



Le Fromager

Revue des Sciences humaines
et sociales, Lettres, Langues
et Civilisations

Fréquence :

TRIMESTRIELLE

ISSN-L : 3079-8388

ISSN-P : 3079-837X

Editeur :

**UFR/Lettres et Langues de l'Université Alassane
Ouattara (Bouaké, Côte d'Ivoire)**

WWW.REVUEFROMAGER.NET

ADMINISTRATION ET RÉDACTION

Directeur de publication

DANHO Yayo Vincent
Maître de Conférences
Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)

Secrétaire de la rédaction

KOUAMÉ Arsène

Web Master

KOUAKOU Kouadio Sanguen
Assistant, Ingénieur en informatique, Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)

Comité scientifique

ALLOU Kouamé René, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny
ASSI-KAUDJHIS Joseph Pierre, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
BA Idrissa, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop
BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
BATCHANA Essohanam, Professeur titulaire, Université de Lomé
CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
COULIBALY Amara, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
FAYE Ousseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop
GOMA-THETHET Roal, Maître de conférences, Université Marien N'Gouabi de Brazzaville
GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches, CNRST, Ouagadougou
KAMATE Banhouman André, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny
Klaus van EICKELS, Professeur titulaire, Université Otto-Friedrich de Bamberg (Allemagne)
KOUASSI Kouakou Siméon, Professeur titulaire, Université de San-Pedro
LATTE Egue Jean-Michel, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
N'GUESSAN Mahomed Boubacar, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny
NGAMOUNTSIKA Edouard, Professeur titulaire, Université Marien N'Gouabi de Brazzaville
NGUE Emmanuel, Maître de conférences, Université de Yaoundé I
N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Université Marien N'Gouabi de Brazzaville
SANGARE Abou, Professeur titulaire, Université Peleforo Gbon Coulibaly

SANGARE Souleymane, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop

Comité de rédaction

ALLABA Djama Ignace, Maître de Conférences, Etudes Germaniques, Université Félix Houphouët-Boigny

DJAMALA Kouadio Alexandre Histoire, Assistant, Université Alassane Ouattara

EBA Axel Richard, Maître-Assistant, Lettres Modernes, Université Alassane Ouattara

KONÉ Kpassigué Gilbert, Maître-Assistant, Histoire, Université Alassane Ouattara

KOUAME N’Founoum Parfait Sidoine, Maître-Assistant, Histoire, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d’Ivoire)

KOUAMENAN Djro Bilestone Roméo, Maître-Assistant, Histoire, Université Alassane Ouattara

KOUASSI Koffi Sylvain, Assistant, Lettres Modernes, Université Alassane Ouattara

MAWA-Clémence, Chargée de cours, Université de Bamenda

N’SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Marien N’gouabi de Brazzaville

OULAI Jean-Claude, Professeur titulaire, Communication, Université Alassane Ouattara

OZOUKOU Koudou François, Maître-Assistant, philosophie, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d’Ivoire

Comité de lecture

ALLABA Djama Ignace, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny

BA Idrissa, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop

BRINDOUMI Atta Kouamé Jacob, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

COULIBALY Amara, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

DEDE Jean Charles, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara

DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

DIARRASOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara

DJAMALA Kouadio Alexandre, Assistant, Université Alassane Ouattara

EBA Axel Richard, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara

FAYE Ousseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop

GOMA-THETHET Roval, Maître de conférences, Université Marien N’Gouabi de Brazzaville

GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches, CNRST, Ouagadougou

KOUAME N’Founoum Parfait Sidoine, Maître-Assistant, Université Peleforo Gon Coulibaly

KOUASSI Koffi Sylvain, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara

MAWA -Clémence, Chargée de cours, Université de Bamenda

N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Marien N'Gouabi de Brazzaville

N'GUESSAN Konan Parfait, Maître-Assistant, Histoire, Université Félix Houphouët-Boigny

NGAMOUNTSIKA Edouard, Professeur titulaire, Université Marien N'Gouabi de Brazzaville

NGUE Emmanuel, Maître de conférences, Université de Yaoundé I

OZOUKOU Koudou François, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara, Bouaké

SANOGO Lamine Mamadou, Directeur de recherches, CNRST, Ouagadougou

SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop

POLITIQUE ÉDITORIALE

Le Fromager est une revue internationale qui fournit une plateforme aux scientifiques et aux chercheurs du monde entier pour la diffusion des connaissances en sciences humaines et sociales et domaines connexes. Les articles publiés sont en accès libre et, donc, accessibles à toute personne.

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

Le Fromager n'accepte que des articles inédits et originaux en français ou en anglais. Les articles publiés n'engagent que leurs auteurs.

Le manuscrit est remis à deux rapporteurs au moins, choisis en fonction de leur compétence dans la discipline. Le secrétariat de rédaction communique aux auteurs les observations formulées par le Comité de lecture ainsi qu'une copie du rapport, si cela est nécessaire. Dans le cas où la publication de l'article est acceptée avec révisions, l'auteur dispose alors d'un délai — d'autant plus long que l'article sera parvenu plus tôt au secrétariat pour remettre la version définitive de son texte.

Les auteurs sont invités à respecter les délais qui leur seront communiqués, sous peine de voir la publication de leurs travaux repoussée au numéro suivant.

1. Structure de l'article

Pour un article qui est une contribution théorique et fondamentale : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Fonction, Grade, Institution d'attache, Adresse électronique, Résumé en Français [200 mots maximum], Mots clés [5 mots maximum] ; Titre en Anglais, Abstract, Keywords ; Introduction (justification du thème, problématique, hypothèses/objectifs scientifiques, approche méthodologique), Développement articulé, Conclusion, Bibliographie.

Pour un article qui résulte d'une recherche de terrain : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Fonction, Grade, Institution d'attache, Adresse électronique, Résumé en Français [200 mots au plus], Mots clés [5 mots au plus] ; Titre en Anglais, Abstract, Keywords ; Introduction, Méthodologie, Résultats et Discussion, Conclusion, Bibliographie.

2. Longueur de l'article

Quelle que soit la nature de l'article, sa longueur maximale, incluant aussi bien le texte principal que les résumés, les notes et la documentation, doit être comprise **entre 5000 et 8000 mots**.

3. Formats d'enregistrement et d'envoi

Tous les articles doivent nous parvenir obligatoirement en version numérique.

Texte numérique (Word et PDF)

3.1 Traitement de texte

La saisie de l'article doit être effectuée avec traitement de texte Word, obligatoirement en **police Garamond de taille 12, interligne simple (1)**.

La mise en forme (changement de corps, de caractères, normalisation des titres, etc.) est réalisée par l'équipe éditoriale de la revue. Les césures manuelles, le soulignement, le retrait d'alinéa ou de tabulation pour les paragraphes sont proscrits. Une ligne sera sautée pour différencier les paragraphes.

