

Coordonnée par

Koffi Ganyo AGBEFLE & Norbert AGOINON

*Sciences sociales et développement durable :
Regards sur l'Afrique*

LES CAHIERS DE L'ACAREF/REVUE

ISBN : 9782953729962

Vol. 1 No. 2/ Juin 2019

Revue dirigée par l'Académie Africaine de
Recherches et d'Etudes Francophones (ACAREF)

Directeur scientifique de la Revue : Prof. Robert
YENNAH, Département de Français, University of
Ghana, Legon

Rédacteur en chef de la revue : Koffi Ganyo
AGBEFLE, Président de l'ACAREF, Département de
Français, University of Ghana, Legon

Comité de rédaction pour ce volume

Robert YENNAH, E-mail : ryennah@yahoo.com

Koffi G. AGBEFLE, E-mail : koffiganyoa@yahoo.fr

Aimée-Danielle LEZOU KOFFI, Université FHB,
Cocody Abidjan

Numéro disponible en ligne
:<http://www.acarefdella.org>

Comité scientifique international pour ce volume

- Robert YENNAH, Ghana, Legon
- Colette NOYAU, Paris France
- Bruno MAURER, Montpellier 3 France
- Pierre DUMONT, Montpellier 3 France
- Aimée Danielle LEZOU KOFFI
- Julia NDIBNU, Yaoundé 1 Cameroun
- Giovanni AGRESTI, Naples « Federico II », Italie
- Amélie HIEN, Université Laurentienne, Canada
- Eva LEMAIRE, Université d'Alberta, Canada
- Viviane DEVRIESERE, Isfec Aquitaine, France
- Lilian Hanania, Paris France
- Koffi G. AGBEFLE, Ghana, Legon
- Sarah SANDS, Strasbourg France
- Destiny TCHEHOUALI, Montréal, Canada
- Kévin KIANGBENI, Brazzaville Congo
- N'jaka RAONISON, Antananarivo Madagascar
- Mawushi NUTAKOR, Ghana, Legon
- Yao DAO, Lyon 2 France
- Daisy BOUSTANY, Montréal, Canada
- Yves MONTENAY, Paris France

Sommaire

Introduction Koffi Gnayo AGBEFLE & Norbert AGOINON	07-13
Programme national de biogaz domestique au Sénégal : visée, bilan et mesures pour l'adoption effective des bio digesteurs, Dramane CISSOKHO ^{1*} , SOMADJAGO Mawussé et BENGA Alvares G. F, <i>Université Assane Seck, Ziguinchor, Sénégal et Université de Lomé, Togo</i>	14-32
Vers une responsabilisation sociale des défis globaux et des enjeux locaux de santé au Bénin, Pierre Codjo MELIHO, <i>UNA, Porto-Novo-Bénin</i> , Christian MARTINS, <i>Coalition des OSC du Bénin</i>	33-61
Projets hydraulique villageoise et épanouissement de la femme rurale au Niger : mythe ou réalité ? BETOU Bizo , <i>UFR Sociologie, Université Pr. Josef Ki-Zerbo Ouaga I</i>	62-83
Enjeux du pluralisme thérapeutique dans la gestion du diabète chez les malades de Côte d'Ivoire : l'exemple des malades diabétiques de la sous-préfecture d'Affery, Département d'Adzopé, Anon Félix N'DIA, <i>Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan (Côte d'Ivoire)</i>	84-107
Analyse des outils de gestion des ressources naturelles au Sénégal, Adama Cheikh DIOUF, Aicha Idy Seydou Wally BA et Dramane CISSOKHO, Université Gaston BERGER de Saint-Louis-Sénégal, et <i>Université Assane Seck, Ziguinchor, SENEGAL</i>	108-131
Le sort des riverains dans le développement socio-économique des barrages hydroélectriques au Cameroun, Séverin Nwaha, <i>University of Buea, Cameroon</i>	132-153
Risques environnementaux de la gestion des eaux usées dans les quartiers Xwlakomey et Togoudo de Godomey (République du Bénin), Janvier Dèhou GUEDENON, Moussa GIBIGAYE, Bernard FANGNON, Abdou Madjidou M. TONDRO, UAC Benin.....	154-173

Discours sur les faits sociaux pour cerner et répondre aux enjeux du Développement Durable en Afrique, Digo Enyota Kofitsè Dzamesi AKAKPO-AHIANYO, <i>Université de Lomé –TOGO</i>	174-192
De la brousse du «Sogovo ¹ » à la forêt classée du forestier (hauts-bassins, Burkina Faso), SAWADOGO Abdoulaye, <i>Université Ouaga I Pr Joseph KI-ZERBO</i> , Burkina Faso.....	193-218
Résilience des communautés aux inondations et mesures opérationnelles des PTF dans le doublet Karimama- Malanville , Hervé YABI, Akibou A. AKINDELE, Fidèle Ibouaraïma YABI, Koffi Benoît SOSSOU et Euloge OGOUWALE, UAC BENIN.....	219-235
Plaidoyer pour le développement des médias en zones rurales au Bénin Sènakpon Socrate Sosthène TOBADA & Julien Koffi GBAGUIDI, <i>Université d'Abomey-Calavi (Bénin)</i>	236-254
Le Koso, un nouveau mode d'habiter dans les universités publiques de Côte d'Ivoire, Kouakou David BRENOUM, <i>Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire</i>	255-279
Dynamique urbaine et équipements socio-collectifs dans la ville de Bingerville (côte d'ivoire), APPOH Charlesbor, KOBENAN, <i>Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan-Cocody (Côte d'Ivoire)</i>	280-303
La production du manioc et ses nouvelles opportunités dans le département de Bouake, Kra Gabin EFFO, Akoua Assunta ADAYÉ, Céline Yolande KOFFIÉ-BIKPO, Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire.....	304-328
Les aménagements hydroélectriques de Kpimé et de Nangbéto (Togo) : sources de développement ou de pauvreté des populations locales ? Kossi AGBEYADZI, Padabô KADOUZA, Tchégnon ABOTCHI, <i>U.K et U.L, TOGO</i>	329-355
La gouvernance traditionnelle au Congo : quelles réalités juridiques, Ulrich Kévin KIANGUEBENI, Université Marien Ngouabi.....	356-378

