Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 9 (1)
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 9 August 2026
Accepted, 29 September 2026
Published, 5 October 2026
https://www.revue-rasp.org
To cite: Kone A. N. (2027). Femmes vivant avec le VIH suivies au CSAS face au gel des financements états-uniens : vulnérabilités renouvelées et stratégies d'adaptation à Bouaké, en Côte d'Ivoire. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, 9(1), pp.13-23.* https://doi.org/10.4314/rasp.v9i1.2

Research

Femmes vivant avec le VIH suivies au CSAS face au gel des financements états-uniens : vulnérabilités renouvelées et stratégies d'adaptation à Bouaké, en Côte d'Ivoire

Women living with HIV followed at the CSAS facing the freeze on US funding: renewed vulnerabilities and adaptation strategies in Bouaké, Côte d'Ivoire

Nochiami Affou Koné[1]

[1]Département d'Anthropologie et de Sociologie, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire

***Correspondance :** Email: affoukone@uao.edu.ci ; Tel : +225 0707466406 ; Orcid: https://orcid.org/0009-0003-1002-4735

Résumé

Dans un contexte marqué par la dépendance des programmes de lutte contre le VIH aux financements internationaux, la réduction des ressources allouées à ces programmes soulève des interrogations quant à la continuité des dispositifs de prise en charge dans les pays à ressources limitées. Cette étude vise à analyser les changements rapportés par les acteurs du Centre Solidarité Action Sociale (CSAS) de Bouaké, en Côte d'Ivoire, dans le contexte du gel des financements états-uniens, en identifiant les transformations organisationnelles, les expériences des bénéficiaires et les stratégies d'adaptation mises en place. Une approche qualitative à visée compréhensive a été adoptée. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de quinze participants au total, dont cinq professionnels impliqués dans la prise en charge du VIH et dix femmes vivant avec le VIH suivies au CSAS. Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu. Les résultats indiquent que les femmes interrogées ne rapportent pas d'interruption de leur traitement antirétroviral. Toutefois, les participants décrivent une réorganisation des services, une diminution des activités communautaires et psychosociales ainsi qu'une réduction des aides sociales destinées aux bénéficiaires. Ces transformations accentuent les vulnérabilités économiques et sociales des femmes vivant avec le VIH, tout en favorisant le développement de stratégies d'adaptation individuelles et collectives. L'étude souligne ainsi que les principales transformations rapportées concernent moins l'accès au médicament que la fragilisation du soutien social indispensable au maintien dans les soins.

Mots-clés : VIH ; financements internationaux ; vulnérabilité sociale ; femmes ; prise en charge.

Abstract

In a context where HIV response programs are heavily dependent on international funding, the reduction of resources allocated to these initiatives raises questions regarding the continuity of care in resource-limited settings. This study aims to analyze the changes reported by stakeholders at the

Centre Solidarité Action Sociale (CSAS) in Bouaké, Côte d'Ivoire, following a freeze in U.S. funding. It examines organizational shifts, the experiences of beneficiaries, and the adaptation strategies employed. A qualitative, interpretive approach was adopted, involving semi-structured interviews with fifteen participants: five professionals involved in HIV care and ten women living with HIV who receive services at the CSAS. The data collected were subjected to thematic content analysis. The results indicate that the women interviewed did not report any interruption to their antiretroviral treatment. However, participants described a reorganization of services, a decline in community and psychosocial activities, and a reduction in social support provided to beneficiaries. These changes exacerbate the economic and social vulnerabilities of women living with HIV, while simultaneously prompting the development of individual and collective adaptation strategies. The study thus highlights that the primary changes reported relate less to access to medication and more to the weakening of the social support essential for maintaining engagement in care.

Keywords: HIV; international funding; social vulnerability; women; care.

1. Introduction

Depuis le début de l'épidémie de VIH/sida, les progrès thérapeutiques ont profondément transformé le pronostic de l'infection, faisant du VIH une maladie chronique nécessitant une prise en charge médicale, sociale et communautaire à long terme. L'accès aux traitements antirétroviraux a considérablement amélioré la survie et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Toutefois, l'efficacité de cette prise en charge ne dépend pas uniquement de la disponibilité des médicaments, mais également de l'existence d'un environnement institutionnel, économique et social favorable au maintien dans les soins.

