

Médecines alternatives, croyances et prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Gabon

Alternative medicine, beliefs, and management of people with HIV in Gabon

Yaba W.^{1,2}, Chippaux J.P.^{1,2}, Obiang-Ndong G.P.^{3,4}, Msellati P.⁵

¹ Université Pierre et Marie Curie, ED 393 de santé publique, 15 rue de l'École-de-Médecine, 75006 Paris

² Unité mixte de recherche 216, Santé de la mère et de recherche sur le paludisme, 4 avenue de l'Observatoire, 75006 Paris

³ Direction générale de la prévention du sida, Libreville, Gabon

⁴ Croix-Rouge gabonaise, Libreville, Gabon

⁵ UMI 233 TransVIHMI, IRD UCAD Dakar, Université de Montpellier I, Université de Yaoundé

Article accepté le 17/7/2013

Résumé. *Contexte.* Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 80 % de la population africaine a déjà eu recours au moins une fois à la médecine alternative pour des soins de santé primaire. Le Gabon est situé parmi les pays à prévalence élevée de l'infection à VIH, celle-là ayant été estimée à 5,2 % en 2011. Globalement, 22 253 personnes vivant avec le VIH (PVVIH), adultes et enfants, sont actuellement suivies, dont 9 976 sont sous ARV. *Objectif.* Décrire l'impact des médecines alternatives sur la prise en charge des PVVIH au Gabon. *Méthodologie.* Il s'agit d'une enquête transversale, descriptive, menée sur cinq mois en cumulé entre mai 2009 et septembre 2010, (1) d'une part chez des personnes vivant avec le VIH, âgées de plus de 18 ans, fréquentant certains centres de prise en charge et étant sous traitement ARV depuis au moins six mois, et ayant donné leur consentement ; (2) d'autre part auprès des médecins et soignants de ces centres. Nous avons procédé par la méthode d'échantillonnage aléatoire simple. Cette enquête s'est déroulée dans sept centres différents pour les PVVIH et les soignants, et huit centres distincts pour les médecins. Le recueil des données s'est fait avec le logiciel Epidata. Les analyses ont été faites sur SAS. *Résultats.* Parmi les 5 752 patients sous ARV suivis dans les sept sites concernés par l'enquête en 2009/2010, 422 PVVIH (dont 58,3 % de femmes) ont été enquêtées : 284 à Libreville (67,29 %) et 138 en provinces (32,71 %). Parmi ces PVVIH enquêtées, 90,5 % sont de confession chrétienne, dont 21,5 % issues des Églises chrétiennes, 5,7 % étant musulmans. Les 4 % restants correspondent aux patients déclarant qu'ils n'ont pas de religion. Il y a 12,5 % de médecins qui mettent leurs patients en relation avec des groupes spirituels ou religieux. Pour 29,2 % des PVVIH enquêtés (IC 95 %, 24,6-33,8 %), les ARV font disparaître le virus du sang (sans mesure de la charge virale) ($p < 0,001$). Les entretiens réalisés nous montrent que pour certaines PVVIH, les guérisseurs, par leurs prati-

ques, favorisent l'inobservance aux ARV. En outre, certaines PVVIH prônent une collaboration entre ces derniers et les médecins conventionnels. *Conclusion.* Notre étude a montré que la moitié des PVVIH ne connaissent pas les procédures de mise sous traitement ARV. Les croyances sur l'infection par le VIH/sida étaient très différentes selon que la PVVIH vit en province ou à la capitale. Enfin, le contexte culturel lié aux médecines alternatives, était très présent dans les itinéraires thérapeutiques des PVVIH au Gabon. Ainsi, si les PVVIH doivent facilement accéder aux ARV, leur association avec des médecines alternatives organisées et contrôlées pourrait être bénéfique.

Mots clés : médecines alternatives, accès aux soins, VIH/sida, croyances, santé publique, Gabon.

Correspondance : Yaba W
<wenceslas.yaba@paris7.jussieu.fr>

Abstract. *Background.* According to WHO, 80% of the population in Africa has used alternative medicine for primary health care at least once. Gabon continues to have a high prevalence of HIV, estimated in 2011 at 5.2%. Overall, 22 253 PLWHA (people living with HIV/AIDS) — adults and children — are being treated, including 9976 on ARVs (antiretroviral drugs). The procedures for ARV initiation are very long, ARVs are frequently out of stock, and treatment in care centers for PLWHA is stigmatized: all these factors favor the development of alternative medicine for HIV care in Gabon. *Objective.* To analyze the impact of alternative medicine in the treatment of PLWHA in Gabon. *Methodology.* This cross-sectional survey was conducted during a total of four months between May 2009 and September 2010 among PLWHA older than 18 years who had been receiving ARVs for at least 6 months and consented to participate (7 centers) and among physicians and

other caregivers of these centers (8 centers). We used a simple random sample method. Epidata software was used for data collection, and the analyses were performed with SASTM software. **Results.** Of the 5752 patients on ARVs followed at the 7 study sites, 422 PLWHA were interviewed (58.3% of them women): 284 (67.29%) in Libreville and 138 (38.7) in the provinces. Christians accounted for 90.5% (including 21.5% from Protestant evangelical churches), and Muslims for 5.68%, while 4% stated that they had no religion. 12.5% of doctors referred their patients to religious or spiritual groups. **Conclusion.** Our study showed

that half of PLWHA did not know the procedures for access to ARV treatment and that beliefs about HIV/AIDS differed strongly according to place of residence. Finally, the cultural context related to alternative medicine is very present in the PLWHA treatment settings in Gabon. Although PLWHAs have easy access to ARVs, their association with organized and controlled alternative medicine can be beneficial.

Key words: *alternative medicine, access to health care, HIV/AIDS, beliefs, public health, Gabon.*

En Afrique, les médecines alternatives et les croyances semblent avoir un impact important sur la prise en charge des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et sur les comportements de ces derniers face au traitement [1]. En Afrique subsaharienne, les plantes médicinales sont souvent utilisées comme traitement primaire du VIH [2], même si celles-là ont largement perdu de leur importance depuis l'arrivée des antirétroviraux (ARV). L'utilisation concomitante de médicaments à base de plantes et d'ARV est très répandue chez les patients infectés par le VIH [3-5]. D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [6], le recours aux médecines alternatives connaît un regain d'attention et d'intérêt dans le monde. En Afrique, 80 % de la population a encore recours au moins une fois aux médecines alternatives pour des soins de santé primaires [7].