Pertinence sociologique dans les actions de développement dans la région centrale au Togo, Abasse TCHAGBELE, Université de Kara-Togo.....**379-404**

Vivre avec le sida dans l'espace sanitaire Ouidah/Kpomassè/Tori-Bossito avec discontinuité de soins biomédicaux, S. Copéric. Hubert GNANVI & Abou-Bakari IMOROU, (LASMO) EDP/UAC/Bénin.....**405-428**

INTRODUCTION

Voici un numéro spécial de la revue LES CAHIERS DE L'ACAREF dont l'appel à contribution thématique a été lancé dans le cadre du 1^{er} congrès mondial des chercheurs/experts francophones qui a lieu les 11, 12, 13 et 14 juin 2019 à l'University of Ghana, Legon, sous la bannière de l'Académie Africaine de Recherches et d'Etudes Francophones (ACAREF) en collaboration avec le laboratoire DELLA (Didactiques et Enseignements des Langues et Littératures en Afrique) affilié au Département de français de cette Université.

L'ACAREF est un vaste réseau de chercheurs francophones et francophiles né à la suite d'une série de colloques, de séminaires et de journées d'études organisés au Département de français à l'Université du Ghana entre 2015 et 2019 rassemblant chaque année plusieurs nationalités de chercheurs et d'experts autour des questions liées à l'Education, à la pédagogie, aux langues et aux humanités. L'ACAREF est une vitrine des chercheurs francophones et se présente comme un creuset de documentations, de promotion de la recherche et de l'expertise francophones. Elle représente un pont entre les chercheurs de tous les horizons et encourage la collaboration entre chercheurs et experts africains afin de leur donner plus de visibilité au plan international à travers une large diffusion de leurs travaux de recherches. L'ACAREF est également un lieu où plusieurs réseaux de chercheurs ou revues internationale se croisent. Elle représente en Afrique, l'Institut CEDIMES (par sa revue Les Cahiers du CEDIMES), l'Observatoire Européen du Plurilinguisme (OEP, Collection Plurilinguisme), LEM-ITALIA (Langues d'Europe et de la Méditerranée), le RUIPI (Réseau

Universitaire International pour la Promotion de l'Interculturel), le POCLANDE (Populations Cultures, Langues et Développement).

Cet ouvrage renferme une vingtaine d'articles scientifiques (19 précisément) rigoureusement sélectionnés à la suite de l'appel à contributions lancé en janvier 2019. Au total, 39 contributions nous sont parvenues à la suite de notre appel à contributions. Après la première phase de la sélection, 17 contributions ont été rejetées pour leur manque de rigueur scientifique. C'est donc les 22 articles qui ont été soumis à la deuxième phase de l'évaluation par le comité scientifiques qui, finalement en a retenu 19 pour publications. Les 3 articles rejetés au 2^e tour n'avaient rien de reprochable scientifiquement. Ils ne répondaient simplement pas tout à fait aux normes éditoriales de la revue et quelques-uns n'ayant pas respecté les délais de corrections et de soumission finale de leur texte. C'est finalement les 19 articles contenus dans cet ouvrage que nous avons l'honneur et le réel plaisir de vous présenter à ce congrès mondial des chercheurs francophones qui rassemble près de 500 participants venant de tous les continents et principalement de l'Afrique.

Ce volume spécial intitulé ***Sciences sociales et développement durable : Regards sur l'Afrique*** a pour objectif de faire comprendre la portée des évolutions socio-anthropologiques et géographiques enregistrées au cours des récentes années qui ont impacté l'espace africain. Il s'agit notamment des avancées obtenues dans le domaine de la vulnérabilité et adaptation aux phénomènes hydro climatiques, de la gestion des ressources naturelles, de la santé et de la gouvernance locale.

La crise énergétique actuelle et ses multiples conséquences revitalisent les débats aussi bien sur l'énergie de cuisson que celle hydroélectrique à travers les problématiques des techniques de cuisson alimentaire et des aménagements hydroélectriques. Car, ces derniers sont parfois source d'appauvrissement des communautés riveraines. De plus, l'utilisation de nouvelles techniques de cuisson exige certaines conditions préalables difficiles.

Loin de se contenter de l'exploitation des ressources naturelles, les communautés africaines se sont dotées d'outils de gestion de ces ressources en développant des mesures d'adaptation.

Aussi, constate-t-on que depuis quelques décennies, les villes des pays en développement connaissent une croissance démographique de plus en plus galopante avec entre autres, pour corollaire la dégradation de l'environnement et le développement de certaines maladies. Face à tout cela, la communauté scientifique attire l'attention sur les risques environnementaux liés à la gestion des eaux usées et présente les enjeux du pluralisme thérapeutique dans la gestion de certaines maladies. Par ailleurs, ces alternatives ne peuvent être réalistes qu'à travers une responsabilisation sociale des défis globaux et un plaidoyer pour le développement des médias en zones rurales.

Particulièrement riche, voire parfois hétérogène dans la modalité des contributions, ce volume se compose de dix-huit (18) articles, dont l'ordre reconstruit pour l'essentiel la dynamique des recherches menées autour du développement.

Ainsi, le premier article s'intéresse au Programme National de Biogaz Domestique au Sénégal en s'appuyant sur :

- la visée du produit national brut (PNB) et le portrait du type de bio-digesteur utilisé dans le but de préserver l'environnement et améliorer la situation socio-économique et sanitaire des femmes : une ambition de l'état sénégalais ;
- l'analyse du bilan de la phase pilote et celle de dissémination en démontrant que c'est un bilan décevant qui aboutit à l'abandon des bio-digesteurs et la prise de mesures favorisant leur adoption effective.

