

# **La problématique de l'implication des Agents de Santé Communautaire dans la gestion du VIH/Sida - Analyse anthropologique d'un récit dans l'ouest de la Côte d'Ivoire**

***Gnamien Konan Bah Modeste,***

Docteur en Anthropologie biologique, Assistant à l'Unité de Formation et de Recherche Sciences Sociales et Humaines (UFR SSH), Université Jean Lorougnon Guede de Daloa, Côte d'Ivoire

Doi: 10.19044/esj.2019.v15n6p33

URL:<http://dx.doi.org/10.19044/esj.2019.v15n6p33>

---

## **Résumé**

L'objectif de cet article est de documenter à travers un récit, le comportement des ASC au regard de leur ancrage culturel, dans la prise en charge du VIH/Sida. La Côte d'Ivoire met en œuvre depuis plusieurs années la stratégie de la participation communautaire au plan sanitaire avec l'implication des Agents de Santé Communautaires (ASC) dans les milieux ruraux. L'objectif principal de cette stratégie est de favoriser l'utilisation des services de santé et une adhésion massive des communautés rurales aux activités de promotion de la santé y compris la prise en charge du VIH/Sida. Seulement, on constate que certaines logiques culturellement polarisées interfèrent avec cet élan de promotion de la participation communautaire entraînant des situations qui échappent au contrôle étatique. Le présent article convoque les facteurs liés au contexte socioculturel qui influent sur l'intervention des ASC dans le cadre de la prise en charge du VIH/Sida. La théorie utilisée est l'interactionnisme symbolique. L'étude s'est déroulée dans le village de Klanglably situé dans l'ouest de la Côte d'Ivoire. Cette étude exclusivement qualitative, a utilisé la méthode de collecte par les entretiens individuels. Les participants à l'étude sont au nombre 8 : L'infirmiers de la circonscription, le chef de la communauté baoulé, l'ASC et 5 membres de la communauté. La méthode de l'analyse de contenu a été utilisée pour l'analyse des données. Les résultats de l'étude montrent que plusieurs facteurs socioculturels influencent l'exercice de la fonction des ASC et affectent les objectifs visés. Ce sont les processus communautaires de sélection, l'existence de facteurs déclencheurs de la rupture déontologique et la prédominance de l'acteur culturel aux détriment de l'acteur sanitaire.

---

**Mots-clés:** Agents de santé communautaire, VIH/Sida, Culture

# **The Issue of the Involvement of Community Health Workers in the Management of HIV/AIDS - Anthropological Analysis of a Narrative in the West of the Ivory Coast**

*Gnamien Konan Bah Modeste,*

Docteur en Anthropologie biologique, Assistant à l'Unité de Formation et de Recherche Sciences Sociales et Humaines (UFR SSH), Université Jean Lorougnon Guede de Daloa, Côte d'Ivoire

---

## **Abstract**

The aim of this article is to document, through a story, the behavior of CHWs with regard to their cultural roots, in the management of HIV / AIDS. Côte d'Ivoire has been implementing the community health participation strategy for several years with the involvement of community health workers (CHWs) in rural areas. The main objective of this strategy is to promote the use of health services and the massive support of rural communities for health promotion activities including HIV / AIDS care. Only, we find that some culturally polarized logics interfere with this impulse to promote community participation resulting in situations that are beyond the control of the state. This article summarizes the socio-cultural context factors that influence CHW intervention in HIV / AIDS care. The theory used is symbolic interactionism. The study took place in the village of Klänglölably located in western Côte d'Ivoire. This exclusively qualitative study, used the method of collection by the individual interviews. The study participants are 8 in number: District Nurses, Baoulé Community Leader, CSA and 5 members of the community. The content analysis method was used for data analysis. The results of the study show that a number of socio-cultural factors influence the exercise of CHWs' function and affect the objectives pursued. It is the community processes of selection, the existence of factors triggering the ethical break and the predominance of the cultural actor at the expense of the health actor.

