

Analyse du système de référence et de contre référence dans la prise en charge des PIAVIH à partir des activités de nutrition en Côte d'Ivoire.

Kamara Siaky Motihé¹

1. Maître-Assistant, Département de Sociologie-Anthropologie, UFR des Sciences Sociales et Humaines (SSH), Université Jean Lorougnon GUEDE (BP 150 Daloa/Côte d'Ivoire)

RESUME

La Côte d'Ivoire, fortement touchée par la pandémie de VIH/Sida, avec un taux de prévalence de 1,82 % en 2022 (Spectrum 2023) au sein de la population générale, fait face à des défis nutritionnels majeurs, notamment un double fardeau de la malnutrition. Cette étude a pour objectif d'analyser le système de référence et de contre-référence dans la prise en charge des PVIH, en mettant l'accent sur l'intégration des Soins et du Soutien Nutritionnels (SSN).

À travers une méthodologie mixte, combinant des entretiens semi-directifs et des recherches documentaires sur le système de référence, la collecte des données a impliqué 81 prestataires des structures sanitaires, sociales et communautaires. Les résultats indiquent une intégration progressive mais efficace des SSN dans la prise en charge globale des PVIH. Les références ascendantes ont été observées dans 65 % et 67 % des cas, tandis que les références descendantes ont été enregistrées dans 85 % des cas. Ces données témoignent de l'efficacité de la collaboration entre les différentes entités. Cependant, un écart significatif a été constaté entre le nombre de références initiées au niveau des organisations communautaires et celui des contre-références effectivement reçues, quel que soit le type d'acteur impliqué. Cette étude met en lumière l'importance d'établir un cadre formel de collaboration afin de renforcer les mécanismes de référence et de contre-référence.

Mots clés : VIH/Sida, malnutrition, Côte d'Ivoire, système de référence, santé communautaire, collaboration intersectorielle.

ABSTRACT

Côte d'Ivoire, which has been severely affected by the HIV/AIDS pandemic, with a prevalence rate of 1.82% in 2022 (Spectrum 2023) among the general population, faces major nutritional challenges, including a double burden of malnutrition. The aim of this study is to analyse the referral and counter-referral system in the management of PLHIV, with a focus on the integration of Nutritional Care and Support (NCS). Using a mixed-methods approach, combining semi-structured interviews and literature reviews on the referral system, data collection involved 81 healthcare, social and community service providers. The results indicate a gradual but effective integration of NNS into the overall care of PLHIV. Upward referrals were observed in 65% and 67% of cases, whilst downward referrals were recorded in 85% of cases. These figures demonstrate the effectiveness of collaboration between the various organisations. However, a significant discrepancy was observed between the number of referrals initiated by community organisations and the number of counter-referrals actually received, regardless of the type of organisation involved. This study highlights the importance of establishing a formal framework for collaboration in order to strengthen referral and counter-referral mechanisms.

Keywords: HIV/AIDS, malnutrition, Côte d'Ivoire, referral system, community health, intersectoral collaboration.

Date of Submission: 09-05-2026

Date of acceptance: 19-05-2026

I. INTRODUCTION

Depuis plus d'une décennie, la Côte d'Ivoire, à l'instar de nombreux pays, est confrontée à l'épidémie du VIH/sida. La riposte nationale, fondée sur des stratégies combinées inscrites dans les plans stratégiques nationaux successifs, a permis des progrès significatifs. Ces 15 dernières années le taux de séroprévalence a baissé de 4,7% en 2005 à 2,5% en 2017 et est estimé à 1,82% en 2022 (Spectrum 2023) au sein de la population générale.

Toutefois, malgré ces avancées, le VIH/sida demeure un problème majeur de santé publique. Les défis persistants concernent notamment la continuité des soins, la rétention des patients, les inégalités d'accès et la coordination des acteurs. Ces enjeux renvoient directement à la qualité de la gouvernance des systèmes de santé, entendue comme l'ensemble des mécanismes, processus et institutions à travers lesquels les acteurs articulent leurs intérêts, exercent leurs droits et assument leurs responsabilités (World Health Organization, 2007). Dans cette perspective, plusieurs travaux soulignent que la performance des programmes VIH dépend moins des innovations biomédicales que de la capacité des systèmes à coordonner efficacement les interventions, assurer la redevabilité et intégrer les services (Brinkerhoff & Bossert, 2014 ; Frenk, 2010).

L'engagement de la Côte d'Ivoire dans l'atteinte des objectifs « 3×95 » à l'horizon 2025 illustre cette orientation vers une approche systémique. Ces objectifs 95 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissant leur statut, 95 % des personnes diagnostiquées sous traitement et 95 % de celles sous traitement en suppression virale reposent sur un renforcement du continuum de soins et une meilleure articulation entre dépistage, traitement et suivi (PNLS, 2021). La littérature met en évidence que l'atteinte de ces cibles nécessite une intégration accrue des services et une gouvernance multi-acteurs efficace (Sidibé et al., 2016).

Par ailleurs, les enjeux liés au VIH/sida en Côte d'Ivoire s'inscrivent dans un contexte plus large marqué par une transition nutritionnelle complexe. Le pays fait face à une triple charge de malnutrition : sous-nutrition, carences en micronutriments et surnutrition (PSNDPE, 2023). Cette situation affecte particulièrement les populations vulnérables, notamment les PVVIH et les Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV). Or, Sunguya et al., 2014, montrent que la malnutrition et le VIH entretiennent une relation bidirectionnelle, chaque condition aggravant l'autre. Ainsi, l'intégration des interventions nutritionnelles dans les programmes VIH est désormais reconnue comme une stratégie essentielle pour améliorer les résultats thérapeutiques et la qualité de vie des patients (World Food Programme, 2015).