Le deuxième, le quatrième et le dix-huitième articles abordent les questions de santé en proposant respectivement :

- une responsabilisation sociale des défis globaux et des enjeux locaux de santé par la construction de la responsabilisation sociale à travers les défis globaux, la pratiques de l'alignement et du panier commun et les enjeux locaux de la responsabilisation sociale pour tendre vers l'émergence des mécanismes de contrôle citoyen dans le secteur santé au Bénin ;
- le pluralisme thérapeutique dans la gestion du diabète chez les malades comme produit d'une quête de guérison, en évitant les pratiques médicamenteuses propres à la médecine de tradition occidentale considérées comme nocives pour la santé légitimant ainsi l'alternance thérapeutique par « allégeance » faite aux discours sur les compétences des naturothérapeutes ;
 - vivre avec le sida en prenant en compte des facteurs d'inobservance cycliques et recours thérapeutiques chez les PV VIH comme la foi chrétienne comme source de rupture d'observance, la médecine endogène et la perception sociale vers une approche analytique.

Le troisième article fait un lien entre les projets d'hydraulique villageoise et épanouissement de la femme rurale à travers la question mythe ou réalité ? L'auteur propose des réponses telles que :

- l'intervention des projets d'hydraulique villageoise augmente les charges financières des femmes rurales. Le service de l'eau payant coûte très cher en milieu rural comparativement en ville. Cela nécessite de la part des femmes une certaine épargne pour faire face à cette dépendance supplémentaire.
- En milieu rural, la femme est léguée au second rang ce qui ne lui permet pas l'accès à la terre (pourtant la principale source de revenus) et à l'éducation moderne.

Le huitième article analyse les discours sur les faits sociaux pour cerner et répondre aux enjeux du développement durable et le dix-septième aborde la pertinence sociologique dans les actions de développement. Ces deux articles présentent en quoi le fait social ou sociologique constitue-t-il un objet d'étude scientifique au point d'être indiqué pour cerner et répondre aux enjeux de développement en ce XXI^{ème} siècle ? Ils démontrent la reconnaissance par les acteurs de l'intervention des sociologues dans les projets de développement et le rôle joué par ceux-ci dans les actions de développement.

Les quinzième et sixième articles abordent respectivement « Les aménagements hydroélectriques : sources de développement ou de pauvreté des populations locales » et « Le sort des riverains dans le développement socio-économique des barrages hydroélectriques ». Ces deux articles ont montré que les aménagements hydroélectriques ont des conséquences à la fois

positive et négative sur les populations locales à travers les avantages multiples et les problèmes nés des aménagements hydroélectriques pour les populations locales.

Le cinquième article fait l'analyse des outils de gestion des ressources naturelles, le neuvième article présente « De la brousse du « Sogovo2 » à la forêt classée du forestier » et le septième article aborde les risques environnementaux de la gestion des eaux usées.

Les auteurs du cinquième article ont montré que le code forestier et la législation de la pêche ont évolué dans le temps et que les aires protégées constituent des outils de pérennisation des ressources naturelles. Ces idées ont été corroborées par les auteurs du neuvième article qui ont montré des similitudes entre le code forestier et les interdits du « Sogovo ». Quant aux auteurs du septième article, la gestion des eaux usées présente beaucoup de risques comme la contamination des eaux de puits et celles des plans et cours d'eau.

L'article 10 aborde la résilience des communautés aux inondations et mesures opérationnelles des partenaires techniques et financiers (PTF) en proposant la nécessité des actions de résilience pour une gestion durable des inondations et quelques activités de résilience aux inondations ressenties dans le milieu par les populations locales.

Les articles 13 et 12 abordent respectivement « Dynamique urbaine et équipements socio-collectifs » et « Le Koso, un nouveau mode d'habiter dans les universités publiques de Côte d'Ivoire » les auteurs de l'article 13 montrent que le niveau de

couverture de la ville en équipements socio-collectifs est faible. Ce que confirment les auteurs de l'article 12 en montrant la précarité des conditions de vie des étudiants des universités publiques faute d'infrastructures d'accueil et d'hébergement.

Par ailleurs, le quatorzième article présente la production du manioc et ses nouvelles opportunités à travers des volumes de production du manioc en croissance rapide et des sous-produits du manioc, prisés par les ménages. Le onzième article fait un Plaidoyer pour le développement des médias en zones rurales par des médias de proximité comme les radios communautaires et radios rurales. Le seizième article aborde la gouvernance traditionnelle. Pour l'auteur de cet article, la gouvernance traditionnelle est une croyance à la fois spirituelle et symbolique qui donne un droit oral incontestable à travers des chefs coutumiers comme acteurs de la gouvernance traditionnelle.

AGBEFLE K. G., University of Ghana, Legon/ Académie
Africaine de Recherches et d'Etudes Francophones (ACAREF)

AGOINON Norbert, Université de Parakou, Bénin,
FLASH - Département de Géographie

Vivre avec le sida dans l'espace sanitaire Ouidah/Kpomassè/Tori-Bossito avec discontinuité de soins biomédicaux

S. Copéric. Hubert GNANVI, Dr Abou-Bakari IMOROU (MC)

*Laboratoire d'Analyses et de Recherches en Santé, Mobilités et Organisations Sociales
(LASMO) EDP/UAC/Bénin*

« gnanvihubert@gmail.com »

Résumé

Les recours thérapeutiques observés chez des patients infectés au VIH/sida dans la zone sanitaire Ouidah/ Kpomassè / Tori-Bossito (OKT) s'expliquent par les représentations que se font les patients de leur maladie et de son aspect chronique. La méthodologie adoptée a pris en compte les différentes étapes de l'ECRIS (Enquête Collective Rapide d'Identification des conflits et des groupes Stratégiques). L'observation et les entretiens sont les techniques utilisées dans cette recherche de nature qualitative. Une démarche inductive a permis d'obtenir la taille de l'échantillon, après l'usage de la méthode du choix raisonné et celle de la technique d'itinérance. Les acteurs abordés lors des entretiens sont les patients du sida, les acteurs de prise en charge médicale et ceux des médecines parallèles et les acteurs religieux. L'analyse de Crozier et Friedberg (1977) se basant sur le système d'action concret et les représentations ou perceptions ont permis de comprendre le recours pluriel des soins. Les principaux résultats s'articulent autour de deux points : a.) la source de la discontinuité des soins relève des logiques sous-jacentes à l'origine de la maladie, et b.) la difficulté à respecter les prescriptions médicales en contexte de chronicité, doublé des conflits relationnels entre patients et soignants.

