



Institut National de Recherche en Sciences Sociales et Humaines

BOLUKI

Revue des lettres, arts, sciences humaines et sociales

ISSN : 2789-9578



N°2, Juin 2022

BOLUKI

Revue des lettres, arts, sciences humaines et sociales
Institut National de Recherche en Sciences Sociales et Humaines (INRSSH)

ISSN : 2789-9578

Contact

E-mail : revue.boluki@gmail.com

Tél : (+242) 06 498 85 18 / 06 639 78 24

BP : 14955, Brazzaville, Congo

Directeur de publication

OBA Dominique, Maître de Conférences (Relations internationales), Université Marien NGOUABI (Congo)

Rédacteur en chef

MALONGA MOUNGABIO Fernand Alfred, Maître de Conférences (Didactique des disciplines), Université Marien NGOUABI (Congo)

Comité de rédaction

GHIMBI Nicaise Léandre Mesmin, Maitre-Assistant (Psychologie clinique), Université Marien Ngouabi (Congo)

GOMAT Hugues-Yvan, Maitre-Assistant (Écologie Végétale), Université Marien Ngouabi (Congo)

GOMA-THETHE BOSSO Roval Caprice, Maitre-Assistant (Histoire et civilisations africaines), Université Marien Ngouabi (Congo)

KIMBOUALA NKAYA, Maitre-Assistant (Didactique de l'Anglais), Université Marien Ngouabi (Congo)

LOUYINDOULA BANGANA YIYA Chris Poppel, Maitre-Assistant (Didactique des disciplines), Université Marien Ngouabi (Congo)

VOUNOU Martin Pariss, Maitre-Assistant (Relations internationales), Université Marien Ngouabi (Congo)

Comité scientifique

AKANOKABIA Akanis Maxime, Maître de Conférences (Philosophie), Université Marien NGOUABI (Congo)

ALEM Jaouad, Professeur-agrégé (Mesure et évaluation en éducation), Université Laurentienne (Canada)

BAYETTE Jean Bruno, Maître de Conférences (Sociologie de l'Education), Université Marien NGOUABI (Congo)

DIANZINGA Scholastique, Professeur Titulaire (Histoire sociale et contemporaine), Université Marien Ngouabi (Congo)

DITENGO Clémence, Maître de Conférences (Géographie humaine et économique), Université Marien NGOUABI (Congo)

DUPEYRON Jean-François, Maître de conférences HDR émérite (philosophie de l'éducation), université de Bordeaux Montaigne (France)

EWAMELA Aristide, Maître de Conférences (Didactique des Activités Physiques et Sportives), Université Marien NGOUABI (Congo)

EYELANGOLI OKANDZE Rufin, Maître de Conférences (Analyse Complexe), Université Marien NGOUABI (Congo)

HANADI Chatila, Professeur d'Université (Sciences de l'Education- Didactique de Sciences), Université Libanaise (Liban)

HETIER Renaud, Professeur (Sciences de l'éducation), UCO Angers (France)

KPAZAI Georges, Professeur Titulaire (Didactiques de la construction des connaissances et du Développement des compétences), Université Laurentienne, Sudbury (Canada)

LAMARRE Jean-Marc, Maître de conférences honoraire (philosophie de l'éducation), Université de Nantes, Centre de Recherche en Education de Nantes (France)

LOUMOUAMOU Aubin Nestor, Professeur Titulaire (Didactique des disciplines, Chimie organique), Université Marien Ngouabi (Congo)

MABONZO Vital Delmas, Maître de Conférences (Modélisation mathématique), Université Marien NGOUABI (Congo)

MOUNDZA Patrice, Maître de Conférences (Géographie humain et économique), Université Marien NGOUABI (Congo)

NAWAL ABOU Raad, Professeur d'Université (Sciences de l'Education- Didactique des Mathématiques), Faculté de Pédagogie- Université Libanaise (Liban)

NDINGA Mathias Marie Adrien, Professeur Titulaire (Economie du travail et des ressources humaines), Université Marien Ngouabi (Congo)

RAFFIN Fabrice, Maître de Conférences (Sociologie/Anthropologie), Université de Picardie Jules Verne (France)

SAH Zéphirin, Maître de Conférences (Histoire et civilisation africaines), Université Marien NGOUABI (Congo)

SAMBA Gaston, Maître de Conférences (Géographie physique : climatologie), Université Marien NGOUABI (Congo)

YEKOKA Jean Félix, Maître de Conférences (Histoire et civilisation africaines), Université Marien NGOUABI (Congo)

ZACHARIE BOWAO Charles, Professeur Titulaire (Philosophie), Université Marien Ngouabi (Congo)

Comité de lecture

LOUSSAKOUMOUNOU Alain Fernand Raoul, Maître de Conférences (Grammaire et Linguistique du Français), Université Marien Ngouabi (Congo)

MASSOUMOU Omer, Professeur Titulaire (Littérature française et Langue française), Université Marien Ngouabi (Congo)

NDONGO IBARA Yvon Pierre, Professeur Titulaire (Linguistique et langue anglais), Université Marien Ngouabi (Congo)

NGAMOUNTSIKA Edouard, Professeur Titulaire (Grammaire et Linguistique du Français), Université Marien Ngouabi (Congo)

ODJOLA Régina Véronique, Maître de Conférences (Linguistique du Français), Université Marien Ngouabi (Congo)

YALA KOUANDZI Rony Dévyllers, Maître de Conférences (Littérature, africaine), Université Marien Ngouabi (Congo)

SOMMAIRE

I- HISTOIRE

Incidence du réseau routier sur le développement de la Côte d'Ivoire de 1960 à 1980 Laurent Abé ABÉ.....	9
Histoire du village de yégué (centre-togo) et son apport dans le développement du pays Adélé du milieu du XIX^e siècle à 1993 Kokou APEGNON.....	19
Political leadership in gorgui dieng's <i>a leap out the dark</i> Mamadou Gorgui BA.....	29
Le <i>Dawlotuzan</i> : une réponse aux frontières coloniales (XIX^e-XX^e siècle) Nanbidou DANDONUGBO.....	37
La politique d'investissements publics et privés dans l'Afrique occidentale française (AOF) : quels enjeux de 1946 à 1957 ? Antoine Koffi GOLE.....	49
Les appareils de sûreté et de sécurité et la surveillance des frontières septentrionales du Cameroun Yaya NTEANJEMGNIGNI.....	63
Social organization of the Diola people from Fongny in lower Casamance: political structure, land law and distribution of tasks (15th-20th century) Aliou SENE.....	89
Cameroon museums as hubs of spiritual art Victor BAYENA NGITIR.....	99
Le Njambur, conflit de souveraineté pour la mise en valeur des sols et le contrôle des activités commerciales entre la colonie, le pouvoir central et les populations locales au milieu du XIX^e siècle Ibrahima SECK... ..	117

II- GÉOGRAPHIE

Contraintes dans l'enregistrement des actes par les commissions foncières de base dans les communes de affala, Kao et Barmou de la région de Tahoua au Niger Elhadji Mohamoud CHEKOU KORE	138
Contribution du tourisme dans le développement socio-économique de la ville de Djenné/région de Mopti (Mali) Sory Ibrahima FOFANA, Charles SAMAKE et Siaka DOUMBIA.....	151
Dynamique de l'occupation du sol et son incidence sur l'agriculture périurbaine des niayes méridionales à Dakar Maguette NDIAYE, Alla MANGA, Yaya Mansour DIÈDHIOU et Pascal SAGNA.....	163

Filière karité et lutte contre la pauvreté de la femme rurale du Mandoul (Sud du Tchad) : Une professionnalisation manquée	
Ouyo Kwin Jim NAREM et Togyanouba YANANBAYE	181