Pour la ponctuation, les normes sont les suivantes : un espace après (.) et (,) ; un espace avant et après (;), (:), (?), et (!). Les signes mathématiques (+, —, etc.) sont précédés et suivis d'un espace.

L'utilisation des guillemets français (« ») doit être privilégiée. Les guillemets anglais (" ") ne doivent apparaître qu'à l'intérieur de citations déjà entre guillemets.

Les chiffres incorporés dans le texte doivent être écrits en toutes lettres jusqu'au nombre cent. Au-delà, ils le seront sous forme de chiffres arabes (101, 102, 103...)

Les siècles doivent être indiqués en chiffres romains (I, II, III, IV, X, XX).

Les appels de note doivent se situer avant la ponctuation.

3.2. Le texte imprimé

Le texte comporte une marge de 2,5 cm sur les quatre bords. L'auteur peut faire apparaître directement les enrichissements typographiques ou avoir recours aux codes suivants : 1 trait : italiques 2 traits : capitales (majuscules) 1 trait ondulé : caractères gras. Le texte sera paginé.

4. Pagination

Le document est paginé de la page de titre aux références bibliographiques. Cette pagination sera continue sans bis, ter, etc.

5. Références bibliographiques

S'assurer que toutes les références bibliographiques indiquées dans le texte, et seulement celles-ci s'y trouvent. Elles doivent être présentées selon les normes suivantes :

5.1. Bibliographie

– Pour un ouvrage :

PICLIN Michel, 2017, *La notion de transcendance : son sens, son évolution*, Paris, Armand Colin.

– Pour un article de périodique :

IGUE Ogunsola, 2010, « Une nouvelle génération de leaders en Afrique : quels enjeux ? », *Revue internationale de politique de développement*, vol. 1, No. 2, p. 119-138.

– Pour un article dans un ouvrage :

ZARADER Marlène, 1981, « Être et Transcendance Chez Heidegger », in Martin KAPPLER (dir.), *Métaphysique et Morale*, Paris, L'Harmattan, p. x-y.

– Pour une thèse :

OLEH Kam, 2008, « Logiques paysannes, logiques des développeurs et stratégies participatives dans les projets de développements ; l'exemple du projet Bad-Ouest en Côte d'Ivoire », Thèse unique de doctorat, Institut d'Ethnologie, Université Cocody, Côte D'Ivoire.

5.2. Sources

– Pour les sources écrites :

Nom de la structure conservant le document (Centre d'archives), fonds, carton ou dossier, titre du document, année (exemple : GGAEF — 4 (1) D39 : Rapport annuel d'ensemble de la colonie du Gabon, en 1939).

– Pour les sources orales :

Nom(s) et prénom(s) de l'informateur, numéro d'ordre, date et lieu de l'entretien, sa qualité et sa profession, son âge et/ou sa date de naissance.

6. Références et notes

6.1. Appel de référence

Dans le texte, l'appel à la référence bibliographique se fait suivant la méthode du premier élément et de la date, entre parenthèses. En d'autres termes, les références des ouvrages et des articles doivent être placées à l'intérieur du texte en indiquant, entre parenthèses, le nom de l'auteur précédé de l'abréviation de son prénom, l'année et/ou la (les) page(s) consulté(es), suivis de deux points. Exemple : (A. Koffi, 2012 : 54-55).

Si plusieurs références existent dans la même année pour un même auteur, faire suivre la date de a, b, etc., tant dans l'appel que dans la bibliographie : (A. Koffi, 2012a).

À partir de trois auteurs, faire suivre le premier auteur de et *al.* : (K. Arnaud et *al.* 2010). Quand il est fait appel à plusieurs références distinctes, on séparera les différentes références par un point-virgule (;) : (E. Kedar, 1978, 1989 ; E. Zadi, 1990).

6.2. Références aux sources

Les références aux sources (orales ou imprimées) doivent être indiquées en note de bas de page selon une numérotation continue.

6.3. Notes de bas de page

Les explications ou autres développements explicitant le texte doivent être placés en notes de bas de page correspondante (sous la forme : 1, 2, 3, etc.). Ces notes infra-paginales doivent être exceptionnelles et aussi brèves que possible.

6.4. Citations

Le texte peut comporter des citations. Celles-ci doivent être mises en évidence à partir de lignes ; retrait gauche et droite en interligne simple, en italique et entre guillemets.

– Les **citations courtes** (1, 2 ou 3 lignes) doivent être entre guillemets français à l'intérieur des paragraphes en police 12, interligne simple.

– Les **citations longues** (4 lignes et plus) doivent être sans guillemets et hors texte, avec un retrait de 1 cm à gauche et interligne simple.

– Les **Crochets** : Mettre entre crochets [] les lettres ou les mots ajoutés ou changés dans une citation, de même que les points de suspension indiquant la coupure d'un passage [...].

7. Les documents non textuels

7.1 Illustrations

L'ensemble des illustrations, y compris les photographies, doit impérativement accompagner la première expédition de l'article. En plus de chaque original, l'auteur fournira une copie aux dimensions souhaitées pour la publication : pleine page, demi-page, sur une colonne, etc. Au dos seront portés le nom du ou des auteurs, le numéro de la figure, l'indication du haut de l'illustration.

La justification maximale est de 120 mm de largeur sur 200 mm de hauteur pour une illustration pleine page. Les textes portés sur les illustrations seront en Garamond.

7.2 Dessins originaux

Ils seront soit tracés à l'encre de Chine, soit issus de traitement informatique imprimé dans de bonnes conditions. Dans ce dernier cas, on évitera les trames dessinées. Pour les objets lithiques, les croquis dits « schémas diacritiques » gagneront à être accompagnés des dessins traités en hachures valorisantes qui, eux, montrent la morphologie technique.

7.3 Documents photographiques

Les documents doivent être parfaitement nets, contrastés et être fournis sous forme de fichier numérique ; enregistrés pour « PC » (Photoshop ©/niveaux de gris 300 ppi ou bitmap 600 ppi/Tiff/taille de publication dans Illustrator © ou tout autre logiciel de dessin vectoriel/EPS/textes vectorisés).

7.4 Tableaux

La revue n'assure pas la composition des tableaux. Ils devront être remis sous forme de fichiers Acrobat © PDF (print/niveau de gris/taille de publication/300dpi) ou Illustrator © (EPS/niveau de gris/taille de publication/300dpi), respectant la justification et la mise en pages de la revue. Privilégier les fontes Garamond.