Mots-clés : *pluralisme thérapeutique, perceptions, VIH/sida, système de soins, discontinuité*

Abstract

The therapeutic remedies observed in patients infected with HIV / AIDS in the health zone Ouidah / Kpomassè / Tori-Bossito (OKT) are explained by the representations that patients make of their disease and its chronic appearance. The methodology adopted took into account the different stages of ECRIS (Rapid Collective Investigation of Conflict Identification and Strategic Groups). Observation and interviews are the techniques used in this research of a qualitative nature. An inductive approach allowed to obtain the sample size, after the use of the method of reasoned choice and that of the technique of roaming. The actors approached during the interviews are the patients of the AIDS, the stakeholders of medical care and those of alternative medicine and religious stakeholders. The analysis of Crozier and Friedberg (1977) based on the system of concrete action and representations or perceptions made it possible to understand the diverse uses of care. The main results revolve around two points: a.) The source of discontinuity of care is the underlying logic behind the disease, and b.) The difficulty of meeting medical prescriptions in a context of chronicity, coupled with relational conflicts between patients and caregivers.

Key-words: *therapeutic pluralism, perceptions, HIV / AIDS, health care system, discontinuity*

Introduction

La prise en charge médicale des maladies chroniques dans les pays en voie de développement surtout au Bénin est complexe grâce aux perceptions ou aux représentations que se font les patients et parfois leur entourage. C'est ce que montrent Kleinman et *Al.* (1978) : le sens de la maladie est conditionné, bien sûr, par la nature de la maladie elle-même mais aussi par l'univers de croyances, de normes, de valeurs, de rapports sociaux, de situations ou d'événements qui marquent la vie quotidienne de la collectivité. Les croyances sont donc au cœur des problématiques de santé en Afrique et surtout lors des affections chroniques. Il est ici noté le lieu privilégié des croisements entre les différentes manières de pensée des sociétés africaines et le paradigme basé sur l'offre des soins médicaux relevant d'une culture occidentale. Cette croisade issue des logiques des acteurs explique le comportement des malades et leur entourage dans la prise en charge des affections aiguës ou chroniques. C'est pour cela que Fassin (1992 :22), montre que : « les moyens font intervenir un ensemble de représentations et de pratiques bien au-delà des seuls référents médicaux : en cela ils constituent un révélateur privilégié du social ». Par conséquent, les réflexions autour de la question de la prise en charge en contexte de discontinuité des soins biomédicaux chez les malades chroniques

semblent trouver comme socle la rationalité qui fonde les pratiques des acteurs concernés. Le choix d'une maladie comme l'infection au VIH ou le sida qui est la seule maladie contagieuse ou infectieuse et chronique à servir d'exemple dans le cadre de cette recherche. Il est opportun d'aborder la question de rationalité qui guide les acteurs dans le choix des recours thérapeutiques malgré les multiples séances de counseling dans la prise en charge médicale du sida. Au Bénin, entre les années 2014 et 2016, plusieurs facteurs produisent la discontinuité des soins biomédicaux chez les PV VIH (Personnes Vivant avec le VIH). Alors Comment les recours vers les autres systèmes de prise en charge observés chez les PV VIH de la zone sanitaire Ouidah/Kpomassè/Tori-Bossito (OKT) expliquent les logiques des acteurs en discontinuités de soins biomédicaux ? Ainsi l'hypothèse de cette recherche stipule que : la rationalité des patients liée à la chronicité de l'infection au VIH détermine le glissement vers d'autres recours en contexte de discontinuité de soins biomédicaux dans l'espace sanitaire OKT. La recherche est de nature qualitative, et l'usage des guides d'entretien et la grille d'observation ont servi à la collecte des données. Les principaux résultats obtenus montrent que les logiques des patients dans les systèmes de prises en charges prouvent non seulement la recherche d'une guérison définitive mais aussi la lassitude à consommer les ARV dans un contexte de chronicité. Après avoir

décrit la méthodologie utilisée lors de cette recherche, quelques résultats sont exposés afin de mener une discussion pour expliciter le sujet.

Méthodes

1. Contexte et démarche méthodologique

1.1 Contexte

Les hommes agissent dans le sens de retrouver la santé à la suite de la maladie ; et chaque société a une représentation de la maladie et met divers moyens pour avoir une réponse. En effet pour apporter une réponse à la prise en charge des maladies, les gouvernants des pays colonisés d'Afrique au Sud du Sahara ont adopté et institutionnalisé la médecine moderne qualifiée d'occidentale. Cette dernière prend en compte plusieurs champs d'applications en passant par la formations des agents de santé, les soins préventifs, promotionnels et ceux curatifs. Ces différents paliers prennent en compte l'individu dans son application. Pour Clément et Aubé (2002) :

« Selon les champs d'application, les définitions proposées sont parfois centrées sur les besoins de l'individu ; l'arrangement des services découle alors de la nature de ces besoins. Dans d'autres contextes, elle repose sur

l'organisation des services ; l'arrangement de services est alors pensé et planifié de manière à rencontrer la diversité des besoins. Cependant, les besoins et les services sont situés dans tous les cas, dans la perspective de leur continuité. »