III- LITTÉRATURE ET PHILOSOPHIE

L'intronisation du chef de village : une manifestation ancestrale de Bèlèdougou (Mali)	
Amadou Zan TRAORÉ, Famakan KEITA et Nassoum Yacine TRAORÉ	195
A Postmodern Reading of “The Arcadian Myth” in ben Okri’s <i>in Arcadia</i>	
Souleymane TUO... ..	207
L’art comme lieu de résistance à l’ordre établi chez Theodor w. Adorno	
N’guessan Jonas KOUASSI	223
Mémoires de porc-épic Mabankouenne entre oralité-écriture	
Aimée Noëlle GOMAS et Chris Emmanuel BAKOUMA MALANDA	233
Radicalisation et fondamentalisme : une problématique d’un vivre ensemble dans le Nigeria contemporain ; une analyse de <i>Another episode of trauma</i> (2014) de Temilolu Fosudo	
Abib SENE	241

IV- SOCIOLOGIE

L’enjeu socio-culturel du sacrifice dans quelques films ivoiriens	
Yao N’DRI et Kadja Olivier ÉHILÉ	253
VIH/sida, bouleversements biographiques et recomposition identitaire chez les patients d’Adzopè	
Jean Bilé WADJA et Taïba Germaine AINYAKOU... ..	263
Usages de l’entretien individuel dans les recherches qualitatives réalisées par les étudiants de sociologie en côte d’ivoire	
Yogblo Armand GROGUHE	277

V- COMMUNICATION-SCIENCES DE L’ÉDUCATION ET DU LANGAGE

Diagnostic des quartiers précaires des zones à risque d’Abidjan : quelle stratégie de communication pour une intervention en milieu urbain pauvre ?	
Mamadou DIARRASSOUBA... ..	291
L’impact de l’éducation préscolaire sur les performances dans l’expression orale des apprenants du cycle d’éveil de l’école primaire	
Béatrice Perpétue OKOUA et Bertie Stevalor Aristote VILA	305
La Problématique de la formation initiale des instituteurs en République du Congo	
Yolande THIBAUT-MPOLO	317
Néologie et métissage linguistique dans <i>La Vie Et Demie</i> de Sony Labou Tansi	
Achille Cyriac ASSOMO... ..	329

IV- SOCIOLOGIE

VIH/SIDA, BOULEVERSEMENTS BIOGRAPHIQUES ET RECOMPOSITION IDENTITAIRE CHEZ LES PATIENTS D'ADZOPÉ

Jean Bilé WADJA, Université Félix Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire)

E. mail : wadjaj@yahoo.fr

Taïba Germaine AINYAKOU, Université Peleforo Gon Coulibaly de Korhogo

(Côte d'Ivoire) / E. mail : ainyakou@yahoo.fr

Résumé

La présente étude a pour objectif d'étudier les bouleversements inhérents au VIH/sida dans la biographie des patients. Face à cela, ces acteurs mobilisent la recomposition identitaire comme élément leur permettant de redéfinir leurs relations sociales et d'entrevoir l'avenir sous de meilleurs auspices. L'étude est essentiellement qualitative avec des outils d'enquête appropriés notamment, la recension bibliographique, des entretiens autobiographiques et semi-directifs menés auprès de quarante-deux (42) personnes répartis comme suit : vingt-cinq (25) personnes vivant avec le VIH/sida, neuf (9) acteurs médicaux, quatre (4) dépositaires de la tradition, trois (3) présidents d'ONG et une autorité administrative à savoir le Directeur de la structure sanitaire. Elle s'est déroulée à l'Hôpital Général d'Adzopé. Cela a conduit aux résultats selon lesquels les maladies opportunistes (toxoplasmose, zona, diarrhée, candidose buccale, etc.) exercent une influence sur la vie sociale des patients par l'amenuisement du capital économique, la stigmatisation, la désertion des espaces médicaux et la létalité. Outre cette réalité, le VIH/sida opère une rupture des liens sociaux dont les principaux indicateurs sont la crise identitaire et les ruptures conjugales. Pour ce faire, les acteurs mettent en place des modalités d'organisation et de réorganisation de leur identité.

Mots-clés : VIH/sida, recomposition identitaire, distanciation sociale, représentation sociale, stigmatisation.

Abstract

The present study aims to study the upheavals inherent to HIV/AIDS in the biography of patients. Faced with this, these actors mobilize the recomposition of identity as an element allowing them to redefine their social relations and to glimpse the future under better auspices. The study is essentially qualitative with appropriate survey tools, in particular the bibliographical review, autobiographical and semi-structured interviews conducted with forty-two (42) people, distributed as follows: twenty-five (25) people living with HIV/AIDS, nine (9) medical actors, four (4) guardians of tradition, three (3) presidents of NGOs and an administrative authority, namely the Director of the health structure. It took place at the General Hospital of Adzopé. This led to the findings that opportunistic diseases (toxoplasmosis, shingles, diarrhea, oral candidiasis, etc.) exert an influence on the social life of patients through depletion of economic capital, stigmatization and desertion of medical spaces, and lethality. In addition to this reality, HIV/AIDS breaks social ties, the main indicators of which are identity crisis and marital breakdown. To do this, the actors put in place ways of organizing and reorganizing their identity.

Keywords: HIV/AIDS, identity recomposition, social distancing, social representation, stigmatization

Introduction

L'infection au VIH/sida induit des bouleversements multiformes. Comme toute maladie chronique, elle introduit des dérèglements dans la famille, sur le lieu de travail et dans l'ensemble des activités sociales (I. Baszanger, 1986). Être contaminé par le VIH, c'est être porteur d'un risque de maladie létale à plus ou moins long terme, avec un pronostic incertain quant au déclenchement de la maladie. Les personnes atteintes par le VIH se retrouvent dans la situation de vivre avec le virus et de lutter pour maintenir leur état de santé et leur insertion sociale (J. Pierret, 1997). Cette pathologie affecte diverses régions du monde dont l'Afrique. Ce continent semble payer un lourd tribut. Et pour cause : il concentre le plus grand nombre de personnes infectées (25,3 millions selon l'ONUSIDA, 2021). Outre ce fait, les effets de l'épidémie du VIH/sida sont perceptibles tant dans le champ économique que social. Ainsi, la pénurie de main d'œuvre liée à la mortalité et à la morbidité entraîne une baisse de la productivité dans les secteurs primaire et secondaire (N. Couderc, N. Drouhin, B. Ventelou, 2006 ; T.N. Tiehi, 2015). De même, l'annonce de la maladie grave ou chronique (comme l'infection à VIH) est perçue et vécue comme un événement marquant qui provoque des « bifurcations biographiques », des « ruptures et (des) continuités » dans le cours de la vie des personnes atteintes (M. Grossetti M. Bessin et C. Bidart, 2010 ; D. Alice., P. Msellati et K. Sow, 2011 ; J. Pierret, 2001).

Par ailleurs, au nombre des pays africains qui payent un tribut du VIH/sida, figure la Côte d'Ivoire. Avec un taux de prévalence 2,9 % selon l'enquête nationale d'ICAP et de l'INS (2018), ce pays figure en tête des statistiques de l'Afrique occidentale (ONUSIDA, 2021). Sous cet angle, le Président ivoirien Alassane Ouattara, dans la préface au PSN 2016-2020 estime que « *force est de constater que dans notre pays, le VIH reste encore un important problème de santé publique qui a un impact sur le développement* », d'où la nécessité pour le pays de s'inscrire « *dans une vision mondiale pour éradiquer le sida d'ici 2030* » (Ministère de la Santé et de l'hygiène Publique, 2016, p.9 ; Seriba K. 2018, p.3).