Au Gabon, dans une enquête sur l'évaluation de la pauvreté, la Banque mondiale [8] faisait le constat qu'en milieu urbain comme en milieu rural, le coût élevé des soins et des médicaments (ou leur pénurie) poussait de nombreux malades à aller – ou à retourner – vers la pharmacopée alternative. Cet engouement des patients pour les médecines alternatives pourrait aussi s'expliquer par le sentiment, dans la population, d'une inefficacité de la médecine moderne à prendre en charge certaines pathologies qui relèveraient, selon les croyances, aussi bien de l'âme que de l'esprit. Cette omniprésence de la médecine traditionnelle au Gabon (centres urbains compris) contraste avec l'idée que le recours à des pratiques traditionnelles serait à peu près l'exclusivité des habitants de la campagne, dont les conditions de vie feraient obstacle à la rationalisation des pratiques et des croyances [9]. Les autorités gabonaises ont apporté à la médecine traditionnelle une reconnaissance officielle par l'ordonnance gouvernementale du 14 janvier 1995. Cette reconnaissance s'était déjà matérialisée par la création, en 1976, de l'Institut de pharmacopée et de médecine traditionnelle (Iphametra). Cet institut a été établi par le ministère de la Recherche scientifique et celui de la Santé du Gabon.

Sa première mission est de mettre en place une liaison et une coordination entre médecine moderne et médecine traditionnelle. Une étude gabonaise indique que les acteurs de la médecine moderne dénie aux médecines alternatives leur importance et parfois leur efficacité [10]. Le Programme de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) souhaite

évaluer à partir de 2013 l'efficacité des interventions pour sensibiliser les *ngangas*¹ à ces infections, notamment au VIH [11], et, à terme, la qualité de vie des personnes infectées par le VIH traitées par la médecine traditionnelle [12].

Le Gabon dispose actuellement de seize structures de prise en charge des PVVIH [13]. Le manque de ressources humaines favorise les recours aux médecines alternatives, avec des guérisseurs plus disponibles et des lieux de soins plus discrets (à la différence des structures sanitaires modernes et très stigmatisantes, car dédiées aux soins des PVVIH). Le Programme national gabonais de lutte contre le VIH attribue les trois quarts de la mortalité des PVVIH (2 400 décès en 2009) à l'usage des médecines alternatives [14], ce qui est un problème majeur de santé publique dans ce pays peu peuplé². Face à un problème de santé, les Gabonais consultent les guérisseurs, directement ou par l'intermédiaire d'un proche, et/ou l'une des nombreuses Églises chrétiennes – 288 sont enregistrés officiellement au Gabon en 2008.

Le Gabon, avec une prévalence du VIH estimée à 5 % en 2011, est toujours situé parmi les pays à prévalence élevée pour cette infection. Les données les plus récentes (2011) des centres de prise en charge indiquent que 22 253 PVVIH (adultes et enfants) sont actuellement suivies, dont 9 976 sont sous ARV. On estime à 46 000 [34 000-67 000] le nombre de personnes infectées par le VIH au Gabon. Les procédures de mise sous ARV, très longues, les ruptures de stocks d'ARV récurrentes, les discriminations, la stigmatisation dans les centres reconnus comme centres de prise en charge des PVVIH, sont des facteurs qui pourraient contribuer au développement des médecines alternatives dans le pays.

L'objectif de cette étude est de décrire l'impact des médecines alternatives sur la prise en charge des PVVIH au Gabon, afin de mieux cerner les facteurs permettant d'optimiser la qualité de cette prise en charge dans les centres de traitement, et de faire une comparaison entre les PVVIH suivies à la capitale et celles suivies en provinces.

¹ Devin guérisseur. *Maganga*, qui vient du verbe *tsogbo kangara*, « réchauffer », a donné *nganga*, « celui qui soigne ». Au départ, c'est celui qui a un don. Raponda-Walker André & Roger Sillans. 1962. *Rites et croyances des peuples du Gabon*. Paris : Présence Africaine

² Le Gabon a 1,6 million d'habitants, soit 5,7 hab/km², source Onusida : <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/gabon/>

Méthodologie

L'étude a été autorisée par le secrétariat général du ministère de la Santé et de l'Hygiène publique du Gabon en septembre 2008³.

Il s'agit d'une enquête transversale, descriptive, menée sur cinq mois cumulés entre mai 2009 et septembre 2010 chez des PVVIH âgées de 18 ans et plus⁴, fréquentant des centres de prise en charge du Gabon et étant sous traitement ARV depuis au moins six mois, ayant donné leur consentement. Pour assurer une équitable représentation des centres au niveau national, nous avons numéroté de 1 à 16 les structures de prise en charge des PVVIH au Gabon puis nous avons tiré au sort sept centres pour les PVVIH et les soignants, et huit centres pour les médecins. Trois populations cibles ont été enquêtées :

- les PVVIH à l'aide de questionnaires et d'entretiens semi-directifs,
- les médecins et les soignants (infirmières, aides-soignantes, techniciens de laboratoires, psychologue et sages-femmes) à l'aide de questionnaires,
- des médecins et des soignants rencontrés dans les différents centres de prise en charge à l'aide de questionnaires et d'entretiens.

Concernant les patients, les données suivantes ont été recueillies à l'aide de questionnaire à questions fermées : caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, données cliniques et médicales, données comportementales (sexualité, consommation d'alcool, usage du préservatif), évaluation par les patients de leur qualité de vie, capacité physique et données psychologiques, statut sérologique, soutien familial et associatif et données immunologiques.

Concernant les soignants, les principales données recueillies sont les suivantes : nombre de patients suivis et d'actes médicaux prescrits et effectués, dépistage et annonce du résultat, pratique et conduite en cas d'accident d'exposition au sang (AES), traitements prophylactiques, les conditions d'initiation du traitement antirétroviral, suivi des patients traités, caractéristiques sociodémographiques des médecins et soignants, formation et expérience dans le domaine du VIH, conditions de travail et attitudes envers les PVVIH.