Il faut notifier que les besoins et les services nécessitent la présence des acteurs et les intrants. Ici les intrants désignent non seulement le matériel de travail mais aussi les réactifs des laboratoires et tous les constituants solubles entrant dans le cadre de la prise en charge. Les constats inhérents à la prise en charge du sida dans la zone sanitaire montrent une cartographie déclinant la pyramide sanitaire. Par conséquent, il a été repéré trois sites de prise en charge des malades dont deux fonctionnent mais le centre de Tori-Bossito a suspendu ses soins et services dans la prise en charge du sida suite à un conflit entre les populations et les soignants. Toutefois, l'hôpital de zone de Ouidah demeure le centre de recours principal dans l'offre et service de soins, ce qui signifie que les malades du sida trouvent la presque totalité de leur prise en charge mais ce qui n'est pas souvent le cas. Dans la zone sanitaire Ouidah/ kpomassè/Tori-Bossito (OKT), quelques bilans pré thérapeutiques ou semestriels ne se réalisent même pas à l'hôpital de zone de Ouidah faute de maintenance des appareils de laboratoire et de suivi d'une absence des ARV de 2^{ème} ligne, ce qui limite en réalité l'offre des soins aux malades et freine dans le

suivi réel du patient. Par observation, une discontinuité de l'éducation thérapeutique ne favorise pas le maintien du patient sous traitement à long terme vue que l'infection au VIH relève d'une chronicité. Trois séances de counseling se font avant la mise sous ARV, et chaque séance dure au plus trente minutes par patient. Bien que ces trois séances suffisent pour mettre le patient sous ARV, moins elles permettent de maintenir ce dernier dans le dispositif biomédical. Ce rôle de prise en charge psychosociale que jouent les médiateurs et certains agents de santé du pavillon de la médecine, devrait être relevé par les associations des PV VIH, mais l'étiquetage et la discrimination à l'endroit des personnes infectées, influencent l'appartenance à ces groupes et compromettent l'observance régulière. Par ailleurs, l'observant doit se présenter avant dix heures pour pouvoir avoir accès aux ARV à l'hôpital de zone. Quant au centre de santé de Kpomassè, l'absence du médecin chef et le désistement du spécialiste de laboratoire induisent chez les patients une négligence face aux prescriptions médicales. « Le désintérêt vis-à-vis du sida en termes de carrière s'explique par l'image dépréciative attachée à cette pathologie et les personnes qui la portent : pauvreté, surplus de travail, absence de motivations financières, etc.» (Diarra et Moumouni , 2008 : 14). Les patients viennent souvent à la consultation quand les symptômes de la maladie s'installent,

excepté les femmes enceintes qui font le dépistage lors des consultations prénatales.

La prise des ARV à l'hôpital de zone de Ouidah, est conditionnée par la présentation de l'ordonnance. Le patient qui prend les ARV est désigné sous le vocable « *é nɔ́ yí atínkɛn* », ce qui signifie littéralement qu'il prend les médicaments et cela englobe le caractère de la gratuité et celle de la discrimination.

« Une fois délivrés aux PvVIH à la pharmacie INAARV des centres prescripteurs sur présentation d'une ordonnance, les médicaments ne sont pas toujours, consommés suivant les recommandations des médecins prescripteurs. Les quantités sont souvent augmentées chez les uns, réduites chez les autres. » (Moha., 2011)

Pour Crozier et Friedberg (1977), « si l'on veut comprendre les articulations entre les jeux d'acteur et le système d'action concret, il faut utiliser deux modes de raisonnement : le raisonnement stratégique et le raisonnement systémique. » Pour comprendre le jeu des patients de la zone sanitaire OKT dans un contexte de rupture d'offre et service de soins , traversé par la pluralité des traitements thérapeutiques non biomédicale, il est important de considérer le système d'action concret ou les patients recherchent un mieux-être . En effet, l'espace virtuel ou le vide que crée les ruptures d'intrant dans les hôpitaux tentent d'être comblées par les autres modèles de prise en charge.

1.1.1 Approche méthodologique

Cette recherche-action est le fruit du projet Initiative 5% du LASDEL (Laboratoire d'Analyses et de Recherches sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local) réalisé sur trois années consécutives (2014, 2015, 2016) et durant six (06) mois chaque année. De nature qualitative, la démarche adoptée est celle de l'ECRIS (enquête collective rapide identifiant les conflits et les groupes stratégiques). Il urge de notifier que le fait de participer à l'enquête de repérage a permis de connaître les différents acteurs concernés dans la prise en charge de l'infection au VIH. Quant à l'enquête collective, elle a permis de redéfinir les variables avant d'aller sur les sites de façon individuelle. Répartis dans dix zones sanitaires dans tout le Bénin après la phase collective, nous sommes envoyés au niveau de la zone sanitaire Ouidah/ Kpomassè /Tori-Bossito (OKT) pour la phase d'enquête d'approfondissement. L'outil de collecte est le guide d'entretien et la grille d'observation, ainsi les techniques utilisées sont l'entretien et l'observation directe sur le site de prise en charge sans oublier la revue documentaire. Le groupe cible est constitué des hommes et femmes âgées de plus de dix-huit (18) ans vivant dans la sphère de la zone sanitaire OKT. Il s'agit de :

- Trente-six (36) patients chroniques du sida dont certains ont été rencontrés sur les lieux de traitement ou de prise d'ARV et

d'autres à leur domicile par la technique d'itinérance. Dans le déroulement de cette méthode de collecte, il est constaté que les patients observent une réticence ou une restriction à fournir les réponses lors des entretiens lorsque le lieu est le centre de prise en charge, par contre ils fournissent des informations plus approfondies lorsque l'entretien se déroule en dehors des cadres des centres de santé ou hôpital

- Trois (03) acteurs des structures hospitalières de prise en charge comme par le sondage du choix raisonné. Le choix des 03 acteurs est inductif.

- Neuf (09) autres acteurs de prise en charge parallèle (prêtre, imam, guérisseur, bokonon ou devin, pasteur)

La taille de l'échantillon (48) est obtenue par la démarche inductive où la saturation des données recueillies a permis d'atteindre le nombre indiqué par catégorie d'acteurs. Les résultats obtenus ont été traités par l'analyse du contenu et la méthode de tri-thématique.