Ces différents constats font apparaître les répercussions sociales inhérentes à cette maladie. D'une part, les maladies liées au sida et les décès des travailleurs se répercutent sur la situation de l'entreprise en augmentant les charges et en diminuant les rendements (L. Aventin, 1998 ; K. Daly, 2002 ; S.-P. Eholié et *al.*, 2003). D'autre part, cette pathologie peut influencer les relations de conjugalité.

En effet, pour A. Tijou-Traoré (2006) le dialogue conjugal autour de l'annonce de la séropositivité dans l'expérience des couples sérodiscordants illustrée ici par des situations dans lesquelles les femmes sont séropositives et leurs conjoints séronégatifs semble problématique. Pour cet auteur, la situation de ces couples renvoie à une disparité fondamentale de statut susceptible de générer des ruptures conjugales et des relations conflictuelles. Questionner ce dialogue dans toute sa complexité, c'est, d'une part, étudier la manière dont il évolue et ses incidences sur le VIH (en termes de modalité de prise en compte) et, d'autre part, mettre en lumière les facteurs conjoncturels et structurels qui le font exister ou le fragilisent. C'est aussi faire émerger les craintes qu'il suscite, les espoirs qu'il secrète, les hésitations et les difficultés qui l'accompagnent, les stratégies qu'il fait naître. Mieux, pour C. Kablan et *al.*, (2006), la fragmentation sociale de la société ivoirienne renforcée par le VIH s'est surtout traduite par une rupture des liens sociaux. Cette rupture entre les personnes infectées et l'environnement social provoquent leur désocialisation et affectent leur bien-être. Elle a aussi conduit à une recomposition sociale dont la manifestation la plus évidente est l'émergence d'associations de personnes vivant avec le VIH/sida. En définitive, la littérature met en relief les effets induits par cette pandémie sous-tendus par la rupture des relations sociales.

C'est pour mieux comprendre ce fait social que la zone d'étude d'Adzopé a été choisie. Cette étude se structure autour du dérèglement induit par cette pathologie dans la biographie

sociale des acteurs. Dans cet espace social, des patients sont l'objet de rejet par leur groupe social. Ils sont suspectés d'avoir eu des comportements moralement répréhensibles (liés à une sexualité avec plusieurs partenaires) alors que l'infection peut être due à une transfusion sanguine ou une relation sexuelle avec son partenaire. Outre cet aspect, l'absence de perspective façonne la vie sociale des personnes atteintes. La maladie avec les potentiels effets secondaires, les modifications induites du corps, les capacités/incapacités, les maladies opportunistes déclarées sont des indicateurs probants de cette situation. Mieux, une exploration auprès des professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes) révèle que cette maladie chronique remet en cause le sens de l'existence de l'individu et l'image qu'il se fait de lui-même. Les attributs sociaux inhérents au genre (mariage, désir de procréation, etc.) sont dévalorisés par les personnes atteintes.

En définitive, le VIH/sida entraîne des bouleversements dans la vie quotidienne des patients. Il se conçoit comme un accélérateur et un révélateur de rupture dans la biographie des patients en termes de permanence dans le conflit, de distanciation sociale, de rejet, de rupture conjugale et de mobilisation de stratégies.

C'est donc à la vue de ce qui précède que nous avons décidé de mener cette enquête dans la perspective de savoir quels sont les bouleversements du VIH/sida sur la trajectoire sociale des patients d'Adzopé ? Autrement dit quelles modifications cette pathologie opère dans les différents lieux de la vie sociale des patients ? Sans doute la rupture biographique fondée sur les bouleversements des structures de la vie quotidienne des individus malades est un pan explicatif du parcours de vie des patients en termes de position statutaire spécifique et d'un ensemble de rôles sociaux. Sous cet angle, la présente étude décrit les bouleversements consécutifs au VIH/sida dans les sphères de la vie sociale des acteurs ainsi que leur réinsertion.

En se fondant sur la théorie de la rupture biographique (*biographical disruption*) de M. Bury (1982), la maladie est perçue comme un élément majeur de rupture. La particularité de l'analyse de cet auteur réside dans le fait qu'il défend l'idée selon laquelle la maladie chronique entraîne des bouleversements dans les structures de la vie quotidienne et dans les formes de savoir des individus malades ainsi que les ressources mobilisées par les acteurs pour faire face à la situation ainsi modifiée. De cette théorie, nous avons mis en relief l'influence des maladies opportunistes sur les variables sociales, humaines et économiques liées au VIH/sida, le dérèglement dans le parcours de vie des patients comme déstructuration des relations sociales et les ressources mobilisées comme modalités d'organisation et de réorganisation de leurs identités dans la vie sociale.

L'intérêt d'une telle étude prend tout son sens dans la mesure où les variables qui sous-tendent l'existence du VIH/sida s'actualisent dans les bouleversements de la vie sociale des patients. En effet, les malades doivent, jour après jour, faire face à la situation modifiée et gérer les problèmes qui se posent à eux dans les divers lieux de la vie sociale, que ce soit au niveau de la famille, du travail et de la médecine... L'irruption du VIH/sida et les bouleversements (conflits, rejets, repli identitaire, etc.) qu'elle entraîne se traduisent alors par des réaménagements dans la vie quotidienne des patients d'Adzopé. Ces différents aspects en lien avec la pathologie témoignent de la vulnérabilité des acteurs. Et pourtant, ceux-ci ont une part contributive au développement du pays. Dans cet élan, la promotion et la protection de la santé du peuple constituent des axes prioritaires à l'amélioration des conditions de vie par les gouvernants. Les acteurs politiques ont vis-à-vis des populations l'obligation de leur offrir des prestations sanitaires et sociales adéquates en raison du mandat dont ils les ont investis. Cette étude constitue un approfondissement sur les bouleversements du VIH/sida et peut constituer un axe de réflexion pour d'autres chercheurs qui vont l'envisager sous d'autres angles. Le présent travail enrichi avec la contribution d'autres écrits permet de saisir scientifiquement les éléments sociaux qui sous-tendent les bouleversements du VIH/sida en dépit de l'inexistence de solutions thérapeutiques modernes définitives pour guérir du VIH/SIDA. Une telle recherche

menée avec une rigueur scientifique peut contribuer à l'avancement des connaissances actuelles sur cette question relative aux bouleversements dans la biographie sociale des acteurs.

1. Méthodologie

1.1. Site et participants de l'enquête

L'étude s'est réalisée à l'Hôpital Général d'Adzopé, Chef-lieu de région de la Mé, situé à 106 km d'Abidjan. Elle s'est échelonnée du 1er Juin 2021 au 1er septembre 2021 inclus auprès de quarante-deux (42) personnes répartis comme suit : vingt-cinq (25) personnes vivant avec le VIH/sida, neuf (9) acteurs médicaux, quatre (4) dépositaires de la tradition, trois (3) présidents d'ONG et une autorité administrative à savoir le Directeur de la structure sanitaire. Le choix de ces enquêtés se structure autour de leurs statuts : patients suivis depuis au moins six (6) mois dans ladite structure, professionnels de santé, dépositaires de la tradition, président d'association et responsable de structure sanitaire. Notre démarche a consisté à recourir directement à ces derniers. Pour ce faire, nous leur avons expliqué le but de cette recherche. Des entretiens semi-directifs et autobiographiques ont été réalisés avec ceux qui ont donné leur accord et exprimé leur disponibilité pour la réalisation de cette étude.