Dans ce contexte, le pays a adopté des approches innovantes telles que le « tester et traiter », les soins différenciés et la délégation des tâches, conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (World Health Organization, 2016). Ces approches visent à améliorer l'efficacité du système de santé en adaptant les services aux besoins des patients et en rapprochant l'offre de soins des communautés. Elles s'inscrivent dans le paradigme des systèmes de santé intégrés, qui privilégie la coordination entre niveaux de soins et secteurs d'intervention (Atun et al., 2010).

D'une part, la gouvernance sanitaire est appréhendée à travers les travaux de la Banque mondiale et de l'OMS, qui mettent en avant des dimensions clés telles que la coordination, la transparence, la participation et la redevabilité (World Bank, 2017 ; WHO, 2007). Le cadre analytique de Brinkerhoff et Bossert (2014) insiste notamment sur les relations d'imputabilité entre acteurs (État, prestataires, communautés), considérées comme déterminantes pour la performance des systèmes de santé. Dans le domaine du VIH, une gouvernance efficace implique une collaboration étroite entre les programmes verticaux (PNLS), les services de santé généraux et les acteurs communautaires.

D'autre part, la théorie des approches intégrées constitue un référentiel central pour analyser la prise en charge des PVVIH. L'intégration est définie comme le processus de coordination des services de santé afin d'assurer une continuité et une complémentarité des soins (Atun et al., 2010). Elle peut être clinique, organisationnelle ou fonctionnelle, et vise à répondre de manière globale aux besoins complexes des patients. Dans le cas du VIH, plusieurs études ont démontré que l'intégration des services (VIH, nutrition, santé maternelle, protection sociale) améliore significativement l'adhésion au traitement et la rétention dans les soins (Sweeney et al., 2012).

L'approche holistique des soins et soutien incluant les dimensions médicale, nutritionnelle, psychosociale, économique et juridiques s'inscrit pleinement dans ce cadre. Elle rejoint également les théories des déterminants sociaux de la santé, qui soulignent que l'état de santé des individus dépend largement de facteurs socio-économiques et environnementaux (Marmot et al., 2008).

Malgré les progrès réalisés, la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH (PIAVIH) en Côte d'Ivoire demeure confrontée à des défis structurels majeurs. Parmi ceux-ci figurent la fragmentation des interventions, l'insuffisance de coordination entre les secteurs sanitaire, social et communautaires, ainsi que les dysfonctionnements des systèmes de référence et de contre-référence. Des études nationales ont mis en évidence que ces lacunes contribuent à la perte de suivi des patients et à une faible rétention dans les soins (MSHP/PNLS/ENSEA, 2014).

Dans une perspective théorique, ces difficultés traduisent les limites d'une gouvernance encore partiellement intégrée, où les interactions entre acteurs restent insuffisamment formalisées. Or, selon les approches intégrées, la performance des systèmes de santé repose sur la capacité à créer des liens fonctionnels entre services, à assurer la continuité des parcours de soins et à mobiliser l'ensemble des ressources disponibles (Atun et al., 2010).

En réponse à ces enjeux, des initiatives visant à renforcer la collaboration entre le Programme National de Nutrition (PNN), le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) et le Programme National de Prise en Charge des OEV (PNOEV) ont été mises en œuvre, notamment à travers l'intégration des services

nutritionnels dans les structures de santé et les centres sociaux FANTA, (2018). Toutefois, l'absence d'un cadre formel de collaboration et les limites des mécanismes de coordination interrogent l'effectivité de ces approches.

Dès lors, une question centrale se pose : dans quelle mesure la mise en place de mécanismes de collaboration intersectorielle, fondés sur une approche intégrée, contribue-t-elle à améliorer la réponse globale de prise en charge des PIAVIH en Côte d'Ivoire ?

Plus spécifiquement, il s'agit d'analyser comment le système de référence et de contre-référence, en tant qu'outil de gouvernance et d'intégration des services, influence la continuité des soins et la rétention des bénéficiaires dans les dispositifs de prise en charge.

II. MATERIAUX ET METHODES

Cette étude a adopté une approche méthodologique mixte, combinant des méthodes qualitatives et quantitatives. Le volet qualitatif a consisté en des entretiens semi-directifs avec des acteurs clés des structures de santé, sociales et communautaires, tandis que le volet quantitatif a reposé sur une revue documentaire pour analyser les fiches de référence et de contre-référence, ainsi que les registres de suivi correspondants.

2.1 Cadre de l'étude

L'étude a été réalisée dans neuf districts sanitaires de la Côte d'Ivoire, englobant un total de 34 structures, dont 11 établissements de santé, 8 centres sociaux et 14 ONG locales (voir Tableau I).