Résultats

Entre pluralisme étiologique et empilement de recours : des perceptions qui influencent le mode de vie du patient

2. L'influence des systèmes de soins en présence sur l'observance des PV VIH dans la zone sanitaire Ouidah/Kpomassè/Tori-Bossito

Les systèmes de soins parallèles ou alternatifs dans la prise en charge des maladies en général, et qui relève de l'habitude des usagers influencent les recours des patients PV VIH. Lors de l'éducation pré thérapeutique, il est souvent déconseillé aux patients sous traitement ARV de prendre des potions et d'effectuer d'autres recours autres que ceux de la médecine moderne. En outre, ces patients sont souvent à la recherche d'une guérison définitive. Il devient important de rechercher les facteurs qui freinent temporairement la prise en charge médicale.

2.1. Les facteurs d'inobservance cycliques et recours thérapeutiques chez les PV VIH dans la zone sanitaire OKT

Les différents facteurs qui expliquent les ruptures occasionnelles de suivi médical dépendant du patient sont au nombre de (7) sept. Ainsi il ressort quatre (4) facteurs qu'abordent plus de la moitié des patients : fatigue à la consommation d'ARV (94% des patients), les effets secondaires

(83% des patients), l'accueil démotivant dans le système de soin biomédical (79% des patients) et l'incapacité d'adaptation nutritionnelle (68% des patients), et le trois (3) autres que sont : les oublis , la foi religieuse , et l'interdiction par un guérisseur de combiner les deux formes de traitement . En conséquence, l'observance liée aux traitements du VIH nécessite une adéquation entre la qualité de vie et la responsabilité du patient. Les trois dernières dimensions relèvent de la perception que se font les malades autour de la prise en charge médicale du PvVIH.

2.1.1 Le non partage de statut comme facteur de rupture du suivi biomédicale

Les perceptions liées à l'infection au VIH complexifient la prise en charge globale. Ces perceptions qui se nomme en fon " *běnzɔn*" la maladie de la honte mieux, "*é fɔ́n běnzɔn ó, é nò xò gba có nó dî à*" ce qui signifie littéralement "lorsqu'on meurt de la maladie de la honte, on n'achète pas de cercueil avant de l'enterrer". Ainsi la progéniture du patient est timbrée. Ces perceptions constituent un frein pour le partage de statut et par conséquent, le soutien de l'environnement social voire familiale demeure quasi-inexistant. Le soutien familial devrait aider à rappeler par exemple les heures de prise des ARV. Les modalités du traitement et de suivi sont donc réduites à la

responsabilité du patient. La maladie du sida est perçue comme une "maladie de honte". Cette perception de la pathologie renvoie les patients à des comportements peu recommandés sous des formes déguisées.

« De la méfiance à la critique, de l'ostracisme à la discrimination, du rejet à l'abandon, de la stigmatisation à la spoliation, l'existence d'attitudes hostiles envers les personnes atteintes, nourries par des connotations péjoratives de la maladie, semble être un invariant culturel. Cette "maladie sociale" est souvent, pour les personnes atteintes et pour leurs proches, plus difficile à vivre que les manifestations cliniques de l'atteinte par le virus. » (Desclaux A. ; 2003 :8)

L'univers de la prise en charge non biomédicale du VIH/sida dans la ZS- OKT : entre inobservance et syncrétisme thérapeutique.

2. La foi chrétienne comme source de rupture d'observance

Pour les pasteurs, les religieuses catholiques, et les prêtres, le VIH/sida symbolise l'infidélité conjugale et/ou la prostitution. Pour ce faire, il faut demander le pardon de ses péchés et se purifier par les prières spéciales. Ils n'occultent pas l'aspect anatomique, pathologique ou physiologique de la maladie. De

même ils savent que le docteur des docteurs, c'est Jésus qui guérit toute maladie. Peu de fidèle malade se confie à eux sous peine d'être reconnu tel, la réalité sociale ici est la crainte de la stigmatisation. La foi est devenue la source de la guérison comme le démontre cet entretien :

Moi, je prenais les ARV mais depuis deux ans, j'ai cessé car quand je prie, j'ai foi en mon Dieu, Jésus Sauveur. C'est mon grand-frère Docteur au Mali qui m'avait dépisté quand il est venu en vacances et m'a obligé à reprendre les ARV, si non j'avais cessé, je me sentais mieux (Extrait d'entretien d'un patient sous-ARV, Septembre 2014)

La reprise des ARV est ici conditionnée, est-ce que réellement cette dernière respecte la prise? Par ailleurs, la recherche de guérison entraîne une transhumance inter-religieuse, ce qui configure les ruptures occasionnelles et alternatives. Il est facile de comprendre à travers cet entretien :

Moi, je suis à cocotomey, j'étais catholique mais je vois un pasteur en face qui faisait des miracles. Je suis allé dans son église (RHC) et quand il a mis la main sur ma tête, c'est comme si quelque chose m'a quitté le corps. Quand les ARV finissent et que je n'ai plus d'argent pour venir à Ouidah, je prie beaucoup et j'oublie même que j'ai une maladie. Je me sens mieux. Je peux venir deux semaines

ou un mois chercher les ARV. En période de rupture nationale moi je n'avais pas peur, je comptais sur mon Dieu (Extrait d'entretien d'un patient sous-ARV, Septembre 2014)

2.1 La médecine endogène

Tous ces acteurs qui interviennent dans le domaine de la médecine traditionnelle, ont des lieux de consultations, situés souvent dans leur domicile. C'est au vue des perceptions que les malades et leur entourage prennent la décision de choisir tel ou tel acteur. Le doute sur l'origine de la maladie est le fruit de certaines expériences vécues :

Moi, je sais que pendant ma jeunesse et quand j'avais un peu de sous, je sortais avec les belles filles et jeunes dames. Souvent je me dis que c'est en cette période que j'ai attrapé la maladie, mais au retour, je constate qu'il y a des gens plus voyous que moi et qui n'utilisent pas de préservatif, et n'ont jamais attrapé le sida et moi je me dis que les sorciers passent aussi par des moyens pour réaliser leur rêve de destruction. (Extrait d'entretien d'un patient sous-ARV, Septembre 2014)

Dans ces conditions, il existe des personnes qui ne sont pas vulnérables à cause de l'inexistence des récepteurs du virus dans

leur organisme. Ainsi, il est constaté des couples séro-discordants c'est-à-dire que dans le couple, un partenaire possède le virus et le ou la conjoint(e) ne possède pas. Le degré de connaissance sur la transmission du VIH peut donc permettre de nuancer sur les origines réelles de la maladie.