---

**Keywords:** Community health workers, HIV / AIDS, culture

## **Introduction**

Selon la FAO, sur les 36,1 millions de personnes infectées par le VIH/SIDA, une écrasante majorité (95 pour cent) vit dans les pays en

développement. Et dans ces pays, le SIDA est en train de devenir une menace plus grave dans les zones rurales que dans les villes. Dans l'absolu, il y a plus de ruraux que d'urbains infectés par le virus. L'épidémie se propage à un rythme alarmant jusque dans les villages les plus reculés, réduisant la production vivrière et menaçant la survie des communautés rurales. En Côte d'Ivoire, dans certaines zones rurales, il est constaté la sous-utilisation des services de santé à cause de l'inaccessibilité géographique, financière et culturelle de la population, mais également la sous informations de la population au sujet des problèmes de santé qui contribuent fortement à l'évolution exponentielle de la pandémie. En ce début du XXIe siècle, l'ONUSIDA considère qu'aucune population n'est totalement protégée contre l'épidémie, et que seule une approche à l'échelle du globe, respectueuse des personnes quels que soient leur contexte et leur style de vie, ainsi que leur groupe ou catégorie sociale d'appartenance, s'appuyant sur les mécanismes qui renforcent la cohésion sociale, peut limiter l'extension de la maladie et son impact (ONUSIDA, 2001).

Ainsi, palier à toutes ces causes identifiées et après avoir mis de côté les contraintes liées aux ressources, l'une des stratégies couramment déployée est de s'appuyer sur des acteurs locaux pour se rapprocher et faciliter la pénétration des soins dans les zones rurales ivoiriennes, en occurrence les Agents de Santé Communautaires (ASC).

La déclaration de la conférence d'Alma-Ata en 1978 mettait en avant l'importance de la participation communautaire pour les soins de santé primaires, comme un moyen de réduire les inégalités en santé (OMS, 1978). Les différents programmes ont souffert de nombreuses contraintes, liées à la formation des ASC, leur supervision, l'absence de rémunération, les problèmes d'équipements ou encore l'opposition des professionnels de santé. Par ailleurs, la récession économique des années 1980 a participé à l'effondrement des programmes impliquant des ASC (Lehmann et Sanders, 2007). Devant l'épidémie de VIH/sida et l'incapacité des systèmes de santé à apporter des soins de qualité, un regain d'intérêt pour les ASC s'est manifesté dans les années 1990. Plus récemment, la crise des ressources humaines en santé des pays à ressources limitées a redynamisé le débat sur les ASC et la délégation des tâches à des personnels moins qualifiés (Lewin et al, 2010).

Ces femmes et hommes, membres des organisations /réseaux communautaires d'influences comme les églises, les écoles, les ONG et les autres associations mutualistes sont capables d'influencer à travers les réseaux les comportements, les modes de vie et les attitudes des familles en faveur de la promotion des bonnes pratiques de santé. Il apparait clairement ici que le contexte est spécifique avec la forte probabilité d'un nouvel agencement des pratiques liées à la prise en charge du VIH/Sida qui se conjugue avec des acteurs de fait. Ce souci de compréhension nous fait épouser la citation d'Alice

Desclaux qui affirment que : « .... Seules des analyses fines conduites dans chaque contexte auprès de toutes les personnes concernées peuvent permettre de comprendre les effets pervers des interventions sanitaires (Alice Desclaux, 2003). Les agents de santé communautaires constituent un groupe très diversifié, ils ont des titres différents, jouent des rôles différents et entretiennent différents niveaux de liens formels avec les systèmes de santé. De nombreux acteurs de développement et gouvernementaux travaillent avec les agents de santé communautaires (ASC) dans la réalisation de différents programmes.

Un tel accent sur cette catégorie d'agents de santé reflète la grande nécessité de veiller à ce que les interventions soient conçues dans le but de maximiser l'efficacité de la collaboration, surtout dans le cadre de la santé et particulièrement dans la gestion intégrée des cas communautaires de VIH.

Mentionnons tout de même que les ASC ne sont pas des professionnels de santé, à qui il est souvent demandé d'offrir des prestations dévolues au personnels de santé. Dans bien des cas la fourniture de certaines prestations sont de leur initiative. Dans le cas du suivi des PVVIH, nous relevons la formation approximative reçu par les ASC pour la prise en charge de cette catégorie de malade.

