



Observation De Double Processus De Gestion De La Maladie (VIH/SIDA) Des Travailleurs Vivant Avec Le VIH Et Sous Antirétroviral (ARV) En Côte d'Ivoire

Auteurs

Ainyakou Taiba Germaine, Fofana Memon
Sociologues

Received; 14 November 2016 Accepted; 29 November 2016; © The author(s) 2016. Published with open access at www.questjournals.org

Summary: *The present study carries on twice disease management (HIV / AIDS) of workers living with HIV (WLHIV) and under antiretroviral (ART) in en Côte d'Ivoire. Indeed, it was carried out in 2013 at 15 TVVIH and under ARV received within the Voluntary Councils and Trackings (VCT) of the Hospital Academic Center (HAC) of Treichville and 15 personnel of health, the ONG, CECI. It is study of a qualitative type with for method of data acquisition, an account of life for the case of the TVVIH and under ARV. Thus, it arises that after more than twenty five (25) of the appearance of the AIDS, these actors in a general way present two (2) disease management process. Firstly, ameliorative assertion of the disease (a disease like the others, acceptance of the disease, knowledge of the disease). Other parts stigmatizing self-assertion from the disease. But, this behavior appears apart from social environment. Because, in their report with the others; this meliorative assertion converges towards an autostigmatisation.*

Keyword: ART, AIDS.

I. INTRODUCTION

La découverte scientifique du SIDA remonte au début des années 1980. La notion de SIDA a connu une évolution dans son assertion. Plusieurs définitions sociales ont été associées à cette maladie. Il s'agit du concept de « troisième épidémie ». Il est considéré comme trois épidémies distinctes, mais à la fois reliées. La première épidémie concerne le VIH. La seconde concerne le SIDA. Et, la troisième épidémie prend en compte non seulement le SIDA au niveau mondial mais également toutes les formes de représentations sociales, culturelles, économiques, et politiques (Mann, cité par, Attaher, 2005). Pour parler du SIDA, d'autres auteurs utilisent l'expression « développement social ». Aujourd'hui, le SIDA est appréhendé comme une maladie chronique dans la mesure où il existe un accès au traitement qui permet aux PVVIH de gérer leur maladie. Cette dénomination a été critiquée par certains auteurs en l'occurrence Vidal (1999). Appréhender le SIDA comme une maladie chronique, permet de le percevoir comme « une maladie métier » comme le nomme Herzlich ou une maladie qui induit une gestion de la maladie dans le temps.

De manière générale, ces définitions sociales mettent en exergue le caractère dynamique de cette notion notamment dans la pensée institutionnelle. Du point de vue des populations, la société l'appréhende comme une punition, une maladie de la « honte », une punition divine (Bombereau, 2005). S'agissant des personnes concernées par la maladie, les travaux de KONAN Y.E. & al. (2008) réalisé en 2004, au sein du centre d'assistance socio médicale de Treichville (Abidjan, Côte D'Ivoire) sur 150 PVVIH, ont montré un abattement après le test soit 75 % et une sérologie positive difficile à concevoir soit 86%. Depuis lors, plusieurs politiques en Côte d'Ivoire ont été mises en place notamment pour les Travailleurs Vivant avec le VIH et sous antirétroviral (ARV), la catégorie sociale de l'étude. Il s'agit des politiques sociales dans la gestion de la maladie à travers la gratuité des soins, les lois protégeant les travailleurs vivant avec le VIH et sous ARV (TVVIH) et les amendes contre les formes de stigmatisations et de licenciements. Au vu des différentes assertions, susmentionnées et plus de vingt-cinq ans (25) d'existence de la maladie et de sensibilisation, il faut noter un double processus dans la gestion de la maladie. Dans cette étude, il s'agit donc de mettre en exergue l'approche sociale de la maladie par ces derniers. Au cours de cette étude, il s'agit de mettre en relief la gestion sociale de la maladie par les TVVIH et sous ARV et de montrer par la suite les pratiques des TVVIH et sous ARV dans leur interaction envers leur environnement social.