1.2. Techniques et outils de collecte des données

Cette étude a été essentiellement qualitative. Le recours à diverses techniques a permis dans cette recherche d'obtenir un faisceau de données disponibles, accessibles et conformes à l'objet d'étude. Trois modes de collectes gouvernent cette étude : la recherche documentaire, des entretiens autobiographiques et semi directifs.

La recherche documentaire nous a permis de faire le tour de la question. Nous avons consulté des ouvrages de méthodologie, des ouvrages généraux sur la santé, les soins formels et informels du VIH/SIDA et des ouvrages spécifiques sur les modifications biographiques des acteurs et les ressources mobilisées pour faire face à la maladie. Les différents points de vue des auteurs ont participé du choix cette étude et ont contribué à l'élaboration de la problématique. Ces documents consultés ont permis de comprendre les bouleversements inhérents à la maladie et la recomposition identitaire chez les patients d'Adzopé.

Les entretiens autobiographiques et semi directifs ont consisté en un contact direct, entre nous et les acteurs interviewés. Cet échange a permis aux acteurs d'exprimer les conséquences de l'irruption du VIH/sida dans leur vie quotidienne et la recomposition de leurs identités.

1.3. Méthode d'analyse et de traitement des données

Les données recueillies auprès des acteurs sus évoqués ont été analysées sous les prismes de la méthode biographique et dialectique. La méthode biographique, en permettant de donner cohérence et continuité aux divers événements qui jalonnent la vie d'une personne, a constitué un instrument de construction de l'identité personnelle et du *self* (4) (Pollak, 1986, 1990). Quant à la méthode dialectique, elle a relevé les contradictions et les stratégies des acteurs dans le jeu du pouvoir.

2. Résultats de l'étude

Les résultats de l'étude s'articulent autour de trois (3) axes principaux qui sont : l'influence des maladies opportunistes sur les variables sociales, humaines et économiques liés au concept du VIH/sida, les dérèglements dans le parcours de vie des patients, et les modalités d'organisation et de réorganisation de l'identité des patients dans la vie sociale.

2.1. L'influence des maladies opportunistes sur les variables sociales, humaines et économiques liées au VIH/sida

2.1.1. Affections opportunistes comme facteurs d'amenuisement du capital économique des ménages

Si un cadre institutionnel (arrêté n°217/CAB/MSHP du 20 août 2008) assure l'offre à titre gracieux des antirétroviraux aux personnes atteintes, cette réalité en revanche n'est pas observable dans le cadre des maladies opportunistes¹. Et pour cause : le traitement de ces pathologies est à la charge des patients. Or ces maladies opportunistes induisent des coûts dits élevés selon les individus vivant dans la précarité sociale. Les données du terrain révèlent que le coût du traitement du zona peut avoisiner 27.185 F CFA, celui de la diarrhée avoisine 26.000 F CFA y compris les frais de séjour et un paludisme associé à une anémie s'élève à 21.385 F CFA. Cette réalité met à rude épreuve la biographie sociale des acteurs. Ils opèrent des arbitrages dans la gestion de la vie domestique. Face au fardeau de la maladie, des pans entiers de l'existence (scolarité des enfants, projet immobilier, plantation, etc.) sont sacrifiés au détriment des soins. Ce délaissement des activités domestiques n'est pas sans conséquence dans la vie sociale des acteurs. Dans l'espace familial, les relations sociales vont se corser. Sous ce rapport, on assiste à l'interruption de la scolarité des enfants. Dans le même sillage, les rapports entre les deux conjoints sont au bord de l'éclatement. Les besoins primaires (nourriture, loyer, factures d'eau, etc.) ne sont pas satisfaits. Cette assertion de ce patient dépeint cette réalité :

Je suis allé voir le médecin car je ne me sentais pas bien. Il m'a expliqué que c'étaient des problèmes au niveau de la peau (zona) et du cerveau (toxoplasmose). L'ordonnance faisait 40.000 F CFA. Comment faire pour payer ces médicaments ? Mon épouse m'en veut car cette maladie vient des nombreuses sorties (relations extraconjugales) et des entrées à des heures tardives au domicile. Désormais, elle m'insulte devant les personnes étrangères. Quant aux enfants, ils me traitent d'irresponsable car ils ne vont plus à l'école (Vigile, 33 ans).

L'institution familiale s'effrite et se sectarise. L'époux assiste impuissant à ce conflit entre son épouse et ses enfants. Il est l'objet de rejet. Cette recomposition des rapports familiaux suscite des crises au sein de la famille. Car le VIH, marqueur de la vulnérabilité du capital santé, économique et social, implique des efforts de gestion par les personnes atteintes, des contraintes de ressources pour faire face aux difficultés liées à la maladie. Mieux, dans ce rapport de pouvoir, les acteurs sociaux vivants avec la maladie semblent totalement déconcertés par cette inversion des rôles sociaux. Ce déclassement de la position sociale traduit les transformations conjugales qui s'opèrent dans cet espace social. Ce constat est renchéri par les acteurs médicaux. Selon le médecin assurant la prise en charge des personnes atteintes, il ne fait l'ombre d'aucun doute que les maladies opportunistes grèvent les ressources des patients. Il décrit la situation en ces termes :

Nos patients éprouvent des difficultés dans le paiement de leurs ordonnances. Chaque fois, elles restent impayées. La plupart d'entre eux vivent dans la précarité. On se retrouve avec des disputes dans les familles (Médecin, point focal des activités VIH/sida)

Ce fait met en relief le délitement de la cellule familiale en lien avec les maladies opportunistes dans cet espace social. L'on note d'une part une déstructuration dans l'environnement social des patients et d'autre part une inversion des rôles sociaux. Tout cela

¹ En médecine humaine ou vétérinaire, on appelle maladie opportuniste une maladie due à des germes habituellement peu agressifs mais qui sont susceptibles de provoquer de graves complications en affectant des personnes ayant un système immunitaire très affaibli, comme par exemple les personnes subissant une greffe, une chimiothérapie ou atteintes de sida.

amène les patients à vivre dans des situations anxiogènes. Celles-ci sont également perceptibles dans des formes de stigmatisation et de désertion des espaces médicaux qu'il convient d'analyser.

2.1.2. Maladies opportunistes : sources de stigmatisation et de désertion des espaces médicaux

Le suivi des maladies opportunistes requiert une consultation en milieu hospitalier. Toutefois, l'Hôpital Général d'Adzopé est sous-tendu par des pratiques aux antipodes de l'éthique médicale. Il se singularise par la stigmatisation qui gouverne les relations entre les professionnels de santé et les patients. Cette dissymétrie dans les rapports sociaux va légitimer la désertion de cette structure sanitaire. Et pour cause : le cadre relationnel à l'œuvre n'est pas compatible pour la production de soins. Cela constitue une entrave pour la fréquentation de ce lieu. Le témoignage de cette patiente semble le démontrer :

Quand on vient voir les médecins pour une diarrhée, un zona ou des plaies dans la bouche, on passe toute la journée. Ils vont recevoir tout le monde avant de vous appeler comme si nous ne sommes pas des hommes aussi. C'est pourquoi, on préfère aller chez les guérisseurs. Là-bas, on reçoit rapidement (Ménagère, 45 ans).

Ce corpus montre que l'accès à cet espace social médical se révèle être un parcours de combattant. Le cadre normatif est tributaire de la typologie des patients variant au gré des acteurs médicaux. Ce fait met en lumière une désaffection de cet espace médical fondé sur une disqualification sociale des acteurs médicaux. En témoigne leur comportement social en lien avec les malades.