Le 20 janvier 2025, l'administration américaine a ordonné le gel des nouvelles obligations et des décaissements de l'aide américaine au développement, dans le cadre d'une réévaluation des programmes d'aide extérieure des États-Unis prévue sur une période de 90 jours (The White House, 2025). Cette mesure a concerné les programmes soutenus par l'aide extérieure américaine, dont le President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). Une dérogation limitée accordée ultérieurement a permis de poursuivre certaines activités essentielles liées au VIH, notamment le diagnostic, le traitement et la prévention de la transmission mère-enfant, tandis que plusieurs activités d'accompagnement et de soutien communautaire ont été confrontées à des incertitudes quant à leur maintien.

Dans plusieurs pays bénéficiaires, cette situation a suscité des préoccupations quant à la continuité des interventions de lutte contre le VIH. En Côte d'Ivoire, l'ONUSIDA a rapporté que la suspension temporaire des financements américains avait entraîné des perturbations dans certains programmes de prévention, de soutien communautaire et de prise en charge, malgré le maintien des services essentiels liés au traitement du VIH (ONUSIDA, 2025).

Cette réalité renvoie aux analyses de Mann et Tarantola (1996), qui considèrent l'épidémie du VIH comme un phénomène dépassant la seule dimension biomédicale et intégrant des dimensions sociales, économiques et politiques. Dans la même perspective, Fassin (2000) souligne que les questions de santé doivent être appréhendées comme des faits sociaux, inscrits dans des rapports entre individus,

institutions et systèmes politiques. La santé apparaît alors comme le produit d'interactions complexes entre les conditions de vie des populations et les ressources mobilisées pour répondre à leurs besoins.

En Côte d'Ivoire, malgré les progrès réalisés dans la prise en charge du VIH, les dispositifs de soins demeurent confrontés à des défis liés à la pérennité des interventions. Le Centre Solidarité Action Sociale (CSAS) de Bouaké constitue un terrain particulièrement pertinent pour analyser ces dynamiques. Plusieurs recherches antérieures menées au sein de cette structure ont montré que la prise en charge du VIH repose sur une articulation entre les dimensions biomédicales, sociales et relationnelles. Les travaux de Koné, Akmel et Abe (2023) ont notamment mis en évidence l'importance des connaissances, des représentations sociales et de la relation avec les professionnels de santé pour l'adhésion des mères séropositives à l'option B+. De même, Koné (2025) a montré que l'observance thérapeutique des femmes vivant avec le VIH au CSAS dépendait de plusieurs facteurs, au-delà de la seule prescription médicale, notamment les dimensions sociales et organisationnelles de la prise en charge.

Ces résultats rejoignent les analyses de Farmer (2004), pour qui les inégalités de santé sont liées à des formes de vulnérabilité structurelle résultant de contraintes économiques, sociales et politiques. Ainsi, une modification des ressources disponibles au sein des programmes de santé peut affecter non seulement les institutions de soins, mais aussi les populations déjà fragilisées.

Cette étude vise donc à analyser les changements rapportés par les acteurs du Centre Solidarité Action Sociale (CSAS) de Bouaké dans le contexte du gel des financements américains destinés aux programmes de lutte contre le VIH. Plus spécifiquement, elle cherche à comprendre les transformations perçues dans l'organisation du dispositif de soins et les mécanismes d'accompagnement social, ainsi que les stratégies développées par les bénéficiaires et les professionnels pour maintenir la continuité de la prise en charge.

2. **Matériels et Méthodes**

2.1. Type et site de l'étude

Cette étude s'inscrit dans une approche qualitative à visée compréhensive. Elle cherche à documenter les changements rapportés par les bénéficiaires et les professionnels du Centre Solidarité Action Sociale (CSAS) de Bouaké, dans un contexte de gel des financements américains destinés aux programmes de lutte contre le VIH. Elle s'intéresse particulièrement aux transformations organisationnelles perçues, aux expériences vécues par les femmes vivant avec le VIH et aux stratégies d'adaptation développées par les acteurs concernés.

L'étude a été réalisée au Centre Solidarité Action Sociale (CSAS) de Bouaké, situé dans la région du Gbêkê, en Côte d'Ivoire. Le CSAS est une structure spécialisée dans la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH, proposant des services médicaux, psychosociaux et communautaires. Selon les données institutionnelles du CSAS (2019), la file active du centre est majoritairement composée de femmes vivant avec le VIH, qui représentent environ 70 % des personnes suivies. Le choix de ce site se justifie par son implication dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, par son expérience dans la mise en œuvre de programmes soutenus par des partenaires techniques et financiers internationaux, ainsi que par la place importante qu'occupent les femmes au sein de son dispositif de suivi.