II. METHODOLOGIE

La démarche méthodologique adoptée par cette étude est une approche purement qualitative à travers une méthode de recueil de donnée le récit de vie (Bertaux, 1976, 2010). Cette étude a été réalisée au sein des Conseils et Dépistage et Volontaire du CHU de Treichville notamment médecine interne, dermatologie, PPH, SMIT et gynécologie dans le courant de mars à juillet 2013. Elle a mobilisé deux techniques de recueil de donnée : l'entretien narratif avec les TVVIH et sous ARV (15) (responsables (2), agents contrat à durée indéterminée (10) et agent contrat à durée déterminée (3)). Ces derniers ont été sélectionnés à partir de la méthode du volontaire, qui a constitué à interroger les personnes qui ont acceptées de participer à cette étude. Elle a également tenu compte des caractéristiques des acteurs d'une entreprise, c'est-à-dire responsable, agent permanent, agent contractuel. Un entretien semi dirigé a été réalisé avec (15) experts et acteurs témoins dont les agents de santé (7), ONG (1) et des différents ministères liés aux luttes contre le SIDA (4), agent de la Coalition des entreprises de Côte d'Ivoire (1) et le médecin de travail (2), car, ils sont en interaction avec les personnes vivant avec le Sida y compris les travailleurs vivant avec le Sida. Pour le dépouillement des données, elle a utilisé le dépouillement informatique MAXQDA 2011 (VERBI Software, Berlin Allemagne). Comme orientation théorique, deux (2) théories ont été mobilisées notamment le concept de carrière selon Howard Becker (1985) par le concept de carrière, de rationalisation et les tâches d'adaptation de Samson André à travers les tâches médicales, psychologiques et spirituelles (2006).

III. RESULTATS

3. Approche améliorative de la maladie

3.1. SIDA, une maladie chronique avant tout

Bien que cette maladie soit appréhendée dans une perception péjorative, certains acteurs la perçoivent comme ne maladie comme toutes les autres maladies. Ces acteurs lient ce fait par les traitements existants et la capacité de travailler et de vivre comme une personne « normale ». Il est donc perçu comme les autres maladies parfois « mieux » que certaines maladies comme la tuberculose, le cancer. Le constat qui se dégage est que cette appréhension se situe au niveau médical seulement (accès au médicament et existence de médicament de manière gratuite). Toutefois, du point de vue social, elle revêt encore certaines idéologies liées à la stigmatisation eu égard, au discours susmentionnés (auto stigmatisation, peur du rejet, isolement social...) par ceux-ci.

« Il faut avoir à l'esprit que le SIDA n'est pas pire que les autres maladies comme le cancer, le diabète, la tuberculose. (Agent de santé, privé, homme, 45).

3.2. Acceptation de la maladie, préalable à la gestion de la carrière médicale

Accepter la maladie apparaît pour certains acteurs comme un facteur de mieux vivre et de gestion de la maladie. Elle apparaît comme une forme de rationalisation de la maladie, de dépasser les contraintes et de redonner sens à la vie. L'acceptation de la maladie s'explique par toutes les formes de reconstructions sociales en lien avec le taux élevé de l'espérance de vie et la participation de ces derniers aux activités sociales. Ainsi, le discours des acteurs relèvent que la gestion médicale de la maladie passe par le suivi « correct » du traitement.

« Je dirai qu'il faut accepter la maladie dans la mesure où elle est aussi comparable à la tension, à la tuberculose et autres maladies, le cancer. Au niveau du SIDA, il y a la gratuité des médicaments et c'est encore mieux. Me concernant, cela n'est pas un souci pour moi, car j'ai des amis qui ont des problèmes de santé plus grave que le mien. Tant que j'ai des médicaments, c'est le plus important. Le fait de prendre les médicaments, c'est comme un rite. Le SIDA n'est plus gênant car il y a des traitements... Mais moi je ne perçois pas le SIDA comme une maladie grave. C'est pourquoi je suis ici si non j'allais voir le professeur (x) dans sa clinique pour me faire suivre. On vit bien. Il n'y a pas d'interdits en ce qui concerne l'alimentation comme les autres maladies comme le diabète. Est-ce que tu sais à l'œil nu que je suis malade ? » (Représentant à l'assemblée nationale et responsable, public, 49).