Par ailleurs, ceux-ci se proposent d'investir d'autres lieux plus conviviaux que celui-là. Cet antagonisme entre ces différents acteurs va trouver un écho favorable auprès du directeur par intérim de cette structure sanitaire. Il réunit l'ensemble du personnel pour évoquer la situation qui prévaut au niveau du service incriminé (médecine consultation). Il revient sur l'incident du 7 mai 2021 (femme décédée en couche) qui a suscité l'indignation tant au niveau national qu'international. Lequel incident a valu le limogeage du directeur et la mutation d'un gynécologue et de quatre (4) sages-femmes. Face aux récriminations des personnes atteintes, le chef de service fait observer que :

Ces patients foulent aux pieds toutes les normes du service. Elles préfèrent être reçues en priorité et ce, en dépit de leurs positions dans la file des patients (Médecin, Chef du service de médecine).

Le chef de la structure par intérim suggère un climat social favorisant un cadre professionnel pour les patients. Au terme de cet échange, un *moudus vivendi* est trouvé pour le mieux-être des patients. Cependant, au-delà de la désertion et de la stigmatisation induite par ces maladies, celles-ci représentent une menace létale pour les patients.

2.1.3. Létalité comme déterminant des maladies opportunistes

La baisse de l'immunité est un élément structurant des affections opportunistes. Elle est due à une destruction d'une variété de globules blancs (lymphocytes CD4). Or, ceux-ci aident les cellules immunitaires à lutter efficacement contre les infections en sécrétant certaines molécules qui les stimulent. En l'absence de ces cellules, les organes importants comme le système digestif, le cerveau et les poumons peuvent être touchés. Une observance inadéquate peut être la porte ouverte à ces pathologies et conduire au décès du patient ; Comme l'explique cette patiente :

Ma fille de 20 ans et moi sommes suivies à l'Hôpital Général d'Adzopé. Je lui ai tout dit mais elle refuse de prendre toujours ses médicaments. Le médecin m'a rencontré pour en parler. Elle

est tombée malade et on est resté longtemps à l'hôpital. Elle est morte après. Le docteur m'a dit après que c'était la tuberculose (Vendeuse de légumes, 47 ans).

Il ressort que ces maladies produisent une désorganisation identitaire du patient et le soumet à une souffrance sociale. La permanence aux normes médicales apparaît ici comme un rapport de domination. En toile de fond de cette réalité, il y a surtout la fatigabilité liée au traitement quotidien et permanent. Refuser de s'y soumettre, peut conduire inexorablement au décès. Ces faits sus mentionnés s'inscrivent dans le sillage des interventions du point focal (responsable) des activités VIH/sida de cette aire sanitaire. Pour ce médecin, les affections opportunistes ont des effets dommageables sur la santé des patients en ce qu'ils fragilisent divers organes du corps humain. Ainsi, les troubles mentaux sont consécutifs à la toxoplasmose tandis que le zona est synonyme de la persistance de douleur longtemps après. Ces douleurs sont généralement intenses et d'une sensibilité au traitement assez limitée.

En somme, les maladies opportunistes produisent des perturbations sociales chez les patients. Elles se structurent autour du capital économique, la stigmatisation et la létalité des patients. Outre les affections opportunistes, le VIH/sida induit des dérèglements chez les personnes atteintes.

2.2. Les dérèglements dans le parcours de vie des patients

2.2.1. Crise identitaire comme marqueur de la vulnérabilité du patient

L'impact psychologique, voire traumatique de l'infection à VIH, affecte les objets et les modes d'investissement comme le rapport au temps et la difficulté à se projeter. Une telle contamination vient ruiner leurs efforts de normalisation et les renvoie à une logique de maladie à laquelle ils avaient tenté d'échapper. Etre contaminé par le VIH revient pour ces patients à ne plus voir le bout du tunnel. L'horizon est obscurci par une absence de perspective. Cet état de fait est perceptible tant chez le genre féminin que masculin. Ils le démontrent de la façon suivante :

Avec cette maladie, je ne ressens rien pour les hommes. Car si tu vis avec un homme, il va te demander de lui donner un enfant. Mais moi, je ne veux pas contaminer mon bébé. Je préfère rester dans mon coin (Institutrice, 31 ans).

Dans ma situation, je vais faire quoi avec une femme. Je ne veux pas contaminer quelqu'un. Cela va me faire penser. J'ai déjà deux (2) enfants. Ça me suffit (Militaire, 47 ans).

La contamination représente toujours une crise profonde de l'identité des patients. Elle varie en fonction du sens qu'elle prend par rapport à cette histoire collective et la façon dont les personnes s'y prennent. Ici c'est davantage le corps contaminant qui est au cœur de la peur exprimée par les acteurs. Cette crise identitaire s'illustre chez ces patients par une remise en cause de leurs attributs sociaux, pourtant essentiels à leur survie dans la communauté. En effet, la femme est pourvoyeuse de procréation, statut valorisé dans cet espace social. Quant au genre masculin, l'idée de construire une relation amoureuse, voire conjugale n'est pas pour l'instant envisageable. Ce repli identitaire laisse présager une déstructuration des relations conjugales au détriment de la solitude. La vie en couple est l'objet d'une disqualification sociale, peu valorisée aux yeux des patients. Pour certains malades, cette idylle se solde par une rupture.

2.2.2. Le VIH/sida : source de ruptures conjugales et de relations conflictuelles

Les maladies chroniques apparaissent dans la vie sociale telle des événements perturbateurs et se singularisent par les manifestations biologiques, psychologiques et sociales sont les principaux déterminants.

Cette perturbation biographique se structure autour des rapports de pouvoir (économique, politique et social) entre les femmes dominées, vivant dans une précarité sociale et les hommes. Celle-ci constitue un opérateur qui sous-tend la relation conjugale. La fragilité de l'épouse fait d'elle le maillon faible de cette union. Cette position la rend vulnérable et détermine l'hégémonie de son conjoint. Désormais, ce sont les rapports conflictuels qui sous-tendent la vie de ce couple. Le récit de cette patiente éclaire certaines logiques qui façonnent cette relation sociale :

Quand j'ai dit à mon mari que j'avais la maladie, il dormait dans l'autre chambre avec son enfant. Il ne mangeait plus ma nourriture et me parler était devenu difficile. Un jour, il est parti, sans me dire. Il ne s'occupe même plus de l'enfant (Ménagère, 35 ans).

Le discours de cette enquêtée montre qu'elle est porteuse d'une souffrance sociale à travers la détresse économique et sociale. Cela fait ressortir une relation de rejet, de distanciation et une permanence dans le conflit. Ces éléments viennent déconstruire tous les fondements qui structurent l'identité de l'acteur. Le sentiment de rejet qui nourrit les relations dans ce couple met en exergue la production idéologique en lien avec cette pandémie. Cette signification se décline autour des connotations et des images différentes constituées à partir du segment culturel. Le sens et les implications de la connaissance du statut sérologique permettent de comprendre pourquoi, dans de nombreux cas, il est maintenu secret. Cette résignation des patients se comprend dans la mesure où vivre avec une maladie chronique, c'est faire face à l'incertitude.

2.2.3. Réajustements et changements dans la vie quotidienne : déterminants de l'incertitude chez les PVVIH.

L'irruption d'une maladie grave comme le VIH/sida bouleverse profondément l'organisation et le sens de la vie quotidienne des personnes concernées. En effet, elle remet en question d'une part, l'organisation et d'autre part, l'interprétation du temps des acteurs en question. Les malades mettent en place des restrictions. Ils modifient leur mode de vie en retirant certaines activités qu'ils pensent incompatibles avec leur nouvelle situation. Celles-là sont susceptibles de constituer un terreau fertile au déclenchement de la maladie.