Collecte des données

La collecte des données s'est faite, pour les trois populations enquêtées, par un questionnaire et des entretiens qualitatifs. Les questionnaires étaient remplis en face à face pour les patients ; les questionnaires ont été autoadministrés à 60 % pour les soignants et à 70 % pour les médecins, les autres étant complétés en face à face. Le taux d'acceptation du questionnaire était de 75 % chez les PVVIH et de 99 % chez les médecins et les soignants. L'évaluation par les patients de leur qualité de vie a été faite à partir de l'échelle SF-12⁵. Les conditions de travail et

les attitudes envers les PVVIH ont été mesurées selon le degré d'accord sur une échelle de Likert⁶ en cinq points (de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »).

Des entretiens ouverts ont eu lieu avec une partie des PVVIH et des soignants. Il s'agissait de recueillir des récits croisés des soignants et des patients. Ils se déroulaient pour les PVVIH à la fin du remplissage du questionnaire. Les entretiens ont duré en moyenne 20 min chez les PVVIH et 25 min chez les médecins et soignants.

Parmi les 422 PVVIH enquêtées dans notre étude, quarante et un ont été vues en entretiens. Vingt-trois parmi eux fréquentaient les Églises chrétiennes, et dix-huit les guérisseurs. Nous avons utilisé deux méthodes d'analyse : la méthode entretien par entretien et la méthode d'analyse thématique. Cela nous a permis de faire une sélection non exhaustive des entretiens que nous présentons. En outre, il faut noter que parmi les PVVIH enquêtées, certaines fréquentaient simultanément les pasteurs et les guérisseurs.

Analyses statistiques

Le recueil et le codage des données ont été réalisés avec le logiciel Epidata. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel SAS 9.2. Des tests du Chi-deux ont été effectués pour comparer les réponses aux questionnaires des patients habitant en province et ceux habitant dans la capitale pour les variables qualitatives. Un test de Student a été utilisé pour comparer la numération des CD4 dans ces deux groupes (capitale et province).

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques et sanitaires

Parmi les 5 752 PVVIH sous ARV suivis dans les sept sites concernés par l'enquête en 2009-2010, 422 ont été enquêtés (7,3 %), dont :

- 58,3 % de femmes,
- 284 à Libreville (67,29 %),
- 138 dans les provinces (32,71 %).

Les catégories socioprofessionnelles des PVVIH enquêtées :

- 29,9 % sans activités,
- 20,8 % de professions libérales (commerçants, entrepreneurs),
- 11,4 % d'ouvriers,
- 16,4 % d'employés,
- 12,8 % de fonctionnaires,
- 3,8 % d'étudiants et d'élèves,
- 5 % de retraités.

Parmi les PVVIH :

- 90,5 % étaient de confession chrétienne (*figure 1*) (dont 21,5 % issues des Églises chrétiennes, 41,2 % de catholiques et 28 % de protestants),
- 5,7 % des PVVIH sont musulmans,
- 4 % se déclarent sans religion.

³ Décision portant autorisation de recherche médicale N° 001074/MSHPFPF/SG/SGAQM du 19/09/2008.

⁴ Deux patients mineurs ont été inclus dans l'étude avec le consentement de leurs parents ou tuteurs.

⁵ Échelle de mesure de la qualité de vie des patients : Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-items short-form health survey (SF36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992 ; 30 : 473-4.

⁶ Une échelle de Likert est une échelle d'attitude comprenant 4 à 7 degrés par laquelle on demande à l'individu d'exprimer son degré d'accord ou de désaccord relatif à une affirmation.

Parmi les soignants : 12,5 % des médecins et 38,7 % des soignants (médecins et paramédicaux) déclaraient avoir mis les PVVIH reçues dans leur service en contact avec les groupes spirituels ou religieux.

Parmi les PVVIH, 51,7 % (*figure 1*) déclaraient ignorer les procédures d'accès aux ARV (l'initiative Access)⁷ et 47,5 % (IC 95 %, 42,2-52,8 %) déclaraient être dans cette initiative. Concernant les données immunologiques, 35 % des patients en provinces ont un taux de CD4 < 200 mm³ *versus* 26 % à Libreville (*figure 1*). Il y avait plus de PVVIH ayant un taux de CD4 > 500 mm³ en provinces que dans la capitale : 19 % *versus* 15 %. Enfin, il y avait davantage de PVVIH au stade C (sida) à Libreville : 30,3 % (*figure 1*).

Croyances et perceptions relatives aux traitements antirétroviraux des personnes vivant avec le VIH

Plusieurs résultats concernant ces croyances et ces perceptions sont significatifs. Le premier est que pour 29,2 % ($p < 0,001$) des PVVIH enquêtées, les ARV font disparaître le virus du sang (*tableau 1*) ; ils sont 44,7 % à le penser en provinces et 21,7 % à Libreville. Pour 71,6 % ($p < 0,0166$) des PVVIH enquêtées, les ARV « calment » le VIH ; ils sont 79,4 % à le penser en provinces pour 20,6 % dans la capitale. Enfin, 89,7 % des PVVIH enquêtées disent connaître les ARV et 82,8 % pensent que les ARV ralentissent la maladie. Dans notre étude, 60,7 % ($p < 0,0105$) des PVVIH ont parlé de leur maladie à un religieux (*tableau 1*).

Résultats concernant l'accès aux soins et les coûts

Dans notre étude, 20,1 % des PVVIH enquêtées déclarent qu'elles n'ont pas les moyens de payer le traitement ARV, car elles n'ont pas encore été incluses dans le programme Access. Elles sont obligées de payer le traitement ARV à prix coûtant. Il y a 51,7 % des PVVIH qui déclarent ignorer les procédures d'accès aux ARV (l'initiative Access).

Ainsi, 303 PVVIH de notre étude (soit 71,80 %) avaient acheté des médicaments dans une officine privée en ville en dehors des structures sanitaires publiques.

La moyenne des dépenses de santé pour 153 PVVIH de notre étude et qui ont eu recours à la médecine moderne a été de 62 427 francs CFA (FCFA) (environ 95 euros) lors du dernier épisode des infections opportunistes dû au VIH, alors que la moyenne des soins des PVVIH ayant eu recours à la médecine traditionnelle est de 27 510 FCFA, soit 40 euros.

Discussion

Nous avons relevé des limites dans notre étude. Le taux d'acceptation du questionnaire était de 75 % chez les PVVIH.