La sélection de ces sites est justifiée par le fait qu'ils ont bénéficié, entre 2009 et 2018, du projet Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA), dont l'objectif était d'intégrer les Soins et Soutien Nutritionnels (SSN) dans la prise en charge globale des personnes infectées et/ou affectées par le VIH. L'appui du projet s'est manifesté à travers diverses interventions, tant au niveau national qu'à l'échelle décentralisée, avec un accent particulier sur ces neuf districts afin d'évaluer les effets sur la prise en charge globale des personnes concernées par le VIH (FANTA, 2018)

Le champ géographique de l'étude inclut les centres sociaux d'Abobo, situé dans le sud, qui représente la ville d'Abidjan en tant que région administrative, Abobo faisant partie de la direction régionale Sud du Ministère des Affaires Sociales. Les autres sites étudiés comprennent San Pedro au sud-ouest, Issia et Oumé à l'Ouest, Abengourou à l'Est, ainsi que Bouaflé et Bouaké au Centre.

2.2 Population de l'étude et échantillonnage

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique auprès du personnel des structures ayant intégré les soins et soutien dans la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH. La population d'étude était composée de :

- Conseillers Communautaires (CC) des Organisations Non Gouvernementales (ONG): chargé de la prise en charge des PIAVIH dans la communauté et du continuum de soins et soutien dans la communauté ;
- Directeurs et les chefs de complexe socio-éducatifs sont en charge de la coordination opérationnelles des activités de soins et soutien dans les centres sociaux ;
- Assistants Sociaux (AS) intervenants dans les centres sociaux : pour l'accompagnement social, psychosocial, juridiques et autres ;
- Directeurs et les membres de l'Equipe Cadre de District (ECD) des districts sanitaires chargés de coordination opérationnelle des activités de soin et soutien dans les structures de santé ;
- Prestataires de santé y compris le point focal nutrition ; responsable de la PEC clinique des PVVIH et OEV (Médecin, Sage femmes (SF), Infirmiers diplômés Etat (IDE))

Au total 81 prestataires de SSN dont 11 Médecins, 16 SF, 16 IDE, 10 AS et 28 CC ont participé à l'étude.

2.3 Collecte de données

La collecte de données a intégré à la fois des méthodes quantitatives et qualitatives (N'da, 2015). Elle s'est déroulée sur une période de quatre semaines, d'abord à Abidjan (Abobo), puis dans les localités de Bouaké, Bouaflé, Issia, Oumé, San Pedro et Abengourou.

Le volet qualitatif effectuée en août 2023 s'est concentré sur la conduite d'entretiens semi-directifs, réalisés à l'aide d'un guide d'entretien soigneusement conçu pour assurer la pertinence et la profondeur des échanges. Parallèlement, le volet quantitatif a consisté en une revue documentaire, permettant d'analyser les fiches de référence et de contre-référence, ainsi que les registres de suivi associés. Il s'agit d'une analyse secondaire des données concernant l'utilisation du registre de suivi des références et des contre-références entre octobre 2017 à mars 2018 dans le cadre du Projet FANTA III (FANTA, 2018). Ces documents, complétés par le personnel des structures de prise en charge sanitaire, sociale et communautaire, ont constitué des sources d'information essentielles.

L'exploitation de ces divers outils a permis de récolter des données pertinentes concernant les mécanismes de collaboration entre ces trois entités. Cela inclut notamment l'examen des offres de soins et des dispositifs de soutien destinés aux bénéficiaires, fournissant ainsi une vision globale et détaillée de l'efficacité et de la coordination des services offerts.

Au cours de l'étude, chacune des cibles y a participé volontairement. Leur accord s'est traduit par la signature du consentement éclairé en double exemplaire administré. Le traitement final des données (compilation, apurement et calcul des indicateurs) a été effectué à l'aide du logiciel Excel. Les données qualitatives collectées ont fait l'objet d'une analyse de contenu.

Tableau 1 : Récapitulatif des structures sanitaires, des centres sociaux et organisations qui renseignent les outils de références et de contre références ayant participé à l'étude

N°	Région sanitaire	District sanitaire	Site de PEC	Centre social	ONG communautaires	Enquêtés
1	Abidjan 1 Grands Ponts	Dabou	Hôpital Général de Dabou (HGD)	Centre social de Dabo	- Foi et Vie - Sel El Nyam Etchi	- 02 Médecins
2			Hôpital Méthodiste de Dabou (HMD)			- 02 SF
3	Abidjan 2	Abobo-Est	CSUCOM d'Aboboté	Centre social d'Abobo	- Lumière action - Solidarité plus	- 01 Médecin - 02 SF - 02 IDE - 02 AS - 04 CC
4	Indenie-Djuablin	Abengourou	Centre Hospitalier Régional (CHR) d'Abengourou	Centre social d'Abengourou	CERAB	- 01 Médecin - 02 SF - 02 IDE - 01 AS - 02 CC
5	Marahoue	Bouaflé	CHR de Bouaflé	Centre social de Bouaflé	- USV - Femmes Actives de Côte d'Ivoire (FACI)	- 02 Médecins
6			PMI de Bouaflé			- 02 SF - 02 IDE - 01 AS - 4 CC
7	Goh	Oumé	Hôpital Général d'Oumé	Centre social	AFRICADEV	- 01 Médecin - 02 SF - 02 IDE - 01 AS - 2 CC
8	Gbeke	Bouaké Nord-Est	PMI de Sokoura	Centre social de Koko	- Bouaké éveil - Centre SAS	- 02 Médecins
9		Bouaké Sud	CSU Koko			- 02 SF - 02 IDE - 01 AS - 4 CC
10	Gbokle-Nawa-San Pedro	Sanpédro	CHR de San-Pédro	Centre social de San Pédro	- Elan d'amour - Réel santé	- 01 Médecin - 02 SF - 02 IDE - 01 AS - 4 CC
11	Haut-Sassandra	Issia	Hôpital Général d'Issia	Centre social d'Issia	- UACOM - OASIS	- 01 Médecin - 02 SF - 02 IDE - 01 AS - 4 CC
Total	08	09	11	08	14	- 11 Médecins - 16 SF - 16 IDE - 10 AS - 28 CC