Depuis que je connais ma maladie, je ne bois plus. J'ai arrêté la cigarette. Je fais attention à tout ce qui peut entraîner le déclenchement de la maladie. Ce qui me fait penser ce sont mes enfants et mon épouse. Est-ce que je vivre longtemps pour m'occuper d'eux ? (Conducteur, 48 ans).

Cette affirmation vient corroborer cette réalité évoquée précédemment. Les personnes contaminées par le VIH vivent dans une situation singulière. Atteintes d'un virus mortel, elles ne sont pas encore malades et ne savent ni quand ni comment elles le deviendront. Pour tout dire, elles sont dans un temps incertain. Et tant qu'elles demeurent asymptomatiques, l'organisation de leur temps sera relativement moins affectée que l'interprétation qu'elles lui donnent. Cette réalité met en lumière comment l'incertitude structure la vie du patient. Pour y arriver, ils mobilisent les processus cognitifs par lesquels l'individu apprend à tolérer ou à supporter les effets de la maladie. Enfin, le VIH/sida désorganise les rapports et les ajustements du patient dans sa vie sociale. Il altère l'identité du patient. Face à cette altération, ils mobilisent des ressources relationnelles et affectives auprès du couple, de la famille et de l'entourage. Outre ces ressources, les patients ont recours aux ressources corporelles liées aux modes de vie et celles en lien avec l'engagement professionnel et spirituel. Cette réorganisation renvoie aux modalités d'organisation et de réorganisation que les patients mettent en œuvre pour avoir une meilleure existence.

2.3. Modalités d'organisation et de réorganisation de l'identité des patients

2.3.1. Vie associative comme bouée de sauvetage des patients

La participation à un groupe de pairs peut constituer l'une des ressources essentielles pour faire face aux changements produits par la maladie. Le groupe constitue un creuset, un espace où se confrontent diverses biographies des patients. C'est aussi un exutoire pour faire apparaître les souffrances sociales et les sublimer. De même, ces associations, tout en donnant une visibilité sociale, proposent un soutien économique et aide aux personnes concernées. Ce faisant, elles apaisent les peines des patients et mobilisent des moyens pour développer une solidarité. Comme le souligne cette patiente :

C'est une ONG qui s'est occupée de ma grossesse jusqu'à ce que j'accouche par césarienne. Mon mari m'a abandonné quand je suis tombée enceinte (Ménagère, 39 ans).

La maladie chronique se décline ici comme un événement perturbateur de l'identité du patient. Elle opère une déstructuration du lien social. Cette situation trouve son fondement dans la rupture biographique que génère le VIH/sida. En effet, celle-ci est source de bouleversement dans l'existence du patient et cela se cristallise autour des rapports de distanciation, d'abandon et de rejet du malade. Toutefois, cette rupture des liens sociaux va trouver un écho favorable auprès du mouvement associatif. Il privilégie l'intégration sociale comme élément structurant les relations de ces acteurs sociaux. Il ne ménage aucun effort pour leur survie. La mobilisation des ressources comme le capital économique social consolide la biographie des acteurs dans cet espace social. Ils s'affranchissent de la production idéologique (présupposés, préconceptions) véhiculées par cette maladie. Leur autonomie semble assurer vis-à-vis des difficultés vécues. Outre la vie associative, le couple représente une voie de salut pour les patients.

2.3.2. Le couple comme creuset d'entraide entre les conjoints

Vivre avec le VIH/sida est source d'angoisse et de craintes pour les patients. Ce fait peut se muer en une relation conflictuelle avec les membres du lignage. Ceux-ci perçoivent cette maladie comme l'expression d'une vie sexuelle effrénée. Ils incriminent les conduites des patients. Elles sont peu compatibles au regard des us et coutumes à l'œuvre chez ces populations ; d'où les vives oppositions qui sous-tendent les rapports entre les acteurs. Cette assertion illustre la conflictualité de ces relations.

Le témoignage de cette coiffeuse vient corroborer cette réalité.

Je vivais au village avec mon mari. Un moment, j'étais toujours malade. Alors, l'infirmier nous a transféré à l'Hôpital Général d'Adzopé. Mon mari avait tellement dépensé qu'il n'avait plus rien. Alors, il est retourné au village pour avoir un prêt mais tous ont refusé. Il a vendu une de ses plantations. C'est comme ça que j'ai pu me soigner. Il est tout pour moi (Coiffeuse 37 ans).

L'attention et la protection de l'autre dans ce couple mettent en exergue l'égalité et la complémentarité dans les relations conjugales. Cette situation nourrit la réflexion sur les relations conjugales et son articulation avec le VIH/sida. Elle déconstruit certains stéréotypes associés aux couples sérodiscordants en Afrique et met en exergue l'existence possible de lien relationnel alliant dialogue et soutiens réguliers. Mieux le capital économique, social et symbolique revêt ici une importance particulière en ce sens qu'il se présente comme un opérateur qui structure les rapports sociaux fondés sur des rapports de pouvoir et de domination. Toutefois, cet élan de sociabilité entre conjoints vient battre en brèche cette construction du monde social et inverser par ricochet les pratiques dominantes dans cet espace social. Au-delà de ces rapports conflictuels susmentionnés, la famille constitue un autre pan explicatif de la sociabilité qui structure cette pathologie.

2.3.3. La parenté comme élément structurant les relations sociales

Le VIH/Sida s'apparente comme un désorganisateur de l'identité du patient puisqu'il constitue un vecteur de rupture du lien social. Cette perception est remise en cause par le soutien apporté par la famille au patient.

J'avais arrêté de prendre mes ARV. Je suis tombé gravement malade. Avec mon état, j'ai été évacué d'urgence au CHU de Cocody où j'ai passé près d'un mois. Je pensais même à la mort. Si je suis en vie, c'est grâce à la famille. Elle a tout fait pour moi (Planteur, 48 ans).

La famille se révèle ici comme un cadre institutionnel qui consolide les relations sociales. Elle favorise un affermissement des liens sociaux et ce faisant contribue à une redéfinition sociale du patient. Le malade n'est plus un acteur isolé. Bien au contraire, les relations affinitaires produisent l'intégration sociale du patient dans cet environnement social.

Ce lien entre le patient et la famille est sous-tendu par le sens qui découle de cette maladie. Il se structure autour des images différentes et des connotations que la maladie porte en elle-même. C'est cette signification qui légitime l'élan de générosité envers le patient.

3. Discussion des résultats

La présente étude analyse les différents bouleversements inhérents au VIH/sida dans la biographie sociale des acteurs et la recomposition identitaire qui la sous-tend. Ainsi, V. Touzé et B. Ventelou (2002) relèvent qu'en Afrique, les coûts de ces affections vont essentiellement se traduire au niveau individuel (le revenu des ménages), par une ponction supplémentaire sur un « surplus net après consommation » déjà excessivement étroit. Ces derniers poursuivent en mettant en évidence le caractère invalidant et douloureux des maladies opportunistes qui occasionnent un préjudice moral important (atteinte grave à la qualité de vie). De même, à travers une étude transversale des cas d'infection par le VIH suivis dans les services de Maladies Infectieuses de Sousse et de Monastir au Centre Tunisien entre janvier 2000 et août 2014, J. Chelli et *al.*, (2016) examinent les causes et les facteurs de risque de décès des patients infectés par le VIH. Il ressort de cette étude que les causes de décès des patients infectés par le VIH sont dominées par les maladies opportunistes encore appelées infections opportunistes (IO) dans les pays en voie de développement. Dans ce pays c'est-à-dire la Tunisie, la létalité des patients est consécutive à la pneumocystose pulmonaire, la cryptococcose neuro-méningée et la toxoplasmose. Mieux, celles-ci génèrent la désertion des espaces médicaux. Pour ce faire, la plupart des patients rencontrés ont recours à la médecine alternative (pratique médicale non reconnue par la médecine conventionnelle prônant des méthodes douces de traitements comme le massage ou les plantes médicinales) pour soigner des maladies opportunistes, telles que le paludisme ou le zona, mais pas l'infection à VIH. C'est le constat que fait S. Djetcha (2011) sur le traitement social des PVVIH sous ARV dans leur recours à la médecine « alternative et traditionnelle » au Cameroun.