7.5 Échelles

Aussi souvent que possible, la représentation grandeur nature sera recherchée. Lorsque la réduction s'impose, l'auteur aura soin de prévoir une échelle de réduction constante pour une même catégorie de vestiges. Pour chaque carte ou plan, l'auteur donnera une échelle graphique, ainsi que la direction du Nord. Pour les objets dessinés ou photographiés, une échelle, si possible constante, accompagnera chaque pièce ou ensemble de pièces.

7.6 Titres des illustrations, photos et tableaux

Toutes les illustrations, toutes les photos et tous les tableaux doivent avoir des titres. Ces titres sont obligatoirement placés en dessous des illustrations, des photos ou des tableaux.

7.7 Légendes

L'auteur accordera un soin particulier à la qualité des légendes. Les illustrations, les photos, les tableaux et leurs légendes constituent souvent le premier contact du lecteur avec l'article. Les légendes doivent être placées en dessous des titres.

7.8 Appels des illustrations, photos et tableaux

Dans le texte, l'auteur doit obligatoirement indiquer l'appel aux illustrations, photos ou tableaux. Cet appel doit être en chiffres arabes : (fig. 1), (tabl. 2), (pl. 3 - fig. 4), etc.

Site internet de LE FROMAGER : <https://revuefromager.net/>
L'équipe éditoriale

SOMMAIRE

Aïkpa Benjamin DIOMAND

Concentration du capital chez Marx et réflexion sur l'écosystème des petites et moyennes entreprises et des petites et moyennes industries africaines 9-22

Akpolé Koffi Daniel YAO, Rosine Cinthia GAHÉ-GOHOUN

La responsabilité face à la captivité de l'être : enquête sur l'éthique lévinassienne 23-34

Albert DJIDOHOKPIN, LANHA Magloire

Prise en compte de l'approche genre dans la scolarisation des filles au cours secondaire dans le département de l'Atacora en République du Bénin 35-47

Alima NTAINTIE

Appropriation et pérennisation des projets de développement local au Cameroun : entre défis institutionnels et participation citoyenne. Le cas du Programme National de Développement Participatif (PNDP) dans le département du Noun (2004-2024) 48-61

Arsène N'guessan KOUADIO, Pierre Anvo AYEMOU, Arsène Géthème Attoukora KOUADIO

Transition urbaine et polarisation des défis de l'assainissement à l'aide des SIG à Méagui (Sud-Ouest de la Côte d'Ivoire) 62-78

Barnabé Cossi HOUEDIN

Relogement post-dégueerpissement et marginalité urbaine : étude de cas à Abidjan 79-106

Constant Cyrille MAMPOUMA MBERI

Transversalité de la question du beau dans la métaphysique chez Platon 107-122

Datté Anderson KOUADIO, Atsé Calvin YAPI, LemissaYann Kersen KOFFI

Dégradation de la voirie et les pratiques de mobilité urbaine à Toumodi (Côte d'Ivoire) 123-140

Diadjim ZANRE

Le développement de la culture du haricot vert dans la province du Bam au Burkina Faso de 1973 à 1991 : un levier stratégique de lutte contre la pauvreté pour les politiques publiques 141-160

Djofolo DOUMBIA

L'écriture mémorielle de l'acte terroriste dans *Le Lambeau* de Philippe Lançon 161-171

Dougoutigui BAMBA, Kouadio Joseph KRA

La promotion du tourisme à Korhogo : impacts des infrastructures et moyens de transport 172-192

Élise ABENG ZE

Emile Zola et Calixthe Beyala : vers une écriture de la censure et de la reconstruction sociale 193-207

Faya Pascal IFFONO, Aboudou Wabi RADJI, Marie-Thérèse DRAMOU

Ethnomusicologie de la région forestière en République de Guinée : entre adaptation moderne et défi de sauvegarde et de transmission 208-220

Francis Pacôme KOUAKOU

Éducation et sensibilisation dans la lutte contre la schistosomiase urogénitale dans la sous-préfecture de Guessigué (département d'Agboville) dans un contexte de covid-19 221-235

Gomongo Nargawélé SILUÉ, Azo Assiène Samuel LOGBO

L'attention au vivant : essai d'une lecture écostylistique du roman *En compagnie des hommes* de Véronique Tadjo 236-253

Inoussa SAVADOGO

Le développement maraîcher dans le Yatenga, au nord du Burkina Faso : une réponse aux sécheresses de 1970 à nos jours 254-267

Issiaka KONÉ, Zanga Aboudramane TOURÉ

Logiques organisationnelles et impacts de l'absentéisme sur la qualité du service public dans la région de Gbêkê (Côte d'Ivoire) 268-283

Koffi Évariste KOUASSI

Recours aux forces invisibles et sécurisation des biens privés à Abidjan : une analyse de l'efficacité symbolique des dispositifs de protection spirituelle **284-300**

Koffi Mathurin N'GUESSAN

Le miroir fissuré de la certitude : critique du réalisme absolu chez Cournot à la lumière du probabilisme **301-313**

Méndez Carrión Reina Aurora épouse ALKOIRET

L'hostilité dans les relations de couple en Afrique **314-328**

Miadjingarti DINGAMRO, Amane TATOLOUM, Masdewel MOUGA

L'exploitabilité apicole dans le Mandoul : analyse de la productivité et enjeux socioéconomiques de la chaîne de valeur miel **329-351**

Mohamed Beydi SANGARE, Moussa Fadiala BOCOUM

Gestion des déchets solides à Bamako : analyse diagnostique, obstacles et stratégies d'optimisation **352-364**

Moussa Fadiala BOCOUM

Dynamique d'adoption de la mécanisation agricole dans le bassin cotonnier de Koutiala **365-381**

Moussa Fadiala BOCOUM

Expansion agricole et dégradation du couvert végétal, étude de l'office du Niger **382-391**

Narcisse Rostand MIAFO YANOU

Le présent de l'État en Afrique **392-408**

Natalie MADZO, Placide MENGOUA

Pratiques de gestion des ressources humaines et satisfaction des enseignants au travail dans les établissements secondaires publics de Bertoua **409-425**

N'doumy Noël ABE, Madoussou DIABAGATÉ, Zanga Aboudramane TOURÉ

Les parcours thérapeutiques des PVVIH à Bouaké : entre rationalité biomédicale, croyances locales et contraintes socio-sanitaires **426-438**

N'Zué Koffi Arsène GNA

L'adaptation des « avec » en milieu urbain face à l'exclusion bancaire : une analyse socio-économique à Kinshasa (RDC) **439-462**

Rahma HAMIDÉ ABRAS

Méthodes andragogiques, motivation et persévérances des étudiants en Conseiller d'Alphabétisation, d'Education Non Formelle (CAENF) de l'Ecole Normale Supérieure de N'Djaména **463-475**

Rémi Oscar AKA, Amadou TAMBOURA, Sakibou KOULAWELE ALIDOU

Évaluation de l'approche ethnomathématique du jeu awalé dans l'enseignement secondaire en République du Bénin **476-489**