Cependant, quelle appréciation peut-on porter sur les interventions des ASC dans la gestion du VIH/Sida au regard de sa complexité et de ses aspects multiformes dans un environnement communautaire culturellement ancré ? Nous avons pu identifier une contribution de réponse à cette question à travers un vécu qui nous a été relaté lors d'une de nos missions de recherche dans l'ouest de la Côte d'Ivoire.

Sur le plan méthodologique, le style de récit adopté dans cet article revêt un intérêt anthropologique. Pour l'anthropologue, derrière une coutume, un récit ou un simple objet, c'est toute la société et la masse d'individualités qui se profilent et qu'il faut décoder. En effet, le récit de vie devrait permettre de rendre compte des modes de vie comme du vécu, de la relation entre praxis individuelle, collective et changement sociohistorique, de saisir et d'analyser comment est perçu, senti, vécu et théorisé dans un récit, le rapport symbolique qui, par le biais du jeu identitaire, relie l'individu au groupe, à la communauté et plus largement, à la société (Bertaux, 1981). La méthode de récit s'inscrit clairement dans l'interactionnisme symbolique : elle repose sur une approche compréhensive des phénomènes et considère l'acteur social enquêté comme « un véritable observatoire du social, à partir duquel se font et se défont les interactions et actions de tous » (Le Breton, 2004 : 20). Enfin, pour compléter l'approche de notre objet de recherche, inscrit sous le registre de « l'action » bénévole, notre intérêt se portera sur l'engagement dans l'action (Lewin, 1947). Ce registre offre une lecture qui nous paraît tout à fait appropriée à la question du bénévolat. En effet, selon cette théorie, ce ne sont pas nos idées

qui nous engagent mais nos actes. Le vécu relaté ici met en exergue des scénarii qui oscillent entre patriotisme communautaire et devoir régalien, révélateur d'un arrière-plan insoupçonné des interventions des ASC sur le VIH/Sida, dont cet article s'efforce de rendre compte. Le postulat que nous voulons vérifier est que l'ancrage culturel des ASC influence la prise en charge du VIH/sida.

## **Cadre Méthodologique Et Site De Recherche**

### **Sites de l'étude et participants**

L'étude a été réalisée dans la localité de Klanglably située dans l'ouest de la Côte d'Ivoire. Klanglably est une localité à forte production cacaoyère regorgeant une population cosmopolite avec une impraticabilité prononcée des voies d'accès. Les autochtones appartenant au groupe ethnique Wê vivent avec les allochtones composés à majorité d'AKAN et d'Allogène issus du Burkina, du Mali et de la Guinée. Les participants à l'étude sont au nombre 8 : L'infirmiers de la circonscription, le chef de la communauté baoulé, l'ASC, 5 membres des différentes communautés vivant dans la localité incluant l'ASC sortant.

### **Technique et instrument de recueil de données**

La technique de l'entretien a été choisie et a consisté à approfondir une conversation accidentellement révélée dans le but de produire un récit complet. Le caractère « collatéral » de notre étude nous a imposé de procéder à un échantillonnage accidentel et une recherche documentaire juste avant et pendant le recueil des données. La recherche documentaire a consisté à sélectionner et parcourir les articles et ouvrages généraux axés sur les interventions des ASC en général et concernant le VIH en particulier. L'échantillonnage accidentel est la constitution d'un échantillon de la population de recherche à la convenance du chercheur imposant le moins de contraintes possibles dans la sélection des éléments (Angers, 1996). Il consiste à inclure les sujets dans une étude au fur et à mesure qu'ils se présentent dans un endroit précis. Cette étude a été réalisée parallèlement à une activité de recherche sur les ASC, il s'agit d'un récit qui a émergé de nos entretiens et attiré notre attention compte tenu des différentes articulations qui ont révélé un intérêt anthropologique. Nous avons utilisé comme instrument un guide d'entretien conçu pour la circonstance dont le but était essentiellement de stimuler le plus possible la production de discours à travers un entretien semi-directif. Ainsi notre étude s'inscrit dans un champ qualitatif.