Source : Notre étude, août 2023

III. RESULTATS

3.1. Intégration des soins et soutien nutritionnels dans la prise en charge globale des PVVIH

L'analyse des données qualitatives met en évidence une intégration progressive mais effective des SSN dans la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Cette intégration a été explorée à travers les entretiens réalisés auprès des prestataires de santé impliqués dans les dispositifs de soins. Ainsi, une infirmière diplômée d'État (IDE), également gestionnaire de données et leader d'une équipe d'amélioration de la qualité dans un centre de santé urbain à Abidjan, souligne :

« Pour ce qui est de la mise en œuvre des activités de SSN, la nutrition dans le collaboratif a permis d'offrir systématiquement à toute personne vivant avec le VIH une évaluation nutritionnelle, une classification correcte et un conseil nutritionnel adapté à son état. [...] Ce processus a permis de ne pas laisser passer des cas de malnutrition et d'améliorer leur prise en charge. Il a aussi contribué à une meilleure tenue des dossiers patients et à la notification des indicateurs nutritionnels. »

Ce témoignage met en évidence plusieurs transformations majeures induites par l'intégration des SSN : la systématisation du dépistage nutritionnel, l'amélioration de la qualité des données sanitaires et le renforcement du continuum de soins, notamment dans le cadre de l'approche « tester et traiter ».

Par ailleurs, l'intégration des indicateurs nutritionnels dans le système d'information sanitaire national constitue un levier structurant pour le suivi des patients. Elle permet non seulement de documenter la prévalence de la malnutrition chez les PVIH, mais aussi de renforcer les mécanismes d'orientation vers des services adaptés.

L'analyse des données quantitatives de la figure 1 confirme cette dynamique. Sur un total de 10493 personnes évaluées, 1144 ont été dépistées malnutries ; parmi celles-ci, 799 ont été référées vers les structures de santé pour une prise en charge nutritionnelle et 563 pour le dépistage du test VIH. A l'issue du test de dépistage, 354 personnes malnutries dépistées positives au VIH (62,9% des référés) ont été enrôlées dans les soins, soit 98,6% des personnes testées positives.

Ces résultats traduisent une bonne performance du dispositif en termes de continuum de prise en charge, illustrant un lien fonctionnel entre : dépistage nutritionnel, orientation vers le test VIH, et enrôlement dans les soins.

Ils confirment ainsi que les activités de SSN contribuent significativement à l'identification précoce des cas et à l'amélioration de l'engagement des patients dans le système de soins.

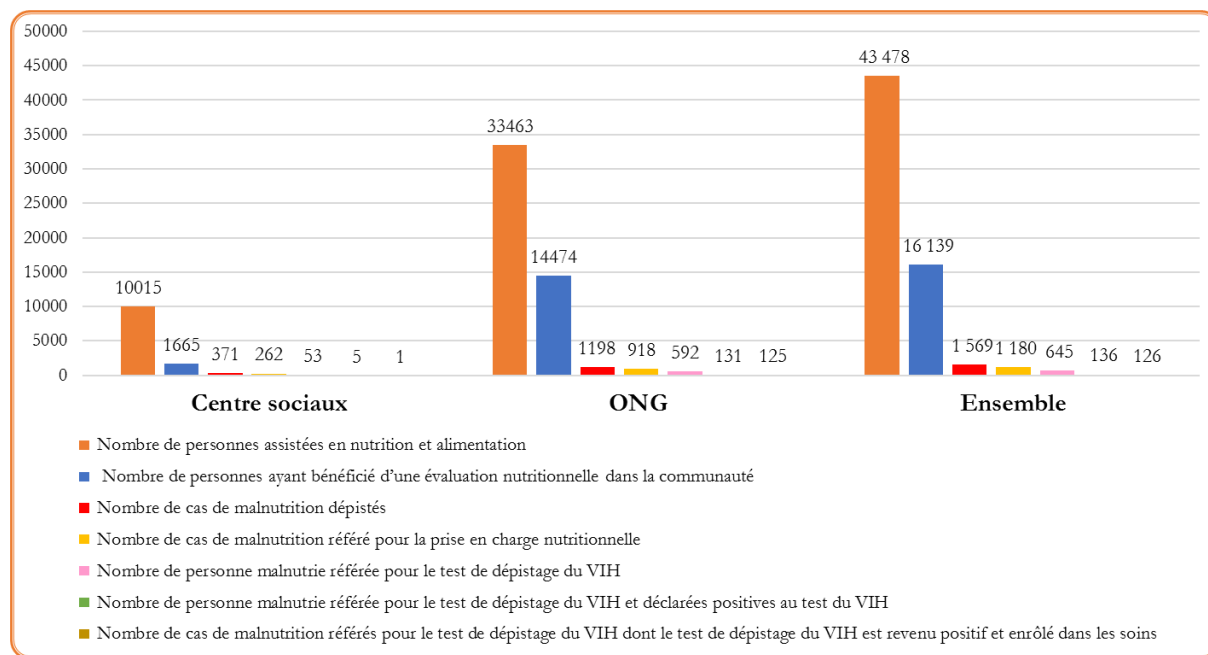


Figure 1 : Cascade pour montrer la contribution des activités de soins et soutien nutritionnels menées par structures sociales et communautaires à accroître l'engagement.