2.2. Population d'étude, collecte et analyse des données

La population d'étude était constituée de deux catégories d'acteurs impliqués dans la prise en charge du VIH au Centre Solidarité Action Sociale (CSAS) de Bouaké : des femmes vivant avec le VIH suivies dans cette structure et des professionnels intervenant dans leur accompagnement médical, psychosocial ou communautaire.

Un échantillonnage raisonné a été adopté afin de sélectionner des participants disposant d'une expérience suffisante de la prise en charge au CSAS. Pour les femmes vivant avec le VIH, les critères de sélection étaient d'être suivies au CSAS et de disposer d'une expérience du fonctionnement de la structure permettant de rendre compte de leur parcours de prise en charge et des changements éventuellement perçus. L'ancienneté de suivi n'a pas constitué un critère d'inclusion strict, les participantes présentant des durées de suivi variables. Les professionnels retenus étaient ceux directement impliqués dans le suivi médical, l'accompagnement psychosocial, les activités communautaires ou la coordination des programmes liés au VIH. Au total, quinze participants ont été enquêtés, dont dix femmes vivant avec le VIH et cinq professionnels du CSAS**.** Les femmes interrogées étaient âgées de 35 à 65 ans et présentaient des anciennetés variables dans le suivi au CSAS, l'une d'entre elles étant suivie depuis 2025. Les professionnels comprenaient un médecin, un conseiller psychosocial, un agent communautaire, une sage-femme et un responsable de programme. La répartition des participants est présentée dans le tableau 1.

Les données ont été collectées en juin 2026 au moyen d'entretiens semi-directifs individuels menés en français. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord préalable des participants et complétés par des prises de notes afin de recueillir certains éléments contextuels. Une analyse documentaire de documents institutionnels disponibles au CSAS a également été réalisée afin de compléter les informations issues des entretiens.

Le nombre de participants a été déterminé selon le principe de saturation des données. La collecte a été interrompue lorsque les entretiens supplémentaires n'apportaient plus d'informations nouvelles ou significativement différentes de celles déjà recueillies.

Les données ont été analysées selon une approche thématique. Après la retranscription des entretiens, une lecture approfondie du corpus a permis d'identifier les unités de sens et de procéder à un codage manuel des données. Les catégories analytiques ont progressivement été construites autour des transformations perçues dans l'organisation des services, des expériences vécues par les femmes vivant avec le VIH et des stratégies d'adaptation développées par les acteurs concernés.

Tableau 1: Répartition des enquêtes

Catégorie d'enquêtés	Statut / fonction	Effectif
Professionnels de santé et acteurs de la prise en charge	Médecin responsable des services médicaux	**1**
	Conseiller psychosocial	**1**
	Agent communautaire	**1**
	Sage-femme	**1**
	Responsable de programme	**1**
Femmes vivant avec le VIH	Bénéficiaires suivis au CSAS de Bouaké	**10**
Total		**15**

Source: Données d'enquête, juin 2026

2.3. Considérations éthiques

Cette étude a été réalisée après obtention d'une autorisation institutionnelle du Centre Solidarité Action Sociale (CSAS) de Bouaké, sollicitée par un courrier adressé à la direction de la structure. Un accord verbal a été obtenu après examen de la demande. L'étude n'a pas fait l'objet d'un avis d'un comité d'éthique ni d'une exemption formelle. Avant chaque entretien, les objectifs de l'étude, les modalités de participation, le caractère volontaire de celle-ci et les garanties de confidentialité ont été expliqués aux participants. Un consentement éclairé écrit a été recueilli auprès des femmes vivant avec le VIH avant leur participation à l'étude. Les professionnels ont accepté de participer aux entretiens après présentation des objectifs et des modalités de l'étude, sans signature d'un formulaire de consentement écrit. Afin de préserver la confidentialité des participants, un système uniforme de codification a été adopté pour la présentation des verbatims. Les femmes vivant avec le VIH ont été identifiées par les codes F1 à F10 et les professionnels par les codes P1 à P5. Ces codes ont été attribués uniquement à des fins d'anonymisation et ne correspondent pas aux initiales des participants. Compte tenu du caractère potentiellement identifiable de certaines fonctions professionnelles au sein du CSAS, les fonctions précises ne sont pas associées aux verbatims.