⁷ Initiative gabonaise d'accès aux ARV. L'initiative Access est une initiative conjointe de l'Onusida, de l'OMS, du PNUD, de la Banque mondiale et de sept laboratoires pharmaceutiques visant à l'accès aux traitements ARV des PVVIH par la mise à disposition à prix préférentiels de médicaments de spécialités dans les pays du Sud (Abbott Laboratories, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Gilead Sciences, Merck & Co., Inc. and F. Hoffmann-La Roche).

Nous avons enquêté environ 10 % des PVVIH sous traitements ARV au moment de l'étude, ce qui est significativement supérieur à la couverture thérapeutique que nous présentons. Toutes les PVVIH sous traitement de tous les centres n'ont donc pas été incluses.

L'impact fort des guérisseurs est dû au contexte culturel [15, 16], car pour la majorité des Gabonais on ne peut rien entreprendre sans au préalable consulter un guérisseur. Ainsi, que ce soit pour un bonheur ou un malheur, la cause de ces événements ne peut être efficacement justifiée que par le guérisseur. Les guérisseurs fournissent des soins personnalisés, axés sur le patient et culturellement appropriés, même si cela n'est pas adapté à toutes les pathologies et à toutes les situations sanitaires envisageables. Les PVVIH nouvellement dépistées pourraient être motivées, d'une part, par le besoin de retarder l'apparition des infections opportunistes, et d'autre part, par le contexte culturel local. En effet, pour les patients déjà sous ARV, ce recours consiste à éviter la stigmatisation liée à une présence régulière dans les centres de prises en charge et aussi à traiter les infections opportunistes. Par ailleurs, certains guérisseurs, comme le montrent nos entretiens, optent pour une « fidélisation » des malades, afin qu'ils ne « réfèrent à la médecine moderne » que quand leur état de santé est assez détérioré – ce qui pourrait favoriser la mortalité due au VIH. Cette mortalité est due au fait que les patients n'arrivent aux soins qu'après avoir passé beaucoup de temps dans ces officines, et reviennent avec un virus résistant aux anti-rétroviraux. Une observance du traitement de 95 % est nécessaire [17, 18]. Dans la plupart des pays africains, les guérisseurs sont souvent beaucoup plus nombreux que les médecins. Ils sont plus nombreux en zone rurale et dans les faubourgs autour des grandes cités. À Libreville, capitale du Gabon, l'activité des guérisseurs est non négligeable : il y a 228 guérisseurs pour quatorze pathologies traitées, soit un guérisseur pour 2 631 habitants [10]. Ce taux n'est pas loin de celui décrivant la médecine conventionnelle, qui est de 2 500 habitants pour 1 médecin à Libreville. Le chiffre est bien supérieur quand on s'intéresse à ce ratio pour l'ensemble du pays : les guérisseurs y sont plus présents, car proches de leurs outils de travail (les plantes médicinales, les écorces d'arbres et les animaux) ainsi que de leurs clients, et parce que l'offre de soins (médecine moderne) est moindre. Ils fournissent une grande réserve de ressources humaines accessible, disponible et peu coûteuse.

Sur l'ensemble des PVVIH enquêtées, 55,8 % affirment avoir vu un pasteur des Églises chrétiennes⁸, qui recommandent des « prières de délivrance », payantes et souvent présentées comme unique moyen de « guérison » du VIH. Ainsi, en plus d'indiquer que la prière de délivrance guérit définitivement du sida, ces pasteurs prescrivent aux fidèles de ne pas prendre les médicaments, décrits comme impurs et « pervertissant ». Deux concepts sont ici à l'œuvre : « la foi guérit tout » et la notion de « délivrance ». La délivrance est une séance de prière particulière, personnalisée et ciblée pour annihiler un mal précis. Cette pratique est tarifée et les tarifs sont affichés à l'entrée des « églises ». Les PVVIH suivies dans la capitale ont significativement plus fréquemment parlé de leur maladie à un religieux que

⁸ Églises chrétiennes : communautés chrétiennes à variante protestante.