Robert Lorimer ZOUKPÉ

La perméabilité de la frontière Côte d'Ivoire-Burkina-Faso et structuration des groupes armés : cas de Doropo dans la région du Bounkani (nord-est ivoirien) **490-508**

Sadio SIDIBE, Moussa Fadiala BOCOUM

Éthique, sacre et biodiversité : les nouveaux défis africains **509-521**

Tiasvi Yao Raoul AGBAVON, Jean-Baptiste KOFFI

Claude Bernard et Canguilhem : du déterminisme de la normativité à la normativité du déterminisme **522-534**

Gnantin Mathias GAHIÉ, Kapiéfolo Julien KONE, Zahouela Marcelin SIAGBE

Électricité et développement du numérique dans la Sous-préfecture de Tiobli : contraintes énergétiques et dynamiques du développement local **535-550**

Les parcours thérapeutiques des PVVIH à Bouaké : entre rationalité biomédicale, croyances locales et contraintes socio-sanitaires

N'doumy Noël ABE

Professeur Titulaire de Socio-anthropologie de la santé
Université Alassane Ouattara, Bouaké

Madoussou DIABAGATÉ

Docteur en Socio-anthropologie de la santé
Université Alassane Ouattara
madoussoudiabagate@gmail.com

Zanga Aboudramane TOURÉ

Doctorant en Socio-anthropologie des Organisations
Université Alassane Ouattara, Bouaké
tourezanga10@gmail.com

Résumé

L'observance thérapeutique des antirétroviraux (ARV) chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) demeure un enjeu majeur de santé publique. Cet article interroge les tensions entre rationalité biomédicale, croyances locales et contraintes socio-sanitaires dans la structuration des parcours thérapeutiques des PVVIH à Bouaké (Côte d'Ivoire). S'appuyant sur le cadre théorique de E. Goffman (stigmatisme), A. Kleinman (anthropologie médicale), F. Laplantine (anthropologie de la maladie) et D. Fassin (critique socio-politique de la santé), l'étude mobilise une démarche socio-anthropologique qualitative (entretiens semi-directifs, observations, focus groups) conduite dans trois structures de prise en charge du Gbêkê. Les résultats identifient quatre facteurs structurants : la pluralité des interprétations du VIH (mystiques, morales, religieuses) ; la stigmatisation comme facteur de dissimulation et de rupture thérapeutique ; l'alternance entre recours biomédicaux, spirituels et traditionnels ; le poids des contraintes économiques, genrées et institutionnelles. L'article plaide pour une prise en charge culturellement contextualisée, articulant rigueur thérapeutique, éducation thérapeutique dialogique, réduction de la stigmatisation et appui socio-économique.

Mots-clés : VIH/SIDA, observance thérapeutique, PVVIH, rationalité biomédicale, croyances locales

Therapeutic trajectories of PLHIV in Bouaké: between biomedical rationality, local beliefs and socio-health constraints

Abstract

Adherence to antiretroviral therapy (ART) among people living with HIV (PLHIV) remains a major public health challenge. This article examines the tensions between biomedical rationality, local beliefs and socio-health constraints in shaping therapeutic trajectories of PLHIV in Bouaké (Côte d'Ivoire). Drawing on E. Goffman's stigma theory, A. Kleinman's medical anthropology, F. Laplantine's anthropology of illness and D. Fassin's socio-political critique of health, the study employs a qualitative socio-anthropological approach (semi-structured interviews, observations, focus groups) conducted in three HIV care facilities in the Gbêkê health region. Results identify four structuring factors: the plurality of HIV interpretations (mystical, moral, religious); stigmatisation as a driver of concealment and treatment interruption; the alternation between biomedical, spiritual and traditional health-seeking practices; and the weight of economic, gender-based and

institutional constraints. The article advocates for culturally contextualised HIV care combining therapeutic rigour, dialogical patient education, stigma reduction and socio-economic support.

Keywords: HIV/AIDS, therapeutic adherence, PLHIV, biomedical rationality, local beliefs

Introduction

Malgré les avancées médicales considérables dans le traitement du VIH/SIDA, l'observance thérapeutique demeure un enjeu central de santé publique. Les traitements antirétroviraux (ARV) ont transformé le VIH en maladie chronique compatible avec une vie sociale, familiale et professionnelle relativement stabilisée, à condition que la prise du traitement soit régulière, durable et accompagnée d'un suivi médical. En Côte d'Ivoire, selon les données du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS, 2022), le pays compte environ 410 000 personnes vivant avec le VIH, dont seulement soixante-treize % bénéficient d'une thérapie antirétrovirale active. Ce taux, bien qu'en progression, traduit la persistance de nombreux obstacles à la continuité thérapeutique. Toutefois, dans de nombreux contextes africains, la continuité thérapeutique se heurte à des contraintes qui dépassent largement le champ biomédical : précarité économique, éloignement ou coût indirect de l'accès aux structures de soins, peur de la révélation du statut sérologique, rapports de genre, interprétations religieuses ou mystiques de la maladie, qualité de la relation soignant-soigné et représentation sociale du médicament.

Dans la région sanitaire du Gbêkê, et particulièrement à Bouaké, ces difficultés prennent une acuité particulière. Deuxième ville de Côte d'Ivoire avec environ 931 851 habitants (RGPH, 2021), Bouaké constitue un espace urbain et périurbain où coexistent plusieurs univers normatifs : les normes de la médecine scientifique, les prescriptions religieuses, les savoirs familiaux, les pratiques communautaires, les recours traditionnels et les logiques de solidarité ou de contrôle social. Marquée par une décennie de crise politico-militaire (2002-2011) qui a profondément affecté ses structures sanitaires et ses dynamiques sociales, la ville a vu se développer des formes de résilience communautaire qui influencent aujourd'hui encore les représentations de la maladie et les pratiques de recours aux soins. Les parcours thérapeutiques des PVVIH ne sont donc pas linéaires : ils sont faits d'allers-retours entre différents registres de soins, de moments d'adhésion, de doutes, de dissimulation, de reprise du traitement et parfois de rupture temporaire. Comprendre ces trajectoires impose de tenir ensemble la dimension médicale du traitement et les conditions sociales dans lesquelles les patients vivent leur maladie.

La situation de Bouaké revêt une signification particulière dans le paysage épidémiologique ivoirien. La crise politico-militaire a entraîné non seulement une désorganisation des services de santé, mais également une rupture profonde des liens de confiance entre les populations et les

institutions, qui se répercute encore aujourd'hui sur les comportements de recours aux soins. Dans ce contexte, l'étude des parcours thérapeutiques des PVVIH à Bouaké ne peut faire l'économie d'une analyse sociale et historique de l'environnement dans lequel ces parcours se déploient.

