la plupart

<sup>15</sup> Cicourel A. Raisonnement et diagnostic : le rôle du discours et de la compréhension clinique en médecine. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 1985 ; 60 : 79-88.

<sup>16</sup> Baszanger I. Entre traitement de la dernière chance et palliatif pur : les frontières invisibles. *Sciences Sociales et Santé* 2000 ; 2 (18) : 67-95.

<sup>17</sup> Desgrées du Lou A. *Op. cit.*, note 10.

des enquêtes sur ce thème auprès des médecins de ville des pays du Nord<sup>18</sup>.

Une explication complémentaire de cet hyper-pragmatisme qui contredit, au moins partiellement, les fondamentaux du savoir et de la pratique biomédicales, peut aussi être recherchée dans l'exacerbation des dilemmes éthiques que suscite, dans le contexte des pays pauvres, l'introduction des ARV. En effet, il s'est avéré très tôt dans le développement de l'épidémie, et d'ailleurs de façon universelle, que l'infection à VIH rassemblait une « constellation unique » d'éléments inquiétants ou embarrassants pour la pratique médicale<sup>19</sup> et que l'éthique médicale traditionnelle, d'inspiration hippocratique, était relativement désarmée face à la résurgence massive de ce risque épidémique<sup>20</sup>. On a vu par exemple comment l'introduction des ARV exacerbait la tension déjà présente entre l'altruisme professionnel caractéristique de l'éthique médicale, et les inquiétudes (légitimes) des soignants quant à leur propre risque de contamination professionnelle. On peut penser que la pression qu'exerce sur la pratique la nécessité de « choisir » – dans un contexte de rareté forte des ressources et de régulation de cet accès *via* la mise en place de l'Initiative – les patients qui auront la « chance » d'accéder aux ARV, met à mal la norme d'autonomie, au sens de « droit d'exercer son contrôle sur son propre travail », où se trouve l'un des fondements de la « profession » médicale<sup>21</sup>. Le choix de la mise sous ARV contraint en quelque sorte les prescripteurs, voire les soignants non prescripteurs qui doivent néanmoins prendre ou non la responsabilité d'orienter les patients vers l'Initiative, d'internaliser le contrôle exercé par une autorité extérieure (en l'occurrence le dispositif de gestion publique de l'Initiative). L'invocation de l'absence d'expérience pratique des traitements ARV peut alors apparaître comme un moyen « commode » de contour-

<sup>18</sup> Morin M, Obadia Y, Moatti JP, Groupe MG-Sida, Marseille. *La médecine générale face au sida*. Paris : Éditions Inserm, Questions en santé publique, 1997 ; 156 p.

<sup>19</sup> Taylor KM, Eakin JM, Skinner HA, Kelner M, Shapiro M. Physicians' perception of personal risk of HIV infection and AIDS through occupational exposure. *J Can Med Assoc* 1990 ; 143 : 493-500.

<sup>20</sup> Zuger A, Miles S. Physicians, AIDS and occupational risk. Historic traditions and ethical obligations. *J Can Med Assoc* 1987 ; 258 : 1924-8.

<sup>21</sup> Freidson E. *La profession médicale*. Paris : Éds Payot (trad. fr.), 1984, 365 p.

ner un problème difficile à gérer, et même, constituer une barrière pour qu'ils s'engagent plus activement dans la collecte et la diffusion d'information sur ces traitements.

A travers ces notions de réduction et de limitation, c'est en définitive une insuffisance d'ouverture de l'Initiative que nous voulons souligner : insuffisance d'ouverture aux autres soignants, aux autres structures et aux autres enjeux (avantages et inconvénients) de la mise sous ARV. De ce fait, comme nous le remarquons précédemment, se trouvent posés les termes d'un dilemme : comment mettre en œuvre un programme « pilote » qui ne crée pas ou qui ne se fonde pas sur de telles limitations et de telles réductions, sachant :

- qu'une plus large implication et information de l'ensemble des personnels de santé est la condition d'une prise en charge efficace de l'infection à VIH ;

- que cette Initiative découle du constat que la prise en charge thérapeutique de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire est un problème de santé publique et un défi social, et non une situation ponctuelle et localisée ;

- que cette Initiative est censée poser les bases d'un accès plus large aux ARV, or les tendances observées au repliement et à la « réduction » des connaissances et des pratiques nous semblent augurer de difficultés plus graves encore dans l'hypothèse d'une seconde phase qui serait celle d'une généralisation de l'accès à ces traitements.