Source : Données sur l'utilisation du registre de suivi des références et des contre références, (FANTA, 2018).

3.2. Analyse des références initiées par chaque entité

L'exploitation des registres de référence et de contre-référence met en évidence une dynamique de collaboration intersectorielle relativement structurée entre les secteurs sanitaires, social et communautaire. Les données montrent que les références sont initiées par l'ensemble des acteurs, traduisant une appropriation globale des outils de coordination. Deux types de flux peuvent être distingués dans la figure 2 :

- Les références ascendantes (du communautaire/social vers le sanitaire), observées dans respectivement 65 % et 67 % des cas ;
 - Les références descendantes (du sanitaire vers le communautaire), enregistrées dans 85 % des cas.
- Cette double circulation des patients témoigne de l'existence d'un système de référence bidirectionnel, caractéristique d'une approche intégrée des SSN.

L'utilisation conjointe des fiches de référence, de contre-référence et du registre de suivi apparaît comme un facteur déterminant dans le renforcement de cette collaboration. Ces outils facilitent la communication entre les acteurs et contribuent à la fluidité des parcours de soins.

Un témoignage recueilli auprès d'une responsable de centre social illustre cette évolution :

« Aujourd'hui, grâce au registre de référence et de contre-référence, je peux appeler directement [...] le Directeur du CHR ou le Directeur Régional de la Santé pour résoudre un problème lié à la prise en charge médicale de mes patients. »

Ce propos met en lumière une transformation importante des relations institutionnelles, marquée par : une réduction des barrières hiérarchiques, une amélioration de la communication interinstitutionnelle et un renforcement du capital relationnel entre acteurs.

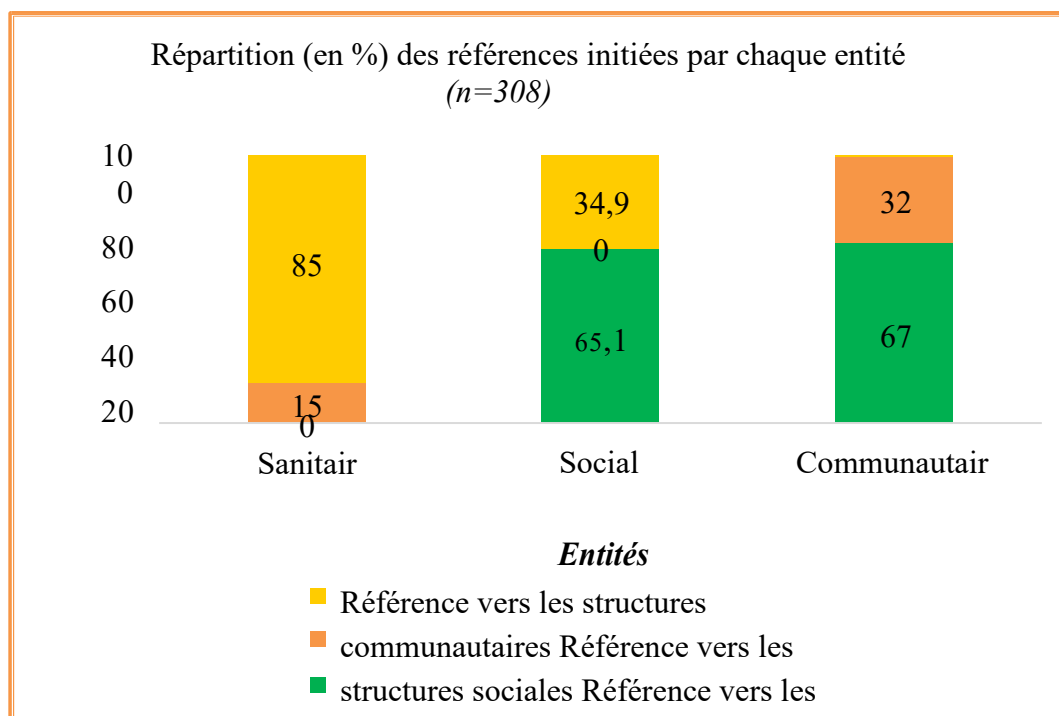


Figure 2 : Répartition des références initiées par chaque entité

Source : Données sur l'utilisation du registre de suivi des références et des contre références, (FANTA, 2018).

3.3. Référence initiée et de nombre de contre référence parvenues

Malgré les avancées observées, l'analyse des données révèle des dysfonctionnements persistants dans le système de contre-référence. Les résultats de la figure 3 montrent un écart significatif entre le nombre de références initiées et celui des contre-références effectivement reçues, quel que soit le type d'acteur. Cet écart est particulièrement marqué au niveau des organisations communautaires, qui initient la majorité des références sans bénéficier systématiquement de retours d'information. Les entretiens qualitatifs permettent d'identifier plusieurs facteurs explicatifs. Du côté des acteurs communautaires :

« Quand nous référons des patients vers les docteurs, ils ne nous font pas de retour [...] ce n'est pas toujours facile. »

Du côté des prestataires de santé :

« J'avoue que je ne remplis pas souvent les fiches de contre-référence [...] nous avons beaucoup de documents à renseigner. » médecin

« Mes collègues et moi rencontrons effectivement des difficultés à remplir les outils de référence et de contre-référence, en particulier en ce qui concerne la contre-référence. » IDE

Ces témoignages mettent en évidence : une surcharge administrative des agents de santé, une faible appropriation des outils de contre-référence, et une priorisation des activités cliniques au détriment du suivi documentaire.