3.3. Connaissance de la maladie comme une forme de gestion de la maladie

La connaissance de la maladie, des contours liés à cette maladie constituent pour certains acteurs un moyen de gérer leur carrière médicale. Cette connaissance est marquée par les connaissances sur les effets secondaires liés au traitement, l'espérance de vie par l'utilisation des ARV. En effet, ces informations sont recherchées par les acteurs eux-mêmes pour avoir une connaissance sur la maladie et les risques encourus en utilisant le traitement. Les recherches sont faites auprès des médecins. Ces actions sociales participent également à la gestion de la maladie, notamment le type d'alimentation associée au traitement, le respect des heures de prise des médicaments, les pratiques sociales à développer.

« Je me suis informé sur la question du SIDA. Je sais que suivre son traitement permet de vivre longtemps, de faire des enfants et vivre pleinement. Le SIDA est mieux que certaines maladies comme la tuberculose, l'insuffisance rénale. Alors que pour le SIDA, il faut suivre son traitement » (Agent CIE, public, femme, 37).

4. Façonnement des pratiques des TVVIH et sous ARV

4.1. Peur du rejet comme source d'auto-stigmatisation

Le sentiment que les autres peuvent rejeter les personnes pour des raisons liées au VIH est fréquent chez les PVVIH. Ce sentiment est lié au fait que cette maladie soit liée à des interprétations et aussi au fait que cette maladie soit contagieuse. En effet, la plupart ou tous les acteurs redoutent le regard des autres sur leur état de santé. C'est pourquoi malgré l'acceptation de la maladie ou encore l'appréhension de celle-ci comme tout autre maladie socialement acceptée, tous ont peur de l'environnement social. D'où le partage de l'information qu'à des acteurs spécifiques (partenaire, amis, religieux, parent, le responsable).

« Aujourd'hui, je ne sais plus si je dois vivre une autre relation avec un autre. Car, étant infectée, il va d'abord chercher à savoir mon statut sérologique. Or, cela peut le faire fuir et le découragera. Pour éviter tout cela, je préfère rester dans mon coin ». (Déléguée, institution internationale, femme, 47).

« Lorsque je suis tombée malade en 1999, et que je l'ai annoncé à mes parents, ils m'ont abandonné car ils croyaient que j'allais les contaminer et mourir par la suite. Imaginer, mes propres parents m'ont abandonné. Vous pensez que ce sont les autres qui vont m'accepter ?

En ce qui concerne mon service aucun membre n'est informé. C'est un service public on ne peut pas me renvoyer mais les regards des autres m'effrayent. » (Préparateur Gestionnaire en Pharmacie, homme, public, 46).

L'un des entretiens s'est réalisé avec un agent de santé dudit CHU, dans une salle où l'on recevait les PVVIH. Lorsqu'une personne entrait dans la salle où a lieu l'entretien, elle se taisait et me disait que le fait que la porte soit ouverte la dérangeait. Car elle avait peur qu'un de ces collègues n'apparaissent et la surprenne dans ce lieu. Lorsque la porte n'était bien fermée, elle se levait pour la refermer la porte en disant : « je préfère que la porte soit fermée ». Après cela elle pouvait continuer l'entretien.

Une autre attitude redoutée par les acteurs, est la prise de médicament régulière. En effet, elle est une pratique sociale qui suscite des interrogations de l'entourage ou du milieu social au sein duquel vivent les acteurs. En effet, l'idéologie qui accompagne la prise régulière est que l'acteur présente une maladie « grave ». Ce fait implique que l'environnement social, en observant une récurrence journalière des prises de médicament, cherche à comprendre et à savoir de quoi souffre ce dernier. La prise régulière des médicaments au vu de l'environnement social induit certaines questions. Ces questions et observations de l'autre sont des réalités sociales que redoutent les TVVIH en particulier et PVVIH en général. Car, ces interrogations peuvent aboutir à la connaissance du statut sérologique par ces derniers. Cette étude montre que l'idéologie de la maladie modifie les mécanismes de la prise des médicaments.

« Je pense qu'en réalité, il n'y a pas de liberté pour les PVVIH, pas de communication avec leur responsable. Aujourd'hui, une personne qui travaille et qui est pris par le temps est stressée dans la prise de médicaments. Car aux yeux de ses collègues et patron il a du mal à prendre ses médicaments ». (Institution internationale, femme, 47).