### **Analyse des données**

Le matériel recueilli a été traité manuellement selon une démarche inductive (L'Écuyer, 1990) telle que décrite par Mayer et Deslauriers (2000),

Ensuite, la méthode de l'analyse de contenu a été sollicitée et a abouti à l'émergence de thèmes qui ont représentés l'ossature de nos résultats. Cette méthode d'analyse de données qualitatives a pour objectif ultime de « déterminer la signification exacte du message étudié » (L'Écuyer, 1990, p 14).

## **Resultats**

### **Processus communautaire de sélection des ASC**

La diversité des profils des agents de santé communautaires se traduit par la pluralité des raisons de leur engagement. Des motivations diverses peuvent ainsi se croiser, d'un côté la recherche d'un épanouissement personnel grâce à de nombreux contacts sociaux, des acquisitions de connaissances où à l'utilisation de compétences. De l'autre des motivations altruistes telles que la défense d'une cause ou la volonté de donner du sens à sa vie. Toutefois dans un environnement aussi ancré culturellement, une méthodologie de désignation socialement viable est requise et part du fait que le relais communautaire est un volontaire, est désigné par la communauté pour laquelle il représente les intérêts. Ce processus revêt une importance capitale dans la mesure où, en Afrique, l'octroi d'un mandat n'est jamais complètement désacralisé et demande l'approbation des gardiens de la tradition qui légitiment. Il est clair que le processus de désignation voulu ainsi par les autorités sanitaires vise l'instauration de culture démocratique dans le processus de désignation pour s'assurer de la légitimité de l'ASC choisi dont les activités pourront avoir l'adhésion de toute la communauté car se reconnaissant dans ce choix. Dans cette perspective, une réflexion sur l'adaptabilité de cette vision se heurtent avec les logiques sociales et culturelles propres aux communautés autochtones qui ont l'initiative de toutes les activités. En ce qui concerne la localité de Klanglably, ils nous ont été rapporté que le processus a été conduit par le chef central (Wê) qui après avoir désigné la personne qui selon lui avait le profil idéal a convoqué les différents leaders de communauté pour leur approbation « *le chef et ses notables ont tenu des réunions sans nous consulter et après ils sont venus nous dire qu'ils ont choisi quelqu'un....* » (Chef de la communauté Baoulé). Ce mode de désignation fait apparaître une architecture de désignation dont l'acteur social principal définit un processus qui vise à assurer son contrôle. L'ASC choisit appartient au groupe du Kwi. Dans l'organisation social des Wê, le Kwi est une institution juridictionnelle et policière dont la compétence s'étendait sur tout le complexe ethnique. L'autorité des Kwi est très redoutée parce qu'en mesure d'infliger des sanctions drastiques parfois d'une manière foudroyante. Le mandant se voit ainsi, en marge de son rôle régalien, investit d'une mission de reconnaissance et de loyauté envers ses mandataires. L'ASC ainsi désigné dans le village de Klanglably devra essentiellement aider les familles à améliorer la qualité des soins familiaux par des démonstrations pratiques et

aider les familles à adopter les pratiques favorables à la santé et au bien-être. Ce rôle implique de facto la prise en compte de la prise en charge du VIH/Sida dans un environnement traditionnel.