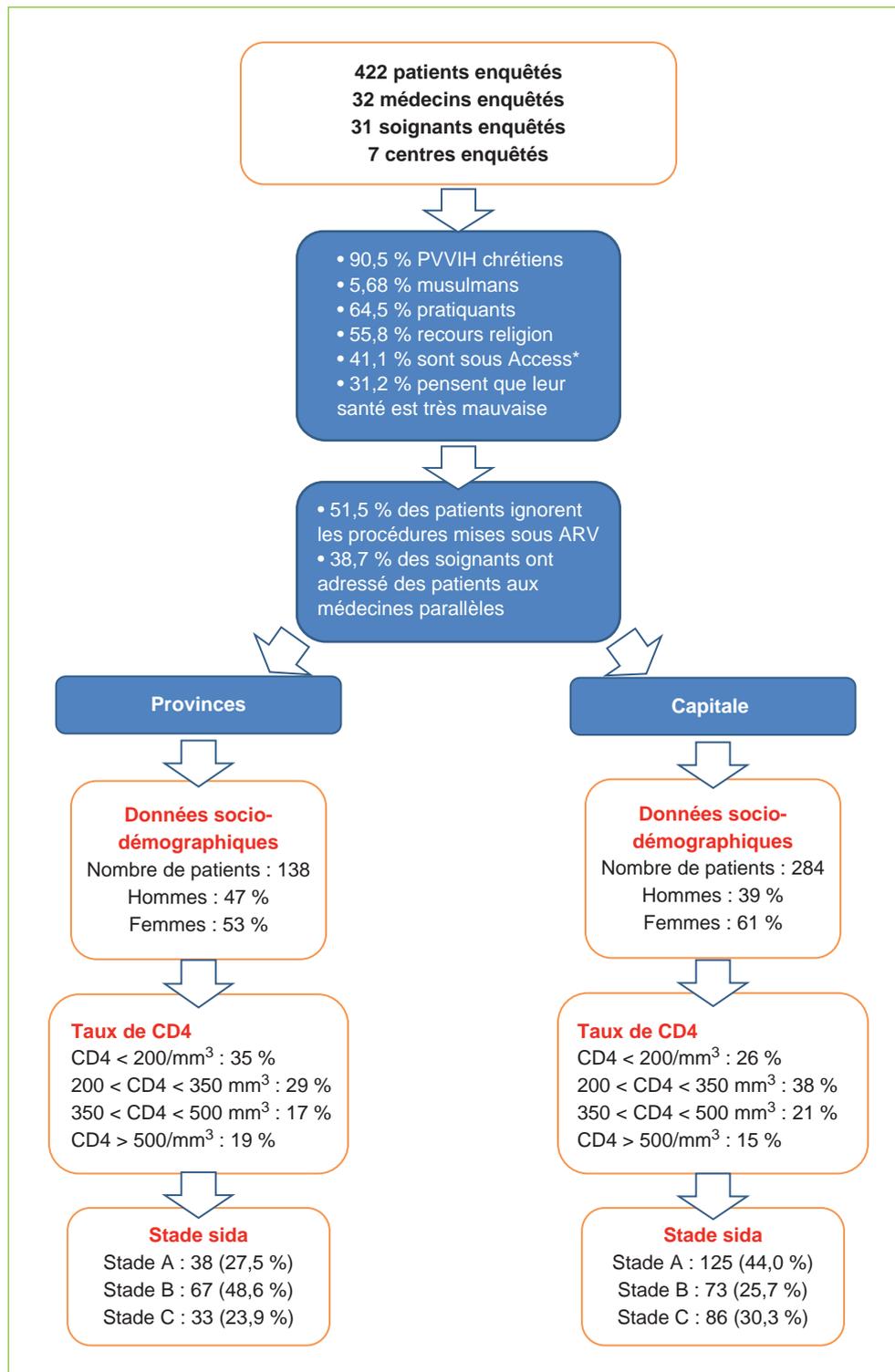


Figure 1. Données recueillies pour l'étude « organisation des soins et prise en charge des PVVIH au Gabon » (à Libreville et dans 3 provinces) de mai 2009 à septembre 2010.

Figure 1. Data collected for the study of the organization of care and management of PLWHIV in Gabon (in Libreville and 3 provinces) from May 2009 to September 2010.

Tableau 1. Caractéristiques des PVVIH concernant le volet perceptions du traitement ARV et croyances 2009/2010.

Table 1. Characteristics of PLWHIV related to ARV treatment and beliefs 2009/2010.

Variable	Total <i>n</i> = 422	Provinces <i>n</i> = 138	Capitale <i>n</i> = 284	P
CD4	314,1 [176,0 ; 410,0]	315,9 [172,0 ; 410,0]	313,2 [188,5 ; 411,0]	0,9026
PVVIH ayant rencontré les religieux	<i>n</i> = 389	<i>n</i> = 119	<i>n</i> = 270	0,0105
Oui	236 (60,7)	65 (54,6)	171 (63,3)	
Non	147 (37,8)	49 (41,2)	98 (36,3)	
Ne sait pas	6 (1,5)	5 (4,2)	1 (0,4)	
Les PVVIH disent connaître les ARV	<i>n</i> = 418	<i>n</i> = 137	<i>n</i> = 281	0,2887
Oui	375 (89,7)	126 (92,0)	249 (88,6)	
Non	43 (10,3)	11 (8,0)	32 (11,4)	
Pour les PVVIH les ARV calment le VIH	<i>n</i> = 402	<i>n</i> = 131	<i>n</i> = 271	0,0166
Oui	288 (71,6)	104 (79,4)	184 (67,9)	
Non	114 (28,4)	27 (20,6)	87 (32,1)	
Pour les PVVIH les ARV ralentissent la maladie	<i>n</i> = 407	<i>n</i> = 133	<i>n</i> = 274	0,5996
Oui	337 (82,8)	112 (84,2)	225 (82,1)	
Non	70 (17,2)	21 (15,8)	49 (17,9)	
Pour les PVVIH les ARV font disparaître le virus du sang	<i>n</i> = 404	<i>n</i> = 132	<i>n</i> = 272	< 0,001
Oui	118 (29,2)	59 (44,7)	59 (21,7)	
Non	285 (70,5)	72 (54,6)	213 (78,3)	
Ne sait pas	1 (0,3)	1 (0,8)	0 (0,0)	
Pour les PVVIH les ARV empêchent les infections	<i>n</i> = 403	<i>n</i> = 131	<i>n</i> = 272	0,6711
Oui	249 (61,8)	79 (60,3)	170 (62,5)	
Non	154 (38,2)	52 (39,7)	102 (37,5)	

celles des provinces – cela à cause d'une présence plus importante de ces Églises dans la capitale.

En termes d'accès aux soins et aux ARV, certaines PVVIH déclarent qu'ils n'ont pas les moyens de payer le traitement ou qu'ils ne sont pas inclus dans le programme Access. Ils sont néanmoins sous traitement car les procédures d'accès aux soins ont été effectuées par un proche ou par le personnel soignant. Pour d'autres, l'état de santé ne leur permettait pas de suivre eux-mêmes les procédures, notamment à cause des temps d'attente très longs à l'éligibilité aux traitements ARV. Au cours des entretiens présentés dans nos résultats, le recours aux médecines alternatives est souvent dû aux longues procédures de mises sous traitement, qui ne devraient plus exister si la gratuité des soins décidée par le gouvernement gabonais en juin 2012 avait été mise en œuvre totalement.

Ces achats se faisaient lors de l'apparition des infections opportunistes, mais aussi lors des fréquentes ruptures de stocks d'ARV, plus souvent observées en provinces que dans la capitale. Les guérisseurs proposent des « soins » dont le coût est, en moyenne, relativement bas par rapport aux tarifs des consultations et des actes médicaux hospitaliers.

Les personnes vivant avec le VIH/sida présentent une incertitude sur leur santé et leur avenir [19], qui favorise un attrait pour les médecines alternatives [20]. En outre, les PVVIH vivant en provinces connaissent mieux que celles vivant à Libreville, les ARV et leurs actions, notamment un ralentissement de la maladie et une protection vis-à-vis des infections. En revanche, les PVVIH vivant en provinces croient plus souvent que dans la capitale (de façon significative) que les ARV « calment » le VIH et font disparaître le virus du sang. Or, même avec une charge virale indétectable, le virus est toujours existant dans le sang [21, 22]. Ces itinéraires et ces solutions alternatives peuvent favoriser la mortalité liée au VIH. Les PVVIH reviennent

en majorité dans les centres de prise en charge avec des nombres de lymphocytes CD4 très bas, des charges virales très élevées et des scores de gravité de leur état de santé très préoccupants. Il faudrait que les médecins soient affectés proportionnellement aux différentes files actives, notamment dans la capitale où le plus grand centre compte trois médecins pour 10 200 PVVIH.