La question centrale peut être formulée ainsi : comment les croyances locales, les contraintes sociales et les interactions institutionnelles influencent-elles les parcours thérapeutiques et l'observance des ARV chez les PVVIH à Bouaké ? Cette interrogation permet de sortir d'une définition strictement comportementale de l'observance pour l'inscrire dans une perspective socio-anthropologique attentive aux significations, aux rapports sociaux et aux contraintes objectives. Elle permet également d'éviter une lecture moraliste de la non-observance, souvent réduite à l'indiscipline, à l'ignorance ou au manque de volonté individuelle.

L'hypothèse défendue est que la non-observance ne doit pas être interprétée comme un simple refus du traitement, ni comme une irrationalité individuelle. Elle constitue plutôt une conduite socialement produite, inscrite dans des rapports de sens, des rapports de pouvoir et des contraintes matérielles. L'enjeu de cet article est donc double : d'une part, montrer comment les PVVIH arbitrent entre les exigences de la rationalité biomédicale et les croyances locales ; d'autre part, proposer une interprétation socio-anthropologique des conduites thérapeutiques permettant d'améliorer les interventions de santé publique dans des contextes marqués par le pluralisme thérapeutique et la vulnérabilité sociale.

Sur le plan de la littérature, si des travaux récents ont documenté les déterminants de la non-observance dans des contextes africains comparables — notamment au Burkina Faso (S. Ouedraogo, 2018), au Mali (M. Diarra, 2019) ou dans une perspective comparative internationale (V. D. Tran et al., 2022) — la Côte d'Ivoire, et plus particulièrement la région du Gbêkê, reste insuffisamment couverte. Cet article entend combler partiellement ce déficit en proposant une analyse ancrée dans les réalités locales de Bouaké, attentive à la spécificité du contexte post-crise et à la diversité des configurations socioculturelles qui y prévalent. Il s'inscrit ainsi dans le courant de la socio-anthropologie de la santé en Afrique de l'Ouest, qui insiste sur la nécessité d'articuler les dimensions biologiques, sociales et symboliques de la maladie pour comprendre les comportements de santé (D. Fassin, 1996 ; A. Desclaux et J. J. Lévy, 2003).

1. Cadre théorique

L'analyse mobilise une articulation théorique construite autour de quatre apports complémentaires. Le premier est l'interactionnisme symbolique d'E. Goffman (1975), notamment à travers son analyse du stigmat. Ce cadre est utile pour comprendre les effets du discrédit social sur les conduites de dissimulation, de retrait ou de contrôle de l'information autour du statut

sérologique. Dans le cas du VIH, le malade ne gère pas seulement un traitement ; il gère aussi une identité potentiellement discréditable. La prise visible des ARV, les rendez-vous réguliers au centre de santé ou la révélation involontaire du statut peuvent devenir des situations à risque social. L'observance se trouve alors traversée par une tension entre préservation de la santé biologique et protection de l'identité sociale.

Le deuxième apport est l'anthropologie médicale d'A. Kleinman (1980), qui invite à distinguer la maladie comme réalité biologique, le vécu subjectif du malade et la signification sociale attribuée à l'affection. Pour les PVVIH, le VIH n'est pas seulement un virus mesurable par la charge virale ; il est aussi une expérience morale, relationnelle et symbolique. Cette perspective permet d'analyser les explications données par les patients, leurs familles ou certains leaders religieux : sort, malédiction, punition, transgression, rupture d'ordre social ou attaque invisible. Elle aide à comprendre pourquoi la décision thérapeutique ne dépend pas uniquement de l'information médicale, mais aussi de la manière dont le patient interprète l'origine, le sens et l'avenir de sa maladie.

Le troisième apport est celui de F. Laplantine (1986), dont l'anthropologie de la maladie permet de saisir la pluralité des modèles explicatifs. Les perceptions locales du VIH à Bouaké ne remplacent pas toujours la biomédecine ; elles coexistent avec elle. Un patient peut croire à l'efficacité des ARV tout en consultant un pasteur, un imam, un guérisseur ou un tradipraticien pour neutraliser la cause supposée invisible du mal. Cette coexistence montre que le pluralisme thérapeutique n'est pas nécessairement une opposition frontale à la médecine moderne ; il peut être une stratégie de sécurisation symbolique, même lorsqu'il comporte un risque pour la continuité thérapeutique.

Enfin, la critique socio-politique de la santé développée par D. Fassin (1996, 2000) permet de replacer les comportements d'observance dans les inégalités sociales, les contraintes institutionnelles et les rapports de pouvoir. Les conduites des patients ne peuvent être séparées de la pauvreté, de l'incertitude alimentaire, du coût du transport, de la surcharge des services de santé ou de la faible personnalisation de l'accompagnement. Cette approche critique évite de responsabiliser uniquement les individus et montre que les ruptures thérapeutiques expriment souvent des vulnérabilités structurelles. Ensemble, ces quatre cadres conduisent à lire les parcours thérapeutiques comme des espaces de négociation entre plusieurs rationalités : biomédicale, familiale, religieuse, économique et institutionnelle.

L'intérêt de cette articulation théorique est de dépasser les approches unidimensionnelles qui réduisent l'observance à une variable comportementale mesurable ou à un simple déficit

d'information. Elle permet au contraire d'appréhender les parcours thérapeutiques dans leur complexité : comme des trajectoires situées, traversées de tensions, de compromis et d'ajustements, dont la logique n'est pleinement intelligible qu'à la condition de tenir simultanément ensemble les dimensions symboliques, relationnelles, économiques et institutionnelles de l'expérience de la maladie.

2. Méthodologie

L'article s'appuie sur une démarche socio-anthropologique principalement qualitative, articulée aux données issues d'un travail doctoral consacré aux déterminants socio-sanitaires de la non-observance thérapeutique des ARV dans la région sanitaire du Gbêkê. Cette démarche vise moins à produire une mesure statistique exhaustive qu'à comprendre les logiques sociales, symboliques et institutionnelles qui structurent les pratiques thérapeutiques. Elle s'inscrit dans une perspective compréhensive, telle que définie par R. Quivy et L. Van Campenhoudt (2006), attentive au sens que les acteurs donnent à leurs conduites et aux conditions sociales qui rendent certaines pratiques possibles ou difficiles.

Le terrain d'étude est Bouaké, ville centrale de la Côte d'Ivoire et espace sanitaire important de la région du Gbêkê. Le choix de ce terrain se justifie par son poids démographique, sa diversité socioculturelle, la présence de structures de prise en charge du VIH et la coexistence de plusieurs formes de recours aux soins. Les principaux sites d'enquête sont le Centre Solidarité Action Sociale (CSAS), la Fondation Akwaba et le CSU Koko. Ces espaces permettent d'observer à la fois les interactions entre soignants et patients, les contraintes du suivi, les pratiques d'ajustement des PVVIH et les effets de l'organisation institutionnelle sur la continuité thérapeutique.