En somme, ces auteurs suscités établissent un lien entre les affections opportunistes et les bouleversements dans les divers lieux de la vie sociale des acteurs. Cela ne fait l'ombre d'aucun doute que ces affections fragilisent le parcours de vie de ces patients. Et pourtant, ils ne mettent pas en relief la recomposition identitaire inhérente à cette maladie chronique. Or celle-ci se structure comme le type même de l'événement marquant et menaçant l'identité personnelle des patients. Elle survient dans la vie des individus et crée une rupture entre un avant et un après, remettant en cause ce qui allait de soi jusque-là. De ce fait, les patients vont jeter leur dévolu sur la famille. Et pour cause : elle se positionne comme un rempart contre la bifurcation biographique et leur permet de se resocialiser et de se projeter dans l'avenir. Lorsqu'un individu fait l'expérience de la maladie, les membres de son entourage peuvent se mobiliser autour de lui, jouer éventuellement un rôle de conseil, voire d'interface avec le monde médical et le

soutenir. Désormais, non seulement la famille est perçue comme une solution potentielle aux problèmes de santé. De plus, elle constitue une instance à l'apprentissage des comportements prédisposant à la santé ou la maladie, par l'adoption d'habitudes spécifiques (fidélité, abstinence, rapports sexuels protégés, etc.). Se faisant, l'écho des dynamiques temporelles des engagements familiaux et des facteurs d'implication des membres des familles, un notable d'Adzopé fait observer que :

En pays akyé, la famille constitue un instrument de consolidation des relations sociales. Elle se présente comme une instance qui fédère les différentes initiatives. Sous cet angle, le resserrement familial demeure un gage de reconstruction biographique.

Il déconstruit les préjugés, les préconceptions relatives à la maladie et soustrait le malade du joug qui pèse sur lui comme une épée de Damoclès. En effet, les proches aidants façonnent les trajectoires d'accompagnement des patients. Cette transformation des patients s'actualise dans les idéologies familiales dans son rapport à la santé et la maladie. En ce sens, « la cellule familiale détermine de façon importante les croyances de ses membres, leurs attitudes et leurs comportements liés à la santé et à la gestion de la maladie » (Duhamel, 2006). En dehors des affections opportunistes, les dérèglements dans les divers domaines de la vie sociale constituent un autre versant de cette maladie.

L'évolution biographique est en grande partie fonction de la manière dont la personne décide de faire face à sa maladie. Cette réalité est en grande partie tributaire de la désorganisation qu'opère la maladie chronique dans la vie du patient. Dans cette veine, M. Fernet *et al.*, (2005) notent que chez les femmes séropositives sous traitement, le diagnostic initial est vécu comme un choc et la rupture biographique se vit d'abord comme un processus de deuil. L'impression d'une mort imminente serait envahissante et certaines d'entre elles perdent le goût à la vie. À cela, s'ajoute une phase de désorganisation personnelle et sociale. Les femmes s'isolent de leur entourage et de leur communauté par la peur de la stigmatisation. De même, le partage de l'information semble lier au niveau de confiance vis-à-vis des autres membres de la famille et de la capacité de compréhension supposée. Il est aussi fonction des risques socioaffectifs encourus. Cette réalité est décrite par A. Tijou-Traoré (2006), pour qui le dialogue conjugal autour de l'annonce de la séropositivité semble problématique. Ce fait s'actualise dans l'expérience des couples sérodiscordants illustrée ici par des situations dans lesquelles les femmes sont séropositives et leurs conjoints séronégatifs. Selon cet auteur, la situation de ces couples ivoiriens renvoie à une disparité fondamentale de statut susceptible de générer ruptures conjugales et relations conflictuelles.

De ce qui précède, il apparaît que ces travaux, certes riches sur les dérèglements imputables au VIH/sida, ne relèvent pas le réaménagement identitaire. Les patients vont se porter alors sur un autre pan explicatif de cette réalité pour scruter l'avenir. Pour ce faire, ils vont investir le champ associatif qui se décline comme une bouée de sauvetage. Il leur permet une reconfiguration des relations sociales. Dans ce travail de reconstruction identitaire, chaque acteur mobilise des moyens qui lui sont propres. La participation à un groupe de pairs peut constituer l'une des ressources essentielles pour faire face aux changements produits par la maladie. Il se révèle comme un creuset, un espace où se confrontent diverses biographies des patients. C'est aussi un exutoire pour faire apparaître les souffrances sociales, les sublimer et développer des formes de solidarité. Sous cet angle, le président de l'ONG Vivons Sans le Sida (VSS) d'Adzopé, atteste que « ces associations peuvent être source de mobilisation collective et ainsi participer à modifier l'image de « honte » associée à cette maladie pour en faire une infection qui se chronicise et contre laquelle on lutte au quotidien tout en vivant avec ». En définitive, le mouvement associatif représente une réelle source où les patients trouvent non seulement une aide pour dépasser la singularité de la situation mais aussi des connaissances médicalisées qu'ils s'approprient.

Conclusion

La présente étude est une contribution à la sociologie des maladies chroniques en général et du VIH/sida en particulier. Elle examine les bouleversements induits par le VIH/sida et la recomposition identitaire qui la sous-tend. Elle est essentiellement qualitative fondée sur des outils d'enquête adaptés. Cela nous permet d'aboutir aux différents résultats. Les maladies opportunistes influencent la biographie sociale des patients. Elles amenuisent le capital économique et social des patients. Ceux-ci opèrent des arbitrages dans la gestion de la vie domestique. Des pans entiers de l'existence à savoir la scolarité des enfants, un projet immobilier, plantation, etc. sont sacrifiés au détriment des soins. Ce délaissement des activités domestiques n'est pas sans conséquence sur la vie sociale des acteurs. Il s'en suit une déstructuration dans l'environnement familial des patients et une inversion des rôles sociaux. Ces affections vont avoir une résonance affective dans l'espace médical. D'un côté, elles engendrent une stigmatisation des patients par les professionnels de santé. Ceci a pour corolaire une désertion des espaces médicaux. De l'autre, une observance inadéquate peut être la porte ouverte à ces pathologies et conduire au décès du patient. Outre les affections opportunistes, les dérèglements constituent un autre versant du bouleversement de cette maladie chronique.

Il s'illustre d'une part par la crise identitaire. En effet, l'impact psychologique, voire traumatique de l'infection à VIH, affecte les objets et les modes d'investissement comme le rapport au temps et la difficulté à se projeter. Ce fait se décline chez ces acteurs par une remise en cause de leurs attributs sociaux (refus du désir de procréation, rejet de la vie conjugale) pourtant essentiels à leur survie dans la communauté. Et d'autre part, il se fonde sur les ruptures conjugales et les relations conflictuelles. Le VIH/sida s'apparente à un événement perturbateur dont les manifestations biologiques, psychologiques et sociales sont les principaux déterminants. Cette perturbation biographique se structure autour des rapports de pouvoir (économique, politique et social) entre le genre. Cette réalité laisse apparaître des relations de rejet, de distanciation et une permanence dans le conflit. Ces éléments viennent déconstruire tous les fondements qui structurent l'identité de l'acteur. Pour surmonter cette incertitude sociale, les patients vont investir d'autres espaces de vie. La participation à un groupe de pairs peut constituer l'une des ressources essentielles pour faire face aux changements produits par la maladie. Ce fait constitue non seulement un creuset, un espace où se confrontent diverses biographies des patients mais aussi un exutoire pour faire apparaître les souffrances sociales et les sublimer. En outre, l'attention et la protection dans le couple est un gage de l'égalité et de la complémentarité dans les relations conjugales. Cette situation déconstruit certains stéréotypes associés aux couples sérodiscordants et met en exergue l'existence possible de lien relationnel alliant dialogue et soutiens réguliers.