« J'ai peur que un de mes collègues me vois ». (Agent de la santé, public, femme, 46).

« Au début de la maladie, je prenais les médicaments sans faire attention. Mes collègues ont trouvé que je prenais trop de médicaments » (Agent de la santé, public, femme, 46).

4.2. Stéréotypes liés à la peur de perdre l'emploi

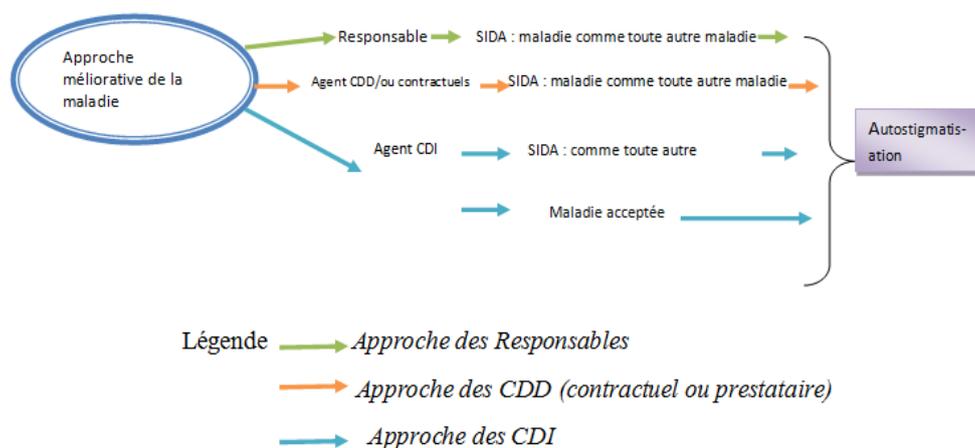
Toutes les formes de croyance liées au VIH sont également liées à la peur d'être rejeté mais surtout de perdre son emploi. En effet, le manque d'information sur les connaissances liées au VIH participe également au renforcement de cette idéologie de la peur de perdre l'emploi. Elle est plus observée chez les acteurs du secteur privé car, ils redoutent un renvoi. Cette réalité note les inquiétudes des acteurs, malgré toutes les formes de politiques contre les discriminations, les stigmatisations, l'exclusion surtout dans le milieu de travail.

« Je n'ai pas déclaré mon statut à cette structure pour certaines raisons : d'abord, je pense qu'elle ne couvre pas les frais de maladie comme le SIDA, il est souvent dit que ce sont les femmes qui ont enfantées et qui exercent une profession qui sont remboursées. Ensuite, cette structure peut faire des rapports à mon service sur mon état de santé. Ils peuvent me renvoyer ou me causer des problèmes. J'ai préféré payer mes soins à mes

frais et avec l'aide de ma patronne pour éviter des problèmes au niveau de mon service.». (**Agent de santé, public, femme, 46**).

Le discours des acteurs sur les approches amélioratives, montre un dynamisme dans le mode de pensée des acteurs. Il s'actualise à travers la maladie comme toute maladie chronique. D'autres parlent d'acceptation de la maladie. Toutefois, le constat est que les différents acteurs, quelque soit leur statut professionnel présentent une auto stigmatisation. Car parmi les acteurs qui ont divulgué leur statut sérologique à leurs responsables, notamment les prestataires, leurs responsables ont d'abord constaté des signes « cliniques » relatives au VIH chez les prestataires. Ces derniers ont donc par la suite partagé l'information sur leur statut à leur autorité professionnelle, mais pas à leur environnement social. Parlant des idéologies construites par les acteurs, l'étude note un dynamisme des modes de pensée à un mode de pensée. Ce schéma permet d'illustrer ces propos.

Figure I : illustration des productions idéologiques autour de la maladie



Source : Ainyakou Taiba Germaine, 2015.

IV. DISCUSSION

Les résultats notent une assertion améliorative par les TVVIH et sous ARV, ce à travers l'acceptation de la maladie, le conformisme de la maladie aux autres maladies chronique, la connaissance de la maladie. Toutefois, dans leur relation avec leur environnement social, il faut noter une autostigmatisation. Au regard de ces résultats, les thématiques qui vont alimenter la discussion sont : assertion améliorative du VIH/SIDA et une maladie autostigmatisante.