### **Le village de Klanglolably et le VIH/Sida**

Klanglolably est un village situé dans une zone de forte production cacaoyère, ce qui explique l'émergence d'une classe moyenne au sein des communautés à forte superficie cacaoyère, en occurrence les Baoulés et les burkinabés. Cette situation de cohabitation de populations prospères avec celles moins prospères peuvent être sources de conduite à risque d'infection du VIH avec une facilité d'obtention de services sexuels pour les plus nanti. La saisonnalité des gains crée une situation rattrapage au regard des longs mois de dures labeurs avec son corollaire de déviation et adoptions de pratiques à risque. Il est aussi évoqué que pendant les périodes de traite cacaoyères, les jeunes filles issues des cités urbaines viennent nombreuses pour offrir leurs services sexuels « *Comme pendant la période de traite, les acheteurs de cacao venus de ville viennent beaucoup ici avec leur KIA (Camions à 6 ou 8 roues), les filles montent dans leur voiture pour venir ici se prostituer.* » (Membre de la communauté). Il apparaît clairement une forte corrélation entre traite cacaoyère et offres sexuelles. Au sein de cette communauté cosmopolite vivait un jeune planteur connu pour être l'un des plus prospère possédant plusieurs plantations et autres réalisations en milieu urbain. Ce jeune planteur dont l'âge oscille autour de la quarantaine et que nous nommerons N'Guessan père de sept enfants était porteur du VIH selon l'infirmier couvrant la circonscription de Klanglolably « *Il suivait bien son traitement mais son problème est qu'il avait beaucoup de maîtresses...* » (Infirmier de la circonscription). Polygame, sa première épouse est décédée d'un mal dont la description des symptômes s'apparente à ceux du VIH. N'guessan se déplaçait régulièrement pour la récupération de ses ARV et son suivi médical auprès de l'infirmier. Cette situation se poursuivit jusqu'à la révocation du DD (Directeur du District Sanitaire) couvrant la zone. Le nouvel arrivant décida de plus s'appuyer sur les ASC pour la fourniture de médicament au détriment des infirmiers pour éviter les cas de vente illicite plusieurs fois rapporté « *Lorsque le nouveau DD a pris fonction, il est passé dans toutes les localités pour se présenter aux différentes chefferies, et c'est pendant ces tournées que certaines communautés lui ont fait savoir que certaines prestations et médicaments annoncés pour être gratuits leur étaient facturés.* » (Infirmier de la circonscription). N'Guessan au lieu de se déplacer devra recevoir les médicaments chez lui à domicile. Pour prévenir tout débordement les ASC de la circonscription reçurent des formations à cet effet.

## **Les facteurs déclencheurs de la rupture déontologique**

N'guessan aurait envisagé de prendre une deuxième épouse en remplacement à celle décédée et son choix se serait porté sur une femme autochtone Wê et ce pour acquérir à nouveau son statut de polygame. « *Il a décidé de se marier avec une fille qui venait d'abandonner l'école après avoir échoué plusieurs fois au Bac...elle était revenue s'installer définitivement au village...je me demande même s'il ne sortait pas déjà avec elle...* » (ASC sortant). La prise régulière des ARV replace le patient dans une situation de quasi-guérison et absences de tout signe d'infection l'amenant à mener pleinement sa vie sociale. Avoir plusieurs épouses est généralement valorisé et considéré comme un privilège statutaire lié à l'âge et au statut socio-économique des hommes. L'apport des femmes à l'économie familiale et domestique est cité comme un « motif » de polygamie en milieu rural (Mondain et al., 2004). La polygamie est plus fréquente dans les populations où les femmes sont fortement impliquées dans les activités économiques (Lesthaeghe et al., 1989) et où leur contribution à la production et à la reproduction est reconnue et valorisée. L'objet de cet article n'est surement pas d'ouvrir ce vieux débat sur la polygamie, toutefois dans ce contexte il représenterait une voie de propagation du VIH/Sida. L'ASC ayant été au fait de cette rumeur l'a en dissuadé vu son état, mais N'guessan refusa ce conseil prétextant du fait que la contamination était impossible pour la future conjointe puisqu'il était sous traitement. Les parents de la nouvelle promue seraient favorables à un mariage vu la condition sociale de N'guessan « *Comme il avait l'argent les parents de la fille étaient d'accord alors qu'elle avait d'autres prétendants dans le village* ». (ASC sortant).

Cette nouvelle configuration contextuelle amène l'ASC à reconsidérer son rôle régalién au profit de sa mission culturelle qui est celle de protéger. « *Vraiment, je ne pouvais pas accepter ça, moi je fais partie de ceux qui surveille le village et protège nos forêts sacrées...Quant il y'aura problème demain que vais-je dire à la chefferie et aux autres membre de ma génération* » (ASC sortant).

Pour Beauvois et Joule (1998, p.60) « l'engagement correspond, dans une situation donnée, aux conditions dans lesquelles la réalisation d'un acte ne peut être imputable qu'à celui qui l'a réalisé ».