L'enquête a concerné plusieurs catégories d'acteurs. Les PVVIH constituent le groupe central, car elles portent l'expérience vécue du traitement, de la stigmatisation et des arbitrages thérapeutiques. Les soignants ont été mobilisés afin de comprendre les normes médicales, les difficultés d'accompagnement et les perceptions professionnelles de la non-observance. Les tradipraticiens, acteurs religieux et acteurs communautaires sont également pris en compte comme figures importantes du pluralisme thérapeutique local. Cette diversification des interlocuteurs permet de croiser les points de vue et de ne réduire l'analyse ni au seul discours des patients, ni à la seule norme médicale.

Les techniques de collecte reposent sur des entretiens semi-directifs, des observations directes, des focus groups et l'exploitation de données documentaires issues du travail doctoral. Les entretiens semi-directifs ont permis d'explorer les représentations du VIH, le rapport aux ARV, les expériences de stigmatisation, les contraintes économiques, les ruptures de suivi et les recours

parallèles. Les observations ont porté sur les interactions dans les lieux de prise en charge, les temporalités d'attente, la confidentialité et l'organisation pratique du suivi. Les focus groups ont facilité l'identification de normes partagées et de discours collectifs autour du VIH, des ARV et des soins.

L'échantillonnage est raisonné et progressif, visant la diversité des situations sociales et thérapeutiques plutôt que la représentativité statistique au sens strict. Les critères d'inclusion ont concerné le statut de PVVIH sous ARV, l'expérience du suivi thérapeutique dans la région de Bouaké, la disponibilité à participer à l'enquête et le consentement libre et éclairé. Les profils ont été diversifiés selon le sexe, l'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, la profession, la religion et les conditions de vie. L'analyse des données a suivi une démarche thématique par triangulation entre discours individuels, observations et données de la thèse. Les considérations éthiques ont occupé une place centrale : confidentialité, anonymisation des propos et respect du consentement ont été systématiquement garantis.

3. Résultats et Discussion

Quatre axes structurent l'analyse : les représentations sociales du VIH, la stigmatisation et la dissimulation, le pluralisme thérapeutique, puis les contraintes socio-économiques et institutionnelles. Ces résultats forment un système d'interactions dans lequel les significations attribuées à la maladie, les contraintes matérielles et les expériences institutionnelles influencent conjointement l'observance.

3.1. Le VIH entre maladie biologique, faute morale et mal invisible

Le premier résultat concerne la pluralité des significations attribuées au VIH. Dans les discours recueillis, le VIH n'apparaît pas uniquement comme une infection virale. Il peut être interprété comme un sort, une malédiction, une punition divine, une conséquence de transgression morale ou un signe de désordre relationnel. Ces interprétations ne sont pas de simples croyances résiduelles ; elles organisent la manière dont les individus donnent sens à la maladie, expliquent son apparition et orientent leurs décisions thérapeutiques.

La rationalité biomédicale définit le VIH par sa transmission, sa progression immunologique et sa mesure biologique, insistant sur la charge virale, l'observance et la continuité du traitement. Les croyances locales cherchent souvent la cause profonde dans un autre registre : conflit familial, jalousie, rupture d'interdit, attaque mystique ou sanction spirituelle. Ces deux registres peuvent entrer en tension lorsque le patient perçoit les ARV comme efficaces sur le corps, mais insuffisants pour traiter la cause supposée invisible du mal.

Cette situation explique pourquoi certains patients associent prise d'ARV et pratiques religieuses ou traditionnelles. Loin d'être toujours vécue comme contradictoire, cette association peut être pensée comme complémentaire : l'hôpital soigne le virus, tandis que la prière, les rituels ou les plantes traitent la cause sociale ou spirituelle. Cette pluralité de sens montre que le parcours thérapeutique est aussi un parcours d'interprétation : le patient ne cherche pas seulement à faire baisser une charge virale, mais aussi à comprendre ce qui lui arrive, à préserver son identité et à restaurer un ordre dans sa trajectoire de vie.

Le rôle des proches est ambivalent. La famille peut soutenir la prise du traitement, rappeler les rendez-vous ou aider financièrement. Mais elle peut aussi renforcer les soupçons, diffuser des jugements moraux ou orienter la personne vers des pratiques non biomédicales. Dans ce contexte, l'observance dépend en partie de la manière dont le patient parvient à négocier entre les prescriptions médicales et les interprétations de son entourage. Cette négociation n'est pas seulement cognitive ; elle est relationnelle et affective, inscrite dans des rapports de dépendance, de confiance et de contrôle social.

Ce premier résultat confirme la pertinence de l'anthropologie de la maladie de F. Laplantine (1986) et de l'anthropologie médicale d'A. Kleinman (1980). Les interprétations mystiques, morales ou religieuses du VIH ne constituent pas de simples erreurs cognitives ; elles sont des modèles explicatifs qui rendent la maladie intelligible dans un univers social donné. La biomédecine répond efficacement au comment biologique, mais répond moins au pourquoi social et symbolique. C'est dans cet espace interprétatif que les croyances locales interviennent, répondant à des questions que la consultation médicale standard ne pose pas et auxquelles elle ne peut répondre.

Les politiques d'éducation thérapeutique doivent donc articuler information biomédicale et reconnaissance des questions de sens, sans humilier les patients ni invalider brutalement leur univers symbolique. Cette approche dialogique conduit à recommander que les séances d'éducation thérapeutique intègrent des questions ouvertes sur les représentations de la maladie : quelle cause le patient attribue-t-il au VIH ? Quels discours familiaux ou religieux l'entourent ? Ces questions ne doivent pas servir à juger le patient, mais à identifier les significations qui peuvent soutenir ou fragiliser l'observance, et à construire une relation thérapeutique fondée sur la confiance plutôt que sur l'injonction. Cette recommandation rejoint les prescriptions de l'OMS (2003) sur l'adhésion aux thérapies de longue durée.

3.2. Stigmatisation, secret et dissimulation du traitement

Le deuxième résultat porte sur la stigmatisation. Dans les trajectoires des PVVIH, la peur d'être identifiée comme malade influence fortement la relation au traitement. Les ARV sont parfois

perçus comme des objets révélateurs du statut sérologique. Les cacher, modifier l'heure de prise, éviter de les transporter ou manquer un rendez-vous peuvent alors devenir des stratégies de protection sociale. Le patient cherche à rester observant sans exposer son identité de malade.