Un préalable pour sortir de ce dilemme consisterait à admettre que limiter l'accès effectif aux ARV à quelques structures (ce qui est le propre d'un projet pilote), non seulement n'exclut pas, mais au contraire, doit aller de pair avec une action d'envergure en direction de tous les soignants et de toutes les structures que les patients infectés par le VIH sont inévitablement amenés à côtoyer lors de leur démarche pour le test, le conseil, la recherche d'un traitement et enfin lors de leur suivi médical, psychologique ou social. Le caractère pilote d'une intervention ne saurait occulter le fait que le problème qu'elle se propose d'aborder, et peut-être de contrôler, a une double dimension de santé publique et sociale. D'une façon générale, cela suppose de prendre en compte « l'ordre social des choses » dont tout essai ou toute intervention thérapeutique ciblée est

le produit<sup>22</sup>. Concrètement, il est par exemple impératif de se pencher sur les politiques et les pratiques (ou les absences de politiques et de pratiques) d'accès au test dans un contexte où les pratiques de dépistage demeurent justement rares, tant chez les patients que chez les soignants<sup>23</sup> : la mise en place de traitements susceptibles d'améliorer l'ensemble du processus de prise en charge ne peut ignorer ce premier et essentiel volet que constitue la connaissance du statut sérologique<sup>24-26</sup>.

L'« ordre social des choses » est aussi constitué par une « culture » médicale du « non disponible »<sup>27</sup> qui, certes, n'est pas nouvelle dans les systèmes de soins des pays en développement, mais qui exige une attention particulière si l'on souhaite implanter des innovations thérapeutiques. Les innovations qui comprennent des nouveaux traitements entraînent aussi de nouvelles relations aux patients : ce sont les soignants eux-mêmes qui le montrent clairement, lorsqu'ils évoquent la difficulté pour les patients à informer leur partenaire, les demandes en ce sens de l'entourage ou l'ambiguïté de leur message d'espoir relatif aux ARV, compte tenu du fait que ces traitements demeurent difficilement accessibles. Il convient alors de préparer les soignants à ce nouveau « travail d'écoute », qu'ils ne rejettent pas *a priori* mais pour lequel ils ne sont pas toujours formés<sup>28</sup>. Ceci de façon à tendre vers une relation qui accepte à la fois un degré de « contrôle médical » et de « ré-

---

<sup>22</sup> Marks H. *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1999)*. Le Plessis Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, « Les empêchements de penser en rond », 1999 ; 352 p.

<sup>23</sup> Desgrées du Lou A. *Op. cit.*, note 10.

<sup>24</sup> ANRS/IMEA. *Initiative Internationale : « place des antirétroviraux dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH en Afrique »*. ANRS/IMEA, 1997 ; 73 p.

<sup>25</sup> Vidal L. L'annonce aux malades. Contextes et significations à partir d'exemples ivoiriens. In : Desclaux AC, Raynaud C, eds. *Le dépistage VIH et le conseil en Afrique du sud du Sahara*. Paris : Karthala, 1997 ; pp. 27-33.

<sup>26</sup> Desclaux A, Raynaud C. *Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au sud du Sahara*. Paris : Karthala, 1997 ; 326 p.

<sup>27</sup> Soyinka F. Most physicians in Africa usually work in a culture of « NA » which means « not available » - no water, no drug, no electricity, no oxygen. Physician's dilemma in the management of HIV/AIDS in Africa. In : Becker C, Dozon JP, Obbo C, Touré M, eds. *Vivre et penser le sida en Afrique*. Paris : Codesria/Karthala/IRD, 1999 ; pp. 265-71.

<sup>28</sup> Delaunay K. *Op. cit.*, note 3.

sistance » des patients<sup>29</sup> – par exemple autour des enjeux d'observance des traitements<sup>30,31</sup>.

Les innovations induites par l'arrivée de nouveaux traitements concernent enfin l'organisation de la prise en charge dans les structures sanitaires par la mobilisation des soignants non médecins et des membres bénévoles d'associations. Dans le contexte de pénurie – et tout au moins d'insuffisances de moyens – évoqué précédemment, le manque de personnel et la charge accrue de travail (qui appellent en eux-mêmes une réflexion et des solutions) doivent inciter à redoubler d'efforts pour établir une communication entre les soignants, qui est précisément mise à mal par ce contexte. Le fait que cette situation de non (ou de faible) communication pré-existe à l'arrivée des ARV ne doit pas servir d'alibi à la passivité dans ce domaine. Engager une réflexion, et des mesures concrètes, pour améliorer la collaboration entre acteurs du système de soins, tant dans chaque structure qu'entre les structures (ce qui implique inévitablement de consacrer des ressources aux échanges d'informations et de savoir-faire) manifesterait, au plan des responsables de l'Initiative en Côte d'Ivoire, une volonté de ne pas ignorer les contextes et les déterminants d'actions qui, aussi « ciblées » soient-elles sur une population limitée de malades, ne trouvent leur véritable raison d'être qu'à l'échelle de la santé publique.

---

<sup>29</sup> Gicourel A. *Op. cit.*

<sup>30</sup> Lerner BH. From careless conspuives to recalcitrant patients : the historical construction of noncompliance. *Soc Sci Med* 1997 ; 45 (9) : 1423-31.

<sup>31</sup> O'Connor B. *Healing traditions. Alternative medicine and the health professions*. Philadelphia : University of Philadelphia Press, 1995 : 161 p.