Le processus de compétition entre l'acteur culturel et l'acteur sanitaire constaté ici met en relief un jeu d'ancrage. Il est clair que dans ce cas de figure, au regard de la nature approximative de la formation sanitaire reçu, la dimension culturelle paraît plus prégnante. Et ce au regard de la confiance que toute la tribu et son groupe social a placé en lui. La fonction de l'ASC s'effondre face à cette épreuve et le VIH/Sida apparaît ainsi comme un puissant révélateur du caractère superficiel et les limites à considérer dans la responsabilisation des ASC.



## **La trajectoire d'une prédominance de l'acteur culturel et l'entrée en scène de l'autorité sanitaire**

Toujours dans le sens d'exercer son rôle culturel, l'ASC rompt le secret médical et porte l'information à la chefferie centrale. Le chef aussitôt informa le chef des Baoulés en le responsabilisant en médiateur dont l'objectif est d'obtenir le renoncement au projet de mariage. Plus encore que N'guessan s'abstienne de tout rapport sexuel avec la fiancée. Toutes ses tractations finissent par faire éclater l'affaire au grand jour et révéler le statut sérologique de N'guessan à tout le village. La proximité communautaire et les liens culturels sont des facteurs propices de diffusion volatiles d'informations surtout s'agissant d'une affection aussi redouté comme le VIH/Sida dans la tradition africaine. Cette porosité communautaire est en lien à la nature collégiale des instances de règlements des conflits et à la quête permanente de points de vue et d'éclairages élargis aux autres membre de la communauté qui finissent par occasionner des fuites. Face au VIH/Sida et de la possible contamination intercommunautaire, le patriotisme communautaire prend toute sa forme et se range du côté de tous les attributs originels qui caractérisent une communauté. Selon Allman et al, 1997, la communauté désigne un groupe spécifique de personnes vivant généralement dans une zone géographique commune, partageant une culture commune, organisées en une structure sociale et ayant une certaine conscience de leur identité en tant que.

N'guessan adopta une posture défensive et réfuta toutes les rumeurs au sujet de son statut sérologique. Pour échapper à la stigmatisation populaire, les personnes vivant avec le VIH n'hésitent pas à renier leur statut sérologique. Ses démentis ne furent pas suffisant pour changer l'opinion de la communauté déjà pris d'effroi. Certaines conduites communautaires s'ensuivront allant jusqu'à alerter les autorités sanitaires. Ces autorités ont requis la révocation immédiate de cet ASC qui a violé le secret médical et sans se référer aux autorités sanitaire « *Il n'a pas communiqué avec nous alors qu'on se rencontrait régulièrement...il a violé le secret médical. J'aurais pu moi-même avoir des problèmes si l'affaire arrivait au ministère car le DD s'est lavé les mains et m'a tenu pour responsable...* ». Mais notons tout de même que le secret médical peut soulever un conflit entre deux valeurs positives : celle du respect des droits de la personne et celle de la protection de la communauté. Entre ces deux valeurs essentielles, le médecin (représenté ici par l'ASC) doit jouer un rôle charnière. Il doit veiller à protéger la société contre toute propagation de la maladie (Lienhard et Vuillez, 1998). La révocation voulue par les autorités sanitaires a été refusée par la chefferie qui reconnaît cet acte de dénonciation comme un devoir culturel accompli. Il s'en est suivi une situation de bicéphalisme par la présence de deux ASC dans le village qui a attiré notre attention et suscité la réalisation de cet article. N'guessan confia sa plantation à un de ses proches et quitta le village de Klanglably pour

rejoindre son village d'origine avec sa famille qui ne pouvait plus d'être stigmatisée. « *Ses enfants étaient stigmatisés à l'école et lui-même pour échapper à la stigmatisation il partait très tôt au champs et rentrait très tard, il se rendait fréquemment en ville pour y séjourner pendant de long moment...je me demande même s'il continuait à prendre ses médicaments... »* (Infirmier de la circonscription).