4. Assertion améliorative du VIH/SIDA

L'idéologie autour du SIDA est liée à des interprétations sociales. La théorie de la carrière développée par Becker et Samson est une théorie qui permet de rendre compte de la réalité de cette étude. Becker, à travers la théorie de la carrière, les concepts d'étiquetage social, de rationalisation et d'entrepreneur de la morale permettent d'appréhender cette réalité sociale. Il s'agit à travers ses travaux, de montrer comment les acteurs arrivent à neutraliser toutes les formes d'étiquetage social construit autour du VIH et à accepter la maladie, mais aussi à présenter les contradictions dans leur mode de penser.

4.1. Acceptation de la maladie comme facteur de gestion de la carrière

Les résultats de cette étude ont élaborés un mode de pensée qui rejoint d'une part l'assertion des autres susmentionnés, mais les pensées relatives à l'assimilation de la maladie à une autre maladie socialement acceptée ou à une maladie comme toute autre maladie sont des formes de pensée qui ne sont pas perçues dans les écrits mobilisées. En effet, l'étude montre que la gestion de la maladie nécessite une aptitude des acteurs. Ainsi, malgré toutes les formes de stigmatisations autour de la maladie, les acteurs appréhendent le VIH/SIDA comme une maladie chronique. D'autres acteurs notent une acceptation de la maladie. Ces constructions de la maladie s'actualisent par des formes de rationalisation de la maladie (comme le nomme Becker). Dans cette logique de la construction du VIH, Isabelle, Baszanger, (1986) met en relief les rapports entre maladie et société dans ses différentes dimensions et non pas limitée à l'institution médicale. Pour l'auteur, le malade qui présente une maladie chronique subit une désorganisation au niveau des ajustements d'une personne. Cette désorganisation touche toutes les facettes de la vie d'une personne. Michaël, Bury.,(1982) en illustrant les maladies chroniques montre que pour ce qui est du SIDA et des maladies chroniques, leur émergence dans la vie des acteurs induit une rupture biographique qui se manifeste par la rupture dans le

comportement des individus, dans le système explicatif mobilisé par l'individu et la prise en compte de la ressource pour faire face à la nouvelle situation. Ces travaux montrent les formes de ruptures qui s'opèrent en cas d'irruption de maladie chronique. Ce travail montre que cette rupture induit une modification du système explicatif du phénomène ; d'où l'acceptation et l'appréhension de la maladie (VIH) comme les autres maladies bien qu'elle soit appréhendée comme une maladie socialement rejetée. Cette reconstruction du système explicatif est légitimée par les rapports entre les professionnels de la santé et les patients. Ils ont contribué à la construction sociale de l'épidémie et ont révélé également cette construction dans leur expression. Cet état de fait participe donc à l'acceptation de la maladie comme toute autre maladie (Bibeau. et Murbach., 1992). Accepter la maladie apparaît pour certains acteurs comme un facteur de mieux vivre et de gestion de la maladie. Samson quant à lui utilise la notion de tâche spirituelle pour analyser l'acceptation de la maladie par les acteurs. Il note que la maladie peut entraîner et entraîne chez les personnes touchées l'appréhension de la souffrance et l'angoisse de la mort (André, Samson., 2006). Ce fait amène les acteurs à donner sens à leur vie. Donner sens à la vie, apparaît nécessaire dans le processus d'adaptation à la maladie. En effet, Samson note que « *toute personne a une spiritualité et peut y puiser comme à une source mystérieuse mais réelle afin d'assumer son destin* » (Ingersoll, 1994, cité par Samson., 2006 : 11).