Toutefois, les acteurs de la médecine traditionnelle essayent des approches de solution et gèrent les séquelles du VIH (lors des ruptures de médicament sur les sites de prise en charge) par la phytothérapie ou autres méthodes comme l'illustre cet entretien :

Quand il y avait rupture l'année surpassée, je suis resté deux mois sans prendre les médicaments. Je n'ai jamais partagé mon statut, or voilà je tombai évanoui et ne sais comment je me suis retrouvé à l'hôpital, mais les soignants étaient incapables de venir en mon aide. Je passai 10 jours après cela mes parents m'ont sorti contre avis-médical et m'ont amené chez un guérisseur traditionnel à Tori. Là le traitant me faisait des potions et m'interdisait de prendre tous les comprimés (même les CTM), et je respectais ses consignes car je domiciliais chez lui. Je fis 21 jours et il me libéra et j'ai quand même trouvé un peu de satisfaction. La semaine qui a suivi, je suis venu prendre les ARV car quelqu'un m'a informé que les ARV étaient venus (Extrait d'entretien du patient sous-ARV, Septembre 2014)

Pour ce guérisseur, le VIH est perçue comme un sort jeté un esprit maléfique bien qu'il ne s'en rende compte que ce fût le sida. L'origine de la maladie étant floue, certains PvVIH pensent que cela relève de la sorcellerie ou de l'envoutement. Le pluralisme étiologique constitue donc la source d'un recours vers la médecine traditionnelle.

2.1.1- Attitude des patients chez les tradithérapeutes

Les patients, une fois chez les guérisseurs n'arrivent pas à exprimer leur maladie. Les guérisseurs affirment pour le moment qu'il n'existe aucun moyen pouvant déceler traditionnellement le VIH. Cet extrait suivant tente d'expliquer ce fait :

Les noirs ne font pas de diagnostic, c'est le malade qui dit ce qu'il ressent et nous on essaye d'appliquer les vertus thérapeutiques. Malheureusement les malades du Sida ont honte, et nous présentent simplement les symptômes et on fait avec. Mais si un bokonon veut manger, il crée et trouve la sorcellerie. La peur y étant, le malade et son entourage cherchera vite les moyens financiers pour la guérison (Extrait d'entretien de Dah GOUNON M. (guérisseur), Janvier 2015)

Dans ce jeu où le malade ne confirme pas son statut sérologique, le guérisseur ou le phytothérapeute tente de gérer les symptômes

de la maladie sans avoir atteint son objet. Le traitement perpétuel favorise le soignant et lui permet d'accroître ses revenus car bien étant dans la précarité, les soignants ne peuvent agir sans un minimum de biens ou de ressources. Les ressources impliquent les moyens financiers bien qu'ici les soignants proposent des échéances de paiement.

2.2. De la perception sociale vers une approche analytique

Certaines malades (6/36) soit 17% ont pu annoncer aux acteurs de la médecine traditionnelle leur statut sérologique. Ces acteurs ont essayé de les accompagner dans leur situation en gardant le secret et en leur proposant des thérapies axées sur les valeurs endogènes. Les résultats de traitements effectués demeurent encore pour certains insuffisants, bien que des patients retrouvent leur faculté et vitalité par moment. Il est aussi important de comprendre le mode du fonctionnement du principe actif des vertus thérapeutiques en médecine endogène. Si le malade nous dit que c'est le sida alors il nous aidera et on essaiera des remèdes car nous en avons. Mais il faut comprendre qu'en médecine traditionnelle, on assiste à une variabilité de traitement. Ce qui guérit A peut ne pas guérir B pour les mêmes maladies. Donc d'essai en essai, on parviendra (Extrait d'entretien de Dah Dohou (phytothérapeute), janvier 2014)

Par ailleurs, les perceptions sociales des acteurs que sont ; la sorcellerie et les pratiques magico-religieuses sont remises en cause par 70% des guérisseurs traditionnels abordés. Les tradithérapeutes traduisent autrement les perceptions comme des “entités nosologiques populaires” où les patients ne reconnaissent pas leur vécu passé, et par conséquent montrent que la fatalité est un fait extérieur et qui trouve ses origines dans « l'autre ». Pour comprendre le sens, il suffit de faire une analyse de l'entretien suivant :

Les sorciers même s'ils envoûtent, on ne voit rien à l'analyse et le médecin dit que tout est normal alors que la personne souffre. Ainsi, si on ne trouve pas de virus et la personne présente les signes du sida, alors on dira que c'est l'envoûtement. Mais si après l'analyse on découvre « azoncu sida ton » c'est-à-dire le virus alors ce n'est pas un envoûtement. Si cela était aussi facile beaucoup auront le sida. (Extrait d'entretien de Dah DOHOUNOU M.)

3. Discussions

3.1 Les implications de l'adhésion aux traitements ARV et ses corollaires

Les entretiens réalisés montrent que 34/36 patients éprouvent de difficulté à avaler trois (3) fois, les comprimés de façon

quotidienne. Ainsi l'observance médicamenteuse met en évidence l'adaptation en cas de maladies chroniques. Il s'ensuit donc une difficulté liée à l'observance médicamenteuse, l'influence de la chronicité du VIH sur le vécu des malades, s'explique par des abandons répétés aux traitements médicamenteux. Ce facteur ne dépend pas directement des conditions de vie ou de la qualité de vie des malades. Il est aussi montré que l'adhésion aux traitements de toutes les maladies chroniques des patients demeure complexe.