3. **Résultats**

3.1. Une réorganisation des services rapportée dans un contexte de réduction des ressources financières

Les entretiens réalisés auprès des professionnels et des femmes vivant avec le VIH mettent en évidence des changements dans le fonctionnement du Centre Solidarité Action Sociale (CSAS) de Bouaké, dans un contexte marqué par le gel des financements états-uniens. Selon un professionnel également impliqué dans la coordination d'un projet soutenu par un partenaire bénéficiant de financements du PEPFAR, les premiers changements liés à la contraction des ressources de ce projet ont été perceptibles environ un mois après l'annonce du gel. Il rapporte une réduction de plus de la moitié du budget alloué à ce projet, accompagnée d'une diminution du personnel et de certaines activités. Ce chiffre concerne spécifiquement le projet évoqué par l'enquêté et ne correspond pas au budget global du CSAS. Il explique :

> *« On est passé à une réduction de plus de la moitié du budget. […] On nous a dit : réduisez le personnel, réduisez les activités. » (P1, juin 2026)*

La réorganisation rapportée concerne notamment les ressources humaines, l'organisation du temps de travail et certaines dépenses de fonctionnement. Le même professionnel évoque la réduction des effectifs et des rémunérations :

> *« On était contraints de se séparer de plusieurs personnes. […] En plus du nombre de personnes qu'on a réduites, tout ce qui est salaire […] a été réduit également. » (P1, juin 2026)*

Il rapporte également que des vacations ont été envisagées afin de réduire simultanément la présence du personnel sur le site, ainsi qu'une limitation des horaires d'utilisation de la climatisation dans une logique de réduction des charges énergétiques. D'autres professionnels font état d'une diminution de certaines activités nécessitant des déplacements ou une présence régulière au sein de la communauté.

Du côté des bénéficiaires, certains changements figurent également dans les modalités de suivi. Une femme prise en charge depuis 2025 décrit notamment un espacement de ses rendez-vous :

« Avant, les rendez-vous étaient chaque mois. Maintenant, c'est tous les six mois. […] En tout cas, ce n'est pas comme avant. » (F5, juin 2026)

Cet espacement est rapporté comme une modification des modalités de suivi perçue par la participante. Il ne permet toutefois pas, à lui seul, de caractériser une dégradation du suivi.

Cependant, les transformations ne sont pas perçues de manière uniforme par l'ensemble des acteurs et ne concernent pas toutes les composantes de la prise en charge avec la même intensité. Certains professionnels dont les activités sont moins directement dépendantes des financements de projets déclarent ne pas avoir observé de modification majeure de leur pratique quotidienne. Certaines activités communautaires se poursuivent également dans le cadre d'autres projets ou grâce à des appuis ponctuels de la part de partenaires.

Cette différenciation se manifeste également dans l'expérience des bénéficiaires. Contrairement à la participante précédente qui rapporte un espacement de ses rendez-vous, une femme suivie depuis 2007 affirme que les appels de rappel et certaines visites à domicile se poursuivent dans son cas. Ces variations montrent que les transformations rapportées ne correspondent pas à une désorganisation uniforme de la prise en charge, mais à une reconfiguration différenciée du dispositif, plus perceptible dans certaines activités dépendantes de ressources extérieures.

3.2. Une fragilisation des soutiens sociaux et une vulnérabilité économique persistante chez les femmes vivant avec le VIH

Les entretiens réalisés auprès des femmes vivant avec le VIH montrent que les principales difficultés rapportées ne concernent pas l'accès aux traitements antirétroviraux, mais plutôt la diminution progressive des soutiens sociaux qui accompagnaient auparavant leur parcours de soins. Les participantes évoquent notamment la réduction des aides alimentaires, du soutien au transport et de certains appuis matériels qui contribuaient à alléger les contraintes quotidiennes liées à la maladie. Une femme suivie au CSAS depuis plusieurs années décrit les changements observés dans les aides proposées par la structure :

« Avant, ils donnaient de la nourriture. Il y avait des paquets : du riz, de l'huile. (...) Mais maintenant, tout ça... » (F2, juin 2026).