4.2. Connaissances sur la maladie

La recherche des informations relatives à la maladie dont souffrent les acteurs participe à la gestion de la maladie. Elle constitue également une forme d'engagement des acteurs à la gestion de leur carrière. A cela Collinet., affirme que, la carrière du sujet atteint de maladie chronique est notamment marquée par la recherche d'informations sur sa pathologie. Cette réalité est observée par certains acteurs. Elle note par la suite que la recherche d'informations entraîne une implication des acteurs dans une ou plusieurs associations, au suivi « correct » du traitement et donc à la gestion quotidienne de la maladie. Outre les connaissances sur la maladie, il existe également les connaissances relatives à la lutte contre le VIH en milieu professionnel. La connaissance des informations sur les TVVIH en milieu de travail participe à une « meilleure » gestion de la carrière professionnelle et même médicale. Cette réalité se justifie par le fait que l'acteur est suivi au sein de son entreprise mais en plus, ce dernier est informé que la situation qu'il traverse actuellement ne le conduira pas au chômage technique puis au licenciement. Mais ce travail présente une méconnaissance des directives liées à la lutte contre le VIH en milieu de travail.

4.2. Une maladie autostigmatisante face à l'environnement social

4.2.1. Auto-stigmatisation face au SIDA

La question du SIDA tourne autour des notions de stigmatisation, de rejet, de discrimination, etc. Pour aborder la question de l'auto-stigmatisation, il apparaît important de comprendre la notion même de stigmatisation. De manière générale, elle désigne l'« *action de stigmatiser, de flétrir* ». Javeau (1999) la traduit comme étant un « *Processus par lequel un stigmaté, c'est-à-dire un signe de déclassement, est attribué à un individu ou à une catégorie d'individus* » (Claude, Javeau., 1999 : 506). Goffman, (1975) fait partie des auteurs qui ont abordé la notion de stigmatisation précisément celle de stigmaté au plan sociologique. Goffman la perçoit comme la résultante d'un processus d'interaction sociale. Il note que c'est un processus permanent qui amène chaque individu ou chaque groupe à tenir les deux rôles à un moment ou à un autre de sa vie. La peur d'être rejetée ou stigmatisée constitue un des facteurs pour les acteurs de se garder du regard des autres. Cette perception de soi est justifiée par le fait que le VIH soit non seulement lié aux idéologies des acteurs sur la maladie mais aussi lié au fait qu'elle soit contagieuse. Goffman qualifie cet état de fait à ce qu'il nomme stigmaté. Il le définit comme un attribut qui jette un discrédit profond sur l'individu. Ce cas apparaît dans des situations d'interaction. Ainsi, lorsque la maladie est visible, on parle d'individu discrédité. A ce niveau, l'individu gère les tensions que provoque sa différence. Dans le cas où la maladie est invisible ou inconnue, on parle d'individu discréditable. Il s'agit pour l'individu de contrôler l'information afin de se garder de leur entourage social.

Il poursuit sa réflexion en affirmant que :

« *[...] la notion de stigmaté implique moins l'existence d'un ensemble d'individus concrets séparables en deux colonnes, les stigmatisés et les normaux, que l'action d'un processus social omniprésent qui amène chacun à tenir deux rôles, au moins sous certains rapports et dans certaines phases de sa vie. Le normal et le stigmaté ne sont pas des personnes mais des points de vue. Ces points de vue sont socialement produits lors des contacts mixtes, en vertu des normes insatisfaisantes qui influent sur la rencontre* » (Goffman., : 160-161).

D'autres auteurs comme Desclaux., (2002) perçoivent la crainte de la contagion comme un substrat de la stigmatisation et de la discrimination. Ils relèvent que le VIH/SIDA est perçu comme une maladie contagieuse. L'isolement des victimes est appréhendé comme un facteur pour éviter toute transmission.

Desclaux (2003) poursuit son analyse en affirmant que les PVVIH participent à cette exclusion en contrôlant l'information sur le statut sérologique (Desclaux., 2002 : 3). Les données montrent donc que les représentations de soi des PVVIH et les facteurs de légitimation de l'auto-stigmatisation des acteurs sont liés à la remarque faite par Delerga., (2002) dans ses travaux. En effet, il note que les différentes études et témoignages faites autour du SIDA montrent que le sentiment de culpabilité, la crainte du rejet, les difficultés de communication et l'envie de protéger l'autre de la révélation du diagnostic sont particulièrement présentes chez les acteurs. La notion de l'auto-stigmatisation est appréhendée par Ndoye., (2010) en terme stigmatisation intentionnalisée. Il oriente sa réflexion en affirmant en ces termes :

« ou la victime elle-même interprète les signaux extérieurs et adopte une attitude de retrait vis-à-vis d'autres personnes. Même s'il existe des cas de rejet qui suscitent de la crainte notamment chez ceux participant aux groupes de parole et n'ayant pas encore annoncé leur maladie, le stigmatisme paraît largement construit par les PVVIH qui sous-estiment les capacités d'empathie des autres ». (Ndoye., 2010 : 110).