« Dans le cas des maladies cardio-vasculaires, l'observance strictement médicamenteuse est bien sûr nécessaire, mais elle doit s'accompagner de changements importants dans la vie quotidienne du patient. Une étude (Vrijens, 2008) estime à seulement 50% environ la part de patients observants ; ce constat pose une vraie question de santé publique » (Marianick , 2013 :4)

Les malades chroniques adoptent un nouveau mode de vie, ce qui est souvent difficile compte tenu des habitudes et l'âge. L'acquisition de nouveaux réflexes complexifie ainsi la prise en charge et maintient une fréquence de rupture d'observance.

La recherche d'une solution amène les malades vers d'autres systèmes de soins : les médecines traditionnelles et les centres religieux. Les facteurs liés au changement de système de prise en charge sont variables. Dans cette recherche tous les patients

recherchent une guérison totale et ont chacun essayé une approche extra-médicale. Il s'agit de voir les facteurs qui fragilisent le suivi médical et l'observance médicamenteuse.

3.2 Les croyances et attitudes des patients face à l'observance thérapeutique

Les contraintes liées à l'observance, surtout en cas de chronicité de l'infection au VIH, stimulent les modes de croyances inhérents au changement du comportement du malade. Les facteurs subjectifs qui sont décrits par les perceptions et les croyances fragilisent l'observance thérapeutique. Toutefois, il faut nuancer car seuls les taux de la charge virale et de CD4 pourraient nous édifier sur cette situation. Dans la même posture, certains patients font recours à la médecine traditionnelle afin de solutionner leur problème de santé. Cette médecine existait en Afrique et au Bénin et plus particulièrement dans la ZS-OKT. Nous avons observé dans la zone, des modes de prise en charge des maladies.

« Au Bénin, la médecine traditionnelle, dans son état actuel, n'est pas structurée de manière à jouer efficacement son rôle dans la couverture des besoins sanitaires de la population. Elle souffre d'insuffisances en matière d'orientations précises. De plus, le rôle de chaque intervenant n'est pas clairement défini et il n'existe pas de loi fondamentale ni de décret d'application

spécifique à la médecine traditionnelle. » (Houngnihin ., 2011 : 21).

Pour le cas du VIH, la prise en charge n'est pas systématique. Elle est d'une grande importance dans la ZS- OKT et est socialement reconnue. Dans cette médecine, peuvent se retrouver : les 'hùnnɔ' c'est-à-dire les prêtre-guérisseurs, les 'Bokɔ́nɔ' ici désignent les devins et enfin les 'amawato' qui sont les phytothérapeutes. Les acteurs se tournent vers cette médecine en cas du non-partage du statut sérologique (où l'entourage ignore l'étiologie de la maladie, du doute du diagnostic biomédical) , la précarité, et la recherche d'une totale satisfaction.

Conclusion

La prise en charge du VIH/sida dans la zone sanitaire de Ouidah/Kpomassè/ Tori-Bossito pose avant tout un problème de qualité de soins. Cette dernière trouve ces contours limités par la disponibilité des ARV et des réactifs de laboratoire ; la disponibilité des agents de santé quant à l'écoute des patients en temps réel. La disponibilité d'ARV et des réactifs de laboratoire dépendent du système de fonctionnement de la pyramide sanitaire d'une part et des exigences administratives entre les centres de prise en charge et les acteurs du premier plan désigné par le Programme national de lutte contre le sida (PNLS). Face à cette adhésion thérapeutique complexe ; les

patients adoptent diverses attitudes qui ont un effet sur la prise en charge médicale. Ces divers comportements influencent la prise des ARV par les malades ; il est noté une mauvaise observance chez les malades qui négligent la prise des médicaments. La discontinuité des soins biomédicaux dans la prise en charge du VIH dans la zone sanitaire Ouidah/Kpomassè/Tori-Bossito , s'explique par la chronicité de la maladie et de ses perceptions. Les uns préfèrent se confier aux dirigeants des religions importés. Ils estiment que leur foi est la source de leur guérison. Ces représentations poussent les malades à avoir des comportements déguisés en face des soignants de la médecine traditionnelles. Les tradithérapeutes estiment que les malades n'expriment pas facilement leur souffrance au même moment où la science endogène n'a pas encore les instruments biologiques pour faire le dépistage du VIH. Ces diverses astuces développées par les patients infectés ne favorisent pas une bonne prise en charge de la maladie par les acteurs de la médecine traditionnelle. L'observance des traitements en cas de maladies chroniques dépend aussi des facteurs socioculturels. Il urge de prendre en compte ces considérations dans la prise en charge des maladies chroniques afin de mieux comprendre les logiques des acteurs concernés.

Références bibliographiques

Clément Michèle & Aubé Dénise . (2002). *La continuité des soins : une solution? Perspective des personnes avec comorbidité.* Santé mentale au Québec, 27(2), 180–197.
[https:// doi.org/10.7202/014563ar](https://doi.org/10.7202/014563ar)

Crozier Michel & Friedberg Erhard. (1997), *L'acteur et le système*, Ed : Seuil. Points/ Politique, Paris.

Desclaux Alice., (2002) *Refuser d'allaiter pour protéger son enfant. La marginalité des mères séropositives en Afrique* Paris : Éditions L'Harmattan, 244 pp.

Fassin Didier. (1992) *Thérapeutes et malades dans la ville africaine. Rapports sociaux, urbanisation et santé à Pikine, banlieue de Dakar.* Thèse de doctorat : sciences sociales. Paris : EHESS.

Houngnihin Rock., (2011) *politique nationale de la médecine traditionnelle au Bénin*, Ministère de la Santé Publique, Cotonou.

Kleinman Arthur. & al. (1978) *Culture, illness, and care: clinical, lessons from anthropologic and cross-cultural research.* *Annals of internal medicine.* 88 (2).

Marianick Pierre . (2008) *Etude des déterminants anthropo-didactiques de l'observance non médicamenteuse dans la relation médecin-patient. Cas des maladies cardio-vasculaires* Mémoire de maîtrise : administration sanitaire et santé publique. France : Université de Bordeaux

Moha Mohamed., (2011) « *Même la nourriture, on se fatigue de la manger, à plus forte raison le médicament...* » Les PvVIH et les médicaments au Niger *Etudes et travaux du LASDEL*, N° 94, p 66