### **Discussion et conclusion**

Les conclusions de cette étude rejoignent celle de Herman et al (2009), qui affirma qu'un manque de rigueur dans la sélection des ASC peut conduire à une perte de confiance de la part de la communauté. Dans ce sens Scott et al (2013) et Kunutsor et al (2011) affirme que hormis les ASC, d'autres personnes sont susceptibles de jouer un rôle dans la prise en charge des PVVIH, telles que leurs proches. Une autre étude menée en 2008 par Schneider, Hlophé., et van Rensburg van montre que les fonctions des ASC sont multiples. Leurs champs d'actions s'élargissent au-delà de la prévention et de la promotion de la santé et les ASC s'orientent de plus en plus vers les soins. Cela implique une certaine vigilance. van Ginneken, Lewin, et Berridge dans une étude réalisée en 2010 mettent en exergue la possible confusion des rôles des ASC et des infirmiers en affirmant que le rôle et l'image des ASC pourraient ainsi se confondre avec ceux des soignants ; ils risqueraient de perdre leur spécificité dans le travail centré sur l'écoute et le soutien. Par ailleurs, la professionnalisation des ASC risque d'estomper les différences entre les infirmiers et les ASC, et ainsi contribuer à alimenter les luttes de pouvoir entre ces deux professions. Dans le même sens l'OMS en 2014 estime qu'à terme, cette question pourrait devenir problématique : le maintien d'un lien de qualité (basé sur une compréhension et un respect mutuels de chaque corps de métier) entre les ASC et les professionnels de santé est en effet indispensable pour permettre une prise en charge globale de qualité ; le travail d'un ASC n'a pas de sens en soi s'il est coupé du reste de la chaîne de prise en charge. C'est ainsi que médecin sans frontière, en 2013 affirme que les fonctions assumées par les ASC permettent de libérer du temps de travail aux professionnels, a contrario la supervision des ASC leur ajoute de nouvelles tâches. Pour mener à bien leurs activités, les ASC doivent être correctement formés et supervisés au cours de leurs activités. Il serait pertinent d'homogénéiser la formation : périodes théorique et pratique suffisamment longues pour acquérir des compétences clairement définies dans le domaine du VIH/sida, formation.

Ce récit n'a aucune intention de généralisation mais plutôt d'alerter l'opinion scientifique sur la nécessité de réfléchir davantage sur le degré de responsabilisation des ASC. Le transfert de certaines compétences dévolues aux professionnels de santé se doit d'être suffisamment encadré pour éviter le

plus possible l'émergence de la personnalité culturelle. Sans porter de jugement de valeur sur l'attitude de l'ASC tel que rapporté ici qui offre des éléments d'appréciation à la fois médicale et morale, il apparaît nécessaire de mieux outiller les ASC pour mieux appréhender ce genre de situation.

### References:

1. Allman, D., Myers, T., Cockerill, R., (1997). Concepts, definitions and models for community-based HIV prevention. research in Canada, and a planning guide for the development of community-based HIV prevention research, Faculté de Médecine, Université de Toronto, Toronto. In Lefevre, D., Dieng, M., Lamara, F., Raguin, G. & Michon, C. (2014). Les agents de santé communautaire dans la prise en charge thérapeutique du VIH/sida. *Santé Publique*, vol. 26(6), 879-888. doi:10.3917/spub.146.0879.
2. Angers, A. (1996)., Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, 2<sup>ème</sup> édition Québec.
3. Barnett, T. et Whiteside, A. (2002). AIDS in the twenty-first century : disease and llobalization, Palgrave Macmillan publishers : New York, 2002, 432pp.
4. Beauvois, J., Joule, R.V., (1998). *La soumission librement consentie*, page 60. Paris, Presses universitaires de France.
5. Bertaux, D., (1981). Biography and society : The Life History Approach in the Social Sciences, pp 6. Beverly Hills : Sage Publications.
6. Desclaux, A., (2003). VIH/SIDA, stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique, pp. 1-10. Études et rapports, série spéciale n°20, Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel, UNESCO 2003.
7. Hardon, A., (2005). « La lutte contre l'épidémie de VIH/Sida en Afrique subsaharienne : les politiques à l'épreuve de la pratique », Revue internationale des sciences sociales 2005/4 (n° 186), p. 661-669.
8. Hermann, K., Van Damme, W., Pariyo, G.W., Schouten, E., Assefa, Y., Cirera, A., (2009). Community health workers for ART in sub-Saharan Africa: learning from experience--capitalizing on new opportunities. *Hum Resour Health*. 2009;7:31. doi: 10.1186/1478-4491-7-31. In Lefevre, D., Dieng, M., Lamara, F., Raguin, G. & Michon, C. (2014). Les agents de santé communautaire dans la prise en charge thérapeutique du VIH/sida. *Santé Publique*, vol. 26(6), 879-888. doi:10.3917/spub.146.0879.
9. Kunutsor, S., Walley, J., Katabira, E., Muchuro, S., Balidawa, H., Namagala, E., (2011). Improving clinic attendance and adherence to