Il conclut que l'auto-stigmatisation ou la stigmatisation intentionnalisée constitue une réalité qui paraît particulièrement difficile pour les acteurs. Car il paraît difficile pour ces derniers « de dépasser pour faire comprendre la maladie, la faire accepter, et faire reculer les peurs infondées et les déclarations de rejet ». (Ndoye., 2010 : 110). Ceci montre que l'auto-stigmatisation est légitimée par l'idéologie de la peur qui s'actualise par la capacité de ces derniers à emmener leur entourage social à comprendre et accepter la maladie. Malgré donc les multiples réflexions et idéologies autour de la maladie (acceptation de la maladie, appréhension de la maladie comme toute autre maladie...), il apparaît nécessaire de noter une attitude autostigmatisante des acteurs autour de la maladie dans le cadre de cette étude.

4. Idéologie de la peur de perdre l'emploi

La peur d'être stigmatisé et d'être rejeté marque l'idéologie des PVVIH. Celle de perdre son emploi inquiète davantage les acteurs. Cet état de fait est mis en relief par huilier et als., (2006). En effet, ils montrent dans leurs travaux que l'infection au VIH touche en majorité la population active. Ainsi, ils relèvent que le risque d'être sans emploi apparaît pour les PVVIH cinq fois plus élevé parmi les personnes interrogées dans cette enquête que dans la population générale, à caractéristiques sociodémographiques comparables (57 % des répondants ont une activité professionnelle, 18 % sont demandeurs d'emploi, 25 % sont « inactifs »). Ils argumentent cette situation par la conjugaison de deux facteurs. Il s'agit d'une part du faible accès à l'emploi avant de recevoir le diagnostic posé par les médecins sur la pathologie liée à l'infection (lié aux caractéristiques de la population vivant avec le VIH et aux déterminants généraux de l'accès à l'emploi) et d'autre part, la perte d'emploi de la personne infectée par cette maladie. Cette réalité sociale représente l'un des facteurs qui légitime l'idéologie des acteurs. D'autres travaux ont montré qu'il était important de rappeler aux individus qu'il n'y avait aucun risque à travailler en entreprise avec des personnes séropositives ou atteinte du VIH. De même, l'utilisation du téléphone, des latrines, de la salle de bain et du restaurant ne présente aucun risque de contamination. Même si ces affirmations paraissent évidentes, elles ne l'ont pas toujours été pour certains individus. En effet, ils affirment (les auteurs) que l'emploi participe au maintien des revenus et conditionne la vie des personnes dans la société. Cependant, bien que des conditions thérapeutiques et institutionnelles soient mises en place dans la gestion de la maladie dans le milieu professionnel, celles-ci restent toujours un handicap significatif pour le maintien ou le retour de l'emploi. Ces travaux susmentionnés révèlent les facteurs qui induisent le non retour ou les difficultés au retour de l'emploi. Cette réalité sociale conditionne la peur de perdre leur emploi.

V. CONCLUSION

Il ressort de manière générale que l'étude portant sur l'approche sociale des TVVIH et sous ARV du VIH/SIDA note que les acteurs interrogés ont une attitude méliorative dans la gestion de la maladie. Elle se manifeste par l'acceptation de la maladie, la connaissance de la maladie et les traitements associés la maladie. Toutefois, dans leur relation avec leur environnement social, il faut noter une autostigmatisation due à la peur de rejets, la peur de perdre l'emploi, une vulgarisation péjorative de la maladie.