Une autre participante, suivie au centre depuis 2006, confirme un changement des appuis sociaux disponibles. Elle rapporte qu'auparavant, certaines aides matérielles étaient proposées, notamment des dons de nourriture et de matériel domestique, mais que ces soutiens ont progressivement diminué. La question du transport constitue également une difficulté importante, notamment pour les femmes qui résident loin du centre ou souhaitent participer aux activités communautaires. Une participante explique :

« Comme nous, on est un peu loin pour le transport, ça fait qu'on ne peut pas tous les jours assister [aux groupes de parole]. Mais avant, on donnait le transport. » (F8, juin 2026).

Au-delà de la diminution des aides institutionnelles, les discours recueillis mettent en évidence des situations sociales marquées par d'importantes contraintes économiques. Certaines participantes évoquent le veuvage, la prise en charge des enfants et les difficultés à disposer de revenus suffisants.

Une bénéficiaire explique ainsi que ses ressources proviennent essentiellement de petites activités économiques, alors qu'elle doit également assurer les charges liées à ses enfants.

Ces difficultés économiques ne se traduisent toutefois pas automatiquement par une rupture de l'adhésion thérapeutique. Plusieurs femmes déclarent poursuivre régulièrement leur traitement malgré leurs contraintes sociales. Une participante suivie depuis 2010 affirme ainsi prendre quotidiennement ses médicaments et ne pas avoir interrompu son traitement.

Ainsi, les résultats mettent en évidence une dissociation entre la continuité thérapeutique et la fragilisation des conditions sociales entourant cette prise en charge. Les femmes semblent maintenir leur engagement dans les soins malgré une diminution des ressources d'accompagnement, au prix cependant d'efforts individuels et familiaux importants.

3.3. Des stratégies d'adaptation individuelles et collectives face aux contraintes du dispositif de prise en charge

Face aux changements constatés dans l'organisation des services et à la diminution de certains soutiens sociaux, les femmes vivant avec le VIH et les professionnels du CSAS développent différentes stratégies pour maintenir la continuité de la prise en charge.

Chez les bénéficiaires, ces stratégies reposent d'abord sur la mobilisation de ressources économiques et relationnelles disponibles dans leur environnement. Certaines femmes évoquent le recours à de petites activités génératrices de revenus pour faire face aux dépenses quotidiennes. Une participante explique notamment avoir développé une activité commerciale avec l'appui d'un membre de sa famille.
« Mon grand frère m'a offert des choses pour m'entreprendre. (...) Maintenant, moi, je fais un peu de restaurant. » (F3, juin 2026).

D'autres participantes soulignent l'importance des solidarités familiales et communautaires dans leur parcours. Ces appuis permettent de compenser partiellement la diminution de certaines aides institutionnelles. Toutefois, ces formes de soutien restent dépendantes des ressources personnelles et familiales disponibles.

Du côté des professionnels, les stratégies d'adaptation reposent principalement sur la réorganisation du travail et le maintien des activités jugées essentielles. Un professionnel décrit ainsi son implication dans l'accompagnement des bénéficiaires confrontés à des difficultés économiques ou sociales, notamment par des enquêtes sociales, la mobilisation des familles et la recherche de soutiens institutionnels ou communautaires.

Les professionnels tentent également de favoriser l'autonomisation économique des bénéficiaires par l'éducation financière, la mise en place de groupements et l'encouragement des activités génératrices de revenus. Un professionnel interrogé explique que ces actions visent à aider les personnes vivant avec le VIH à mieux faire face aux difficultés financières qu'elles rencontrent. Cependant, ces stratégies ne constituent pas un remplacement durable des dispositifs institutionnels antérieurs. Elles témoignent plutôt des capacités d'adaptation développées par les acteurs face à un contexte contraint, tout en révélant les limites d'une prise en charge davantage fondée sur les ressources individuelles, familiales ou professionnelles.

Ainsi, les résultats montrent que les bénéficiaires et les professionnels ne restent pas passifs face aux transformations du dispositif. Ils développent des réponses pratiques pour maintenir la continuité des

soins, mais ces réponses demeurent fragiles lorsqu'elles compensent une réduction structurelle des ressources.