Cette dissimulation est particulièrement forte lorsque le statut sérologique n'est pas partagé avec le conjoint, la famille ou les collègues. La prise quotidienne du médicament devient une épreuve sociale, obligeant à composer avec la présence des autres, les questions indiscretes, les suspicions et la crainte de l'exclusion. Dans certains cas, le traitement est interrompu non parce que le patient nie son efficacité, mais parce que les conditions sociales de sa prise deviennent trop risquées.

La stigmatisation agit également sur la fréquentation des structures de soins. Aller dans un centre connu pour la prise en charge du VIH peut exposer à des regards ou à une identification indirecte. Certaines personnes préfèrent s'éloigner de leur quartier pour consulter, au prix d'un coût de transport plus élevé. Ce résultat renvoie directement aux analyses d'E. Goffman (1975) sur le stigmaté : la dissimulation du traitement est une tactique de gestion de l'identité pour éviter la dévalorisation sociale. La lutte contre la stigmatisation n'est donc pas un complément moral à la prise en charge ; elle constitue une condition pratique de son efficacité.

Conformément aux analyses d'E. Goffman (1975) sur la gestion de l'identité discréditée, ces résultats invitent à repenser fondamentalement les interventions de santé publique. Il est nécessaire de sécuriser les espaces de soin, de renforcer la confidentialité, de développer des modalités de dispensation souples et de favoriser les groupes de soutien entre pairs. Sur le plan pratique, cela implique d'évaluer la confidentialité réelle des circuits de dispensation, la visibilité des files d'attente, les horaires de rendez-vous et la possibilité pour les patients de recevoir leur traitement sans être exposés à une identification sociale. Des espaces d'expression confidentiels, distincts des consultations médicales ordinaires, pourraient permettre aux patients de partager leurs difficultés sans craindre un jugement de la part des professionnels de santé. La formation continue des soignants à la communication non jugeante et à l'écoute des situations de honte et de peur constitue dans cette perspective une priorité institutionnelle incontournable.

3.3. Pluralisme thérapeutique et alternance des recours

Le troisième résultat concerne le pluralisme thérapeutique. Les PVVIH rencontrent plusieurs offres de soin : structures biomédicales, tradipraticiens, églises, mosquées, groupes de prière, conseils familiaux et réseaux communautaires. Le recours à ces différents espaces ne signifie pas nécessairement un rejet de l'hôpital : il traduit souvent une recherche de sécurité, d'écoute, de réconciliation morale ou de réponse à des dimensions que la consultation biomédicale ne prend

pas toujours en charge. Les patients circulent entre ces espaces pour répondre à des besoins différents : guérir le corps, apaiser la peur, restaurer l'identité, obtenir du soutien ou vérifier une hypothèse explicative.

Cette circulation peut cependant fragiliser l'observance lorsque des discours concurrents affirment la possibilité d'une guérison définitive sans ARV ou assimilent le VIH à une réalité uniquement spirituelle. Dans le prolongement des analyses de F. Laplantine (1986) et d'A. Kleinman (1980), le pluralisme thérapeutique doit être analysé avec nuance : il est à la fois ressource, parce qu'il permet aux patients de mobiliser des soutiens symboliques et sociaux, et risque, lorsqu'il substitue l'espoir de guérison miraculeuse à la continuité du traitement.

L'enjeu de santé publique n'est donc pas de nier l'existence des acteurs religieux ou traditionnels, car ils occupent une place importante dans les communautés de Bouaké et de toute la région du Gbêkê. Il s'agit plutôt de construire une articulation prudente, fondée sur des messages clairs : la prière, le soutien moral ou l'accompagnement communautaire ne doivent pas interrompre les ARV. Une collaboration minimale avec ces acteurs peut contribuer à réduire les ruptures thérapeutiques, à condition que le principe de continuité du traitement soit fermement maintenu et que les professionnels de santé soient associés au dialogue. Cette approche dialogique, qui reconnaît la complémentarité potentielle des différentes formes de soutien tout en maintenant la primauté de la continuité médicale, constitue une voie plus réaliste et plus respectueuse des patients que le rejet frontal de toutes les pratiques non biomédicales.

Des expériences de collaboration entre soignants, leaders religieux et tradipraticiens ont montré, dans d'autres contextes africains, qu'il était possible de construire des alliances thérapeutiques favorables à l'observance, à condition d'un dialogue respectueux et d'une formation mutuelle sur les enjeux de la prise en charge du VIH. De telles initiatives mériteraient d'être explorées dans la région du Gbêkê, en tenant compte de la diversité des appartenances religieuses et des pratiques traditionnelles propres à ce territoire.

3.4. Précarité, genre et limites institutionnelles de la prise en charge

Le quatrième résultat montre que les parcours thérapeutiques sont fortement influencés par les contraintes socio-économiques et institutionnelles. Même lorsque les ARV sont disponibles, leur prise régulière suppose des conditions de vie minimales : se nourrir, payer le transport, disposer de temps pour les rendez-vous, conserver les médicaments et comprendre les consignes. Ce résultat rejoint les analyses de P. Bourdieu (1980) sur la relation entre conditions matérielles d'existence et dispositions pratiques : les comportements d'observance ne peuvent être analysés comme de simples choix rationnels indépendants des ressources objectives dont disposent les individus.

Les rapports de genre renforcent ces contraintes. Certaines femmes dépendent économiquement de leur conjoint, craignent des violences, une répudiation ou une rupture conjugale en cas de révélation du statut. Chez les hommes, les normes de virilité peuvent produire un refus de se reconnaître malade ou une difficulté à fréquenter régulièrement les services de soins perçus comme espaces de vulnérabilité. Les limites institutionnelles apparaissent aussi dans la relation soignant-soigné : les temps d'attente, la surcharge du personnel, le manque d'espace de confidentialité et la faiblesse de l'accompagnement psychosocial alimentent la distance avec le dispositif biomédical.

Ces constats confirment l'approche critique de D. Fassin (1996, 2000) : les ruptures thérapeutiques expriment des vulnérabilités structurelles, et non une simple indiscipline individuelle. La non-observance peut être cognitive, lorsque le patient comprend mal le traitement ; économique, lorsque les ressources manquent ; sociale, lorsque la stigmatisation menace ; culturelle, lorsque les interprétations locales concurrencent la norme biomédicale ; institutionnelle, lorsque l'organisation des soins ne s'ajuste pas aux rythmes de vie. Demander à une PVVIH d'être observante sans agir sur ces obstacles revient à transformer une contrainte collective en faute individuelle. Les interventions efficaces doivent donc combiner le suivi médical, l'appui psychosocial, l'aide au transport, l'éducation thérapeutique, la prise en compte du genre et l'amélioration de la qualité relationnelle des soins.