Notre étude a en outre permis de recueillir des données qualitatives concernant les itinéraires de soins des personnes vivant avec le VIH/sida.

L'une des PVVIH enquêtées a déclaré : « Dans les églises, les pasteurs nous disent que la foi guérit, chez les guérisseurs on nous dit les esprits vont agir et qu'il faut y croire. Beaucoup d'entre nous ne prennent pas régulièrement et correctement les médicaments à cause de cela. Mais ici, à l'hôpital, on constate que la majorité des sidéens qui meurent sont ceux qui ont arrêté leur traitement à cause des pasteurs et des "guérisseurs" ». Une autre PVVIH assure : « Au début de ma maladie, j'allais chez les guérisseurs pour prendre le bois sacré⁹, mais j'ai vu que

⁹ Le « bois sacré » est l'iboga (*Tabernanthe iboga*), petit arbuste de la famille des apocynacées qui se rencontre en Afrique dans la forêt équatoriale. Son usage est traditionnel dans certaines tribus africaines, notamment dans le rituel bwiti des Mitsogo du Gabon central et des Fangs, du nord du Gabon et du Cameroun où toute une mythologie de retour au pays des ancêtres s'est développée à partir de cette pratique. Cet arbre est utilisé dans la religion bwiti, dans laquelle il est l'Arbre de la connaissance dont la Bible parle. En France, la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires a publié le 7 avril 2010 son rapport annuel qui met en garde contre la recrudescence des pratiques spirituelles mal encadrées, notamment celles qui nécessitent l'absorption de plantes comme l'iboga. Depuis les premiers dérapages qui avaient causé en octobre 2008 la mort d'un homme en France, la plante a été classée comme stupéfiante par les autorités françaises. <http://www.droitdesreligions.net/miviludes/rapport2009.pdf>

cela n'avait pas d'effet. Je fréquentais aussi les pasteurs parce que Dieu c'est lui qui fait tout, même ce matin avant de venir ici j'étais à la réunion de prière. Mon pasteur a prié pour deux personnes et ces personnes sont guéries, ils ne prennent plus les médicaments, ils vont bien. Le pasteur me dit qu'il faut avoir la foi, car la foi guérit, elle déplace les montagnes. Avant, j'allais chez les guérisseurs, puisque j'étais initié au bwiti, l'ellombo, le djèmbè [rites initiatiques gabonais] et après j'ai renoncé à tout ça. Et puis j'avais constaté qu'en allant chez les guérisseurs, c'était une ouverture qui permettait aux sorciers de m'atteindre mystiquement. Quand j'ai appris mon statut, mon pasteur m'a dit que ce n'est peut-être pas un destin de Dieu. Comme tu pries l'Éternel, il faut arrêter de prendre les médicaments, le Seigneur n'aime pas les interférences ». Le sida a été parfois attribué à la sorcellerie, certains guérisseurs prétendent guérir la sorcellerie induite, comme l'infection à VIH [23]. Une PVVIH enquêtée à Port-Gentil dit : « Les guérisseurs ce sont des personnes sataniques. Le Seigneur a donné au pasteur la puissance pour prier pour les gens et enlever les maladies et les mauvais esprits au corps. Moi je suis guéri par le Seigneur, le pasteur me l'a dit. Souvent devant les gens à l'église, il prie pour moi en m'imposant les mains. Il y a des fois, je tombe par terre quand l'Esprit Saint rentre en moi et c'est à ce moment-là que la maladie sort de moi. Ça fait 10 ans que je fréquente l'église Nazareth, d'ailleurs avant je fumais, mais l'église Nazareth me l'a interdit et j'ai arrêté de fumer. On m'a transmis le sida mystiquement pour me tuer et bénéficier des bienfaits et des largesses de mes enfants qui tous ont commencé à travailler et à gagner leur vie. On veut me tuer, ce sont les sorciers ça effectivement c'est le sida mystique. »

Certaines plantes dans certains cas peuvent « guérir » ou plutôt approcher la guérison, comme c'est le cas en Ouganda [24]. Ainsi un patient enquêté en province nous a-t-il dit : « Le guérisseur m'avait fait une décoction d'écorces que je devais boire à la maison et cela avait pour rôle d'ajouter le sang dans le corps, et quand je la buvais ma peau s'éclaircissait. En saison sèche il m'arrive de déterrer la plante, le guérisseur m'avait permis cela et montré l'endroit où cette plante pousse. Il la prenait dans les marécages, cela pendant la saison sèche lorsque les eaux tarissent. Et en saison des pluies comme il y a les eaux ce n'est pas facile. En tout cas, c'était bien, je n'ai pas eu de problèmes avec cette plante. Il me disait d'aller aussi à l'hôpital en même temps et ça fait presque 1 an que je ne suis plus reparti le voir ».

Les entretiens nous révèlent qu'une bonne partie des PVVIH enquêtées vont directement chez les guérisseurs car ils se disent condamnés par leurs pratiques sexuelles à risques ou le décès d'un(e) partenaire suspecté(e) d'infection à VIH. L'un d'entre eux nous dit : « Je me suis fait initier bien avant la découverte de mon statut, car je suspectais déjà le sida, mais après la confirmation avec les vrais tests faits ici même, je ne suis plus reparti chez le guérisseur. Oui d'ailleurs voici mon premier guérisseur [il était assis parmi les PVVIH présentes qui attendaient le médecin], lui-même il est maintenant ici, je comprends maintenant pourquoi il me disait de venir à l'hôpital. Mon pasteur aussi est celui qui m'a encouragé à venir ici ». Le fait que le guérisseur ou le pasteur invite le patient à fréquenter les médecines modernes rassure ce dernier dans sa démarche

d'acceptation de la maladie et plus tard favorisera l'observance aux ARV.