4. Discussion

4.1. Une prise en charge biomédicale maintenue mais un environnement social du soin fragilisé

Cette étude met en évidence un résultat majeur : dans le contexte de la réduction des financements des programmes de lutte contre le VIH, les changements rapportés par les participants portent davantage sur les dimensions sociales, communautaires et organisationnelles de la prise en charge que sur la disponibilité des traitements antirétroviraux. Les participantes interrogées ne rapportent pas d'interruption de leur traitement antirétroviral. Ce résultat rend compte de l'expérience rapportée par les femmes enquêtées et ne permet pas de conclure à l'absence d'interruption thérapeutique chez l'ensemble des bénéficiaires suivis au CSAS. Toutefois, les résultats indiquent également que l'accès au traitement ne constitue qu'une composante de l'expérience de soins des personnes vivant avec le VIH.

Cette observation rejoint les travaux de Mann et Tarantola (1996), qui proposent une approche du VIH fondée sur les droits humains et soulignent que la santé ne peut être réduite à la disponibilité des interventions biomédicales. Elle dépend également des conditions sociales, économiques et institutionnelles qui permettent aux individus d'accéder effectivement aux soins et de maintenir leur engagement thérapeutique. Dans cette perspective, les résultats du CSAS montrent que la vulnérabilité du dispositif ne réside pas principalement dans une rupture du traitement, mais dans une fragilisation progressive de ce qui accompagne le médicament : soutien psychosocial, accompagnement communautaire, médiation avec les familles et appuis sociaux. Ainsi, cette étude rappelle que la prise en charge du VIH repose sur une « chaîne de soins » dont les dimensions relationnelles et sociales contribuent pleinement à l'efficacité thérapeutique.

4.2. La dépendance aux financements extérieurs et la vulnérabilité des dispositifs communautaires

Les résultats mettent en évidence l'importance des financements extérieurs pour le fonctionnement des programmes de VIH. Cette dépendance n'est pas spécifique au CSAS : elle s'inscrit dans l'histoire plus large de la réponse au VIH en Côte d'Ivoire.

Bekelynck et Larmarange (2019) rappellent que la Côte d'Ivoire figure parmi les pays ayant bénéficié précocement du soutien du PEPFAR et que ce financement a représenté une part importante des ressources consacrées à la lutte contre le VIH dans le pays. Les auteurs montrent également que les stratégies mises en œuvre par le PEPFAR ont profondément structuré l'organisation des services du VIH en Côte d'Ivoire. Dans le cas du CSAS, les participants rapportent que la réduction des ressources disponibles a particulièrement affecté certaines activités communautaires et psychosociales : visites à domicile, groupes de parole, rappels téléphoniques et accompagnement social. Cette situation s'inscrit dans une problématique plus large liée aux effets des initiatives mondiales de santé sur les systèmes de santé nationaux. Biesma et al. (2009) soulignent que les programmes internationaux de lutte contre le VIH ont contribué au renforcement des réponses nationales, tout en pouvant générer des formes de dépendance institutionnelle lorsque certaines composantes des systèmes de santé reposent fortement sur des financements extérieurs.

Ces résultats rejoignent les analyses d'Inghels et al. (2020), qui montrent que les pratiques liées au VIH en Côte d'Ivoire sont influencées par l'environnement institutionnel et la disponibilité des ressources humaines impliquées dans la prise en charge. La fragilisation des activités communautaires constitue donc un enjeu important. Ces activités ne constituent pas de simples actions

complémentaires, mais participent au maintien du lien entre les personnes vivant avec le VIH et le système de soins.

4.3. Les vulnérabilités sociales au cœur de l'expérience du VIH chez les femmes

L'un des apports de cette étude est de montrer que les difficultés rapportées par les femmes ne concernent pas uniquement la maladie elle-même, mais aussi les conditions sociales dans lesquelles elles vivent avec le VIH. Les participantes évoquent principalement la diminution des aides alimentaires, des aides au transport et des soutiens matériels qui facilitaient auparavant leur parcours de soins. Ces résultats montrent que la prise en charge du VIH dépasse largement la prescription d'un traitement : elle s'inscrit dans des trajectoires sociales marquées par la pauvreté, les responsabilités familiales, le veuvage ou encore la fragilité économique.