Face à ces contraintes, certaines initiatives locales ont émergé. Dans plusieurs centres sociaux, des points focaux dédiés ont été désignés pour assurer la gestion des outils de référence.

Comme l'explique un assistant social :

« Le système de référence est une composante essentielle [...] Il est crucial de s'assurer que les outils soient bien renseignés. Je suis responsable de cette question dans mon service. »

Cette stratégie organisationnelle traduit une tentative de formalisation et de spécialisation des fonctions de coordination, visant à améliorer la traçabilité des parcours de soins.

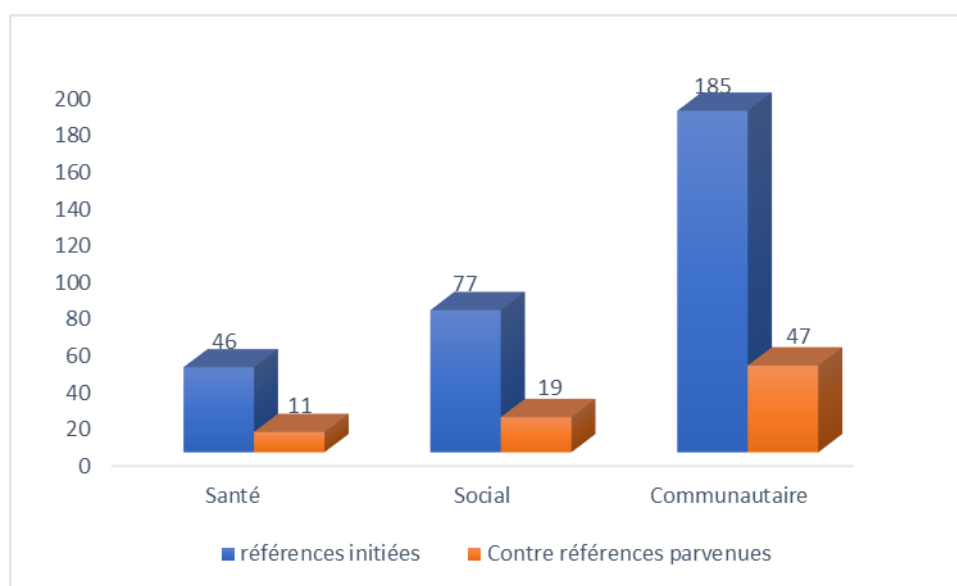


Figure3 : Nombre de référence initiées et de nombre de contre référence parvenues

Source : Données sur l'utilisation du registre de suivi des références et des contre références, (FANTA, 2018).

IV. DISCUSSION

4.1. Intégration des soins nutritionnels dans la prise en charge des PVVIH : une avancée conforme aux standards internationaux

Les résultats de notre étude montrent une intégration effective SSN dans la prise en charge globale des PVVIH, notamment à travers l'évaluation nutritionnelle systématique, la classification des cas et l'orientation vers des services appropriés. Cette dynamique s'inscrit dans les recommandations internationales promues par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS cité par le PNLS, 2021), qui préconise l'intégration des interventions nutritionnelles dans les services VIH afin d'améliorer les résultats thérapeutiques.

Des expériences similaires ont été documentées en Éthiopie et en Ouganda, où l'intégration des services nutritionnels dans les cliniques VIH a permis d'améliorer l'état nutritionnel et l'adhérence au traitement antirétroviral (TAR) (Sunguya et al., 2014 ; Rawat et al., 2014). Au Mozambique et en Tanzanie, cette intégration a également facilité l'identification précoce des cas de malnutrition et leur prise en charge rapide, réduisant ainsi la morbidité associée au VIH (Audet et al., 2012).

Dans le contexte ivoirien, les résultats confirment les observations de programmes nationaux en Côte d'Ivoire, où l'intégration des services nutritionnels dans les soins VIH a contribué à renforcer la qualité des soins et la continuité thérapeutique (PNN, 2018). L'amélioration du remplissage des registres et du suivi des indicateurs nutritionnels observée dans notre étude témoigne d'un renforcement du système d'information sanitaire, élément clé pour le pilotage des interventions (FANTA, 2018).

4.2. Performance du système de référence : une efficacité partielle dans une logique de continuum de soins

Les résultats mettent en évidence un fonctionnement relativement efficace du système de référence, avec une forte proportion de références ascendantes (communautaire → sanitaire) et descendantes (sanitaire → communautaire). Cette dynamique reflète une structuration progressive du continuum de soins, conforme aux modèles recommandés dans plusieurs pays à ressources limitées.

Au Malawi et en Zambie, les systèmes de référence intégrés entre structures communautaires et sanitaires ont permis d'améliorer significativement l'accès aux soins VIH et nutritionnels (Zachariah et al., 2009). De même, au Ghana et au Nigéria, les mécanismes de liaison entre les ONG communautaires et les structures sanitaires ont renforcé l'engagement des patients dans les soins (FHI 360, 2016).