Certaines études montrent le grand intérêt que les guérisseurs éprouvent à collaborer avec les équipes soignantes biomédicales, et elles prouvent que leurs activités sont durables, puisqu'ils assurent leurs propres revenus [25, 26]. Un guérisseur enquêté nous dit : « Je suis guérisseur, on est parti faire les recherches des médicaments de sida avec les gens de mon village dans la forêt, on cherchait les meilleures plantes et feuilles, mais hélas on n'a pas trouvé. Mon petit, si vraiment tous les guérisseurs du Gabon étaient unanimes, on aurait pu trouver le médicament du sida. Et puis si on se réunissait aussi avec ceux qui pratiquent la médecine des blancs, cela aurait été un plus. Mais aujourd'hui chacun vient, il ment, il dit qu'il soigne ». Le rôle des soignants sur la prise en charge des PVVIH et le recours aux médecines alternatives de ces derniers est non négligeable. Une patiente, lors d'un entretien dans le plus grand centre de prise en charge du Gabon, le centre hospitalier de Libreville, nous a dit : « Quand on m'avait fait le test j'avais très peur, à l'annonce j'étais vraiment triste mais pas effondrée car je savais qu'il y avait les médicaments, ma propre cousine m'avait avoué sa maladie il y a deux ans déjà et elle était normale. Mais là où j'ai paniqué car j'avais déjà trop le paludisme qui ne guérissait pas et les boutons au corps, c'est quand il fallait attendre pour avoir le médicament. Il faut d'abord voir une psychologue, elle est seule et chaque jour on est au moins quarante à devoir la voir, ensuite il y a au moins trois commissions pour fixer le montant qui t'est affecté pour payer les médicaments car c'est par rapport à ce que tu gagnes qu'on va te classer. C'est après tout ça seulement que tu dois te faire enregistrer toi-même à la pharmacie de ton CTA [centre de traitement ambulatoire] et attendre qu'on te programme pour venir prendre les médicaments. Mais avant il faut d'abord avoir la chance de voir le médecin pour qu'il te donne l'ordonnance que tu vas présenter à la pharmacie. J'ai vécu la mort d'un jeune homme qui avait su qu'il avait le sida le même jour que moi. En fait après tout le long circuit pour avoir les médicaments, le jour où il est allé avec l'ordonnance à la pharmacie, il n'y avait pas de médicaments on lui avait dit qu'il y avait rupture et de revenir dix jours après, et il n'est plus revenu. Ses parents l'ont ramené un matin au CTA, trois mois après à peu près, j'ai eu du mal à le reconnaître tellement il avait changé. Les infirmières l'ont mis directement sous perfusion et pendant que j'attendais le docteur, vers 14 heures il est décédé. J'avais eu vraiment très mal et très peur pour moi de le voir mourir, car moi j'avais eu de la chance, pendant que j'attendais les médicaments du CTA, j'étais allée voir mon oncle qui est guérisseur, il me soignait mes fièvres et mon zona ».

Sur les quarante et une PVVIH vues en entretien, une trentaine nous montre que la médecine traditionnelle et les Églises chrétiennes ont un impact réel sur la prise en charge des PVVIH.

Les Églises chrétiennes influent sur le choix fait par certaines PVVIH de surseoir à la fréquentation des centres de soins conventionnels. Dans notre étude, la majorité des PVVIH ont parlé de leur maladie à un religieux (tableau 1), ce qui montre l'importance de l'influence de ces derniers sur les orientations thérapeutiques de leurs fidèles infectés par le VIH/sida.

Concernant les guérisseurs, ces entretiens montrent que, si certains ne favorisent pas l'accès à la médecine moderne, d'autres proposent néanmoins une mutualisation de leurs efforts vers la recherche des traitements mieux aboutis. Ainsi, il arrive qu'ils suggèrent aux PVVIH d'associer les deux thérapies (modernes et alternatives).

Enfin, les PVVIH qui fréquentent les Églises chrétiennes et les guérisseurs arrivent tardivement dans les centres de prise en charge, souvent après un long itinéraire thérapeutique ; cependant, ils sont suivis avec les mêmes critères que ceux inclus dans les différentes files actives et avec la même vigilance que les autres.

Conclusion

Notre étude montre que la moitié des PVVIH ne connaissent pas les procédures de mise sous traitement ARV. Les croyances sur l'infection par le VIH/sida sont très différentes selon que les personnes vivent en province ou à Libreville. Enfin, le contexte culturel lié aux médecines alternatives était très présent dans les itinéraires thérapeutiques des PVVIH.

Il serait souhaitable que les médecins indiquent aux patients que, tout en étant observant aux ARV, ils peuvent s'ils le souhaitent fréquenter les médecines alternatives. Aussi bien, des études montrent une utilisation régulière et concomitante des deux types de traitements [27]. En outre, les interactions entre médecines traditionnelles et ARV se sont dans certains cas avérées peu envisageables et une certaine prudence devrait être de mise [28-30]. L'utilisation des deux thérapies est de plus en plus préconisée. Pour cela, il faudrait que l'Iphametra propose aux médecins une liste de guérisseurs reconnus et éligibles. Il serait donc opportun de mettre en place un cadre légal, permettant l'identification des guérisseurs, des pasteurs impliqués et formés dans la prise en charge des PVVIH. Les recherches sur les interactions entre la médecine alternative et les ARV sont certes rares [31]. Dans un premier temps une évaluation systématique des remèdes et leur conditionnement, par des toxicologues et anthropologues qui composent cet institut est nécessaire. Les médecins des centres de prise en charge pourront par exemple consulter cette dite liste pour vérifier si à l'issue de l'entretien avec la PVVIH, ce dernier lui indique qu'il fréquente un guérisseur. Cette procédure pourrait être appliquée pour les pasteurs qui sont depuis peu organisés en comités par province. Sans faire de ces guérisseurs des « néomédecins », il faudrait les former sur l'importance des antirétroviraux pour la santé des personnes qu'ils reçoivent dans leurs « cabinets ». Mais aussi sur plusieurs aspects du traitement de l'infection à VIH pour organiser la complémentarité, qui ne passe pas forcément par des phytothèmes. Ces formations organisées par provinces par les médecins des centres de prise en charge. Elles auront pour objectif de leur présenter l'efficacité des ARV, les conséquences sur l'inobservance par les PVVIH, leur parler de l'ensemble des infections opportunistes et aussi les pathologies à forte mortalité et en particulier sur l'infection par le VIH [32]. Ces différents acteurs de soin, pourraient aider les médecins qui ne font plus de médecine de qualité [33] car confrontés à des files actives énormes. Ils pourront à terme être des agents d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC) pour les PVVIH.

Conflits d'intérêt : aucun.