Cette dimension rejoint les analyses de Farmer (2004) et de Coulibaly-Traoré et al. (2000), selon lesquelles les inégalités de santé doivent être comprises à partir des conditions sociales, économiques et politiques qui structurent les expériences de maladie. Dans le cas étudié, la réduction des soutiens sociaux ne conduit toutefois pas systématiquement à une rupture des soins. Plusieurs femmes poursuivent leur traitement malgré leurs difficultés. Ce résultat invite à éviter une lecture uniquement centrée sur la vulnérabilité : les participantes apparaissent également comme des actrices capables de mobiliser des ressources individuelles, familiales et communautaires.

Les travaux de Ware et al. (2009) montrent également que l'adhésion thérapeutique en Afrique subsaharienne ne repose pas uniquement sur les comportements individuels, mais s'inscrit dans des expériences sociales marquées par les relations familiales, le soutien communautaire et les conditions concrètes de vie. Ceux de Ware et al. (2013) permettent d'éclairer l'articulation entre les contraintes sociales et le maintien dans les soins. Ils montrent que l'adhésion thérapeutique dans les contextes africains ne dépend pas uniquement de la volonté individuelle, mais aussi des relations sociales, du soutien reçu et de l'organisation des services.

4.4. Des stratégies d'adaptation qui témoignent des capacités d'action mais révèlent aussi les limites du système

Face aux transformations observées dans le fonctionnement du CSAS, les bénéficiaires et les professionnels développent diverses stratégies d'adaptation. Les femmes mobilisent notamment des activités économiques et des solidarités familiales ou communautaires pour faire face aux difficultés quotidiennes. Les professionnels, quant à eux, réorganisent leurs pratiques et cherchent à maintenir les activités essentielles malgré les contraintes rencontrées.

Ces stratégies témoignent d'importantes capacités d'action. Elles montrent que les personnes vivant avec le VIH ne sont pas uniquement des bénéficiaires passifs des dispositifs de santé, mais participent activement à la construction de réponses face aux difficultés. Cependant, ces stratégies d'adaptation ne peuvent pas constituer une réponse durable face à une fragilisation structurelle des ressources. Elles risquent de transférer progressivement une partie de la responsabilité de la prise en charge aux individus, aux familles et aux communautés.

Ainsi, l'étude met en lumière un paradoxe : les acteurs locaux développent des capacités d'adaptation remarquables, mais celles-ci ne peuvent pas remplacer durablement des financements institutionnels garantissant une prise en charge globale et équitable du VIH.

4.5. Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites. Elle repose sur une enquête qualitative menée dans un seul centre de prise en charge du VIH, auprès d'un nombre limité de participants sélectionnés de manière raisonnée. Les résultats ne peuvent donc être généralisés statistiquement à l'ensemble des structures de prise en charge en Côte d'Ivoire. Par ailleurs, les données reposent principalement sur les discours des participants. Elles rendent compte des changements perçus et vécus par les acteurs, mais ne permettent pas, à elles seules, d'établir une relation causale entre la réduction des financements et l'ensemble des transformations observées. Enfin, l'absence de données budgétaires détaillées limite la capacité à mesurer précisément l'ampleur financière des changements rapportés.

5. Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'analyser les changements rapportés par les acteurs du Centre Solidarité Action Sociale (CSAS) de Bouaké dans un contexte de gel des financements américains destinés aux programmes de lutte contre le VIH. Les participantes interrogées ne rapportent pas d'interruption de leur traitement antirétroviral. Les participants font toutefois état d'une réorganisation du fonctionnement du centre, d'une réduction de certaines activités communautaires et psychosociales ainsi que d'un affaiblissement des aides sociales destinées aux bénéficiaires. Ces changements accentuent les vulnérabilités sociales de certaines femmes vivant avec le VIH, notamment celles liées à la précarité économique, aux responsabilités familiales et aux besoins alimentaires. Toutefois, l'étude met également en évidence les capacités d'adaptation des bénéficiaires et des professionnels, qui développent des stratégies individuelles et collectives afin de maintenir la continuité de la prise en charge. Ces stratégies témoignent de l'engagement des acteurs locaux, mais demeurent insuffisantes pour remplacer durablement des dispositifs institutionnels soutenus par des financements structurés. Ainsi, cette recherche souligne que la lutte contre le VIH ne repose pas uniquement sur la disponibilité des traitements, mais également sur la présence d'un environnement social, communautaire et institutionnel favorable. La sécurisation de financements durables apparaît essentielle pour préserver les acquis de la riposte au VIH et garantir une prise en charge globale des personnes vivant avec le virus, en particulier celles confrontées à des vulnérabilités sociales.