Cependant, comme observé dans notre étude, l'écart observé entre les références et les contre-références dans les résultats s'inscrit donc dans une problématique largement documentée à l'échelle internationale. En effet, plusieurs travaux menés en République Démocratique du Congo (RDC) et en Haïti soulignent que l'efficacité

des systèmes de référence reste souvent entravée par des défaillances dans le suivi et la rétro-information (Rasschaert et al., 2011).

4.3. Les défis de la contre-référence : une faiblesse structurelle des systèmes d'information et de coordination

Le faible niveau de retour d'information (contre-référence) constitue l'un des principaux défis identifiés dans cette étude. Cette situation est attribuée à la surcharge de travail des prestataires de santé et à la multiplicité des outils de collecte de données. Des constats similaires ont été rapportés en Ouganda, en Namibie et au Botswana, où les professionnels de santé font face à une charge administrative importante limitant leur capacité à assurer un suivi complet des patients (Callaghan et al., 2010). En Eswatini et en Tanzanie, la fragmentation des outils de collecte a également été identifiée comme un obstacle majeur à la documentation des activités de continuité des soins (USAID, 2017).

L'initiative de désignation de points focaux pour la gestion des références, observée dans certains centres sociaux, rejoint les stratégies mises en œuvre au Bangladesh et au Viet Nam, où l'introduction de personnel dédié a permis d'améliorer la traçabilité des patients et la qualité du système de référence (Nguyen et al., 2015).

4.4. Rôle central des acteurs communautaires : une contribution déterminante mais encore sous-optimisée

Les résultats montrent que les ONG communautaires jouent un rôle clé dans l'initiation des références, confirmant leur position stratégique dans les systèmes de santé communautaires.

Dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, notamment en Zambie, Malawi et Mozambique, les acteurs communautaires ont été reconnus comme essentiels pour améliorer l'accès aux services VIH et nutritionnels, notamment dans les zones rurales (UNAIDS, 2019). A Madagascar et au Guatemala, leur implication a également permis de réduire les barrières socioculturelles à l'accès aux soins (Bhutta et al., 2008).

Toutefois, la faible réception des contre-références par ces acteurs, mise en évidence dans notre étude, traduit une asymétrie dans les relations interinstitutionnelles, souvent observée dans les systèmes de santé décentralisés (Peters et al., 2008).

4.5. Implications en termes de gouvernance des systèmes de santé

Les résultats de notre étude mettent en évidence des enjeux majeurs de gouvernance, notamment en matière de coordination intersectorielle, de gestion de l'information et de répartition des responsabilités.

Dans plusieurs contextes, notamment en Éthiopie, au Nigéria et en Tanzanie, les difficultés de coordination entre les niveaux communautaire, social et sanitaire ont été identifiées comme des obstacles à l'efficacité des interventions intégrées (Travis et al., 2004).

Par ailleurs, les tensions observées entre les exigences administratives et les capacités opérationnelles des acteurs de terrain renvoient aux problématiques de gouvernance adaptative, largement discutées dans la littérature sur les systèmes de santé en Afrique (Gilson, 2012).

V. CONCLUSION

Notre étude a mis en lumière l'importance cruciale de l'intégration des soins et du soutien nutritionnels dans la prise en charge PVVIH en Côte d'Ivoire. Les résultats démontrent que l'approche mixte adoptée, combinant méthodes qualitatives et quantitatives, a permis d'identifier des avancées significatives dans la rétention des patients et la continuité des soins grâce à une collaboration intersectorielle renforcée.

Malgré des progrès notables, des défis persistent, notamment en ce qui concerne l'efficacité du système de contre-référence. L'absence de retours d'information adéquats et la surcharge administrative des prestataires de santé limitent la capacité à assurer un suivi complet des patients. Il est donc impératif de formaliser davantage les mécanismes de collaboration entre les acteurs communautaires, sociaux et sanitaires afin d'optimiser l'utilisation des outils de référence et de contre-référence.

L'intégration des services nutritionnels dans les programmes VIH, soutenue par des initiatives innovantes, s'avère être une stratégie essentielle pour améliorer les résultats thérapeutiques des PVVIH. En renforçant la coordination et en assurant une gouvernance efficace, la Côte d'Ivoire peut espérer atteindre ses objectifs de santé publique et améliorer la qualité de vie de ses citoyens vulnérables.

Ainsi, cette recherche souligne la nécessité d'une approche systémique et intégrée qui prend en compte les dimensions nutritionnelles, sociales et médicales dans la lutte contre le VIH/Sida, tout en appelant à un engagement renforcé des acteurs à tous les niveaux pour garantir un continuum de soins efficace et durable.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]. Atun, R., de Jongh, T., Secci, F., Ohiri, K., & Adeyi, O. (2010). Integration of targeted health interventions into health systems: A conceptual framework and case studies. *Health Policy and Planning*, 25(2), 104–111.
- [2]. Audet, C. M., et al. (2012). Scaling up nutrition in HIV care in Mozambique. *Food and Nutrition Bulletin*, 33(4), S211–S220.
- [3]. Bhutta, Z. A., et al. (2008). What works? Interventions for maternal and child undernutrition. *The Lancet*, 371(9610), 417–440.