Références

1. Kayombo EJ, Uiso FC, Mahunnah RL. Experience on healthcare utilization in seven administrative regions of Tanzania. *J Ethnobiol Ethnomed* 2012 ; 8 : 5.
2. Otang WM, Grierson DS, Ndip RN. Phytochemical studies and antioxidant activity of two South African medicinal plants traditionally used for the management of opportunistic fungal infections in HIV/AIDS patients. *BMC Complement Altern Med* 2012 ; 12 : 43. doi: 10.1186/1472-6882-12-43.
3. Namuddu B, Kalyango JN, Karamagi C, et al. Prevalence and factors associated with traditional herbal medicine use among patients on highly active antiretroviral therapy in Uganda. *BMC Public Health* 2011 ; 11 : 855.
4. Meel BL. HIV/AIDS and traditional healers: a blessing in disguise. *Med Sci Law* 2010 ; 50 : 154-5.
5. Awodele O, Olayemi SO, Adeyemo TA, Sanya TA, Dolapo DC. Use of complementary medicine amongst patients on antiretroviral drugs in an HIV treatment centre in Lagos, Nigeria. *Curr Drug Saf* 2012 ; 7 : 120-5.
6. Organisation mondiale de la santé. Médecine traditionnelle : besoins croissants et potentiels, perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005 Genève.
7. Observatoire de la santé en Afrique. Médecine traditionnelle. Revue du bureau régional de l'OMS pour l'Afrique 2003.
8. Banque mondiale. Gabon-Etude sur la pauvreté. Washington (DC) : Banque mondiale, 1996.
9. Hess RF, Mbavu M. HIV/AIDS fatalism, beliefs and prevention indicators in Gabon: comparisons between Gabonese and Malians. *Afr J AIDS Research* sept 2010 ;.
10. Makita-Ikouaya E, Milleliri JM, Rudant JP. Place de la médecine traditionnelle dans le système de soins des villes d'Afrique subsaharienne : le cas de Libreville au Gabon. *Cahiers Santé* 2010 ; 20 : 179-88.
11. Sorsdahl K, Ipsier JC, Stein DJ. Interventions for educating traditional healers about STD and HIV medicine. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 ; 4 : CD007190.
12. Sebit MB, Chandiwana SK, Latif AS, et al. Quality of life evaluation in patients with HIV-1 infection: the impact of traditional medicine in Zimbabwe. *Cent Afr J Med* 2000 ; 46 : 208-13.
13. Guide de prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Gabon, édition 2010 p23Rapport 2009 du Programme de Lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles.
14. Muoghalu CO, Jegede SA. The role of cultural practices and the family in the care for people living with HIV/AIDS among the Igbo of Anambra State, Nigeria. *Soc Work Health Care* 2010 ; 49 : 981-1006.
15. Foote-Ardah CE. Sociocultural barriers to the use of complementary and alternative medicine for HIV. *Qual Health Res* 2004 ; 14 : 593-611.
16. de Jong MD, de Boer RJ, de Wolf F, et al. Overshoot of HIV-1 viraemia after early discontinuation of antiretroviral treatment. *AIDS* 1997 ; 11 : F79-84.
17. Mouala C, Roux P, Okome M, et al. Assessment of compliance with ARV treatment in Africa. *Med Trop* 2006 ; 66 : 610-4.
18. Anita Hardon, Alice Desclaux, Marc Egrot, Emmanuelle Simon, Evelyne Micollier, Margaret Kyakuwa. Alternative medicines for AIDS in resource-poor settings: Insights from exploratory anthropological studies in Asia and Africa. *J Ethnobiol Ethnomed* 2008 ; 4 : 16.
19. Babb DA, Pemba L, Seatlanyane P, Charalambous S, Churchyard GJ, Grant AD. Use of traditional medicine by HIV-infected individuals in South Africa in the era of antiretroviral therapy. *Psychol Health Med* 2007 ; 12 : 314-20.
20. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New Engl J Med* 2011 ; 365 : 493-505.
21. Marcelin A-G, Tubiana R, Lambert-Niclot S, et al. Detection of HIV-1 RNA in seminal plasma samples from treated patients with undetectable HIV-1 RNA in blood plasma. *AIDS* 2008 ; 22 : 1677-9.
22. Plummer ML, Mshana G, Wamoyi J, et al. 'The man who believed he had AIDS was cured': AIDS and sexually-transmitted infection treatment-seeking behaviour in rural Mwanza, Tanzania. *AIDS Care* 2006 ; 18 : 460-6.
23. Lamorde M, Tabuti JR, Obua C, et al. Medicinal plants used by traditional medicine practitioners for the treatment of HIV/AIDS and related conditions in Uganda. *J Ethnopharmacol* 2010 ; 130 : 43-53.
24. Kange'ethe SM. Traditional healers as caregivers to HIV/AIDS clients and other terminally challenged persons in Kanye community home-based care programme (CHBC), Botswana. *Sabara J* 2009 ; 6 : 83-91.

25. Faye A, Traore AT, Wone I, Ndiaye P, Tal-Dia A. [Traditional healers in the fight against HIV/AIDS infection in the health district of Fada N'Gourma (Burkina Faso)]. *Med Trop* 2010 ; 70 : 96-7.
26. Lamorde M, Byakika-Kibwika P, Merry C. Pharmacokinetic interactions between antiretroviral drugs and herbal medicines. *Br J Hosp Med (Lond)* 2012 ; 73 : 132-6.
27. Müller AC, Patnala S, Kis O, Bendayan R, Kanfer I. Interactions between phytochemical components of *Sutherlandia frutescens* and the anti-retroviral, atazanavir in vitro: implications for absorption and metabolism. *J Pharm Pharm Sci* 2012 ; 15 : 221-33.
28. Müller AC, Kanfer I. Potential pharmacokinetic interactions between antiretrovirals and medicinal plants used as complementary and African traditional medicines. *Biopharm Drug Dispos* 2011 ; 32 : 458-70. doi: 10.1002/bdd.775.
29. Walubo A. The role of cytochrome P450 in antiretroviral drug interactions. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 2007 ; 3 : 583-98.
30. Langlois-Klassen D, Kipp W, Jhangri GS, Rubaale T. Use of traditional herbal medicine by AIDS patients in Kabarole District, western Uganda. *Am J Trop Med Hyg* 2007 ; 77 : 757-63.
31. Sorsdahl K, Ipser JC, Stein DJ. Interventions for educating traditional healers about STD and HIV medicine. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 ; 4 : CD007190.
32. Junod A. La médecine qualitative à la portée de tous ? *Rev Med Suisse* 2009 ; 5 : 149.



Église orthodoxe, lac Tana (Éthiopie) © F Augey