- antiretroviral therapy through a treatment supporter intervention in Uganda: a randomized controlled trial. *AIDS Behav.* 2011;15(8):1795-802. doi: 10.1007/s10461-011-9927-9. In Lefeuvre, D., Dieng, M., Lamara, F., Raguin, G. & Michon, C. (2014). Les agents de santé communautaire dans la prise en charge thérapeutique du VIH/sida. *Santé Publique*, vol. 26(6), 879-888. doi:10.3917/spub.146.0879.
10. Médecins sans frontières (MSF), (2013). Reaching closer to home: progress implementing community-based and other adherence strategies supporting people on HIV treatment. Bruxelles : MSF ; 2013. 18 p. In Lefeuvre, D., Dieng, M., Lamara, F., Raguin, G. & Michon, C. (2014). Les agents de santé communautaire dans la prise en charge thérapeutique du VIH/sida. *Santé Publique*, vol. 26(6), 879-888. doi:10.3917/spub.146.0879.
  11. Le Breton, D., (2004). *L'interactionnisme symbolique*, Paris, Presses Universitaires de France.
  12. Lienhard, C., Vuillez, J., (1998). "Les aspects juridiques dans le cadre de l'infection par le VIH" - in *Méd. Mal. Infecti.* 1998 - 28 p.4.).
  13. Lesthaeghe, R., Kaufmann, G., Meekers, D., (1989). « The Nuptiality Regimes in sub-Saharan Africa », in: Ron Lesthaeghe (ed), *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*, University of California Press. Pp.238-333.
  14. Lehmann, U., Sanders, D., (2007). Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Genève: WHO ; 2007. 42 p.
  15. Lewin, K. (1947). Group decision and social change. Dans T. Newcomb, E. Hartley (Eds.), *Readings in Social Psychology*. New York : Holt.
  16. Lewin, S., Munabi-Babigumira, S., Glenton, C., Daniels, K., Bosch-Capblanch, X., van Wyk BE., (2010). Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;4:CD004015. doi: 10.1002/14651858.CD004015.pub3.
  17. Mondain, N., Delaunay, V., Le Grand, T., (2004). « Life before Marriage: Changes in Couple Formation and Premarital Pregnancies Among the Sereer Siin in Senegal » In: Mondain Nathalie, 'Être en âge de se marier' et choix du conjoint : continuité et changements des processus matrimoniaux en milieu rural sénégalais, thèse de doctorat en démographie, Université de Montréal : 72-102.
  18. OMS., (1978). Organisation mondiale de la santé (OMS), Fonds des nations unies pour l'enfance (Unicef). Alma-Ata 1978 : les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins

- de santé primaires Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. Genève: OMS ; 1978. (Santé pour tous; n°1). Déclaration d'Alma-Ata; pp. 2-6.
19. ONUSIDA., (2001). Le point sur l'épidémie de SIDA.
  20. Scott, K., Campbell, C., Madanhire, C., Skovdal, M., Nyamukapa, C., Gregson, S., (2013). In what ways do communities support optimal antiretroviral treatment in Zimbabwe? *Health Promot. Int.* 2013. doi: 10.1093/heapro/dat014.
  21. World Health Organization (2014). supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach. Genève : WHO ; 2014.