Autrement dit, l'observance doit être pensée comme une capacité socialement soutenue, supposant non seulement l'information médicale, mais aussi un environnement permettant au patient de se nourrir, de se déplacer, de protéger son intimité, de comprendre les consignes et de maintenir un lien de confiance avec les professionnels de santé. C'est à cette condition seulement que les objectifs de santé publique pourront être atteints durablement dans un contexte comme celui du Gbêkê, où les contraintes structurelles restent prégnantes malgré les progrès accomplis depuis la réunification du territoire.

3.5. Implications pratiques pour la prise en charge

Ces résultats conduisent à plusieurs implications pratiques. L'éducation thérapeutique doit être pensée comme un dialogue, non comme une simple transmission verticale d'informations : elle doit partir des représentations des patients, identifier les peurs, clarifier les effets secondaires et répondre aux interprétations locales sans humilier les croyances. La prise en charge doit renforcer la confidentialité et l'accueil : des espaces plus discrets, une meilleure organisation des rendez-vous et une communication plus empathique peuvent réduire la peur d'être identifiée.

Les dispositifs communautaires doivent être mobilisés avec prudence : les pairs éducateurs, associations de PVVIH et leaders communautaires peuvent contribuer à l'accompagnement, à condition que leurs messages soient compatibles avec la continuité des ARV. Les obstacles économiques doivent être intégrés dans les stratégies d'observance : appuis au transport, décentralisation de la dispensation, flexibilité des rendez-vous et intégration d'un soutien nutritionnel ou psychosocial peuvent limiter les interruptions liées à la précarité. La prise en compte du genre doit être renforcée : pour les femmes, des dispositifs sensibles aux risques de dépendance économique et de violence conjugale ; pour les hommes, un travail sur les normes de virilité rendant difficile l'acceptation de la maladie chronique.

Enfin, la qualité de la relation soignant-soigné constitue un levier thérapeutique fondamental, trop souvent sous-estimé. Des soignants formés à l'écoute active, à la communication non jugeante et à la reconnaissance des dimensions culturelles de la maladie peuvent considérablement améliorer l'adhésion des PVVIH à leur traitement. Cette formation ne relève pas seulement de la bonne volonté individuelle des professionnels de santé ; elle suppose une transformation systémique des curricula de formation et une politique institutionnelle valorisant explicitement la dimension relationnelle des soins.

Conclusion

L'analyse des parcours thérapeutiques des PVVIH à Bouaké montre que l'observance des ARV ne peut être réduite à un acte technique consistant à prendre régulièrement un médicament. Elle est un processus socialement situé, soumis à des contraintes multiples et à des significations concurrentes. Les croyances locales, les interprétations religieuses ou mystiques, la stigmatisation, la précarité économique, les rapports de genre et les limites institutionnelles construisent un environnement dans lequel la continuité thérapeutique devient parfois difficile à maintenir. Cet article a montré que ces facteurs ne sont pas indépendants les uns des autres : ils se renforcent mutuellement dans une dynamique systémique qui rend la non-observance à la fois compréhensible et difficile à réduire par des interventions partielles.

Loin d'opposer simplement rationalité biomédicale et croyances locales, l'article montre que les PVVIH naviguent entre plusieurs univers de sens. Elles peuvent reconnaître l'efficacité des ARV tout en recherchant ailleurs une réponse à leurs peurs, à leurs questions morales ou à leurs besoins de soutien social. Cette pluralité de recours ne doit pas être ignorée par les politiques de santé ; elle doit être comprise, encadrée et discutée afin d'éviter les ruptures de traitement.

La non-observance apparaît ainsi comme un révélateur des fragilités sociales du système de prise en charge. Elle met au jour les limites d'une approche strictement biomédicale qui négligerait

le vécu des patients, les rapports de pouvoir, les conditions matérielles et les représentations collectives de la maladie. Une prise en charge efficace doit donc combiner la rigueur thérapeutique, l'écoute socio-anthropologique, la protection contre la stigmatisation, l'appui communautaire et l'amélioration des conditions concrètes d'accès aux soins. Cette articulation requiert une formation approfondie des soignants aux approches socio-anthropologiques, une réorganisation des services vers plus de flexibilité et de personnalisation, et une politique de santé publique intégrant explicitement la lutte contre les inégalités sociales comme condition de l'efficacité biomédicale.

En définitive, penser les parcours thérapeutiques des PVVIH à Bouaké entre rationalité biomédicale et croyances locales, c'est reconnaître que le soin n'est jamais seulement médical. Il est aussi social, culturel, relationnel et politique. L'observance thérapeutique ne peut être obtenue par la seule force de la prescription médicale ; elle se construit dans un environnement social favorable, à travers des interactions soignantes de qualité, un soutien communautaire bienveillant et des politiques de santé publique attentives aux inégalités. C'est dans cette articulation que peuvent se construire des stratégies d'observance plus humaines, plus efficaces et plus adaptées aux réalités des patients de la région du Gbêkê.

Des recherches futures pourraient approfondir l'analyse comparative entre sous-groupes de PVVIH selon le genre, l'âge, la religion ou le statut socio-économique, évaluer longitudinalement l'impact des interventions communautaires sur la continuité thérapeutique, et examiner les effets des nouvelles technologies de suivi à distance dans des contextes de précarité. Une comparaison systématique avec d'autres régions de Côte d'Ivoire permettrait par ailleurs de distinguer ce qui relève de dynamiques propres au contexte post-crise du Gbêkê de ce qui constitue des constantes plus générales de la prise en charge du VIH en Afrique de l'Ouest francophone. Ces perspectives ouvrent la voie à une socio-anthropologie de la santé plus engagée, ancrée dans les réalités vécues des patients et résolument orientée vers l'amélioration concrète des systèmes de soin.

Bibliographie

BAUDRANDT-BOGA M., LEHMANN A. et ALLENET B., 2012, « Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant. Concepts et déterminants », *Annales Pharmaceutiques Françaises*, vol. 70, n° 1, p. 2-10.

BOURDIEU Pierre, 1980, *Le sens pratique*, Paris, Éditions de Minuit.

DESCLAUX Alice et LÉVY Joseph J. (dir.), 2003, *Anthropologie du sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala.

FASSIN Didier, 1996, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Presses Universitaires de France.

FASSIN Didier, 2000, *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala.

GOFFMAN Erving, 1975, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit.

KLEINMAN Arthur, 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley, University of California Press.

LAPLANTINE François, 1986, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot.

OMS (Organisation Mondiale de la Santé), 2003, *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé.

ONUSIDA, 2022, *Rapport mondial actualisé sur le sida*, Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA.

PNLS (Programme National de Lutte contre le Sida), 2022, *Données programmatiques et estimations Spectrum sur le VIH en Côte d'Ivoire*, Abidjan, Ministère de la Santé.

QUIVY Raymond et VAN CAMPENHOUDT Luc, 2006, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod.

WEBER Max, 1995, *Économie et société*, Paris, Plon.