Enfin, l'institution familiale se révèle comme un affermissement des liens sociaux et ce faisant contribue à une redéfinition sociale du patient. L'individu n'est plus isolé. Les relations affinitaires contribuent à son intégration sociale du patient dans cet environnement social.

Références bibliographiques

AVENTIN Laurent, 1998, *Conséquences de l'infection à VIH sur le fonctionnement des entreprises à Abidjan : Réponses organisationnelles et orientations stratégiques*, Thèse de doctorat, Université Aix Marseille II.

BASZANGER Isabelle, 1986, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 27(1), 3-27.

BURY Michael, 1982, « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of Health and Illness*, 4(2), p.167-182.

CHELLI Jihène., BELLAZREG Foued, AOUEM Abir, HATTAB Zouhour, MESMIA Hèla, LASFAR Nadia Ben ... LETAIEF Amel., 2016, « Causes de décès des patients infectés par le VIH dans le Centre tunisien » [Causes of death in patients with HIV infection in two Tunisian medical centers]. *The Pan African medical journal*, 25, 105. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.25.105.9748>, consulté le 6 décembre 2021.

COUDERC Nicolas, DROUHIN Nicolas et VENTELOU Bruno, 2006, « SIDA et croissance économique : le risque d'une « trappe épidémiologique », *Revue d'économie politique*, 116(5), 697-715.

DALY Kieran, 2002, *Riposte des entreprises au VIH/SIDA : Impact et leçons tirées*, Genève, ONUSIDA.

DESCLAUX Alice, MSELLATI Philippe et SOW Koudia, 2011, « Introduction : l'expérience des femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du sud », in DESCLAUX Alice, MSELLATI Philippe et SOW Koudia (dir.), *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du sud. Genre et accès universel à la prise en charge*, Paris, ANRS, p. 13-32.

DJETCHA Sophie, 2011, *Hommes et Femmes dans le traitement social de l'infection à VIH au Cameroun*, Thèse de doctorat, Université Paul-Cézanne Aix-Marseille III.

DUHAMEL Fabie, 2006. *La santé et la famille : une approche systémique en soins infirmiers*. Montréal, G. Morin.

EHOLIE Serge-Paul, NOLAN Monica, GAUMON André, Patcirk, MAMBO Joseph, KOUAME Yobouet Yves, AKA Kacou Rigobert ... BISSAGNENE Emmanuel, 2003, Antiretroviral treatment can be cost-saving for industry and lifesaving for workers: a case study from Côte d'Ivoire's private sector. Dans MOATTI Jean-Paul, BARNETT Tony, CORIAT Benjamin, SOUTEYRAND Yves, DUMOULIN Jérôme et FLORI Yves-Antoine (dir.) *Economics of AIDS and access to HIV-AIDS care in developing countries: issues and challenges* Paris, ANRS, Collections Sciences Sociales et Sida, p.329-346.

GROSSETTI Michel et BESSIN Marc et BIDART Claire, 2010, *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La Découverte, Coll. Recherches.

FERNET Mylène, TOUPIN Isabelle, MASSIE Lyne, OTIS Joanne, LEVY Joseph, TROTTIER Germain... BOUCHER Marc, 2005, « A qualitative analysis of the HIV/AIDS coping strategies of a group of Montreal Women on antiretroviral treatment », 14^e Conférence annuelle canadienne de recherche contre le VIH et le sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.

ICAP et INS, 2018, *Evaluation de l'impact du VIH dans la population générale en Côte d'Ivoire CIPHA 2017-2018*, (Rapport d'enquête), Abidjan, ICAP et INS.

KABLAN Cléopâtre, OBRIST Brigit, Cisse Guéladio, WYSS Kaspar, TOURE Ismaïla et TANNER Marcel, 2006, « VIH/SIDA, genre et vulnérabilité », *VertigO-la revue électronique en sciences de l'environnement* [En ligne], Hors-série 3, mis en ligne le 20 décembre 2006, Consulté le 30 octobre 2021.

LABIE Dominique, 2006, « Tuberculose et VIH : drame de l'Afrique », *Médecine/Sciences*, 22(10), p.878-80.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE, 2016, Plan stratégique national 2016-2020 de lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles, Abidjan : MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE p.9.

ONUSIDA, 2021, Statistiques mondiales sur le VIH en 2020. Fiche d'information, p.6.

PIERRET Janine, 1997, Un objet pour la sociologie de la maladie chronique : la situation de séropositivité au VIH ? *Sciences sociales et santé*, 15(4), 97-120.

PIERRET Janine, 2001, Vivre avec la contamination par le VIH : contexte et conditions de la recherche dans les années quatre-vingt-dix, *Sciences Sociales et Santé*, 19(3), 5-34.

POLLAK Michael, 1986, La gestion de l'indicible, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 62/63, 30-53.

POLLAK Michael, 1990, *L'expérience concentrationnaire*, Paris, A.M. Métailié.

SERIBA koné, 2018, *Fiche d'information. Lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire : ses chiffres et ses acteurs*, mis en ligne le 17 août 2018 et consulté le 30 octobre 2021, p.3.

TIEHI Tito Nestor, 2015, « Les facteurs explicatifs de prévalence du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne : expérience des pays de la CEDEAO », in GAHAMA Joseph (dir.), *Les perspectives de l'Afrique au XXI^e siècle*, Dakar, CODESRIA, p.104-177.

TIJOU-TRAORE Annick, 2006 « Pourquoi et comment en parler ? Dialogue conjugal autour de l'annonce de la séropositivité dans des couples sérodiscordants à Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Sciences sociales et santé*, 24(2), p. 43-67.

TOUZE Vincent et VENTELOU Bruno, 2002, « SIDA et développement : un enjeu mondial », *Revue de l'OFCE*, 5(83 bis), p.153-174.



Institut National de Recherche en Sciences Sociales et Humaines

BOLUKI

Revue des lettres, arts, sciences humaines et sociales

BOLUKI, est une revue semestrielle à comité scientifique et à comité de lecture de l'Institut National de Recherche en Sciences Sociales et Humaines (INRSSH). Elle a pour objectif de promouvoir la Recherche en Sciences Sociales et Humaines à travers la diffusion des savoirs dans ces domaines. La revue publie des articles originaux ayant trait aux lettres, arts, sciences humaines et sociales en français et en anglais. Elle publie également, en exclusivité, les résultats des journées et colloques scientifiques.

Les articles sont la propriété de la revue *BOLUKI*. Cependant, les opinions défendues dans les articles n'engagent que leurs auteurs. Elles ne sauraient être imputées aux institutions auxquelles ils appartiennent ou qui ont financé leurs travaux. Les auteurs garantissent que leurs articles ne contiennent rien qui porte atteinte aux bonnes mœurs.

BOLUKI

Revue des lettres, arts, sciences humaines et sociales
Institut National de Recherche en Sciences Sociales et Humaines (INRSSH)

ISSN : 2789-9578

2789-956X

Contact

E-mail : revue.boluki@gmail.com

BP : 14955, Brazzaville, Congo