Remerciements

L'auteure remercie la Direction et l'ensemble du personnel du Centre Solidarité Action Sociale (CSAS) de Bouaké pour leur disponibilité et leur collaboration dans la réalisation de cette étude. Elle remercie également les femmes vivant avec le VIH qui ont accepté de partager leurs expériences et leurs perceptions, contribuant ainsi à une meilleure compréhension des changements sociaux observés dans le contexte du gel des financements.

Conflit d'intérêts

L'auteure ne déclare aucun conflit d'intérêts

Références

Bekelynck, A., & Larmarange, J. (2019). *Pepfar 3.0's HIV testing policy in Côte d'Ivoire (2014 to 2018): Fragmentation, acceleration and disconnection*. Journal of the International AIDS Society, 22(12), e25424. https://doi.org/10.1002/jia2.25424

Biesma, R. G., Brugha, R., Harmer, A., Walsh, A., Spicer, N., & Walt, G. (2009). The effects of global health initiatives on country health systems: A review of the evidence from HIV/AIDS control. *Health Policy and Planning, 24*(4), 239–252. https://doi.org/10.1093/heapol/czp025

Centre Solidarité Action Sociale. (2019). *Rapport d'activités du Centre Solidarité Action Sociale (CSAS).* Bouaké, Côte d'Ivoire : CSAS.

Coulibaly-Traoré, D., Desclaux, A., & Ky-Zerbo, O. (2000). Pratiques et perceptions des femmes séropositives à Abidjan et à Bobo-Dioulasso. Dans P. Msellati, N. Meda, R. Ramon, et al. (Dir.), *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest : de l'anthropologie à la santé publique* (pp. 263-291). Paris, France: Karthala.

Fassin, D. (2000). Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et Sociétés, 24*(1), 95–116.

Farmer, P. (2004). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley, CA: University of California Press.

Inghels, M., Kra Kouassi, A., Niangoran, S., Bekelynck, A., Carillon, S., Sika, L., Danel, C., Kone, M., Desgrées du Loû, A., & Larmarange, J. (2020). *Practices and obstacles to provider-initiated HIV testing and counselling (PITC) among healthcare providers in Côte d'Ivoire*. AIDS and Behavior, 24**,** 3491–3500. https://doi.org/10.1007/s10461-020-02923-0

Koné, N. A. (2022). *Représentations sociales et adhésion des mères séropositives à l'option B+ : Cas des mères des enfants de 0 à 3 ans du Centre Solidarité Action Sociale (CSAS) de Bouaké* (Thèse de doctorat). Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire.

Koné, N. A., Akmel, S. M., & Abe, N. N. (2023). Connaissances et images des mères séropositives liées à l'option B+ au Centre Solidarité Action Sociale (CSAS) de Bouaké, en Côte d'Ivoire. Dans *Droits de santé sexuelle et reproductive en Afrique subsaharienne*. Paris, France : L'Harmattan.317-330.

Koné, N. A. (2025). Déterminants de l'observance à l'option B+ chez les femmes vivant avec le VIH au Centre Solidarité Action Sociale de Bouaké. *Revue ivoirienne de sociologie et de sciences sociales, 3*(2), 122–134.

Mann, J., & Tarantola, D. J. M. (1996). *AIDS in the world II: Global dimensions, social roots, and responses*. New York, NY: Oxford University Press.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). (2025, 9 avril). *Impact of US funding cuts on HIV programmes in Côte d'Ivoire*.

The White House. (2025, January 20). *Reevaluating and realigning United States foreign aid*.

Ware, N. C., Idoko, J., Kaaya, S., Biraro, I. A., Wyatt, M. A., Agbaji, O., ... Bangsberg, D. R. (2009). Explaining adherence success in sub-Saharan Africa: An ethnographic study. *PLoS Medicine, 6*(1), e1000011. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000011

Ware, N. C., Wyatt, M. A., Geng, E. H., Kaaya, S. F., Agbaji, O. O., Muyindike, W. R., Chalamilla, G., & Agaba, P. A. (2013). *Toward an understanding of disengagement from HIV treatment and care in sub-Saharan Africa: A qualitative study*. PLoS Medicine, 10(1), e1001369. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001369

© 2027 KONE, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.