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Attaher, O., Pratiques de stigmatisation et de discrimination associées au VIH/SIDA au Mali, mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en sociologie, Université du Québec à Montréal juin 2005, 224 pages.
- [2]. Baszanger, I., (1986). « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », Revue française de sociologie, 27, pp 3-27.
- [3]. Becker, H., (1985). (Traduction française de la version originale de 1963). *Outsiders*, Paris, Métailié, 248 pages.
- [4]. Bertaux, D., (2010). *L'enquête et ses méthodes : le récit de vie*, Paris, Armand Colin, 126 Pages.
- [5]. Bertaux, D., (1976). *Histoires de vie ou récits de pratiques ? : Méthodologie de l'approche biographique en sociologie*, Rapport au Cordes – (1997), Les récits de vie, Paris. Nathan, 232 pages.

- [6]. Bibeau, G. et Murbach, R., (1992). «Déconstruire l'univers du SIDA», L'univers du SIDA, Anthropologie et sociétés, vol. 15, no - 2-3, pp. 5-11.
- [7]. Bombereau, G. (2005). Représentations sociales du VIH/SIDA en Guadeloupe et recommandations à l'usage de la santé publique, la peur ou la mort dans l'âme dans les Antilles française sciences de l'éducation, université Laval Québec et université René Descartes paris 5 paris, France, thèse de doctorat, 384pages.
- [8]. Delerga, V. dir., Perceived HIV-related Stigma and HIV Disclosure to Relationship Partners after Finding Out about the Seropositive Diagnosis, in Journal of Health Psychology, 7(4) (2002): 415-432, disponibles sur : <http://hpq.sagepub.com/cgi/content/abstract/7/4/415> consulted 05 20 2011.
- [9]. Desclaux, A., (2003). « Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée », Anthropologie et sociétés, vol. 27, no 2, 2003, pp. 41-58.
- [10]. Dozon J P, (1994). « Populations africaines et sida », Paris : La Découverte/CEPED, in, J. Vallin. 1994, 184 pages.
- [11]. Goffman, E., (1975). Stigmate. Les usages sociaux des handicaps, Paris, Minit, 176 pages.
- [12]. Herzlich, C., (1969). Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale, Paris, école des Hautes Etudes en science sociale, 210 pages.
- [13]. Javeau, C., (1999). Dans le dictionnaire de Sociologie, Paris, le robert /seuil, 453 pages.
- [14]. Konan Y.E. & al., (2008). « Perception des personnes vivant avec le VIH sur l'infection à VIH, à propos d'une enquête réalisée au centre d'assistance socio médicale de Treichville (Abidjan Côte D'ivoire) », Cah. Santé Publique, Vol. 7, n°1, 16 pages.
- [15]. L'huilier, D., Amado S., Bruegilles F. Et Rolland D., Vivre et travailler avec une maladie chronique (VIH-VHC), Nouvelle revue de psychosociologie 2007/2, N° 4, pp. 123-141.
- [16]. Ndoye, T., (2010). « L'expérience individuelle et collective des patients: De l'expérience des PVVIH à des carrières de malades chroniques », Dakar, pp105-115.
- [17]. Samson, A., (2006). « L'apport de la carrière au modèle théorique des tâches d'adaptation à la maladie chronique : une application au cas des personnes qui vivent avec le VIH » ,Canadian Journal of Counselling / Revue canadienne de counseling, Vol. 40:1, 16 pages.

Résumé : La présente étude porte sur du double de gestion de la maladie (VIH/SIDA) des Travailleurs Vivant avec le VIH et sous antirétroviral (ARV) en Côte d'Ivoire. En effet, elle a été réalisée en 2013 auprès de 15 TVVIH et sous ARV reçus au sein des Conseils et Dépistages Volontaires (CDV) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Treichville et 15 personnels de la santé, des ONG, de la CECI. C'est une étude de type qualitative avec pour méthode de collecte de donnée, un récit de vie pour le cas des TVVIH et sous ARV. Il ressort qu'après plus de vingt-cinq (25) de l'apparition du SIDA, ces acteurs de manière générale présentent deux (2) processus de gestion de la maladie. D'une part, une assertion méliorative de la maladie (une maladie comme les autres, acceptation de la maladie, connaissance de la maladie). D'autres parts une assertion auto-stigmatisant par rapport à la maladie. Mais, ce comportement se manifeste en dehors de l'environnement social. Car, dans leur rapport aux autres, cette assertion méliorative converge vers une auto-stigmatisation.

Mot clés : ARV, SIDA.