- [4]. Brinkerhoff, D. W., & Bossert, T. J. (2014). Health governance: Principal-agent linkages and health system strengthening. *Health Policy and Planning*, 29(6), 685–693.
- [5]. Callaghan, M., Ford, N., & Schneider, H. (2010). A systematic review of task-shifting. *Human Resources for Health*, 8(8).
- [6]. Direction de Coordination de Programme National de Nutrition (DC PNN), 2017, *Rapport annuel de Nutrition en Côte d'Ivoire*, Rapport, non publié, Abidjan, Ministère en charge de la santé/ République de Côte d'Ivoire, 14p.
- [7]. Direction de Coordination de Programme National de Nutrition, 2014, *Evaluation de la Mise en Œuvre de la Prise En Charge Nutritionnelle Ambulatoire des PIAVIH (EMOPECNAP)*, Rapport final, Abidjan, Côte d'Ivoire. 47p
- [8]. FHI 360. (2016). *Community-based HIV programs in West Africa*.
- [9]. Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). 2018. Renforcement des Liens entre les Structures Sanitaires, Sociales et Communautaires : Leçons Apprises et Bonnes Pratiques. Washington, DC : FANTA/FHI 360.
- [10]. Frenk, J. (2010). The global health system : Strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLoS Medicine*, 7(1), e1000089.
- [11]. Gilson, L. (2012). *Health policy and systems research: A methodology reader*. WHO.
- [12]. Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669.
- [13]. MICS. (2016). *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 2016)*, Rapport final. Institut National de la Statistique (INS).
- Nguyen, P. H., et al. (2015). Integrating nutrition interventions in Vietnam. *Global Health Action*, 8(1).
- [14]. ONUSIDA 2020. «Global AIDS Update 2020: Seizing the moment – tackling entrenched inequalities to end epidemics». Disponible en ligne : <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report> [dernier accès janvier 2025].
- [15]. ONUSIDA, 2024. « FICHE D'INFORMATION 2024 : Statistiques mondiales sur le VIH », disponible en ligne : <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet> [dernier accès juin 2025].
- [16]. ONUSIDA. 2019. Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2019. Genève: ONUSIDA, p. 208. Disponible en ligne : https://indicatorregistry.unaids.org/sites/default/files/2019-global-aids-monitoring_fr_0.pdf [dernier accès novembre 2025]
- [17]. ONUSIDA. 2021. Titre du rapport de l'ONUSIDA de 2021 sur les travailleuses du sexe, la pauvreté ou le VIH. Genève: ONUSIDA, p. 58 Disponible en ligne : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_WAD_report_fr.pdf [dernier accès novembre 2025]
- [18]. Peters, D. H., et al. (2008). *Improving health service delivery in developing countries*. World Bank.
- [19]. PNLS, 2021. Dispositif national et paquet minimum d'activités des soins et soutien aux PVVIH/OEV et familles en Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU), 88p. Disponible en ligne : <https://www.pnlsci.com/wp-content/uploads/2022/06/dispositif-national-et-pma-des-soins-et-soutien-vf-23-03-2022-v2-1.pdf> [dernier accès avril 2025].
- [20]. Projet Santé Nutrition et Développement de la Petite Enfance (PSNDPE). (2023). *Cadre de Réinstallation (CR)*. Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. Projet santé, nutrition et développement de la petite enfance pour la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), pp. 43-57.
- [21]. Rasschaert, F., et al. (2011). Decentralization of HIV care. *Bulletin of the WHO*, 89, 948–955.
- [22]. Rawat, R., et al. (2014). Integrated nutrition and HIV programs. *Journal of the International AIDS Society*, 17(1).
- [23]. Sidibé, M., Loures, L., & Samb, B. (2016). The UNAIDS 90–90–90 target: A clear choice for ending AIDS and for sustainable health and development. *Journal of the International AIDS Society*, 19(1).
- [24]. Spectrum 2023. Profil épidémiologique du VIH en Côte d'Ivoire à partir des Projections, Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU). Disponible en ligne : <https://www.pnlsci.com/wp-content/uploads/2023/11/presentation-profil-epidemie-2022-14032023-revise.pdf> [dernier accès mars 2025].
- [25]. Sunguya, B. F., et al. (2014). Nutrition training improves care. *BMC Public Health*, 14, 1077.
- [26]. Sunguya, B. F., Poudel, K. C., Otsuka, K., et al. (2014). Undernutrition among HIV-positive individuals in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Nutrition Journal*, 13(66).
- [27]. Sweeney, S., Obure, C. D., Maier, C. B., et al. (2012). Costs and efficiency of integrating HIV/AIDS services with other health services. *Health Policy and Planning*, 27(1), 1–14.
- [28]. Travis, P., et al. (2004). Overcoming health systems constraints. *The Lancet*, 364(9437), 900–906.
- [29]. UNAIDS. (2019). *Community-based HIV services*.
- [30]. UNAIDS. (2021). *Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet*.
- [31]. WHO. (2013). *Consolidated guidelines on HIV treatment*.
- [32]. World Bank. (2013). *Improving nutrition through multisectoral approaches*.
- [33]. World Bank. (2017). *Governance and the law: World development report*.
- [34]. World Food Programme. (2015). *Food assistance for people living with HIV*
- [35]. World Health Organization. (2007). *Everybody's business : Strengthening health systems to improve health outcomes*.
- [36]. World Health Organization. (2016). *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*.